

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA



LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN VENEZUELA

VISTA A PARTIR DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE VENEZUELA (ENDEVE) 2010 Y LAS ENCUESTA DE JUVENTUD DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO (ENJUVE UCAB-2013) Y EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA JUVENTUD (ENJUVE MPPJ-2013)

Profesor – Tutor:

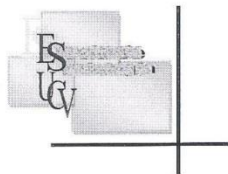
Osorio Álvarez, Emilio

Bachiller:

Simao, Edith Carolina

C.I. 22.357.056

Caracas, julio de 2018



VEREDICTO

REUNIDOS LOS PROFESORES: *Emilio Dorio, Antonio Bredas y Gloria Marreco*
PARA EXAMINAR EL TRABAJO FINAL DE GRADO: *La fecundidad Adolescente en Venezuela*
PRESENTADO POR EL/LA/LOS/LAS BACHILLER/RES: *Edith Carolina Amado*
HEMOS DECIDIDO EVALUARLA/LO/LOD/LAS:
Aprobado

En Caracas a los días del mes del año 201
En Caracas a los veinticinco días del mes de julio de dos mil dieciocho

JURADO EVALUADOR

PROFESOR/RA TUTOR:

Emilio Dorio *Emilio A. Dorio A.*

PROFESOR/RA:

Antonio Bredas *Antonio Bredas*

PROFESOR/RA:

Gloria Marreco *Gloria Marreco*

Nota: los bachilleres tienen 15 días para hacer las respectivas correcciones si las hubiere para entregar a la comisión de Trabajo Final de Grado (TFG) dos (2) ejemplares del empastados color vinotinto del TFG, de igual forma dos (2) discos compactos contentivos del TFG en formato PDF.

"75 Aniversario de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales"

Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales - Escuela de Sociología. Ciudad Universitaria. Edif. FACES, piso 7; Tlf: 6052543, 4162590, 5154731, 7449134



OBSERVACIONES AL TRABAJO FINAL DE GRADO

TÍTULO: *La Fecundidad Adolescente en Venezuela*

PRESENTADA POR EL/LA/LOS /LAS BACHILLER/ERES:

OBSERVACIONES: *La investigación realizada acerca del Embarazo Adolescente no muestra serias implicaciones en el desarrollo físico, psicosocial del adolescente, su familia y el desarrollo de la población. De igual manera las políticas implementadas por el Estado no han tenido el impacto esperado.*

JURADO EVALUADOR

PROFESOR/RA TUTOR:

Emilio Orozco *Julio A. (2) Torro A*

PROFESOR/RA:

Antonio Paredes *[Signature]*

PROFESOR/RA:

Gloria Moreno *[Signature]*

FECHA: *25/07/2018*

75 Aniversario de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales - Escuela de Sociología. Ciudad Universitaria. Edif. FACES, piso 7; Tlf. 6052543, 4162590, 5154751, 7449134

DEDICATORIA

A mi mamá Eda Bonilla por darme todo el apoyo y fuerza incondicional
Aunque se han presentado trabas en el camino siempre lo hemos enfrentado juntas

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al profesor Osorio por todo el apoyo, guía y paciencia que me ha dado desde que fue mi profesor en la asignación Análisis Demográfico y siendo mi tutor de tesis.

A mi amada Universidad Central de Venezuela que a pesar de las adversidades sigue siendo la Universidad que Vence las Sombras y me ha permitido aprender y ser una profesional.

A mi jefe Alberto Gruson y a mis compañeros de trabajo en CISOR por todo el apoyo que me dieron durante todo este proceso y enseñarme día a día el significado e importancia de la Sociología.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	13
Capítulo I. EL PROBLEMA.....	22
Planteamiento del problema	22
La transición de la fecundidad	24
La fecundidad diferencial.....	26
Pregunta de Investigación	30
Objetivo General:	30
Objetivos Específicos:.....	30
Delimitación temática	31
Justificación.....	31
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	35
Antecedentes	35
Bases teóricas	39
Adolescencia: etapa entre la niñez y la adultez	39
La Sexualidad en la Adolescencia	40
Embarazo Adolescente	43
Factores que inciden en la fecundidad	45
Dimensiones sobre la Temática.....	49
Educación	49
Nupcialidad.....	50
Métodos anticonceptivos	50
Servicios en salud sexual y reproductiva.....	51
Derechos Sexuales y Reproductivos en el ciclo de vida	52
Leyes y normas en Venezuela	53
Capítulo III. MARCO METODOLÓGICO.....	58

Investigación Documental.....	58
Población de Estudio.....	61
Fuente de información.....	61
Censo de Población y Vivienda.....	61
Registros Administrativos	62
Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010).....	63
Encuesta Nacional de Juventud 2013-UCAB.....	64
Encuesta Nacional de Juventud 2013-MPPJ	66
Procesamiento de datos	67
Capítulo IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	69
La transición de la fecundidad en Venezuela.....	69
Descenso de la fecundidad	69
Proceso de urbanización	71
Alfabetización de la mujer.....	72
Hallazgos sobre la fecundidad adolescente según la ENDEVE.....	74
¿Ha estado embarazada alguna vez?	74
Cambios en el estilo de vida	76
Nivel de educación alcanzado	77
Deseo de ser madre.....	78
Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.....	80
Conocimiento efectivo sobre los métodos anticonceptivos.....	81
Iniciación sexual y uso de anticonceptivo	83
Prevención del embarazo.....	85
Contrastación de los hallazgos con las Encuestas de Juventud.....	87
Educación como variable explicativa	87
Razones para no asistir a un centro de enseñanza	88
¿Trabaja o estudia?	90
Situación conyugal	91
Primer método anticonceptivo utilizado.....	94
Uso de método anticonceptivo	95
Método anticonceptivo utilizado actualmente.....	96

¿Ha estado embarazada?	97
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99
Conclusiones	99
Recomendaciones.....	102
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	111
TÉRMINOS BÁSICOS	128

Gráficos

Gráfico N° 1.	23
Venezuela: Tendencia histórica de la natalidad y la mortalidad. Lapso 1940-2010 (Tasas por mil habitantes)	
Gráfico N° 2.	26
Tasa Global de Fecundidad diferenciada por nivel de instrucción, por área de residencia y por hogares tipificados por NBI. Censo 2011	
Gráfico N° 3.....	28
Tasa de Fecundidad Especifica por Edad, por área de residencia rural y urbana. Censo 2011	
Gráfico N° 4.....	29
Venezuela: Tasas Específicas de Fecundidad por grupos quinquenales de edad de las mujeres (1965-2001)	
Gráfico N° 5.	70
Venezuela: Tasas Específicas de Fecundidad por grupos quinquenales de edad de las mujeres (1965-2001)	
Gráfico N° 6.	71
Venezuela: Tasa Global de Fecundidad en relación al porcentaje de mujeres en sectores urbanos (1961 -2011)	
Gráfico N° 7.	73
Venezuela: Tasa Global de Fecundidad en relación al porcentaje de alfabetización de mujeres (1961 - 2011)	
Gráfico N° 8.	75
Venezuela: Porcentaje de adolescentes que han estado embarazadas según la región donde viven (2010)	
Gráfico N° 9.	76
Venezuela: Actividad que realizan las adolescentes según si ha estado embarazada o no (2010)	
Gráfico N° 10.	77
Venezuela: Nivel educativo aprobado de las adolescentes según si ha estado embarazada o no (2010)	

Gráfico N° 11.	79
Venezuela: Porcentaje de deseo del embarazo actual Adolescentes 15 – 19 años (2010)	
Gráfico N° 12.	84
Venezuela: Uso de anticonceptivo en la primera relación sexual por parte de las adolescentes entre 15 y 19 años (2010)	
Gráfico N° 13.	85
Venezuela: Razón por la cual no utiliza algún método o medio anticonceptivo actualmente. Adolescentes entre 15 – 19 años (2010)	

Cuadros

Cuadro sinóptico N° 1.....	16
Cinco (5) de los ocho (8) objetivos de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas que guardan relación con los derechos sexuales y reproductivos	
Cuadro sinóptico N° 2.	17
Seis (6) de los diecisiete (17) objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que guardan relación con los derechos sexuales y reproductivos	
Cuadro sinóptico N° 3.	47
Determinantes de la fecundidad adolescente	
Cuadro sinóptico N° 4.	48
Modelo de Determinantes Próximos. Bongaarts (1978, 1982)	
Cuadro sinóptico N° 6.	54
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Artículos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la educación	
Cuadro sinóptico N° 7.	55
Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (1998, actualizada en 2015) Artículos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la educación	
Cuadro sinóptico N° 8.	60
Sinopsis de los aspectos descriptivos y explicativos investigados	
Cuadro N° 9.....	80
Venezuela: Método o medio anticonceptivo conocido por las adolescentes (2010)	
Cuadro N° 10.....	82
Venezuela: Distribución porcentual del conocimiento efectivo sobre los diversos métodos anticonceptivos por parte las adolescentes (2010)	
Cuadro N° 11.....	88
Venezuela: Distribución porcentual de las adolescentes y los jóvenes que asisten actualmente a un centro de enseñanza. Periodo 2010 - 2013	
Cuadro N° 12.....	89
Venezuela: Distribución porcentual de las razones por las cuales las adolescentes y jóvenes abandonan o no asisten a un centro enseñanza. Periodo 2010 - 2013	

Cuadro N° 13.....	90
Venezuela: Distribución porcentual de las actividades que realizan las adolescentes y jóvenes. Periodo 2010 - 2013	
Cuadro N° 14.....	91
Venezuela: Distribución porcentual de adolescentes jóvenes que han sido madres según situación conyugal. Periodo 2010 – 2013	
Cuadro N° 15.....	93
Venezuela: Porcentaje de adolescentes y jóvenes activos sexualmente. Periodo 2010 - 2013	
Cuadro N° 16.....	94
Venezuela: Distribución porcentual del primer método anticonceptivo utilizado por las adolescentes y los jóvenes. Periodo 2010 - 2013	
Cuadro N° 17.....	95
Venezuela: Distribución porcentual según uso de algún método anticonceptivo en adolescentes y jóvenes. Periodo 2010 - 2013	
Cuadro N° 18.....	96
Venezuela: Distribución porcentual del método que utiliza actualmente las adolescentes y jóvenes. Periodo 2010 – 2013	
Cuadro N° 19.....	98
Venezuela: Porcentaje de adolescentes y jóvenes que han estado o no embarazadas. Periodo 2010 - 2013	

Anexos

Anexo N° 1. Protocolos clínicos de atención integral a las y los adolescentes. Servicios del Primer y Segundo nivel de atención (2013).....	111
Anexo N° 2. Cuestionario Censo de Población y Vivienda 1961	113
Anexo N° 3. Cuestionario Censo de Población y Vivienda 2011	114
Anexo N° 4. Cuestionario ENDEVE 2010	115
Anexo N° 5. Preguntas tomadas en cuenta en ENJUVE (UCAB-2013) y	126
ENJUVE (MPPJ-2013).....	126

RESUMEN

Venezuela ha presentado un descenso de su Tasa Global de Fecundidad desde 1961 debido a diversos factores como lo son: el acceso por parte de la mujer a la educación, al campo laboral, a los métodos de planificación familiar, entre otros. Pero al observar los datos de la Fecundidad Adolescente nos damos cuenta que no pasa lo mismo, ya que en este grupo de edad se ha presentado una disminución muy lenta e incluso un alza a lo largo de los años.

Al observar como la Fecundidad General ha disminuido, mientras que el grupo de 15 a 19 años se ha mantenido, surge como principal interrogante ¿Qué factores inciden en la fecundidad temprana para que sus niveles, en términos absolutos y relativos, no hayan descendido como ha ocurrido con la fecundidad de la población de mujeres mayores de 20 años?

Por esta razón esta investigación tiene como objetivo general examinar los factores que inciden en la fecundidad adolescente en Venezuela, el cual se estudiara con los planteamientos de Davis y Blake (1956), Bongaarts (1978-1982) y Freeman (1961-1962).

Para lograr la realización de este trabajo se tomaron en cuenta datos secundarios del Censo de Población y Vivienda (1961-2011), Registros Administrativos (1936-2012), la Encuesta Demográfica de Venezuela (2010), la Encuesta Nacional de Juventud realizada por la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB-2013) y la Encuesta Nacional de Juventud realizada por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud (MPPJ-2013).

El principal resultado encontrado tiene una relación con la deserción o abandono de la escuela, iniciación temprana a la vida sexual y a una unión formal, además de no estar en un campo laboral, conllevando de esta manera a no poseer un conocimiento efectivo sobre los diversos métodos anticonceptivos y siguiendo en el círculo de la pobreza en algunos casos.

Palabras Clave: Venezuela, Adolescente, Fecundidad, Educación, Anticonceptivos.

SUMMARY

Venezuela has presented a decline in its Global Fertility Rate since 1961 due to various factors such as: access by women to education, the labor field, family planning methods, among others. But when observing the data of the Adolescent Fertility we realize that the same thing does not happen, since in this age group there has been a very slow decrease and even a rise over the years.

That is the reason for asking what factors affect early fertility so that its levels, in absolute and relative terms, have not declined as it has occurred with the fertility of the population of women over 20 years?

For this reason, this research has as its main objective to examine the factors that affect adolescent fertility in Venezuela, which will be studied with the support of the approaches of Davis and Blake (1956), Bongaarts (1978-1982), Freeman (1961-1962).

To carry out this work we use secondary data from the Population and Housing Census (1961-2011), Administrative Records (1936-2012), the Demographic Survey of Venezuela (2010) and the National Survey of Youth Andrés Bello Catholic University (UCAB) -2013) and National Youth Survey, Ministry of Popular Power for Youth (MPPJ-2013).

The results of this research indicated that the Adolescent Fertility is related with the school desertion, early initiation into sexual life and a formal union, as well as not being in a labor field, thus leading to not having an effective knowledge about the different methods contraceptives and continuing in the circle of poverty in many cases.

Keywords: Venezuela, Adolescent, Fertility, Education, Contraceptives.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca dar un panorama histórico de cómo ha ido evolucionado la fecundidad adolescente en Venezuela y de manera particular se va a centrar en el trienio 2010-2013 con la ayuda de la Encuesta Demográfica de Venezuela (2010) y las Encuesta Nacional de Juventud (2013) realizada por la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y el Ministerio del Poder Popular para la Juventud (MPPJ), para poder explicar qué factores han incidido en el estancamiento de la fecundidad adolescente en el país.

En 1975 la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el año Internacional de la Mujer, y es a partir de esa fecha que se incluye a la mujer en los asuntos relativos de la Organización de las Naciones Unidas y en otras agendas de organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Hoy en día, las mujeres y las niñas, principalmente aquellas de los estratos marginados, viven con restricciones en lo social, económico y político, a pesar de la existencia de un marco jurídico, como lo son: las normas, leyes, decretos internacionales y nacionales que buscan disminuir las brechas de discriminación y aumentar en éstas el empoderamiento a partir de la igualdad de género, el acceso a la educación, a los servicios de salud, a un empleo bien remunerado, entre otros.

Las primeras fases de discriminación hacia la mujer inician en las primeras fases de la vida, la niña de hoy es la mujer de mañana, por esta razón se deben tener en cuenta las leyes, normas, reglamentos nacionales e internacionales para poder hacer valer los derechos de las mujeres desde niñas. Sin embargo al no verse el compromiso de los Estados en el cumplimiento de las normas para erradicar la discriminación y los obstáculos que éstas presentan, se puede

observar que no se llega a cumplir con los objetivos de erradicar la pobreza, tener un mayor porcentaje de población alfabetizada, condiciones de igualdad, conllevando de esta manera a continuar con la posibilidad de mantener las altas tasas de fecundidad adolescente.

En los noventa se dieron varios encuentros con el fin de tratar los Derechos de la Población y particularmente de la Mujer, entre estos encuentros se deben resaltar dos conferencias que son:

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo (1994), la cual trato los temas relacionados a la igualdad y equidad entre los sexos; las funciones, derechos, composición y estructura de la familia; las tasas de fecundidad, mortalidad y crecimiento demográfico; los derechos sobre salud sexual y reproductiva; acceso y derecho a la educación, entre otros.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing (1995), tiene entre sus objetivos, estrategias y medidas mejorar la vida de la mujer: erradicar la pobreza, acceso a la educación, acceso a la salud, acceso al campo laboral, entre otros.

Se puede decir que ambas conferencias buscaron erradicar en su proyectos: la pobreza, promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación, garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y empleo, aumentar el porcentaje de alfabetización en las mujeres, principalmente aquellas de los sectores rurales y estratos bajos del sector urbano.

Uno de los puntos centrales que se defienden en los Derechos de las Mujeres es la educación, debido a que es un derecho humano y constituye un instrumento indispensable para lograr los objetivos de la igualdad, el desarrollo y la paz.

En cuanto a la salud, las adolescentes necesitan tener acceso a servicios de salud y nutrición durante su crecimiento, sin embargo, a menudo carece de esto. El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes son insuficientes o inexistentes. La importancia de estos es dar a conocer y valer los derechos humanos, en los cuales se señala que todas las parejas e individuos tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de nacimientos y el intervalo entre éstos y disponer de la información y de los medios para ello. En las conferencias antes mencionadas se hacen énfasis a los servicios ya que con estos los adolescentes pueden comprender su sexualidad y llevarla de una manera responsable sin el riesgo de un embarazo no deseado y previniendo una ETS/VIH.

Otro tema tratado en las conferencias es el acceso de las mujeres a un empleo que sea digno y bien remunerado ya que, hoy en día, sigue existiendo un difícil acceso al campo laboral y al momento de acceder no es bien remunerado. En las mujeres que son madres y jefas de hogar con niños pequeños la falta de guarderías sigue restringiendo el empleo así como las oportunidades económicas y profesionales.

Luego de estos encuentros en la década de los noventa, los Estados del mundo se reúnen nuevamente para establecer los Objetivos del Milenio (2000) los cuales se esperaban cumplir para el año 2015. Luego de ver los resultados en políticas de los Estados para enfrentar estos problemas en el año 2015 se reúnen nuevamente para los Objetivos del Desarrollo Sostenible, los cuales se esperan cumplir para el año 2030.

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes del mundo convinieron en 8 objetivos de los cuales se resaltan los relacionados a los Derechos Sexuales y Reproductivos:

Cuadro sinóptico N° 1. Cinco (5) de los ocho (8) objetivos de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas que guardan relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos	
Objetivo 1.	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día; lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes.
Objetivo 2.	Asegurar que, en 2015, los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.
Objetivo 3.	Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes de finales de 2015.
Objetivo 5.	Mejorar la salud materna en cuanto a reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna; lograr para el 2015 el acceso universal a la salud reproductiva; disminuir las tasas de natalidad entre las adolescentes; disminuir las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.
Objetivo 6.	Combatir el VIH/SIDA, a través del uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo y aumentando la proporción de la población entre 15 y 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA.
Fuente: Objetivos del Milenio (ODM 2000) Elaboración propia	

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece 17 objetivos y 169 metas para ser cumplidos en los próximos 15 años de los cuales se resaltan:

Cuadro sinóptico N° 2. Seis (6) de los diecisiete (17) objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que guardan relación con los derechos sexuales y reproductivos	
Objetivo 1.	Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo, ya que el crecimiento económico debe ser incluido con el fin de crear empleos sostenibles y promover la igualdad.
Objetivo 3.	Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, reduciendo la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; reduciendo la mortalidad infantil; garantizando el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
Objetivo 4.	Garantiza una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos, en la cual se asegura que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria; además de asegurar el acceso igualitario de todos los hombres y las mujeres a una formación técnica, profesional y superior de calidad, incluida la enseñanza universitaria.
Objetivo 5.	Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas en las cuales se pone fin a todas las formas de discriminación contra éstas en todo el mundo; se reconoce y valora los cuidados y el trabajo doméstico no remunerado; se deben aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles.
Objetivo 8.	Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, buscando la igualdad de remuneración entre hombres y mujeres; además de reducir considerablemente la proporción de jóvenes que no están empleados y no cursan estudios ni reciben capacitación.
Fuente: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Elaboración propia	

Tal como se puede observar los Objetivos del Milenio (2000) y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (2015) tienen como punto central: erradicar la pobreza, aumentar el

porcentaje de alfabetización, promover la igualdad de género, reducir las tasas de mortalidad infantil y materna, aumentar el porcentaje de acceso a la salud sexual y reproductiva.

Ante lo expuesto anteriormente se puede observar que existe un problema en cuanto a la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe, específicamente en Venezuela, conllevando de esta manera a realizar esta investigación la cual busca conocer que factores están incidiendo en la fecundidad adolescente. Por eso la importancia de observar como este tema es tratado a nivel internacional, ya que con estos encuentros se buscan crear políticas y aplicarlas para disminuir las brechas de los problemas existentes o evitarlas. A partir de los dos aspectos señalados anteriormente se estructuro el trabajo de la siguiente manera:

Capítulo I: en este apartado se plantea el problema de investigación, en el cual se describe como la fecundidad general ha disminuido al pasar de los años, debido a avances en el contexto cultural, social, económico, político del país, pero al observar los datos por grupos quinquenales no se observa esta disminución en todos los grupos, siendo para esta investigación el punto central: el estancamiento e incluso el alza de las tasas de fecundidad adolescente (mujeres entre 15 y 19 años). Además de formular el problema se exponen los objetivos de investigación los cuales son contestados a lo largo de los cuatro capítulos de este trabajo basados en la pregunta de investigación ¿Qué factores inciden en la fecundidad temprana para que sus niveles, en términos absolutos y relativos, no hayan descendido como ha ocurrido con la fecundidad de la población de mujeres mayores de 20 años? y finalmente en este capítulo se explica la razón de realizar este trabajo (justificación) y las delimitaciones.

Capitulo II: este apartado comienza con los trabajos realizados por: Lanza, Mejías y Prado (2010); Méndez y Navarro (2011); Méndez (2011); Romero (2016); Cuéllar, Garzón y Medina (2008); Llerena (2015), los cuales a través de sus trabajos de grado exponen la

problemática de la fecundidad adolescente ya sea desde el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, dónde reciben esa información, asistencia a los centros de enseñanza, entre otros. A pesar de que lo realizan en puntos centrales (colegios, hospitales) nos da una referencia de lo que sucede con este grupo de edad tanto en Venezuela como en dos países de América del Sur. En este capítulo también se expone la definición de los términos y las teorías que fundamentan el estudio, conociendo de esta manera que se conoce sobre la fecundidad adolescente. En base a los determinantes expuestos por Davis y Blake (1956), Bongaarts (1978-1982) y Freeman (1961-1962) se fundamentan los factores intervinientes en la fecundidad adolescentes.

Capítulo III: en este apartado se da a conocer la metodología aplicada en la investigación y las fuentes de información de las cuales se fundamenta el análisis. En esta investigación se toman en cuenta datos secundarios para poder dar una visión de lo que está pasando con el grupo de 15–19 años. Los datos usados son: Censo de Población y Vivienda y los Registros Administrativos con el fin de conocer de forma general que está pasando con la población venezolana, mientras que los datos provenientes de la Encuesta Demográfica de Venezuela realizada en el 2010 y las Encuesta Nacional de Juventud (2013-UCAB) y Encuesta Nacional de Juventud (2013-MPPJ) las cuales de forma comparativa nos da una idea de cómo los determinantes explicados en el capítulo II inciden en la prevalencia o estancamiento de la fecundidad adolescente.

Capítulo IV: finalmente en este capítulo se procesan los hallazgos provenientes de la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) la cual se va constatar con las dos Encuesta Nacional de Juventud realizada por la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB-2013) y el Ministerio del Poder Popular para la

Juventud (MPPJ-2013), para confirmar los hallazgos de la ENDEVE, ya que en esta se presentan las preguntas centrales sobre fecundidad.

La ENDEVE es una encuesta que trataba sobre los temas de fecundidad, dirigida a mujeres en edad fértil (15-49 años), mientras que las Encuestas de Juventud estaban destinada a conocer los temas relacionados a los jóvenes ya sea: educación, planes en el futuro, opinión política, acceso a nuevas tecnologías, sexualidad, entre otras. Aunque no tratan en su totalidad los temas relacionado a la fecundidad contribuye un poco en el análisis de algunas variables intervinientes en esta.

Conclusiones y recomendaciones: en este apartado se da respuesta a la pregunta de investigación, en el cual se da a conocer que la prevalencia de la fecundidad en la adolescencia se debe a distintos factores como: el inicio de una relación sexual a temprana edad, la falta de información correcta sobre los diversos métodos anticonceptivos, ya que no es solo su uso, sino el uso correcto, además del abandono de las escuelas. Existen leyes y normas en Venezuela que defienden los derechos sexuales y reproductivos de la población, además se busca garantizar la educación en temas sobre sexualidad, pero al observar los datos estas políticas no se están llevando correctamente, además que la existencia de los Servicios Diferenciados para adolescentes sigue teniendo déficit ya que no todos conocen sobre su existencia. Y los cuestionarios de las encuestas no nos permiten conocer dónde las adolescentes reciben información sobre los métodos anticonceptivos ya que dicen conocerlo más del 90%, pero ese conocimiento no es el correcto.

Anexos: en los cuales se muestran los cuestionarios de los censos y encuestas consultadas, además de los protocolos de atención para adolescentes (servicios de salud

diferenciados) Además, este documento presenta un glosario de los términos básicos empleados durante todo el trabajo.

Capítulo I. EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

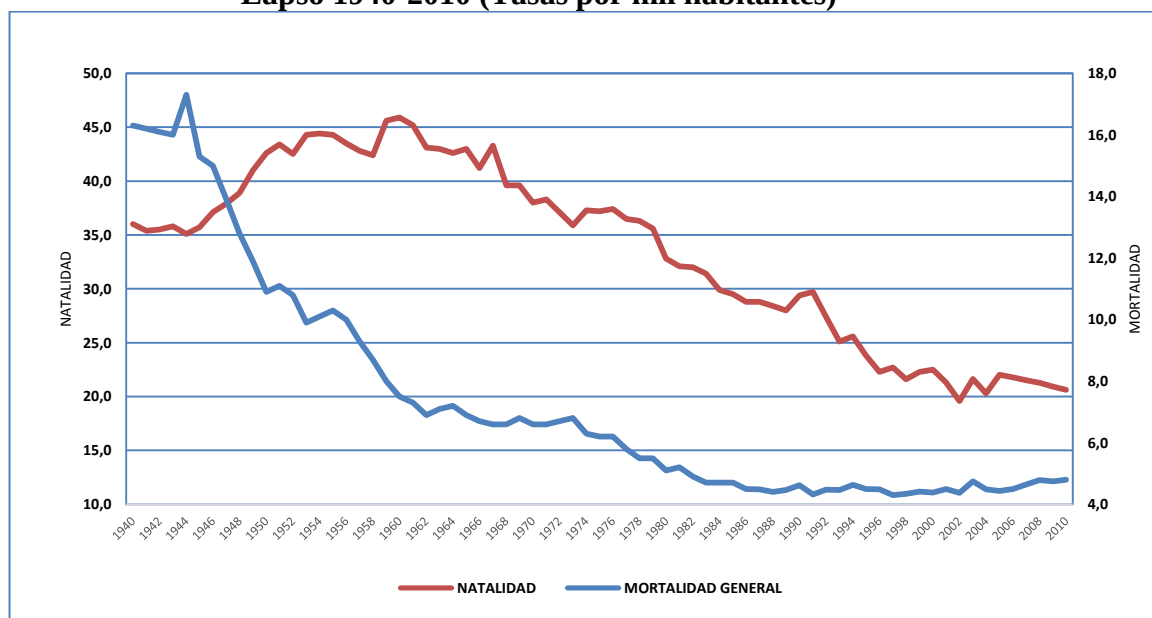
Venezuela exhibe en los últimos 57 años una importante reducción de su patrón reproductivo (fecundidad) que puede evidenciarse con apoyo de las Tasas de Nacimiento Bruta (TNB), las Tasas de Fecundidad Total (TFT) y las Tasas de Fecundidad Especificas por Edad (TFEE). Durante el mencionado plazo se pudo constatar el descenso del número de hijos por mujer (TFT) de 5,3 (aproximadamente en el año 1961) a 2 hijos por mujer (aproximadamente para el año 2017).

Ya desde la década de los cuarenta Venezuela exhibía con algunos indicadores socio económicos el tránsito de una sociedad esencialmente rural y agrícola a una sociedad esencialmente urbana con un decisivo impulso petrolero. Algunas cifras que dan cuenta de los cambios que estaban sucediendo son: la mortalidad general, que exhibía una variación de 17,2(‰) fallecimientos por mil habitantes, desde la década de los años cuarenta, a 7,5(‰) defunciones por cada mil habitantes, para inicios de los sesenta del pasado siglo. Continuando su disminución hasta alcanzar 4,9(‰) muertes por cada mil habitantes a inicios de la segunda década del presente siglo. Esta reducción puede ser explicada por las intervenciones exitosas de los programas de malariología, atención primaria de la salud, educación para la salud y un sin número de otros esfuerzos públicos relacionados con las obras públicas, infraestructura y mejoras socio económicas.

Por su parte, los indicadores de nacimientos daban cuenta de los cambios que se estaban produciendo en la sociedad venezolana. Así en el transcurso del período de 1940 al presente se puede señalar que se produjo una fase de ascenso de los nacimientos explicados por la reducción

de la mortalidad infantil y materna, hechos que ocurren entre los años 1940 a 1960, y, una fase de descenso que comienza a manifestarse desde la década de los sesenta hasta el presente.

Gráfico N° 1.
Venezuela: Tendencia histórica de la natalidad y la mortalidad.
Lapso 1940-2010 (Tasas por mil habitantes)



Nota: Anuarios de natalidad y mortalidad del MPPS y la DISE y las Estadísticas Vitales del INE. En dichos anuarios se usó la población de las proyecciones de población con base al censo de 1990 para un tramo y del censo 2001 para el resto.

Fuente: MPPS, DISE, INE.

Elaboración propia

El gráfico N° 1 exhibe la evolución de los indicadores de nacimientos y defunciones desde los años cuarenta, describiendo lo que se conoce como la Transición Demográfica (TD). La Teoría de la Transición Demográfica (TTD) sostiene que las diversas experiencias demográficas observadas en los países, con relación al tránsito de altos niveles de mortalidad y fecundidad a otro de niveles moderados y bajos, produce largos períodos de altos crecimiento de la población. Los cambios observados están relacionados con innovaciones económicas, sociales, culturales y políticos, las mismas que producen diversas pautas de transición demográficas.

Durante este tiempo transcurrido entre 1950 y 2011 se ha observado un aumento de la esperanza de vida al nacer de cerca de 20 años, aumentando la expectativa de vida de 55 años a

74 años y reduciéndose la tasa de fecundidad total de 6,7 (1950) a 2,4 hijos por mujer (2011). Estas tendencias lo que permitieron explicar que la tasa de crecimiento geométrica de la población descendiera de 4(%) por ciento para el periodo intercensal 1950–1961 a 1,6(%) por ciento para el correspondiente lapso 2001-2011. (Véase capítulo Marco Teórico)

La transición de la fecundidad

Uno de los cambios más significativos en la dinámica de la población es el descenso sostenido de la fecundidad, es decir, del número de hijos por mujer al final de su vida reproductiva. Este descenso, desde la segunda mitad del pasado siglo, ha sido generalizado en todos los países de la región latinoamericana, pero la intensidad y el ritmo de la transición de la fecundidad presentan una gran variedad, tanto en términos territoriales como por estratos socio económico.

Puede sostenerse que hay una combinación de causas que pueden explicar el descenso de la fecundidad. Entre ellas la creciente urbanización, la masificación de la escolaridad, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y el acceso a métodos anticonceptivos modernos, considerados éstos como los factores determinantes de la reducción del número de hijos por mujer.

En Venezuela, igualmente, los cambios asociados con la transición rural – urbana la transición epidemiológica, la transición de una sociedad agraria a sociedad minera e industrial incipiente incidieron, también, en la regulación de la fecundidad y en la reducción del tamaño de la familia.

Para inicios de la década de los cincuenta las mujeres venezolanas tenían en promedio un poco menos de 7 hijos por mujer, exhibiendo 20 años un promedio cercano a 4 hijos. Desde 1980

hasta el año 2000, en plena crisis económica, política y social la fecundidad continuó reduciéndose hasta alcanzar un promedio de 2,3 hijos por mujer según estimaciones a partir de los datos del Censo del 2011.

Sin embargo, este tránsito durante las mencionadas 5 décadas estuvo marcado por las disparidades territoriales y sociales en el acceso a la salud reproductiva y a los métodos modernos de planificación familiar.

No obstante, el descenso del número de hijos promedio por mujer, el volumen de nacimientos anuales ha seguido creciendo como resultado del incremento del total de mujeres en edad reproductiva. Las presiones de la alta fecundidad de las dos primeras décadas de la transición (años sesenta y setenta) incidieron sobre la demanda de servicios sociales básicos, sobre todo en las áreas de salud y educación; a partir de la década de los ochenta, por la incorporación a los mercados de trabajo de la población de mujeres, en edad laboral, incidió sobre el tamaño de los hogares y redujo la demanda de nuevos empleos de las poblaciones jóvenes nacidas después de los noventa del siglo pasado.

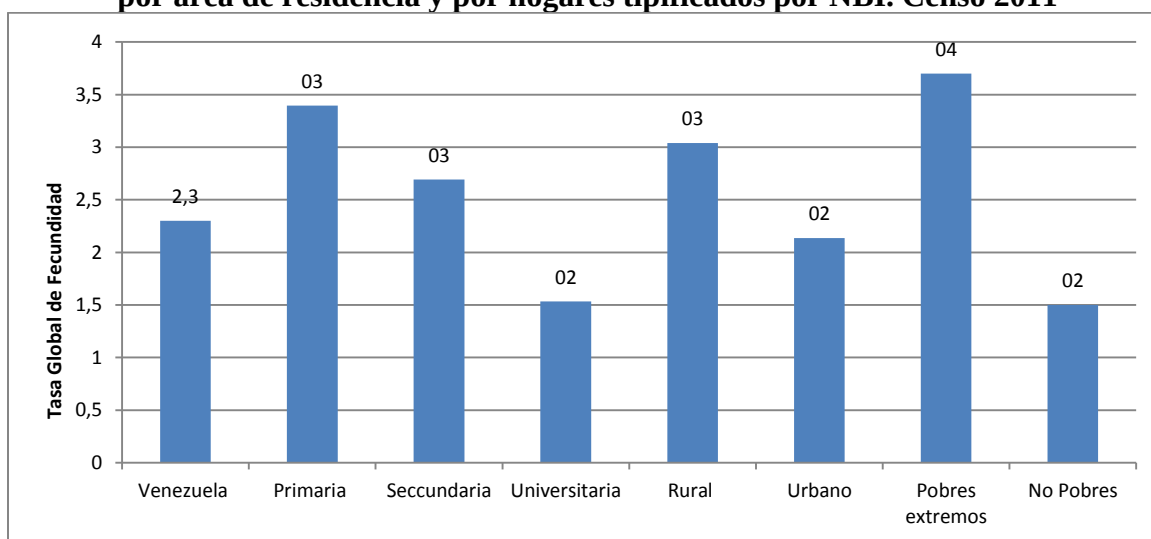
Todo lo anterior fue producto de los cambios y reducción en las tasas específicas de fecundidad por edad, marcada por una intensidad y ritmos de variación muy diferentes entre las diversas cohortes etáreas.

En ese orden el menor descenso relativo se ha producido entre las adolescentes (15-19 años), cuya fecundidad mostró incluso una trayectoria oscilante en las dos últimas décadas. Esos limitados cambios en la cohorte 15–19 años han visibilizado la importancia de la maternidad precoz y las múltiples implicaciones que tiene ese fenómeno a nivel individual, familiar y social.

La fecundidad diferencial

Desde los años cincuenta hasta el presente, ello de acuerdo con las fuentes censales venezolanas, los niveles de fecundidad global (TGF, TFT) (número medio de hijos por mujer en edad reproductiva) se han reducido 1 hijo cada 16 años. El descenso de la fecundidad, en Venezuela, es una tendencia observable desde mediados del siglo 20. Ello como consecuencia, especialmente, de cambios en la valoración del tamaño familiar, del descenso de la mortalidad en general, de cambios sobre la sexualidad y la procreación, de las aspiraciones y expectativas existenciales y de las propias restricciones que al tamaño familiar grande impusieron los procesos de urbanización. Y revertir esa tendencia secular también podría tardar muchos años.

Gráfico N° 2.
Tasa Global de Fecundidad diferenciada por nivel de instrucción,
por área de residencia y por hogares tipificados por NBI. Censo 2011



Fuente: INE. Censo 2011

Elaboración propia

En ese sentido puede señalarse que, al observar algunas variables como nivel de instrucción alcanzada, área de residencia y hogares diferenciados por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) encontramos que las Tasas de Fecundidad Total (TFT), número de hijos por mujer, varían de manera significativa. En el gráfico N° 2 puede apreciarse las diferencias de esas

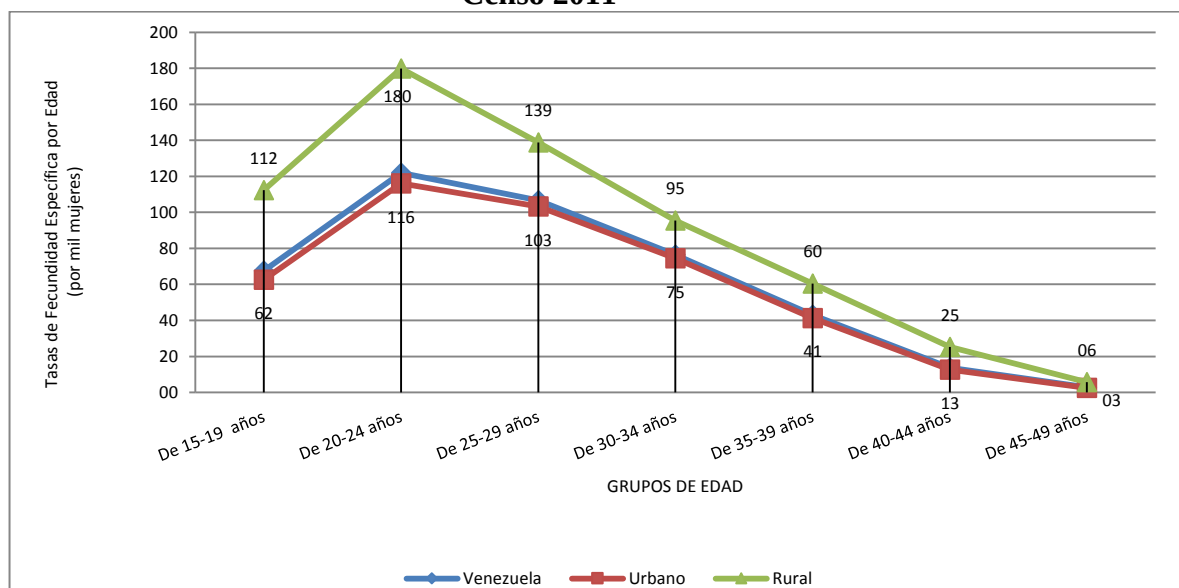
tres variables, apoyados en los datos censales del año 2011, donde se observa que las mujeres con una fecundidad media superior a 3 hijos se caracterizan por residir mayormente en áreas rurales, en hogares en extrema pobreza y haber alcanzado sólo niveles de instrucción formal mínimo a primaria. Por oposición, puede verse que las mujeres residentes en las áreas urbanas, que han alcanzado un nivel de instrucción universitaria y residen en hogares no pobres tienen 2 o menos hijos.

Al examinar el promedio de hijos por mujer por grupos de edades, diferenciados por diversas variables, encontramos en algunos grupos de edades niveles elevados, por arriba del promedio nacional, debido entre otras razones a que las condiciones de vida son aún dificultosas para algunos grupos de población. De manera particular, en lo que se refiere al grupo de mujeres de 15-19 años, donde las variables edad de iniciación de las relaciones sexuales, la frecuencia de las relaciones sexuales, la disolución de los matrimonios o uniones, el uso de anticonceptivos y la mortalidad materna, son aspectos intervinientes en su patrón relacionado con la sexualidad y reproducción. Al considerar las tasas de fecundidad específicas por edad (TFEE) del grupo 15-19 años, se pone en evidencia que las mismas son más bajas que las de los grupos 20-24 y 25-29 años. Es a partir de los 30 años que se observa que la TFEE desciende rápidamente. (Véase gráfico N° 3)

Asimismo, al observar el comportamiento de la TFEE para el mencionado grupo de edad para el área urbana, la fecundidad específica por edad alcanza su mayor nivel en el grupo de mujeres de 20-24 años de edad. Las diferencias entre las tasas urbana y nacional son menores para las mujeres que residen en las áreas urbanas para el grupo de edad de 15–19 años. Estas similitudes se explican por cuanto el país se caracteriza por su alto porcentaje de población urbana 88(%) por ciento (Censos 2001 y 2011), lo que explica que las tasas fecundidad en el

ámbito nacional se asemejan más a las tasas de fecundidad observadas en el área urbana que en las zonas rurales.

Gráfico N° 3.
Tasa de Fecundidad Específica por Edad, por área de residencia rural y urbana.
Censo 2011



Fuente: INE. Censo 2011

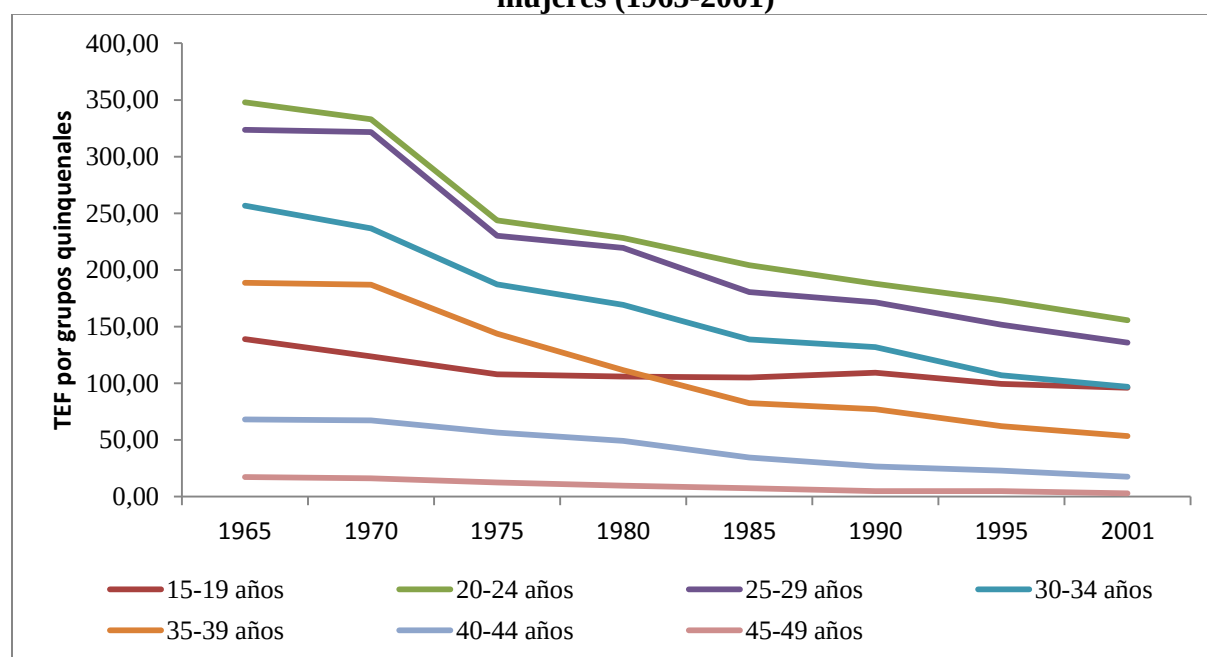
El hecho de que las mujeres residan en áreas urbanas supone una menor fecundidad, ello explicado principalmente por el deseo de éstas de alcanzar un mayor nivel de instrucción, de obtener un mejor empleo y mayores ingresos y lograr sus aspiraciones personales. También, se espera que el residir en las áreas urbanas supone tener acceso a más información y a programas de control natal y anticonceptivos.

Por otra parte, el vivir en áreas rurales, por término medio, conlleva una limitación de alcanzar elevados niveles de educación formal, un empleo y una remuneración satisfactoria, tener acceso de información y a los programas de regulación de la fecundidad, etc. De otra parte, puede sostenerse que, tradicionalmente, el residir en áreas rurales supone, para las familias en lo general y para las mujeres en lo particular, tengan muchos hijos y se dediquen, principalmente, a la crianza de los mismos.

Con lo antes dicho puede observarse como el porcentaje de mujeres que viven en las áreas urbanas y el porcentaje de mujeres que se fueron alfabetizando incidieron en los niveles de fecundidad observados entre los años 1961 y 2011, ello diferenciado por las entidades federales del país, como lo son los estados: Apure (3,77 hijos por mujer), Delta Amacuro (3,6 hijos por mujer), Amazonas (3,06 hijos por mujer) y Bolívar (2,89 hijos por mujer) donde prevalece aún una población rural en el año 2011.

Anteriormente se pudo observar como la Tasa Global de Fecundidad en Venezuela ha presentado un descenso, pero cuando observamos en el gráfico N° 4 la Tasa Específica de Fecundidad por grupos quinquenales, nos damos cuenta que el comportamiento no se ha dado en todos los grupos, ya que las mujeres de 15 a 19 años entre 1965 a 2001 no ha presentado un descenso notable e incluso ha tenido alza a lo largo de los años.

Gráfico N° 4.
Venezuela: Tasas Específicas de Fecundidad por grupos quinquenales de edad de las mujeres (1965-2001)



Fuente: Bolívar (2004)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, el cual se da entre los 10 y 19 años. Un embarazo en esta etapa de la vida puede conllevar riesgos a la salud tanto materna como infantil, el cual está ligado a desvanecías socio-económicas para las adolescentes, la familia y la comunidad, tal como deserción o pobre desempeño escolar, menores oportunidades de ingresar al mercado laboral, así como una alta probabilidad de prolongar el esquema de pobreza. (Reyes y González, 2014)

Al observar como la Tasa Global de Fecundidad ha disminuido a lo largo de los años, mientras que la fecundidad del grupo de 15 a 19 años se ha mantenido estacionaria (estancada) surge como principal interrogante:

Pregunta de Investigación

¿Qué factores inciden en la fecundidad temprana para que sus niveles, en términos absolutos y relativos, no hayan descendido como ha ocurrido con la fecundidad de la población de mujeres mayores de 20 años?

Objetivo General:

Examinar los factores que inciden en los niveles de la fecundidad temprana en Venezuela

Objetivos Específicos:

1. Describir la tendencia histórica de la fecundidad en Venezuela
2. Analizar los factores que inciden en la fecundidad general y específicamente en las adolescentes

3. Caracterizar al grupo de adolescentes en Venezuela, específicamente aquellas que hayan tenido al menos un hijo

Delimitación temática

Esta investigación se centra en la temática de la fecundidad temprana. Principalmente en los aspectos relacionados con la reproducción y cuenta con los datos secundarios provenientes de la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010), encuesta que trata sobre mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, se toma en cuenta para esta investigación solo el grupo de 15 a 19 años. La Encuesta Nacional de Juventud (ENJUVE) levantada por la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y de la Encuesta Nacional de Juventud del Ministerio del Poder Popular para la Juventud (MPPJ), ambas encuestas realizadas en el año 2013 tuvo como muestra a hombres y mujeres entre 15-29 años (UCAB) y 15-30 años (MPPJ), para este estudio se tomó en cuenta el grupo de mujeres entre 15 y 19 años, para validar los hallazgos de la ENDEVE.

Se ha trabajado los aspectos vinculados con la reproducción, sin tratar aquellos relacionados con la sexualidad de las jóvenes, ni examinándose los grupos de población de menores de 14 años, que han tenido hijos, pero de los que no se tiene datos sobre su condición.

Justificación

El interés por esta investigación comenzó mientras cursaba en el 5to semestre de la carrera la materia Métodos Cuantitativos. En esta asignación realice junto a otros compañeros, un estudio en la Maternidad Concepción Palacios, ubicada en San Martín, Caracas, en el cual se buscaba conocer como era el trato que recibían las mujeres al momento del parto, en esté se realizó una encuesta a mujeres, de todas las edades, que se encontraban en la espera del alta.

Mientras realizaba esas encuestas me llamo la atención que en esta institución se encontraba un número considerable de mujeres menores de 20 años que ya tenían más de un hijo, además de esto pude conocer que la Maternidad Concepción Palacios, presenta un servicio de atención de adolescentes en el piso 4, en el cual se amplía la capacidad de asistencia de las jóvenes de 12 a 20 años.

En aquel entonces (2014), pude observar como un gran número de mujeres menores de 20 años habían tenido un hijo, además ya existiendo un piso de Unidad de Hospitalización de Adolescentes, que contaba para el año 2012 con 67 camas, 18 salas de hospitalización, es decir, se encontraba una demanda superior en comparación a los servicios que presentaba la institución ocasionando un desorden interno.

Por otra parte, de acuerdo con las notas de prensa y artículos que leía, pude informarme, que desde el año 2015, se registraba en el mercado farmacéutico un déficit de anticonceptivos. De allí mi interés de cómo esta situación afectaría a los jóvenes en su vida sexual reproductiva.

A finales del año 2016, comienzo a tener comunicación con el servicio diferenciado “Tú Decides” ubicado en el Centro de Salud Santa Inés (UCAB) en Montalbán. En aquel entonces, me propuse trabajar en este Centro de Atención Diferenciado para los y las Adolescentes y de esta manera poder canalizar mis inquietudes sobre la temática relacionada con el embarazo adolescente, la práctica y el uso de los métodos anticonceptivos.

En esa época la Gerencia del Centro de Salud Santa Inés me recomendó hacer unas entrevistas a las adolescentes para conocer e informarme la influencia, las herramientas o conocimientos de estas adolescentes. El trabajo de investigación se inició en febrero de 2017 donde se realizó una prueba piloto en la cual se pudo observar que las adolescentes conocían el servicio diferenciado porque una persona de la institución se lo recomendó. Llegar a conocer el

servicio diferenciado es un poco difícil, incluso estando en el Centro de Salud Santa Inés, ya que esté no es conocido como servicio diferenciado para adolescentes, sino como “Tú decides”, nombre del programa.

Otra de las cosas que se pudo realizar fue una entrevista a la coordinadora del programa en el cual explico de forma resumida los servicios que ofrece el programa, como lo son: una primera cita con un adolescentólogo el cual al hablar con el adolescente lo remite a otro Departamento como lo puede ser: ginecología, urología, psicología, etc. La práctica de los adolescentólogos es levantar un informe de los y las adolescentes para conocer sus características, sin embargo esta información recolectada no ha sido procesada para abordar los aspectos relacionados con el tema de una manera más oportuna y asertiva.

El servicio diferenciado para adolescentes “Tú Decides” fue creado en el año 2012, con el fin de abordar los problemas que presentan los y las adolescentes, principalmente de las parroquias cercanas a esté (Antímano, Macarao, Caricuao, El Paraíso y La Vega). En la entrevista realizada a la coordinadora del programa se pudo conocer que estaban llegando, para ese momento, adolescentes embarazadas por no haber encontrado algún método anticonceptivo.

Las adolescentes que llegaban a la institución era con la preocupación de: *“no conseguí ningún método”, “desespero porque quieren tener relaciones sexuales seguras y no lo consiguen”* o *“no quiero quedar embarazadas”*

Luego de tener grandes avances con la institución dure casi un año enferma y con un largo reposo quise retomar la investigación en el Centro de Salud Santa Inés, pero las condiciones para poder realizar la investigación habían cambiado, ello me obligo a trabajar un nuevo tema buscando dar respuestas a algunas inquietudes que he tenido durante estos años.

Para la fecha (febrero de 2017), el Servicio Diferenciado “Tú Decides”, no tenían ningún método de contracepción para proporcionar a las adolescentes que acudían. Meses antes habían tenían el DIU con hormonas el cual no se lo colocaban a todas las adolescentes sino aquellas que podría estar más propensas a quedar embarazadas como lo son las adolescentes con una relación estable y aquellas que ya hayan tenido al menos un hijo.

Eso son los hechos que me han animado a realizar esta investigación. Con apoyo de los datos provenientes de la Encuesta Demográfica de Venezuela que examina los patrones de Fecundidad de la población venezolana (2010) y las Encuestas sobre Juventud realizadas por la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y el Ministerio del Poder Popular para la Juventud (ambas realizadas en el año 2013), con las cuales se quería caracterizar a los jóvenes venezolanos entre 15-30 años (MPPJ) y 15–29 años (UCAB), pero para este fin se intenta estudiar la fecundidad temprana.

Es oportuno señalar que la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE) fue levantada en el año 2010, por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Sin embargo, su revisión, discusión y difusión ha sido muy limitada. No existen trabajos difundidos o publicados sobre ella, tal como se realizó con la Encuesta Nacional de Fecundidad (1977), Encuesta Nacional de Población y Familia (EMPOFAM 1998) o la Encuesta Social (ENSO 1993).

Capítulo II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes

La fecundidad adolescente ha sido abordada desde diferentes puntos vista: la sociología, psicología, educación, enfermería, medicina, entre otras. Ya que ha sido un tema de gran interés al observar que las tasas de fecundidad han disminuido al pasar de los años, pero el grupo de 15 a 19 años se ha mantenido constante, por eso se ha buscado investigar qué pasa con este grupo de edad. Para este estudio se tomaron en cuenta las tesis de Venezuela y de algunos países pertenecientes a América Latina y el Caribe de los años 2008–2016, para así poder tener una referencia de como se ha abordado este tema y que resultados se han obtenido. Entre las tesis realizadas en Venezuela sobre este tema podemos encontrar:

El trabajo titulado *Factores psicosociales y culturales que intervienen en las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Hospital Dr. Luis Alberto Rojas, Cantaura-Anzoátegui, primer semestre 2010* realizado por Fanny Lanza, Nohelia Mejías y Dubraska Prado (2010) tiene como objetivo: describir los factores psicosociales y culturales que intervienen en la adolescente embarazada que acude a la consulta prenatal del Hospital Dr. Luis Alberto Rojas. En este trabajo se realizó una encuesta a 17 adolescentes que acudieron al control prenatal, en el cual el 50(%) por ciento dice que le hablaron de sexo en la escuela, el 82(%) por ciento abandono los estudios, el 69(%) por ciento está trabajando y el 50(%) por ciento planificó su embarazo. En los cuales las autoras concluyen que las adolescentes encuestadas que han estado embarazadas abandonan los centros educativos y fue un embarazo planificado.

El trabajo realizado por Antonieta Méndez y Marisol Navarro (2011) titulado *Maternidad adolescente en cinco parroquias del Distrito Capital. Caracterización socio-demográfica* tiene

como objetivo: analizar las relaciones entre las características de la maternidad adolescente y su intensidad, y las condiciones socioeconómicas y demográficas de las parroquias Macarao, Caricuao, Antímano, La Vega y El Paraíso; así como proponer algunas recomendaciones a tomar en consideración en materia de políticas públicas sobre la prevención del embarazo precoz. Esta investigación se realizó utilizando información proveniente del censo 2001, donde se encontró que la zona en estudio no es homogénea en cuanto a sus características socioeconómicas y demográficas, por el contrario presenta grandes brechas que se intensifican al discriminar por estratos, además que la maternidad adolescente aumenta a medida que las condiciones socioeconómicas se tornan más desventajosas.

El trabajo de María Victoria Méndez Cordero (2011) titulado *Conocimiento sobre sexualidad en adolescentes embarazadas* tiene como objetivo: caracterizar el nivel de conocimiento sobre sexualidad en las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta del Hospital Materno-Infantil Dr. José Gregorio Hernández, en mayo-agosto 2011. En esta investigación se realizó una encuesta a 150 adolescentes embarazadas, en el cual se investigó, fuente y lugar donde obtuvieron conocimiento sobre sexualidad, anatomía de los aparatos genitales y embarazo, dando como resultado que el 82(%) por ciento recibió información en el colegio o liceo y un 54,7(%) por ciento en su casa; la fuente de información 89,3(%) por ciento obtenida de los amigos y el 81,3(%) por ciento de otros y un 60,7(%) por ciento de profesores o maestros. Un 5,3(%) por ciento usa preservativo al hacer el amor y el 70(%) por ciento cree que hacer el amor en algunas posturas puede evitar un embarazo. Con estos resultados se puede observar que los adolescentes tienen una información deficiente, haciendo evidente que la manera de enseñar o impartir la educación sexual no ha sido la más idónea desde el hogar, familia y escuela.

El trabajo realizado por Angel Romero (2016), tiene como título *Formación de los docentes en el área de salud sexual y reproductiva en una Unidad Educativa Nacional del estado Miranda*, este estudio tiene como objetivo general: analizar la formación de los docentes y estudiantes de sexto grado en el área de Salud Sexual y Reproductiva de la U.E.N Dr. José de Jesús Arocha del Municipio Sucre, estado Miranda. Fue una investigación descriptiva apoyada en un diseño de campo en el cual se realizaron entrevistas a los representantes y docentes, mientras que a los estudiantes se les aplicó un cuestionario. Todo este trabajo dio como resultado que existe una situación limitada en cuanto a la educación relacionada a la Salud Sexual y Reproductiva, ya que se determinó que los estudiantes y representantes tienen un nivel de conocimiento bajo, ya que carecen de formación desde sus núcleos familiares, hasta en la escuela. Mientras, que los docentes tienen un bajo nivel de conocimiento, dominio y estrategias educativas para la abordar la educación en Salud Sexual y Reproductiva.

Tomando en cuenta trabajos de otros países de América Latina y el Caribe podemos observar que es un comportamiento generalizado el de las adolescentes:

El trabajo realizado por Andrea Cuéllar Alméciga, Liz Johana Garzón Fierro y Leidi Milena Medina Díaz (2008) en Colombia, titulado *Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una institución educativa distrital de Bogotá, segundo semestre 2008* tiene como objetivo: identificar el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes escolarizados de los grados décimo y once en una institución Distrital de educación media de Bogotá D.C. Se realizó una encuesta a adolescentes entre los 14 y 19 que estuvieran cursando décimo u onceavo grado, que hubieran iniciado su vida sexual, independiente que usaran o no métodos anticonceptivos. La investigación dio como resultado que el 70(%) por ciento de las adolescentes usa algún método anticonceptivo. En relación al método utilizado en la primera relación sexual el preservativo es el

método de elección, seguido por el coito interrumpido y el método del ritmo, mientras que para las siguientes relaciones sexuales el condón sigue siendo el método preferido, seguido por la inyección y la píldora anticonceptiva. La toma de decisión de los adolescentes para el uso de métodos anticonceptivos muestra que más de la mitad de la población, tiende a elegir algún método en común de acuerdo con su pareja.

Finalmente, en el trabajo realizado por Gloria Andrea Llerena Espinoza (2015) en Ecuador titulado *Factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato, periodo junio-noviembre del 2014* tiene como objetivo: determinar factores y nivel sociocultural y su influencia en el embarazo adolescente en pacientes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato. En este estudio se realizó una encuesta a adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato durante el periodo junio-noviembre del 2014, además de una muestra comparativa de adolescentes no embarazadas durante el mismo periodo. El estudio reportó que la mayoría de los embarazos se produjo por no uso o mal uso de los métodos anticonceptivos relacionado con el conocimiento deficiente y ciertos mitos presentes en las adolescentes, además del abandono de los estudios.

Todos estos antecedentes constituyen un importante aporte para esta investigación, pues hacen énfasis en la situación de los adolescentes en cuanto a la información que reciben sobre Salud Sexual y Reproductiva. Según estos estudios presentan un déficit de información en el hogar y en las escuelas, buscando de esta manera la mayoría de las veces información en sus pares, trayendo como consecuencia una utilización incorrecta o la no utilización de los diversos

métodos anticonceptivos. Otros de los aspectos resaltantes en estas investigaciones es que las adolescentes que han tenido un hijo abandonan los estudios y en algunos casos se encuentran trabajando. Estos antecedentes nos ayudan a justificar nuestro estudio poniendo en evidencia la ausencia de análisis como los que se proponen en este trabajo, como lo es: conocer desde las fuentes secundarios los factores que inciden en esa fecundidad, ya que en estos se trata el embarazo o uno de los factores que intervienen en la fecundidad, mientras que el aporte de esta investigación es conocer de manera general los factores que intervienen en la fecundidad a través de la teoría de Davis y Blake (1956), Bongaarts (1978-1982), Freeman (1961-1962). En este sentido, es muy importante comprender el carácter innovador del conocimiento científico.

Bases teóricas

Adolescencia: etapa entre la niñez y la adultez

Definir la adolescencia con precisión es un poco difícil, ya que la madurez física, emocional y cognitiva, depende en qué manera cada individuo experimenta este periodo de la vida. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) (2011) explica que la pubertad empieza en momentos sumamente diferentes para los niños y las niñas, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia como promedio, entre los 12 y 18 años. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años, aunque pueden existir casos en los cuales pueda comenzar a los 8 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. Hoy en día hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano, debido en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta,

este proceso se produce entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importante de la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento, el cual se caracteriza por el proceso de diversos procesos biológicos y sociales. La adolescencia se divide en dos: adolescencia temprana (entre los 10 y los 14 años) y adolescencia tardía (entre los 15 y los 19 años), siendo esta última la que se tomará en cuenta para esta investigación.

La Sexualidad en la Adolescencia

Para algunos adolescentes sus conductas pueden tener efectos perjudiciales para el resto de la vida: entre estas conductas están las asociadas con la sexualidad, que llevaría a tener consecuencias reproductivas muchas veces no deseadas. En ese sentido, esas consecuencias reproductivas guardan relación con el control social. La fecundidad temprana (adolescente), para el caso de Venezuela, y de América Latina en términos generales, contribuye con más del 20 por ciento de los nacimientos que se registran tanto en Venezuela como en otros países de la Región, esto es cerca de 120 mil casos anuales. Esa magnitud de nacimientos, que ocurren en madres adolescentes, se ha resistido a disminuir y puede establecerse una diferenciación de su prevalencia por educación, ingreso, lugar de residencia, entre otras variables.

Es oportuno señalar que se ha logrado identificar unas variables que están asociadas con la exposición al riesgo del embarazo y maternidad adolescente. Estas variables se le han denominado variables intermedias, que explican el aumento a la exposición de riesgo al embarazo. Las variables intermedias en cuestión están relacionadas con: (i) la edad de la iniciación sexual, (ii) con la edad de la nupcialidad y (iii) el uso de anticonceptivos.

Con relación a la iniciación sexual, la misma se ha considerado como un problema, ello por el riesgo relacionados con los (i) embarazos tempranos, (ii) las situaciones pocas oportunas o

desafortunadas que surgen a partir de un embarazo no deseado, (iii) por los riesgos de una mortalidad materna si la adolescente no ha tenido atención prenatal, (iv) además de los riesgos que se pueden correr por las enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre otras situaciones dentro del ámbito familiar, emocional y de grupos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y tiene en cuenta aspectos como el sexo, la identidad y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad está influenciada por las interacciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo económico, lo político, lo cultural, lo ético, lo legal, lo histórico, lo religioso y por factores espirituales.

Peláez (2008) dice que además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. En términos generales, las mujeres y hombres que provienen de diversos estratos socioeconómicos presentan trayectorias de emancipación diferente.

Para algunos psicólogos, como Hirschi (1969) la actividad sexual temprana, conlleva riesgos psicológicos cuando se produce sin la adecuada madurez mental y moral para manejar un evento de tanta importancia vital y con significado social. De allí que este autor sugiera que instituciones sociales como la familia, la escuela y la iglesia pueden ayudar a disminuir el riesgo a estas vivencias.

Por otra parte, Zimmer-Gembeck y Helfand (2008), han trabajado sobre la protección de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Estos autores, aceptan que existe una asociación (correlación) entre iniciación sexual y los riesgos psicológicos que se producen luego de esta. Son efectos no buscados y prevenibles, requiriéndose de un programa de comunicación,

información y educación sobre los riesgos posibles de un embarazo temprano y enfermedades de transmisión sexual (ETS). Estos autores no desconocen la asociación empírica entre iniciación sexual temprana y riesgos de tipo psicológicos como traumas, violencia, inestabilidad emocional, etc. Que conlleva y culmina en inmadurez psicológica y estigma social. Zimmer y Helfand (2008), sostienen que un segmento importante de adolescentes se relaciona con decisiones reflexivas, con relaciones románticas, con compromisos amorosos y con una búsqueda legítima y natural de placer y disfrute.

Currie y otros (2012), son de opinión de que la sexualidad adolescente prenupcial es una época de plena normalidad; las decisiones sobre cuándo, cómo, con quién y por qué se inicia la actividad sexual son tomadas por los adolescentes de acuerdo a su capacidad reflexiva personal. Estos autores reconocen, sin embargo, que las decisiones sobre la iniciación sexual entre los jóvenes aún es un área de mucha discusión y contradictoria. Ellos traen a colación el caso de los Estados Unidos y de algunos países europeos donde la actividad sexual prematrimonial durante la adolescencia se acepta con toda normalidad.

Wellings y otros, (2006) son de opinión que todas las teorías que se examinen describen y explican la iniciación sexual en contextos culturales específicos, las que (i) de manera que las decisiones relacionadas con la iniciación sexual pueden ser tomadas libremente por los y las adolescentes, aunque existan todavía controles sociales que hay en esta materia, y ii) que ellos (los autores) no han encontrado evidencias que relacione la sexualidad con las variables nupcialidad o unión de pareja y la reproducción. Por ello, las iniciaciones sexuales tempranas responden a un modelo tradicional de nupcialidad temprana o pre-nupcial obligada o violenta.

Embarazo Adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como embarazo adolescente la condición de maternidad que se produce en edades tempranas, es decir, es aquella gestación prematura que se presentan en las jóvenes que no han culminado su maduración tanto psicológica como biológica. El embarazo adolescente se asocia a factores psicosociales y económicos, en el cual se puede generar la deserción escolar o la interrupción de los estudios durante un tiempo determinado (Molina, 2017).

El embarazo puede aparecer como una consecuencia de la pobreza y no como causa de esta, ya que las adolescentes pueden plantearse la maternidad como un proyecto de vida (Freitez y Di Brienza, 2002), esto lo observamos con las adolescentes de los estratos bajos, donde ser madre, formar una familia es el principal proyecto de vida. Las consecuencias del embarazo temprano guarda relación con el desarrollo personal de las adolescentes, la formación y la estabilidad de las uniones o nupcialidad, sobre la salud de la mujer y el resultado del propio embarazo y el desarrollo de los hijos de las madres adolescentes.

Hasta los 10 años, la gran mayoría de los niños y/o niñas asisten a la escuela: por lo general, a partir de la segunda década de vida esos niños (as), optan por estudiar o trabajar actividades que les resultan atractivas para avanzar en sus proyectos de vida. Sin embargo, en el caso de muchos adolescentes (i) las relaciones sexuales tempranas pueden interrumpir las mencionadas opciones explicadas por un embarazo, el que puede ser deseado o no deseado. En el caso del embarazo deseado es una opción válida para la adolescente para ser reconocida socialmente como *un adulto visible*, a través de la maternidad.

Es de conocimiento generalizado que las adolescentes de estrato alto y medio, presentan una fecundidad baja; mientras que las adolescentes de estratos bajos se caracterizan por

abandono temprano de los estudios, maternidad adolescente y como consecuencia exhiben altas tasas de fecundidad. Es allí donde se hace más evidente la problemática que estamos examinando. Puede sostenerse que los adolescentes de estratos bajos, que no han logrado fijarse metas relacionadas con su formación profesional y su incorporación al mundo del trabajo, encuentran (en muchas ocasiones) en la maternidad y el matrimonio su realización personal, debiendo señalarse que un embarazo en esta etapa de la vida puede ser deseado.

Para González y Reyes (2014) los adolescentes de estratos bajos, como los del sector urbano marginal, ven en el embarazo un escape al entorno familiar, ya sea por problemas de violencia familiar y abusos físicos o psicológicos, como una manera de adquirir valoración social o un mayor estatus dentro del ámbito socio – cultural donde residen. Las adolescentes de estratos altos, en cambio, dan prioridad a su desarrollo profesional y laboral antes que, a su proyecto de maternidad, por lo que la mayoría de esos embarazos no son deseados en ese momento.

Se ha tratado de explicar el incremento de la fecundidad adolescente en los años recientes como resultado de una actividad sexual cada vez más temprana sin la protección para evitar un embarazo. Aunque los datos sugieren que esto puede ser cierto en el caso de las adolescentes con mayor nivel educativo, entre las cuales un embarazo puede considerarse "un accidente". En el caso de las jóvenes que se encuentran en condiciones económicas desventajosas, el embarazo en la adolescencia es el inicio de una intensa historia genésica que se manifiesta en un promedio significativo de hijos antes de los 20 años.

El conocimiento y uso de anticonceptivos constituye un factor de protección ante el evento de quedar embarazada. Se supone que el uso de los anticonceptivos incide en la reducción del embarazo adolescente. Sin embargo, una alta proporción de adolescentes continúan procreando, de manera particular de los grupos poblacionales más pobres.

La maternidad adolescente no siempre se consideró un problema; durante décadas y en distintos contextos culturales tener hijos a edades tempranas constituía un esquema normativo de reproducción (Stern y García, 2001; Partie, 2007. Citado en Llanes, 2012). Antes de los procesos de urbanización las mujeres se casaban a edades tempranas y tenían hijos, ya que el empleo de los métodos anticonceptivos, la asistencia a los centros de educación y la inserción al campo laboral se dio a mediados del siglo XX.

Factores que inciden en la fecundidad

En el intento de sistematizar el efecto de los elementos sociales sobre los niveles de fecundidad destaca la aportación teórica pionera de Kingsley Davis y Judith Blake (1956). Davis y Blake introdujeron, entonces, el concepto de "proximidad" o determinantes biosociales, es decir, factores de comportamiento que directamente afectan los procesos biológicos controlando la fecundidad o número de hijos por mujer.

El modelo sociológico para el análisis de los niveles de fecundidad propuesto por Davis y Blake señala la existencia de un conjunto de variables denominadas intermedias como: la edad en que se contrae matrimonio y la práctica de contracepción, entre otras variables, que materializan la influencia que las normas y los hábitos culturales y sociales tienen sobre la fecundidad. Las características del entorno de los individuos, que son los determinantes indirectos del nivel de fecundidad, afectan al nivel de las variables intermedias modificando las normas sociales, los valores vigentes en la sociedad (por ejemplo: la idea acerca de cuál es la edad más apropiada para el matrimonio).

Por ello el análisis sociológico de los determinantes de la regulación de la fecundidad abarca cuestiones relacionadas con:

- los motivos que llevan a las parejas a controlar el número de hijos y/o determinar su espaciamiento;
- las actitudes o el grado de aceptación por parte de los individuos de las diferentes prácticas contraceptivas;
- el grado de conocimiento y acceso que tiene la población a este tipo de prácticas.

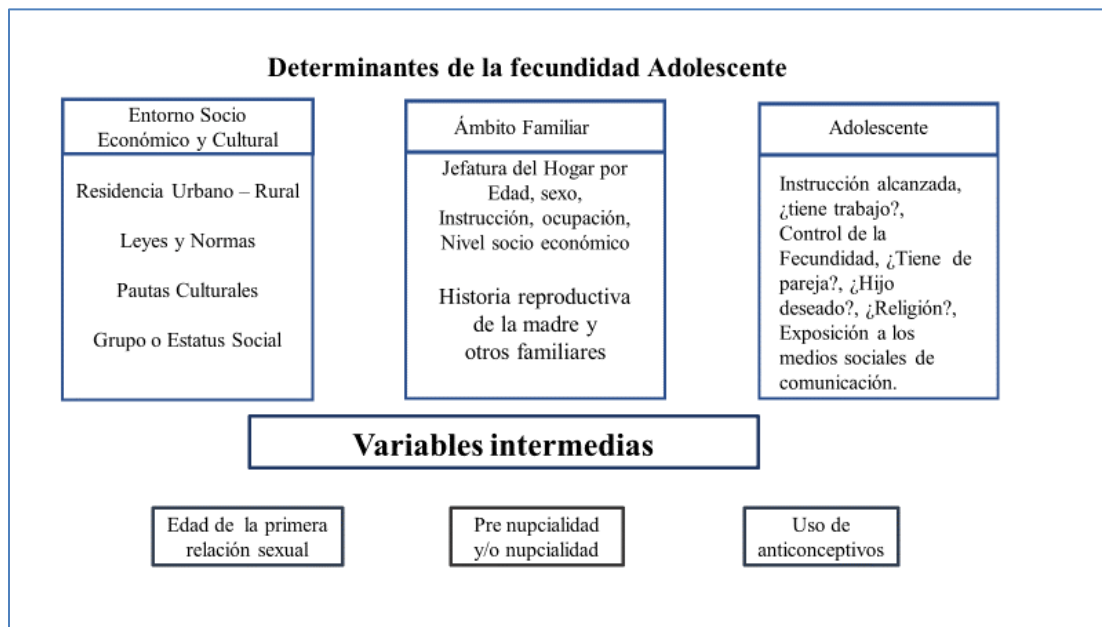
Para Ronald Freeman (1961-1962), los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón reproductivo en algunas regiones y grupos sociales. Sin embargo, la pauta reproductiva temprana, en las ciudades no suele aceptarse; de allí que los embarazos tempranos no son deseados o auspiciados. En las zonas pobres o marginales de las áreas urbanizadas suelen ocurrir los embarazos tempranos, frecuentemente en parejas que no han iniciado una vida en común. Ese embarazo llegará a término, y con toda seguridad la relación de pareja se disolverá produciéndose el abandono de la mujer y del hijo o hija. Ese cuadro conlleva a crear los estatus de *niño huérfano* y de *madre soltera*.

También, es importante, destacar que muchos de los embarazos no deseados culminan en abortos, con consecuencias muy negativas para la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, o en situaciones más agravadas como el deceso de estas adolescentes. Todo ello producto de situaciones irregulares: (i) como el aborto inducido, que es considerado una acción criminal, (ii) la realización de las intervenciones por parte de personal empírico y (iii) las inadecuadas condiciones sanitarias en la práctica de las intervenciones quirúrgicas.

Los determinantes de la fecundidad son variables que intentan explicar los mecanismos responsables de variación de la fecundidad de una población, en este caso el grupo de adolescentes. Estas variaciones afectan o intervienen en las tres etapas requeridas naturalmente

para que ocurra la fecundidad: las relaciones íntimas entre varón y mujer (unión sexual), la concepción y el nacimiento vivo. (Salazar, 2003)

Cuadro sinóptico N° 3.
Determinantes de la fecundidad adolescente



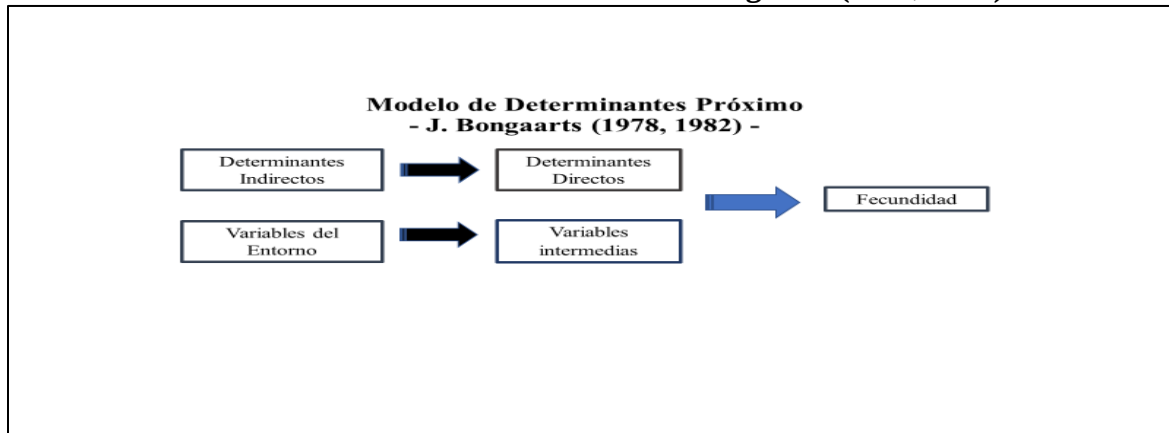
Elaboración propia

En ese sentido Davis y Blake (1956) y Bongaarts (1978–1982) propusieron una serie de determinantes próximos e intermedios de la fecundidad, en la cual los determinantes próximos afectan el nivel de fecundidad natural, los principales determinantes son: edad al contraer matrimonio, proporción de mujeres en unión respecto al total de mujeres, prácticas anticonceptivas, prevalencia de infertilidad primaria y secundaria, aborto natural e inducido.

En cuanto a los factores intermedios, los autores, comentan que inciden en los determinantes próximos. Por ejemplo: la educación afecta la edad de nupcialidad.

Por otra parte, el uso de los anticonceptivos es la variable que juega un papel importante en el comportamiento (control) de la fecundidad, en especial en el caso de los matrimonios (los cuales pueden incluir las uniones libres).

Cuadro sinóptico N° 4.
Modelo de Determinantes Próximos. Bongaarts (1978, 1982)



Elaboración propia

Otro determinante próximo es el periodo de lactancia de las madres. Esta se asocia con la fecundidad, ya que, al tener un efecto inhibitorio sobre la ovulación, el intervalo sin nacimientos y fecundidad se amplía, reduciéndose entonces esta última variable. También son determinantes próximos el aborto inducido, la mortalidad intrauterina, la esterilización y la duración del periodo de fecundidad.

Resumiendo, la estructura de análisis de los determinantes próximos de la fecundidad la descompone en ocho variables, agrupados en tres factores o categorías (Bongaarts, 1978):

1. **Factores de exposición:** proporción de mujeres casadas o unidas o con relaciones.
2. **Factores de control de la fecundidad:** uso de anticoncepción y aborto inducido.
3. **Factores naturales de la fecundidad:** lactancia, esterilidad, frecuencia de relaciones sexuales, la duración del periodo de fertilidad y la mortalidad intrauterina.

Cuadro sinóptico N° 5.
Variables de los determinantes próximos

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">· Social: educación, ingresos, trabajo, estado de la mujer· Cultural: prácticas matrimoniales, abstinencia posparto, creencias religiosas sobre la anticoncepción· Salud: prevalencia de ETS, malaria· Político: políticas gubernamentales sobre planificación familiar, educación femenina· Programático: disponibilidad de información y servicio anticonceptivos |
|--|

Elaboración propia

Dimensiones sobre la Temática

Anteriormente se ha podido observar como existen factores o variables que intervienen en la fecundidad adolescente, por esta razón en este apartado se va a tratar las dimensiones relacionadas con el entorno social, el entorno familiar y con el mismo adolescente como lo son: educación, nupcialidad, métodos anticonceptivos, derechos sexuales, los cuales son de gran importancia, ya que intervienen en la posibilidad de que ocurra la fecundidad en la adolescencia.

Educación

La educación es uno de los principales factores que son estudiados al momento de hablar sobre la fecundidad. Como se ha mencionado anteriormente, la incorporación de la mujer a los centros de educación formal ha contribuido en el descenso de la fecundidad general a lo largo de los años.

Mientras las mujeres se mantengan en los centros educativos y alcancen un nivel de escolaridad mayor, éstas tendrán un control de sus recursos y autonomía para tomar decisiones, como lo son: el uso de anticonceptivos, edad para casarse, el número de hijos que desea tener y

en qué momento tenerlos, dando como resultado una mejor autoestima y existiendo la posibilidad de mejorar su estrato social. Aunque la educación de la pareja tiene un efecto positivo, resulta menos influyente que la de la mujer. (Celade, 2005)

Nupcialidad

Según Ferrando, Bay y Popolo (2003) la edad de inicio de la unión es el factor más importante de la variable nupcialidad porque tiene mucho que ver con el periodo de la exposición al embarazo. En la mayor parte de los países del mundo, especialmente en los menos desarrollados la familia es –por lo general- la unidad en el cual tiene lugar la reproducción.

En muchas sociedades la mayor parte de las madres adolescentes son casadas o unidas consensualmente al momento de tener el hijo, aunque a menudo la unión o casamiento son posteriores al embarazo, pero anteriores al nacimiento (Pantelides, sf)

Métodos anticonceptivos

A pesar del conocimiento y acceso a la contracepción efectiva la fecundidad adolescente sigue subiendo, su simple disponibilidad no es suficiente para garantizar su uso eficaz; las mujeres deben conocer los métodos, donde conseguirlos y tener accesibilidad espacial y económica de ellos. Sobre este factor confluyen varios asuntos diferentes entre sí, tales como la existencia de programas de planificación familiar o de comercialización de anticonceptivos, su conocimiento por parte de las usuarias, su capacidad de acceder a los programas de planificación o a la venta de anticonceptivos, además de la superación de barreras como lo son los costos biopsicosociales de los métodos anticonceptivos y el rechazo cultural o de otros significativos, como la pareja al uso de anticonceptivos. (Coale, 1973. Citado por Rodríguez y Cesare, 2006).

Las adolescentes están iniciando su primera relación sexual más joven conllevando a un mayor riesgo de un embarazo (Rodríguez y Hopenhays, 2007), además que estás en América Latina y el Caribe suelen utilizar anticonceptivos después de haber sido madres, de hecho, es por esta razón que se les facilita el acceso a estos medios (Rodríguez, 2013), ya que suelen estar excluidas de los servicios de salud sexual y reproductiva, y se les acepta en los programa de planificación familiar sólo después de tener el primer hijo (Celade, 2005).

Uno de las variables que toman en cuenta Rodríguez y Cesare (2006) es que para poder evaluar el acceso a los métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes es a través del uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, ya que, aunque no es seguro que luego de la primera relación protegida se mantenga ese comportamiento, se indica una actitud y una intención de la adolescente o la pareja de cuidarse y prevenir un embarazo.

Según Flores y Soto (sf) aunque las adolescentes conocen los métodos de planificación familiar y son capaces de utilizarlos, desconocen su uso apropiado, por lo que no es solo el hecho de usarlos sino de usarlos eficazmente, además de que en algunos casos no usar anticonceptivos tiene como razón el deseo del embarazo, principalmente en adolescentes de los estratos bajos.

Servicios en salud sexual y reproductiva

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen los servicios amigables como aquellos servicios en los cuales las adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus servicios (UNFPA, 2010)

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad y anticoncepción de las adolescentes afecta las tasas y las modalidades de embarazo y fecundidad de esa población. La existencia de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental, en la cual se alcancen a los estratos más pobres, que solo tienen acceso a los servicios salud pública (Pantelides, s.f)

La importancia de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes es porque en esta etapa de la vida los jóvenes enfrentan mayores riesgos de un embarazo no deseado o contraer una enfermedad de transmisión sexual. Están menos dispuestos y capaces de acceder a servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Los servicios de salud necesitan encontrar formas prácticas para evaluar sus estrategias y tomar medidas para asegura que son amigables para los jóvenes, para prevenir de esta manera embarazos a temprana edad y la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS) o VIH/sida por parte de los adolescentes. (Véase anexo N° 1)

Derechos Sexuales y Reproductivos en el ciclo de vida

Como se ha mencionado anteriormente han existido luchas para defender los derechos de todos los ciudadanos, pero en este documento hemos hecho énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos de los y las adolescentes. Los encuentros internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), los Objetivos del Milenio (ODM 2000) y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS 2015) han dado importancia a estos derechos en los cuales se busca que estos adolescentes lleven una sexualidad con responsabilidad, además de poder erradicar en problemas como: la pobreza, las desigualdades, la fecundidad adolescente, la mortalidad materna e infantil, entre otros.

Leyes y normas en Venezuela

Como parte de los compromisos internacionales el Estado venezolano establece leyes y normas para hacer cumplir con los derechos de todo ciudadano. Como se ha mencionado anteriormente, han existido encuentros y compromisos que han buscado solucionar o prevenir los problemas existentes en los países del mundo.

Venezuela, ante estos compromisos y reuniones como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), los Objetivos del Milenio (ODM 2000) y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS 2015) en los cuales se ha buscado que todo ciudadano se mantenga en los centros educativos y al menos apruebe la primaria y secundaria, disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil, reducir las tasas de fecundidad adolescente, erradicar la pobreza, garantizar la igualdad entre hombres y mujeres, entre otros; ha establecido un marco legal que según sus necesidades se ha modificado a lo largo de los años. El principal instrumento legal para defender los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos de la población es la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y para defender los derechos y deberes de los Niños, Niñas y Adolescentes la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (2015). Mediante los entes del Estado existe la *Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva* (2003), generada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Todos estos con el fin de garantizar y cumplir con los compromisos internacionales que el Estado ha adquirido.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) es el principal instrumento legal existente en Venezuela, en esta se definen los derechos y deberes de toda la población venezolana. Para fines de esta investigación solo mencionaremos los artículos que protegen los derechos sobre Salud Sexual y Reproductiva de las y los adolescentes, además del derecho a la educación que todo ciudadano tiene.

Cuadro sinóptico N° 6. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Artículos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la educación		
Artículo 76	La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general, a partir del momento de la concepción, durante el parto y el puerperio, y asegura servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos.	- Derecho a decidir libremente el número de hijos. - Servicios de planificación familiar.
Artículo 83	La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. (...)	- Derecho a la salud.
Artículo 103	Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones. La educación es obligatoria en todos sus niveles, desde el maternal hasta el nivel medio diversificado. La impartida en las instituciones del Estado creará y sostendrá instituciones y servicios suficientemente dotados para asegurar el acceso, permanencia y culminación en el sistema educativo.	- Derecho a una educación integral, de calidad, en igualdad de oportunidades y condiciones.
Fuente: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Elaboración propia		

Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (1998, actualizada en 2015)

La Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes es sancionada en el año 1998, pero entra en vigencia en el 2000. En esta ley se reconoce sin discriminación alguna a todos los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y deberes. Este instrumento legal ha tenido dos reformas, en el año 2007 y 2015. Para fines de este trabajo solo se mencionan los artículos relacionados a los Derechos Sexuales y Reproductivos de los y las adolescentes.

Cuadro sinóptico N° 7. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (1998, actualizada en 2015) Artículos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la educación		
Artículo 44. Protección a la maternidad	El Estado debe proteger la maternidad. A tal efecto, debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuitos y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase post natal. Adicionalmente, debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres.	- Proteger la maternidad - Garantizar servicios y programas de atención gratuitos y de calidad.
Artículo 50. Salud sexual y reproductiva	Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas y educados o educadas, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños, niñas y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños, niñas y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los y las adolescentes mayores de catorce años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios	- Derecho a recibir información y ser educados en temas sobre salud sexual y reproductiva. - Garantizar programas de atención de salud sexual y reproductiva. - Servicios y programas accesibles, confidenciales.
Fuente: Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) Elaboración propia		

Norma oficial para la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva (2003)

Según información del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el país entró al nuevo milenio atravesando por importantes problemas de salud pública en los cuales se considera: la prevalencia del embarazo en adolescentes, altas tasas de mortalidad materna e infantil, alta incidencia de morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino, de mama y de próstata, alta incidencia de ITS y VIH/sida en jóvenes, incremento de la violencia doméstica y sexual, entre otros. Por esa razón la importancia de tener una norma que vele ante estos problemas, ya que la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva persigue alcanzar la cobertura universal con equidades en acciones y servicios integrales, ya sean educativos, preventivos o de protección social, dirigidos a preservar la salud sexual reproductiva de mujeres y hombres, en todas las etapas del ciclo de vida, etnias y pueblos indígenas, territorios y clases sociales, en todos los niveles que integran las redes de atención en salud.

Para el año 2003, se realiza la revisión y elaboración de instrumentos normativos con el fin de ajustarlos al nuevo marco jurídico, contexto político e institucional, así como al nuevo paradigma en Salud Sexual y Reproductiva y derechos, tanto como a las nuevas exigencias de la realidad social, esto se realiza con el apoyo de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La norma oficial para la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva es publicada en Gaceta Oficial N° 37.705 de fecha 5 de junio de 2003 y tiene como propósito establecer las bases para el desarrollo y promover la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva acorde con las disposiciones establecidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), y los Acuerdos Internacionales que el Estado venezolano ha suscrito en esta materia.

Anteriormente durante la década de los noventa, el área materna infantil y planificación familiar se orientó por las Normas de Atención Materna y Planificación Familiar que fue publicada por la Dirección Materno-Infantil del antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Este instrumento estuvo vigente hasta la aprobación en 1998 de la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva.

Posteriormente, ese documento fue sometido a una nueva revisión y validación debido a los cambios en el marco jurídico, reestructuración y nuevas políticas de salud del ente rector. En febrero del 2000 la Coordinación de Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud Poblacional del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) presentó la versión definitiva del mismo documento para una nueva edición la cual nunca se publicó, este documento contenía normas, pautas y procedimientos de salud reproductiva para mujeres y hombres, y desarrolló disposiciones para la atención, con énfasis en la mujer y en la procreación, que representaba un importante avance en estos temas.

En mayo del 2000 como respuesta al mandato constitucional y con el propósito de institucionalizar el área, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Capítulo III. MARCO METODOLÓGICO

Según el objetivo general de la investigación este trabajo es descriptivo logrando presentar las características, elementos y particularidades del objeto de estudio; asimismo, es explicativo alcanzando dar respuesta a la pregunta de investigación.

Tratándose de una investigación documental la metodología consiste en la comparación de distintas fuentes de información o la aplicación de un conjunto de fundamentos teóricos a la problemática estudiada.

En esta investigación se ha triangulado datos e información proveniente de diversas fuentes que nos permitió estudiar el tema de la fecundidad adolescente más profusamente. El objetivo de usar diversas fuentes es contraponer varios datos, información y métodos para posibilitar las comparaciones de diversos grupos de edades, ámbitos y/o épocas, permitiendo ello aproximarnos al problema con mayor objetividad y precisión.

En ese sentido, el empleo de diversos datos tiene como propósito apuntalar y verificar las tendencias descubiertas, en este caso el de la fecundidad general y de la adolescencia, en particular. La contrastación de los datos fue realizada con base a criterios espacio-temporales y de niveles de análisis, permitiéndonos validar nuestros hallazgos.

Investigación Documental

La primera tarea realizada, fue la búsqueda bibliográfica o fuentes documentales sobre la fecundidad adolescente. Como resultado se logró disponer de información actualizada sobre las explicaciones teóricas, empíricas y metodológicas que se han producido para generar el conocimiento acumulado sobre la temática que estamos examinando, las escuelas de

pensamiento existentes sobre la misma, cuyo contenido ha sido expuesto en el capítulo Marco Teórico.

Dos ámbitos del estudio se ponen a la vista: (i) de una parte, **los aspectos descriptivos** donde se pone énfasis en el estudio de las características socio demográficas con el fin de determinar cómo se trabaja la temática sobre la fecundidad adolescente; (ii) otro aspecto, que se trabaja tiene relación con **el aspecto explicativo**, desde se pretende dar respuesta a hecho de que los niveles de fecundidad adolescente o temprana se mantenga estancado, además de responder las preguntas: ¿por qué se mantienen los niveles de fecundidad temprana? ¿Bajo qué o cuáles condiciones ocurre?

En el cuadro sinóptico N° 8, puede apreciarse una sinopsis de los aspectos descriptivos investigados, con el propósito de disponer información que permitiera conformar un marco contextual de Venezuela, sobre la fecundidad en general y de la fecundidad temprana específicamente, desde la segunda mitad del siglo XX y el inicio del siglo XXI.

A través de un análisis de contenido se revisó la bibliografía y documentación seleccionada, lo cual contribuyó a la sistematización de los datos obtenidos y facilitó conformar criterios para interpretar el contexto económico, histórico, social y/o político de la Venezuela de finales del siglo XX y principios del siglo XXI. Dicho análisis al favorecer el conocimiento del contexto en que ocurrieron los embarazos adolescentes permitió realizar algunas reinterpretaciones, sobre algunos aspectos inherentes al proceso que llevan a cabo y poner de evidencia los supuestos teóricos sobre los cuales se ha venido trabajando la transición de la fecundidad.

Prosiguiendo lo relacionado con la investigación documental, debe mencionarse el esfuerzo de búsqueda de información nacional, que permitiese disponer de puntos orientadores y de referencia en la búsqueda de explicaciones temáticas asociada con la fecundidad adolescente.

Los datos secundarios empleados para la elaboración de esta tesis, proceden de diversas encuestas levantadas durante los años 2010 y 2013, además de emplear datos provenientes de los censos nacionales de población y vivienda y los registros administrativos.

Cuadro sinóptico N° 8. Sinopsis de los aspectos descriptivos y explicativos investigados		
Objetivos específicos	¿Qué se investigó? Aspectos descriptivos	Alcance de la Investigación Aspectos explicativos
Describir la tendencia histórica de la fecundidad en Venezuela.	La transición demográfica venezolana, especialmente la transición de la fecundidad, durante la segunda mitad del siglo XX y principio del siglo XXI.	Explicar los cambios en la fecundidad total, general y por edad de la población mayor de 15 años, apoyados en la teoría de la transición demográfica.
Analizar los factores que inciden la fecundidad general y específicamente en las adolescentes	Los datos empleados han sido desagregados por estratos socioeconómicos y unidades territoriales, con objetivo de mostrar las inequidades relacionadas con la reproducción, como un componente contribuyente a las desigualdades sociales.	A la luz de la propuesta teórica de Davis y Blake (1956), de Bongaarts (1978-1982) y de Freeman (1961-1962) para examinar los factores relacionados con el embarazo adolescente.
Caracterizar al grupo de adolescentes en Venezuela, específicamente aquellas que hayan tenido al menos un hijo	La información sobre la natalidad, fecundidad y paridez empleada para escribir este documento, procede de fuentes públicas oficiales que permiten producir un análisis de situación social del país actualizado, y hacer un seguimiento de la variable reproducción a nivel micro y macro.	Caracterización de la adolescente embarazada o que ha tenido un hijo antes de los 20 años, relacionado con los factores teóricos que explican tal situación.
Elaboración propia		

Este tipo de investigación procura caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalando sus particularidades y propiedades. Este estudio se considera descriptivo porque se busca examinar los factores que inciden en la fecundidad adolescente, al igual que

caracterizar a la población adolescente que ha tenido al menos un hijo nacido vivo, con apoyo de las fuentes de datos e información utilizada se pretende lograr tal objetivo.

Población de Estudio

Para conocer la tendencia historia de la fecundidad del país al igual que los factores que han incidido en la disminución de esta se tomaron en cuenta los datos de los Censos de Población y Vivienda desde 1961 hasta 2011, además de los Registros Administrativos hasta el 2012.

La población de estudio principal la constituye las adolescentes, entre 15 y 19 años, que fueron encuestadas durante el levantamiento de la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010). Esta encuesta fue levantada en los hogares a nivel nacional y conto con una muestra total de 6 mil mujeres, de las cuales 570 mujeres se encontraban entre los 15 y 19 años.

Para constatar los resultados de la ENDEVE se tomó en cuenta los resultados de la ENJUVE realizada por la Universidad Católica Andrés Bello y el Ministerio del Poder Popular para la Juventud en el año 2013. Estas encuestas se realizaron a jóvenes (hombres y mujeres entre 15-29 (UCAB) y 15-30 años (MPPJ)), pero para fines de esta investigación se toman los resultados obtenidos en las mujeres de 15 a 19 años. Estas encuestas fueron a hogares a nivel nacional, respaldadas en el marco muestral del INE.

Fuente de información

Censo de Población y Vivienda

Los Censos son Operaciones Estadísticas orientadas a obtener datos sobre la totalidad de los elementos que componen el universo en estudio y fundamentalmente generan información de

carácter estructural. En los Censos de Población y Vivienda, se trata de revelar las principales características de las personas, hogares y viviendas de un país, con datos demográficos, económicos y sociales.

En este trabajo se toma en cuenta los datos del Censo de Población y Vivienda realizado en el año 1961, tomado como referencia por la segunda fase de la fecundidad del país, donde comienza el descenso de la misma y el Censo de Población y Vivienda del año 2011 por ser el último realizado en el país.

En ambos censos de población se realizó la pregunta: ¿sabe leer y escribir? La cual en el año 1961 se realizó a personas de 10 años o más, mientras que para el año 2011 se realizó a personas de 3 años o más, para unificar criterios en ambos censos se trabajó con la edad de 10 años o más, tomando en cuenta a la población femenina.

Registros Administrativos

Los registros administrativos son instrumentos de captación de información no masivos en los cuales se registra continua o periódicamente, las características demográficas, sociales y económicas de la totalidad o parte de la población.

La información de los registros administrativos es recolectada como parte de las funciones administrativas de instituciones, tales como ministerios, institutos de seguros sociales, autoridades de impuestos o aspectos laborales, entre otros. La información registrada se puede relacionar con la ocurrencia de eventos tales como nacimientos, defunciones, con las unidades físicas de registro y sus actividades.

En este trabajo se toma en cuenta los registros de nacimientos vivos registrados por entidad, el cual se agrupo por regiones.

Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010)

La ENDEVE 2010 es la tercera encuesta demográfica realizada en Venezuela, la cual está incluida dentro del marco del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SEH). En esta encuesta se buscó recopilar información sobre la dinámica demográfica del país, y dentro de ese contexto, destacar aspectos orientados a la planificación familiar.

A pesar de que otras fuentes como las estadísticas vitales y los censos de población, proporcionan información de las distintas dimensiones demográficas (fecundidad reciente, fecundidad acumulada, hijos sobrevivientes, entre otros) y sus diferenciales según características socioeconómicas de los padres, esta encuesta presenta información más específica sobre los niveles y patrones de fecundidad, información sobre el conocimiento, actitud y uso de anticonceptivos.

La ENDEVE contó con dos cuestionarios: i) cuestionario dirigido a los hogares, en el cual se recabó información referente a las características de la vivienda, el hogar y sus miembros; ii) cuestionario dirigido a las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años), seleccionadas por hogar.

Para fines de este trabajo solo se trabajará con los datos provenientes de las adolescentes de 15 a 19 años. Dando mayor énfasis en las secciones: I) Características de las mujeres en edad fértil, II) Fecundidad, IV) Preferencias reproductivas, V) Anticoncepción y IX) Nupcialidad y actividad sexual, pertenecientes al segundo cuestionario aplicado. (Véase anexo N° 4)

Sobre los resultados de la Encuesta Demográfica de Venezuela se conoce muy poco, ya que la primera presentación de datos se hace en el congreso de ALAP (2014) por Carlos Javier Echarri de México, en el cual expone el conocimiento efectivo de la anticoncepción en Venezuela, el autor analiza resultados de la sección relacionado al historial de embarazo,

anticoncepción, nupcialidad y actividad sexual por grupos quinquenales. No toma en cuenta los datos pertenecientes a la sección educación y trabajo.

La segunda presentación de datos es del Fondo de Población (UNFPA) que realiza un análisis general sobre la fecundidad, anticonceptivo, nupcialidad y violencia conyugal. No se trata al grupo de adolescentes como un grupo en específico, siendo de esta manera el trabajo final de grado un aporte, ya que al no existir datos, este trabajo está aportando datos sobre educación y actividad de las adolescentes, además de observar con mayor detalle las variables de fecundidad.

Encuesta Nacional de Juventud 2013-UCAB

La falta de información existente en el país sobre los jóvenes se ve reflejada en que esta población no ha recibido la atención que precisan en la agenda de discusión y formulación de políticas públicas en el último tiempo, ya que ante una falta de información oficial se hace difícil conocer en forma oportuna la situación de los y las jóvenes, por lo cual se hace imposible hacer seguimiento sistemático de los problemas que les afectan. Hay que resaltar que Venezuela tiene 20 años sin disponer de una investigación destinada a conocer la problemática de los jóvenes, siendo el último estudio que nos da una idea de qué pasa con este grupo de edad la I Encuesta Nacional de Juventud realizada en el año 1993, promovida conjuntamente por la Dirección General Sectorial de Participación Social y Juventud del Ministerio de la Familia y la Oficina Central de Estadística e Información (OCEI).

La Universidad Católica Andrés Bello en el marco del Proyecto “La Juventud Venezolana Protagonista de la Democracia” se propuso levantar la información directa en los y las jóvenes con el fin de identificar las problemáticas asociadas, al igual de conocer las

dinámicas que permiten diferenciar y caracterizar estas situaciones, a fin de apoyar la definición y formulación de políticas públicas destinadas a este grupo. Esta investigación se inspiró en la experiencia de 1993 y en las buenas prácticas que exhiben algunos países latinoamericanos que realizan sistemáticamente este tipo de encuestas desde el sector público. La construcción del instrumento de recolección se contempló a partir de un antecedente directo: La Encuesta Nacional de Juventud de 1993 en el cual se seleccionaron los temas iniciales, pero se le agregaron ciertas variables ya que la población venezolana ha cambiado en 20 años, además se realizó un arqueo de las encuestas de juventudes nacionales de países como Chile, México, Perú, Bolivia, Argentina, Guatemala, Uruguay y Costa Rica.

Esta investigación pretende que sus resultados sean discutidos y analizados en todos los países por los mismos jóvenes, acompañados de expertos e interesados en este tema, para construir propuestas que sirvan tanto a los movimientos juveniles, como a las organizaciones civiles e instituciones públicas y privadas destinadas a la atención juvenil. Esta investigación busca conocer factores que van desde la opinión política, planes en un futuro, la migración, que hacen los jóvenes con su tiempo libre, la salud sexual y reproductiva, la educación, entre otros temas.

La Encuesta Nacional de Juventud realizada por la Universidad Católica Andrés Bello, se realizó en 4500 hogares, en los cuales se encuestaron a jóvenes entre 15 y 29 años, siguiendo el tramo de edad para la definición de joven que da las agencias del Sistema de Naciones Unidas y algunos organismos multilaterales.

El marco muestral está conformado por puntos muestrales constituidos a partir del reprocesamiento del censo 2001 y de la encuesta de hogares por muestreo. Cada punto muestral es clasificado en un estrato socioeconómico, estratos conformados siguiendo la metodología

desarrollada por el Centro de Investigación Social (CISOR), a partir de las características de las viviendas.

El instrumento está dividido en 16 secciones, conteniendo un total de 168 preguntas, tomándose en cuenta para este trabajo las siguientes secciones y preguntas (Véase anexo N° 5)

Encuesta Nacional de Juventud 2013-MPPJ

La Encuesta Nacional de Juventud realizada por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud surge con la idea del análisis situacional sobre aspectos demográficos, sociales, económicos y culturales; análisis que ya venía realizando el ministerio para la formulación de la Misión Jóvenes de la Patria, creada en el año 2013, donde se planteó la necesidad de profundizar un diagnóstico sobre las juventudes venezolanas en el marco del “bono demográfico”. Además de esto el Ministerio del Poder Popular para la Juventud definió como criterio fundamental para el diseño de la II ENJUVE la comparabilidad con la I ENJUVE de 1993, con la finalidad de tomar los resultados de la I Encuesta como línea base para examinar las transformaciones ocurridas en ámbitos fundamentales para la vida de los y las jóvenes como lo son el educativo, la salud y la política, pero actualizando algunas variables para reflejar cambios importantes en temas como nuevas tecnologías, medios, sexo-género diversidad y derechos.

El Ministerio del Poder Popular para la Juventud requiere datos e información actualizada, que no sólo se genere en instituciones públicas, sino que provenga de la opinión o percepción de los y las jóvenes donde ellos expliquen sus problemas y de esta manera generar propuestas de solución para el desarrollo pleno de sus oportunidades.

Luego del procesamiento de los datos, se desarrolló un esquema de análisis colectivo de los resultados, donde existió la participación de distintos actores vinculados al tema como lo son:

expertos académicos, colectivos juveniles e instituciones públicas y privadas, grupos focales que participaron en mesas temáticas, y la discusión de investigaciones en curso para desarrollar reflexiones de tipo teórica, sociodemográficas y especializada sobre los principales resultados de la encuesta, resultados que vemos en el trabajo publicado por este ente. Además de esto se pensaba realizar una publicación con la comparación de la I ENJUVE y está, específicamente para conocer el grupo de jóvenes entre 15 a 24 años.

La Encuesta Nacional de Juventud realizada por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud se realizó a 10.000 jóvenes entre 15 y 30 años, siguiendo la definición de joven que da la Ley Nacional de Juventud (2009).

El marco muestral se construyó a partir del Censo 2011, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y se optó por un muestreo de tipo probabilístico polietápico, el cual se divide en: unidades primarias de muestreo: municipios; unidades secundarias de muestreo: parroquias; y unidades terciarias o últimas unidades de muestreo: individuos. Así entonces la selección de las unidades primarias y secundarias de muestreo fue probabilidad proporcional a su tamaño, y de las unidades últimas se realizó por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

El instrumento de recolección se dividió en 11 secciones, conteniendo un total de 163 preguntas. Para este estudio se tomaron en cuenta las secciones y preguntas (Véase anexo N° 5)

Procesamiento de datos

Como se ha mencionado anteriormente esta investigación es documental basada en datos secundarios. En este caso los Censos de Población y Vivienda, Registros Administrativos, Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010), la Encuesta Nacional de Juventud realizada por la Universidad Católica Andrés Bello (ENJUVE 2013-UCAB) y la Encuesta

Nacional de Juventud realizada por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud (ENJUVE 2013-MPPJ), por lo que fue necesario realizar el procesamiento de los datos a través de los programas estadísticos: Excel, SPSS y Redatam en línea (disponible en la página web del Instituto Nacional de Estadística) y un arqueo bibliográfico.

Los estados del país se agruparon en seis regiones con el propósito de identificar mejor el comportamiento de la población en estudio. Los datos provenientes de los estados Vargas y Distrito Capital se trabajaron mediante un promedio, ya que en los datos pertenecientes al Censo de Población y Vivienda (1961) estos estados se encontraban señalados como Distrito Federal, mientras que en el Censo de Población y Vivienda (2011) se distinguen los dos estados por separado, por esta razón se unifico el criterio.

Los resultados del Censo de Población y Vivienda (2011) se obtuvieron a través del procesamiento de Redatam en línea, mientras que el de los anteriores censos fue a través de un arqueo bibliográfico a los anuarios estadísticos.

Los resultados de la Encuesta Demográfica de Venezuela fueron procesados a través de los programas SPSS y Excel en el cual todos los valores son expresados en porcentaje.

Finalmente, los datos de las Encuesta Nacional de Juventud, realizadas por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud y la Universidad Católica Andrés Bello se obtuvieron a través del arqueo bibliográfico de las publicaciones oficiales de los resultados.

Capítulo IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este capítulo sobre el análisis de los resultados tiene como objetivo presentar los hallazgos y su discusión. Una vez elaborado el marco teórico que sustenta la investigación procedemos a dar respuesta a la pregunta de investigación y cómo a través de estos resultados podemos elaborar una descripción y explicación al problema de estudio.

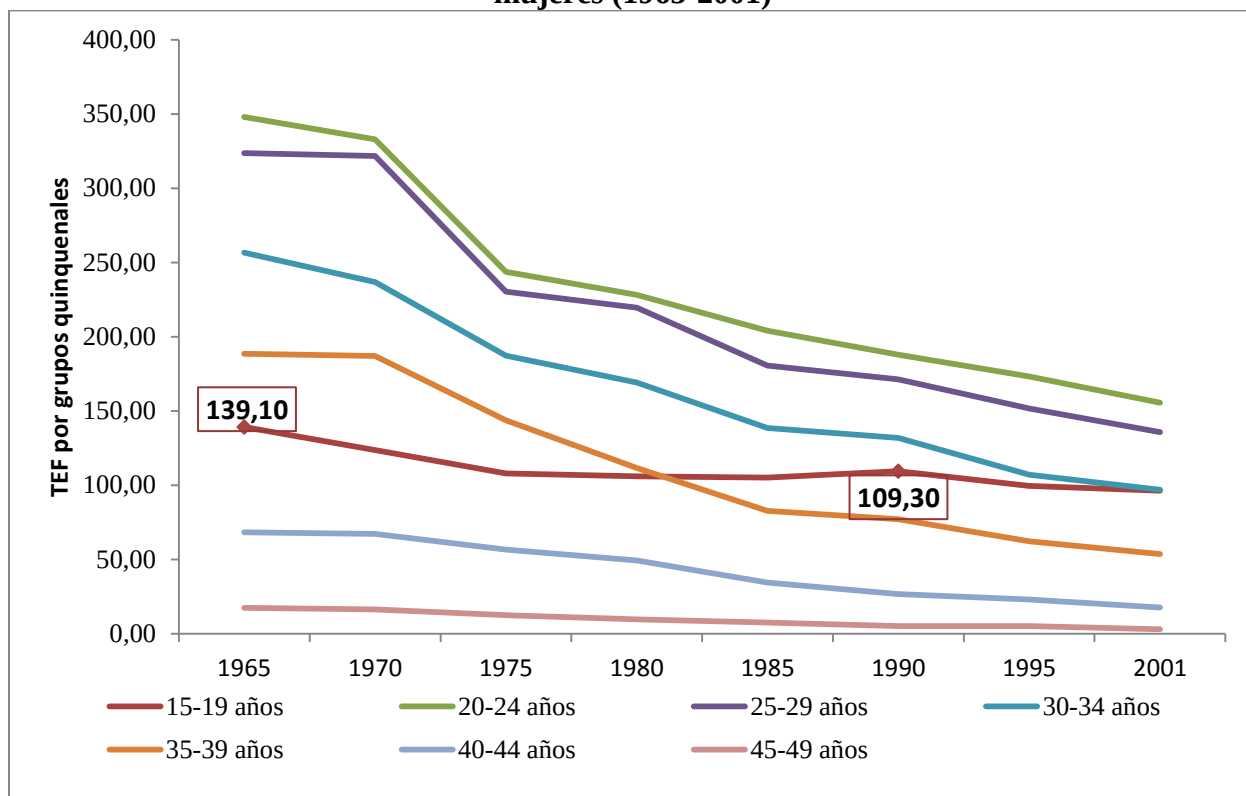
La transición de la fecundidad en Venezuela

Como se ha señalado ha existido un descenso de la fecundidad general en el país a lo largo de los años, debido a procesos de mejoras en los sistemas sanitarios, la migración del campo a la ciudad, entre otras variables. Por eso en esta sección se presentan los datos pertenecientes a los Censos de Población y Vivienda y los Registros Administrativos para poder conocer cómo ha sido la evolución histórica de la fecundidad en Venezuela y los cambios sociales en el país.

Descenso de la fecundidad

El descenso de la fecundidad en Venezuela se puede observar a través de los datos provenientes de los registros administrativos y de los censos de población vivienda. En estos se puede ver como el declive no ha sido de igual intensidad en todos los grupos etáneos, ni tampoco en todas las entidades federales del país. Por eso la importancia de examinar cómo ha sido el comportamiento de esa fecundidad en los distintos grupos etáneos (Véase gráfico número 5)

Gráfico N° 5.
Venezuela: Tasas Específicas de Fecundidad por grupos quinquenales de edad de las mujeres (1965-2001)



Fuente: Bolívar (2004)

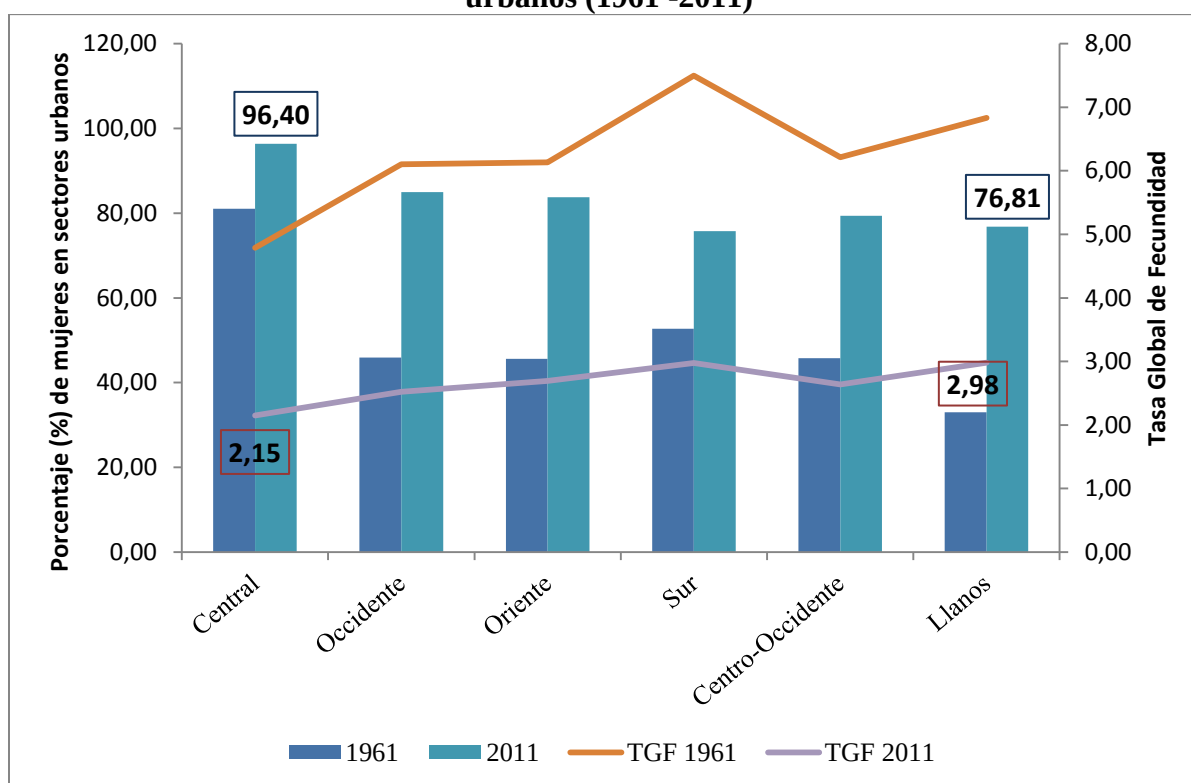
Desde 1965 existe un descenso de la fecundidad en todos los grupos quinquenales de edad, pero al observar al grupo de 15 a 19 años se ve una pequeña caída en 25 años. En 1965 este grupo presentaba una tasa de 139,10 hijos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años. Para 1990 se presenta un aumento de esa tasa de fecundidad que iba disminuyendo de una manera muy lenta para alcanzar 109,30 hijos por mujer. Mientras los grupos 20–24 años y 25–29 años la tasa presenta un descenso significativo entre 1965 y 1975.

El grupo de 20–24 años presentó una disminución de su tasa de 104 hijos por cada mil mujeres (de 1965 a 1975); mientras que el grupo de 25-29 años disminuyó 93,40 hijos por cada mil mujeres de ese grupo de edad en el mismo lapso. Ambos grupos exhiben los descensos más significativos de las Tasas Especifica de Fecundidad.

Proceso de urbanización

Los procesos de industrialización y urbanización que se fueron dando en Venezuela traen como consecuencia la migración del campo a la ciudad por parte de la población en general y principalmente de las mujeres, dando como resultado un descenso de las tasas de fecundidad. Este descenso no se dio en todas las regiones de igual manera, ni estas presentan las mismas características, por esta razón la migración del campo a la ciudad durante los últimos 50 años (1961-2011), es una variable determinante que incide en el proceso de urbanización y en el patrón de fecundidad. (Véase gráfico número 6)

Gráfico N° 6.
Venezuela: Tasa Global de Fecundidad en relación al porcentaje de mujeres en sectores urbanos (1961 -2011)



Fuente: OCEI (1961); INE (2011)
Cálculos propios

En la región Central para el año 2011 se presentaba un total de 96,40(%) por ciento de mujeres en los sectores urbanos, siendo la región donde se radica la administración pública del país, además de esto presenta la TGF más baja ya que es de 2,52 hijos por cada mujer para ese año.

La región de los Llanos para el año 2011 presenta un gran porcentaje de mujeres en los sectores rurales, ya que para ese año aún el 23,19(%) por ciento de las mujeres se encontraban en estos sectores, además de esto, presenta la TGF más elevada para el 2011 siendo de 2,98 hijos por mujer. Esta región presento desde 1961 una fuerte migración del campo a la ciudad, ya que se presenta en 50 años un aumento de las mujeres en los sectores urbanos de 43,83(%) por ciento.

Alfabetización de la mujer

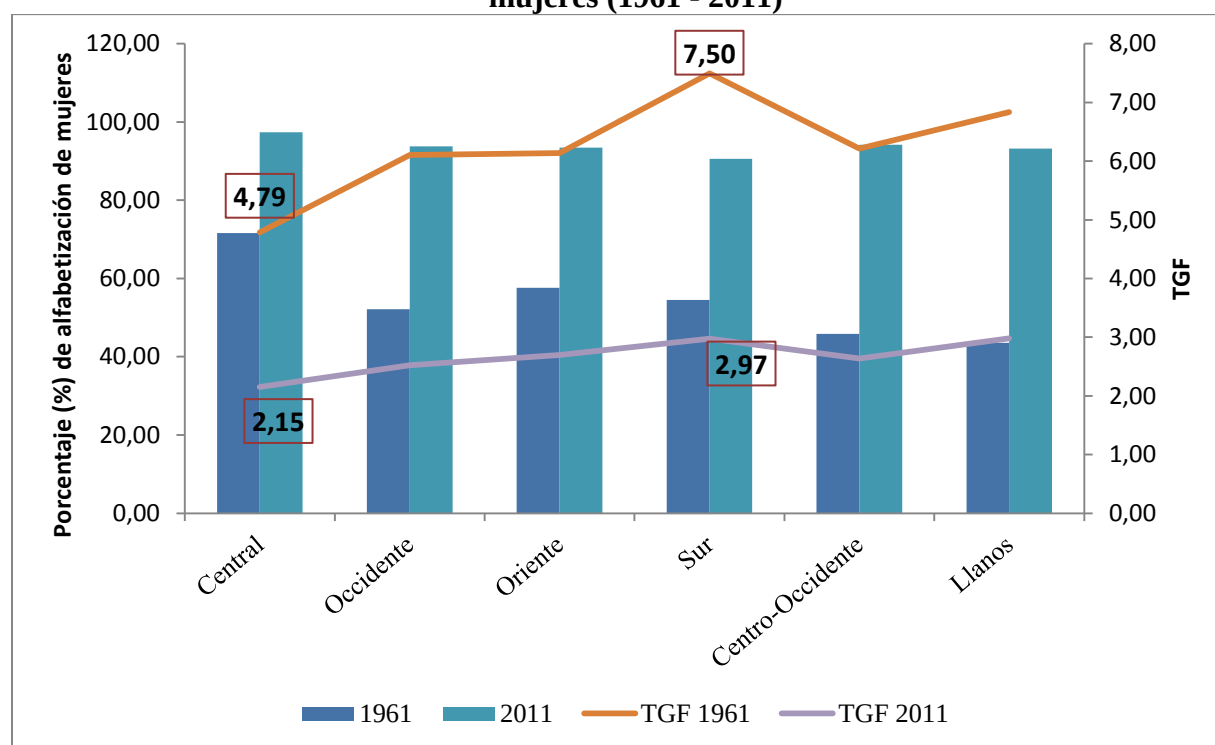
Como se ha mencionado anteriormente el proceso de urbanización e industrialización en el país trajeron algunas consecuencias, entre estas se debe tener en cuenta el acceso de la mujer a los centros educativos formal, conllevando a que estas postergaran la fecundidad. El porcentaje de mujeres alfabetizadas en 50 años fue aumentando, aunque este aumento no se dio de igual manera en todas las regiones. (Véase gráfico número 7)

En la región Central para el año 1961 el 71,6(%) por ciento de las mujeres sabían leer y escribir y presentaba la Tasa Global de Fecundidad (TGF) más baja de ese año (4,79 hijos por cada mujer). Mientras que para el año 2011 el 97,34(%) por ciento de las mujeres sabe leer y escribir y presenta una TGF de 2,15 hijos por mujer. Se puede observar un aumento de 25,74(%) por ciento en el porcentaje de mujeres alfabetizadas entre 1961-2011.

La región Sur presentaba la TGF más alta del país para el año 1961 siendo de 7,5 hijos por mujer y sólo el 54,55(%) por ciento de las mujeres sabía leer y escribir, mientras que para el año 2011 ese número de mujeres alfabetizadas aumenta, siendo de 90,57(%) por ciento, al igual que disminuyó el número de hijos por mujer a 2,97.

En el gráfico N° 6 se pudo observar que la región Sur para el año 2011 presenta el 24,27(%) por ciento de las mujeres que viven en los sectores rurales, demostrando de esta manera que las mujeres de los sectores rurales tienen aún un difícil acceso al sector educativo y por lo tanto a la información sobre Salud Sexual y Reproductiva.

Gráfico N° 7.
Venezuela: Tasa Global de Fecundidad en relación al porcentaje de alfabetización de mujeres (1961 - 2011)



Fuente: OCEI (1961); INE (2011)
Cálculos propios

Hallazgos sobre la fecundidad adolescente según la ENDEVE

En el siguiente apartado se procesarán los datos provenientes de la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010) con el fin de examinar alguno de los factores que inciden en la fecundidad adolescente.

¿Ha estado embarazada alguna vez?

La Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010) nos permite conocer la fecundidad en las mujeres en edad fértil (15-49 años) por esta razón se inicia el análisis con la pregunta ¿ha estado embarazada alguna vez? ya que es uno de las fases para que se produzca la fecundidad. En este caso se toma en cuenta los datos provenientes de las adolescentes entre 15-19 años.

Como se ha observado con los datos del Censo de Población y Vivienda y los Registros Administrativos el comportamiento de las regiones no se da por igual en el país, por eso la pertinencia del gráfico N° 8 de demostrar el porcentaje de adolescentes que han estado embarazadas según la región donde residen.

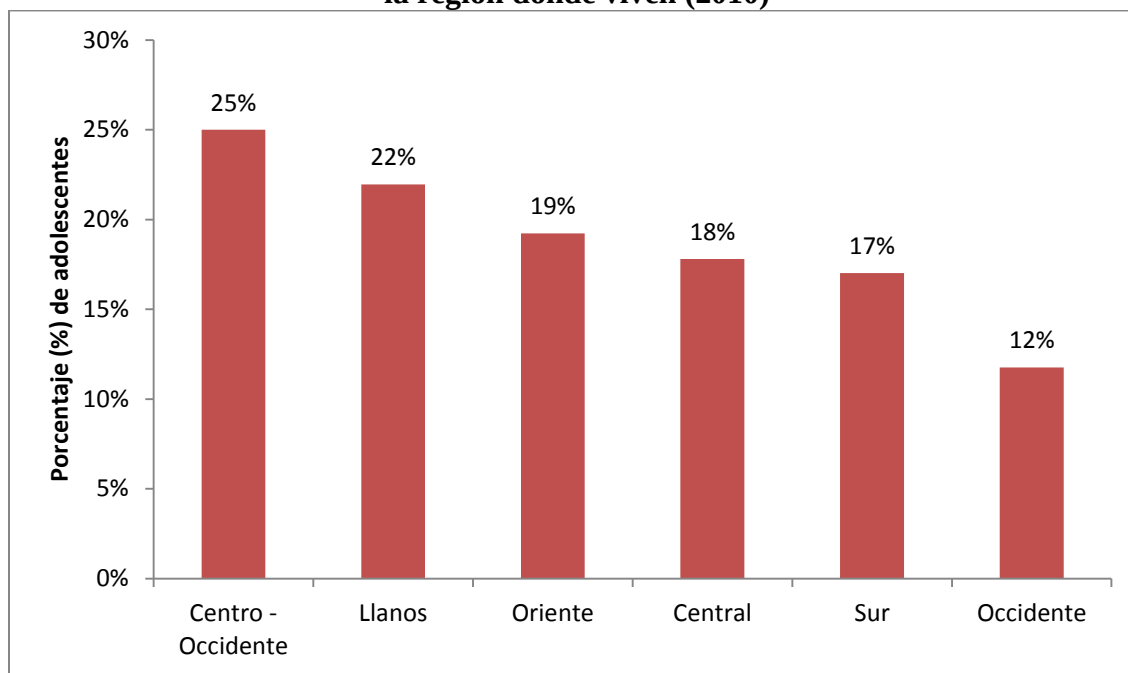
En la región Centro-Occidente podemos observar que el 25(%) por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada. Esta región para el año 2011 presentaba el 79,4(%) por ciento de mujeres en los sectores urbanos.

Mientras que para la región Occidente el porcentaje de adolescentes que han estado embarazadas alguna vez es del 12(%) por ciento. Esta región para el año 2011 presentaba el 85(%) por ciento de las mujeres en los sectores urbanos.

Pregunta 2.1. ¿Ha estado embarazada alguna vez?
Sección II. Fecundidad
ENDEVE 2010

Gráfico N° 8.

Venezuela: Porcentaje de adolescentes que han estado embarazadas según la región donde viven (2010)



Fuente: ENDEVE (2010)
Elaboración propia.

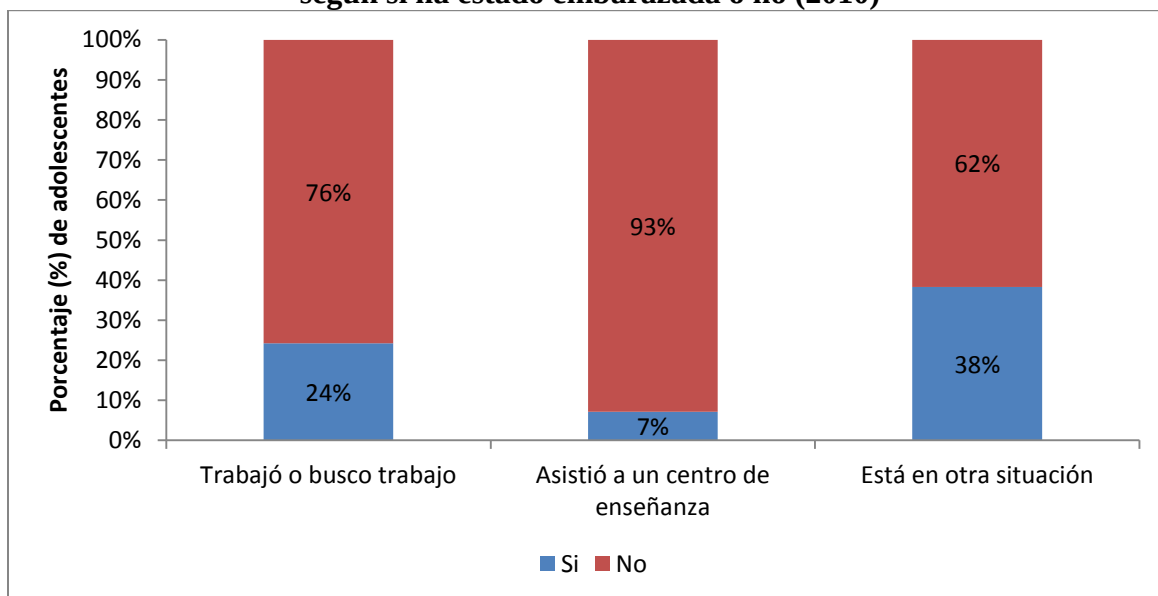
Se puede observar entonces con estos datos que las adolescentes que residen en los sectores más urbanizados presentan un menor porcentaje de embarazo. Pero estos embarazos muchas veces no llegan al nacimiento, al preguntar a estas adolescentes si han tenido hijos nacidos vivos, el 60(%) por ciento de las adolescentes de la región Occidente, región con mayor población en sectores urbanos, respondieron que sí, existiendo la posibilidad de un 40(%) por ciento que existiera un aborto inducido o espontáneo.

Cambios en el estilo de vida

La importancia de conocer qué actividad realizan las adolescentes que han estado embarazadas es observar como un embarazo puede cambiar su vida. Por eso en el gráfico N° 9 se observa las actividades que realizaron la semana pasada a la encuesta según si ha estado embarazada o no.

Pregunta 2.1 ¿Ha estado embarazada alguna vez? con pregunta 1.12 ¿Qué hizo usted la semana pasada?
Sección II. Fecundidad y Sección I. Características de las mujeres en edad fértil
ENDEVE 2010

Gráfico N° 9.
Venezuela: Actividad que realizan las adolescentes
según si ha estado embarazada o no (2010)



Fuente: ENDEVE (2010)
Elaboración propia.

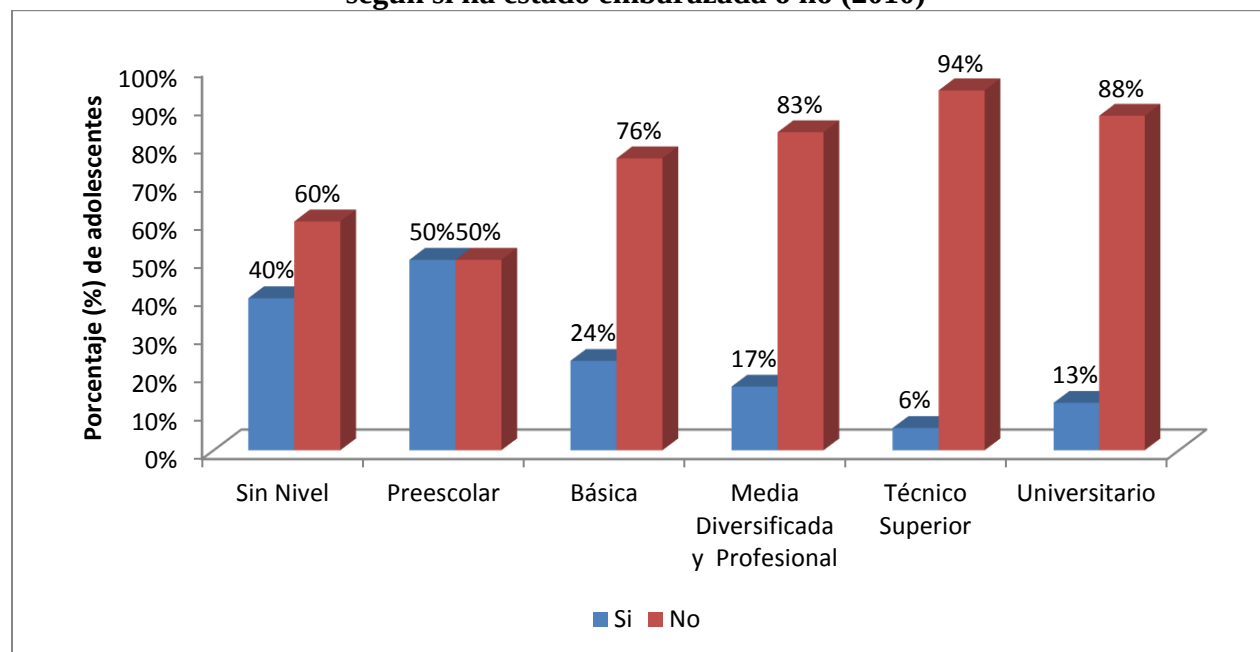
Según los datos del gráfico N° 9 se puede observar que las adolescentes que han estado alguna vez embarazadas abandonan la escuela antes o después de este hecho, ya que para el momento de la encuesta solo el 7(%) por ciento asistía a un centro de enseñanza y el 24(%) por ciento trabajaba o buscaba trabajo. Las adolescentes que no han estado embarazadas en cambio asisten a un centro de enseñanza 93(%) por ciento. Las adolescentes que se mantengan en un centro de enseñanza tienen mayor probabilidad de entrar a un campo laboral bien remunerado.

Nivel de educación alcanzado

Como se ha observado a lo largo de este documento la educación es uno de los principales factores que intervienen en la fecundidad, por eso la importancia del gráfico N° 10, ya que en este se muestra el nivel educativo de las adolescentes que han estado embarazadas y las que no lo han estado de forma comparativa.

Pregunta 2.1 ¿Ha estado embarazada alguna vez? con pregunta 1.8 ¿Cuál fue el último grado, año o semestre aprobado por usted y de cuál nivel educativo?
Sección II. Fecundidad y Sección I. Características de las mujeres en edad fértil
ENDEVE 2010

Gráfico N° 10.
Venezuela: Nivel educativo aprobado de las adolescentes
según si ha estado embarazada o no (2010)



Fuente: ENDEVE (2010)
Elaboración propia.

Podemos exponer que las mujeres que han estado alguna vez embarazada no llegan a alcanzar el mismo nivel educativo de aquellas adolescentes que nunca lo han estado. Dando a ver que ese porcentaje disminuye significativamente en el nivel media diversificado y profesional, ya que solo el 17(%) por ciento de las adolescentes que han estado alguna vez embarazada lo han aprobado, mientras que el 83(%) por ciento que no lo ha estado lo alcanzó.

En la medida que las adolescentes se mantengan en los centros educativos mayor probabilidad hay de prevenir un embarazo no deseado debido a la capacidad de conocimiento y empoderamiento que estas pueden tener en esos años de estudio.

El Objetivo número 4 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) buscan para el año 2030 garantizar una educación, inclusiva, equitativa y de calidad; además de asegurar que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria. Este se crea con el objetivo de dar continuidad al Objetivo número 2 de los Objetivos del Milenio (ODM) en el cual se buscaba asegurar, para el año 2015, que todos los niños y niñas del mundo terminaran un ciclo completo de enseñanza primaria. De esta manera podemos expresar que los objetivos internacionales no están teniendo los resultados que se esperan en el país, ya que existe un porcentaje de adolescentes que al quedar embarazadas o antes de esto abandonan los estudios, iniciando el descenso de asistencia en el nivel básica o primaria.

Deseo de ser madre

Tener un hijo a temprana edad puede significar un proyecto de vida para algunas adolescentes, mientras que para otras puede significar el truncamiento de sus proyectos personales. Por eso en el gráfico N° 11 se busca conocer el embarazo deseado.

Para el momento de la encuesta el 55(%) por ciento de las adolescentes que se encontraban embarazadas deseaba ese embarazo. Mientras que el 45(%) por ciento quería esperar más tiempo. En las adolescentes que si desearon el embarazo, se presume que pudo ser parte de su plan de vida, el cual muchas veces se da en los sectores urbanos marginados, lo que perpetúa con el ciclo de pobreza en estas jóvenes las cuales no continúan con su educación y cayendo en ciertos casos en trabajos mal remunerados.

Pregunta 4.5 Cuando quedó embarazada ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?

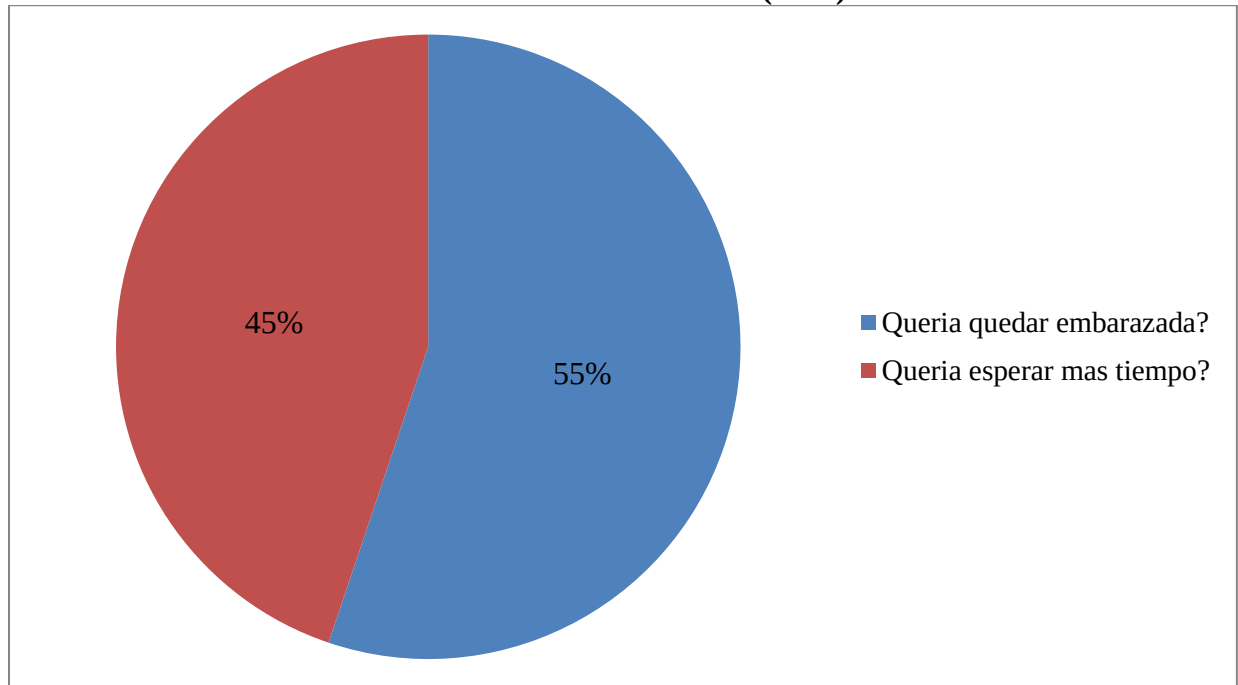
Sección IV. Preferencias reproductivas

ENDEVE 2010

Gráfico N° 11.

Venezuela: Porcentaje de deseo del embarazo actual.

Adolescentes 15 – 19 años (2010)



Fuente: ENDEVE (2010)

Elaboración propia.

El cuestionario de la ENDEVE solo nos permite conocer el deseo o no de ser madres de aquellas adolescentes que para el momento de la encuesta se encontraban embarazadas, por lo que no se puede conocer de manera exacta el porcentaje real de embarazos deseados o no deseados de todas las adolescentes que han tenido al menos un hijo. Además de esto, no se puede conocer, cuáles fueron las circunstancias para que se diera ese embarazo: ya sea, que se utilizó algún método anticonceptivo de manera errónea, no se utilizó ningún método, violación, otra razón.

Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos

La educación e información sobre los diversos métodos anticonceptivos es fundamental para prevenir un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Por eso en el cuadro N° 9 se indica que métodos anticonceptivos conocen las adolescentes.

Pregunta 5.1 ¿Quisiera decirme de cuáles métodos o medios anticonceptivos ha oído hablar?

Sección V. Anticoncepción

ENDEVE 2010

Cuadro N° 9.

Venezuela: Método o medio anticonceptivo conocido por las adolescentes (2010)

Método o medio anticonceptivo	Porcentaje afirmativo
Píldora o pastilla anticonceptiva	100(%)
Preservativo o condón masculino	99,1(%)
Aparato DIU, (espiral o T de cobre)	97,9(%)
Inyección anticonceptiva	98,4(%)
Parches anticonceptivos	96,8(%)
Condón femenino	96(%)
Abstinencia periódica	96(%)
Retiro	96,3(%)
Píldoras de emergencia o del día después	96,1(%)
Implantes anticonceptivos	99,1(%)
Métodos vaginales	94,9(%)
Vasectomía o esterilización masculina	94,7(%)
Ligadura o esterilización femenina	16(%)
Otros métodos	4(%)

Fuente: ENDEVE (2010)

Elaboración propia.

Las adolescentes entre 15 y 19 años han oído hablar principalmente de los métodos anticonceptivos hormonales como lo son la píldora anticonceptiva 100(%) por ciento, inyección anticonceptiva 98,4(%) por ciento, parches anticonceptivo 96,8(%) por ciento, mientras que el 99,1(%) por ciento conoce el condón o preservativo. El método anticonceptivo menos conocido es la ligadura o esterilización femenina 16(%) por ciento.

Aunque se puede observar un alto porcentaje de conocimiento sobre los diversos métodos anticonceptivos, no se puede conocer dónde esa adolescente lo escucho y que información le dieron sobre esos métodos, siendo de gran dificultad conocer la eficacia o el déficit de información que puedan suministrar los servicios diferenciados para adolescentes, la escuela y el hogar. A pesar de que la ENDEVE cuenta con muchas preguntas relacionadas a los temas de fecundidad no tratan nada sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Conocimiento efectivo sobre los métodos anticonceptivos

Aunque las adolescentes digan conocer los métodos anticonceptivos, como se pudo observar en el cuadro N° 9, este conocimiento muchas veces no suele ser el correcto, esto se debe a que no reciben información sobre el tema, ya sea porque no asisten a los servicios diferenciados para adolescentes, los cuales tienen el compromiso de garantizar información sobre los temas de sexualidad, o no reciben información en el colegio y en el hogar ya que hablar sobre sexualidad puede significar un tema tabú o que no se puede tratar, ocasionando de esta manera un déficit en el conocimiento correcto sobre los diversos métodos anticonceptivos. Por eso la importancia del cuadro N° 10 para conocer el conocimiento efectivo que estas tienen sobre los métodos.

Zimmer-Gembeck y Helfand (2008), aceptan que existe una relación entre iniciación sexual y los riesgos psicológicos que se producen luego de esta, pero por eso la importancia de prevenir ofreciendo programas de comunicación, información y educación sobre los posibles riesgos que el inicio de una relación sexual puede conllevar. Por eso, como se ha mencionado anteriormente la sexualidad debe llevarse con responsabilidad y por esa razón se deben conocer

los métodos de planificación familiar de manera oportuna para decidir el número de hijos y en qué momento tenerlos.

Preguntas:
5.4 ¿Podría decir con qué frecuencia se debe tomar cada pastilla anticonceptiva?
5.8 ¿Me podría decir cada cuánto tiempo se deben aplicar las inyecciones anticonceptivas?
5.11 ¿En qué momento del acto sexual se coloca el condón masculino?
5.16 ¿Cómo se deben usar las píldoras o pastillas de emergencia o del día después?
5.17 ¿Me podría decir en qué momento del ciclo menstrual es más probable que una mujer pueda quedar embarazada si tiene relaciones sexuales?
Sección V. Anticoncepción
ENDEVE 2010

Cuadro N° 10.
Venezuela: Distribución porcentual del conocimiento efectivo sobre los diversos métodos anticonceptivos por parte las adolescentes (2010)

Método anticonceptivo	Porcentaje afirmativo
Pastilla anticonceptiva	74(%)
Condón o preservativo	42(%)
Inyecciones	66(%)
Píldora o pastilla del día después	35(%)
Ciclo menstrual	39(%)

Fuente: ENDEVE (2010)
 Elaboración propia.

En el Cuadro N° 10, se puede apreciar que el 74(%) por ciento respondió de manera correcta que se debe hacer si se olvida tomar una pastilla o píldora anticonceptiva (tomar dos al día siguiente). Mientras que el 42(%) por ciento conoce en que momento del acto sexual se coloca el condón o preservativo (con el pene erecto).

Las adolescentes no conocen su ciclo de ovulación ya que solo el 39(%) por ciento respondió de manera correcta en que momento del ciclo existe mayor posibilidad de un embarazo, corriendo un alto riesgo de embarazo al momento de utilizar el método coito interrumpido, por ejemplo.

Entonces, como se ha explicado anteriormente la falta de información puede conllevar a que a pesar de utilizar algún método anticonceptivo e incluso no conocer su cuerpo pueda existir el riesgo de un embarazo no deseado.

Iniciación sexual y uso de anticonceptivo

La sexualidad no es un problema si se asume con responsabilidad, puede considerarse un problema cuando no se anticipan las consecuencias: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, mortalidad materna e infantil, el aborto, continuar con el círculo de pobreza, entre otras. Rodríguez y Cesare (2006) toman en consideración que el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual significa un pensamiento de responsabilidad, aunque nada asegura que ese comportamiento se repita en las siguientes relaciones.

Davis y Blake (1956) y Bongaarts (1978-1982) explican las variables intermedias de la fecundidad como lo son: el inicio de una relación sexual, la nupcialidad y el uso de anticonceptivos. Al momento de iniciar relaciones sexuales, sin el uso de algún método de planificación familiar puede conllevar a riesgos como lo son: embarazos tempranos, embarazos no deseados, mortalidad materna e infantil, enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Los cuales pueden conllevar a que esa adolescente que inicio su vida sexual, sin la madures mental y moral como lo plantea Hishchi (1969) conlleven a estas consecuencias, por eso la importancia de la escuela, la familia y la iglesia para disminuir el riesgo a esas vivencias.

En el gráfico N° 12 se puede observar que el 59(%) por ciento de las adolescentes no utilizo ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, lo que incrementa el riesgo de un embarazo no deseado en esta etapa de la vida, además que se desconoce, por motivos del cuestionario de la encuesta, porque razón no lo utilizaron.

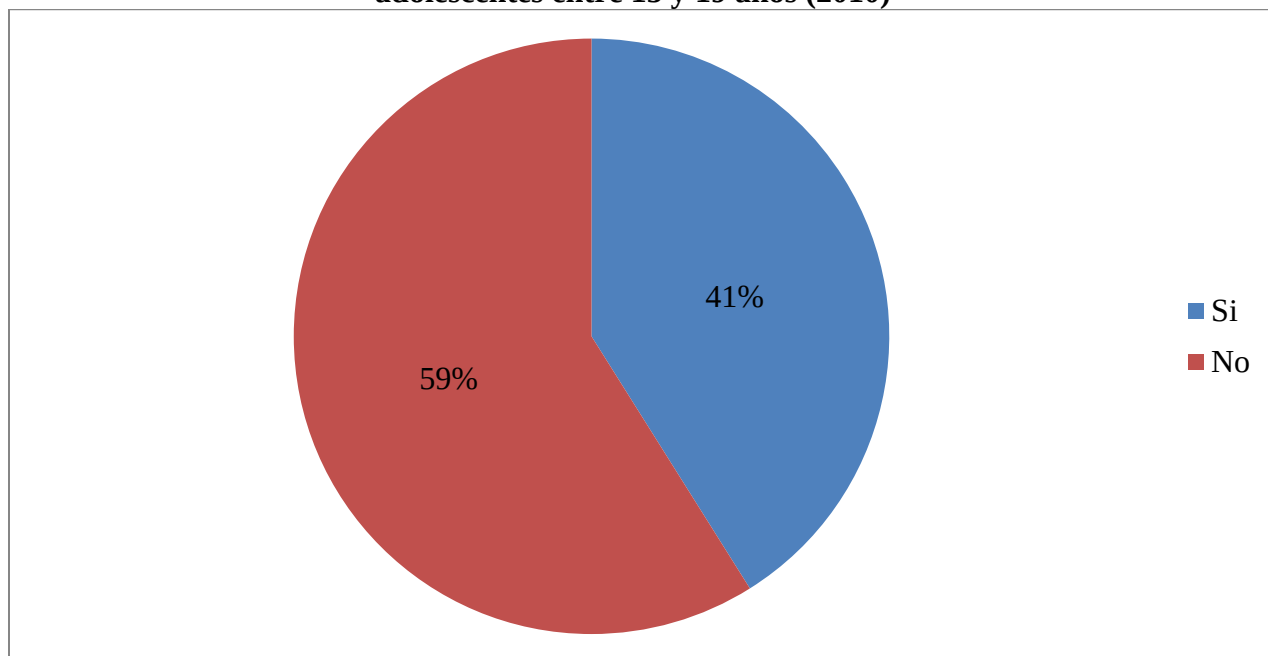
Pregunta 5.36 En su primera relación sexual, ¿Usted o su pareja usaron algún método anticonceptivo para evitar quedar embarazada?

Sección V. Anticoncepción

ENDEVE 2010

Gráfico N° 12.

Venezuela: Uso de anticonceptivo en la primera relación sexual por parte de las adolescentes entre 15 y 19 años (2010)



Fuente: ENDEVE (2010)

Elaboración propia.

Es importante conocer por qué las adolescentes no están utilizando algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, y más aún cuando se conoce que el 59(%) por ciento de las encuestadas no lo utilizan. La ausencia de este tipo de preguntas en el cuestionario de una Encuesta Demográfica realizada por una institución pública hace imposible crear una política de Estado la cual intervenga directamente en el inicio de las relaciones sexuales, ya que no se puede determinar si fue por falta de información, falta de acceso a los métodos, deseo de un embarazo, entre otras razones.

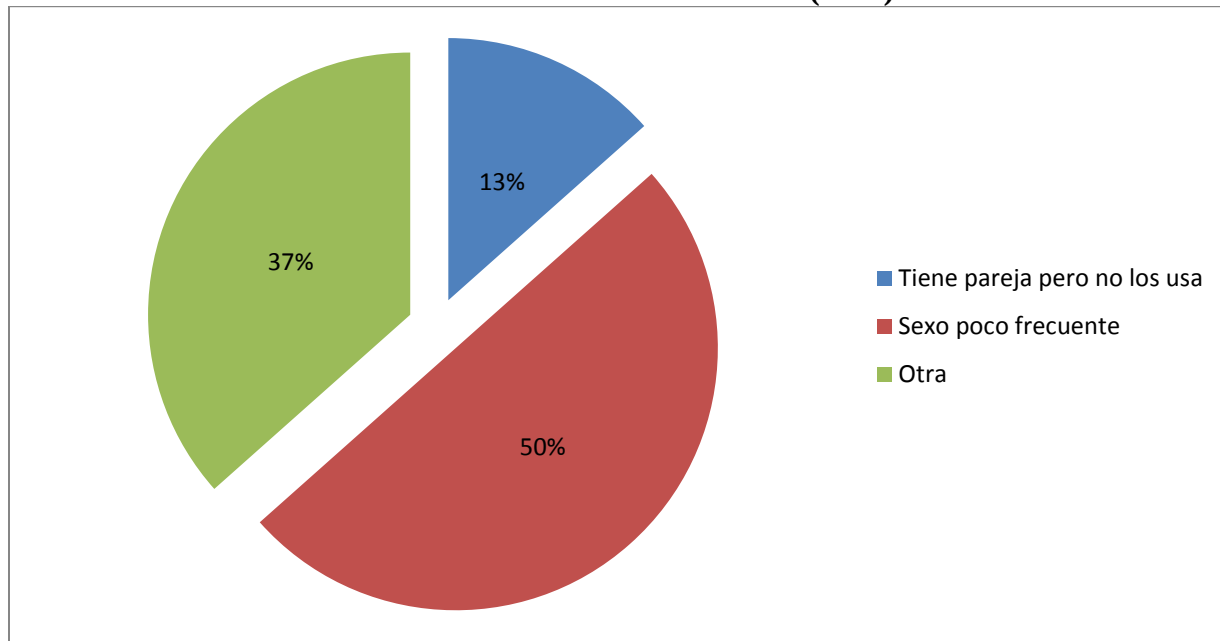
Prevención del embarazo

Uno de los factores determinantes que exponen Davis y Blake (1956) es el uso de los anticonceptivos para prevenir un embarazo, ya que su uso y conocimiento es igual a una menor probabilidad de que ocurra un embarazo no deseado. Por eso la importancia del gráfico N° 13 en expresar por qué razón no los utilizan actualmente.

Pregunta 5.20 ¿Cuál es la razón principal por la cual usted o su pareja no están utilizando algún método?
Sección V. Anticoncepción
ENDEVE 2010

Gráfico N° 13.

Venezuela: Razón por la cual no utiliza algún método o medio anticonceptivo actualmente.
Adolescentes entre 15 – 19 años (2010)



Fuente: ENDEVE (2010)
Elaboración propia.

El 50% de las adolescentes encuestadas señalaron que tienen relaciones sexuales poco frecuentes. El 13(%) por ciento no tiene pareja actualmente, mientras que el 37(%) por ciento no los utiliza por otra razón ya sea: no sabe dónde adquirirlo, no le gusta, oposición de la pareja.

Bongaarts (1978) expone los factores de exposición los cuales al observar los datos nos damos cuenta que el 13(%) de las adolescentes sexualmente activas corren el riesgo de un embarazo, ya que tienen pareja, ya sea que estén casadas, unidas o solo sean novios.

Otro de los factores que nos menciona Bongaarts (1978) son los factores naturales de la fecundidad el cual en nuestro caso nos interesa la frecuencia de las relaciones sexuales. El 50(%) respondió que tiene sexo poco frecuente, pero no se conoce si al momento de ocurrir esa relación se utiliza algún método anticonceptivo conllevando al riesgo de un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Contrastación de los hallazgos con las Encuestas de Juventud

En el apartado anterior se pudo conocer los resultados de la Encuesta Demográfica de Venezuela (2010), ahora con el apoyo de las dos encuestas de Juventud (2013), realizadas por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud (MPPJ) y la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) se va a contrastar los resultados.

Educación como variable explicativa

Como se ha señalado durante el documento la educación es uno de los principales factores que intervienen en la fecundidad, en el apartado de la ENDEVE se pudo conocer qué pasa en este tema con las adolescentes que alguna vez han estado embarazadas, mientras que en este apartado se busca conocer el comportamiento de las adolescentes entre los años 2010-2013.

En el cuadro N° 11 se puede observar como las tres encuestas tienen una muestra diferente pero a pesar de eso, los resultados de las ENJUVE 2013 del Ministerio del Poder Popular para la Juventud y la Universidad Católica Andrés Bello dan como resultado que el 41(%) por ciento y 42(%) por ciento respectivamente, de los jóvenes (hombres y mujeres entre 15-29 años (UCAB) y 15-30 años (MPPJ)) asisten a un centro de enseñanza, mientras que los resultados de la ENDEVE 2010 indica que el 77(%) por ciento de las adolescentes asiste a un centro de enseñanza. Podemos concluir entonces que las ENJUVE (MPPJ y UCAB 2013) a pesar de ser levantada por distintas instituciones dan resultados similares, mientras que la ENDEVE al tomar en cuenta otro grupo de edad (mujeres entre 15 y 19 años), se refleja la diferencia de datos, además que, la ENDEVE toma en consideración la edad donde los jóvenes se deben encontrar estudiando.

Cuadro N° 11.
Venezuela: Distribución porcentual de las adolescentes y los jóvenes que asisten
actualmente a un centro de enseñanza.
Periodo 2010 - 2013

Asiste actualmente	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013-MPPJ
Si	77(%)	42(%)	41(%)
No	28(%)	58(%)	59(%)

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Hombres y Mujeres de 15 a 29 años.

Muestra de ENJUVE 2013-MPPJ: Hombres y Mujeres de 15 a 30 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB); ENJUVE (2013-MPPJ)

Elaboración propia.

Al momento de no observar los datos por grupos quinquenales ni por sexo para el año 2013, debido al análisis que se realiza de las Encuesta de Juventud, no se puede conocer como tal cómo ha sido el acceso y permanencia de las mujeres y hombres en los centros educativos, ya que al exponerlo de manera general el número se ve bajo ya que muchos de estos jóvenes por su edad y responsabilidad se dedican solo a trabajar.

Permanecer en un centro educativo, terminar al menos la secundaria, puede significar mejores oportunidades en la vida de las adolescentes, por esa razón se hace tanto énfasis en que éstas asistan a un centro de enseñanza.

Razones para no asistir a un centro de enseñanza

En el cuadro N° 11 se pudo observar los datos pertenecientes a la asistencia o no por parte de las adolescentes a un centro de enseñanza, para esa pregunta solo pudimos obtener información de la ENDEVE 2010, la cual indico que el 28(%) por ciento de las adolescentes no asisten a un centro de enseñanza. Por esa razón en el cuadro N° 12 se busca conocer por qué razón no asisten.

Cuadro N° 12.

Venezuela: Distribución porcentual de las razones por las cuales las adolescentes y jóvenes abandonan o no asisten a un centro enseñanza. Periodo 2010 - 2013

Razón de abandono o inasistencia	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013-MPPJ
Tiene que trabajar	4(%)	1(%)	12(%)
Costo (útiles, transporte, comida, gasto mensual)	7(%)	8(%)	15(%)
Terminó los estudios	22(%)	29(%)	29(%)
No le interesó seguir estudiando, no lo considera importante, bajo rendimiento	16(%)	12(%)	10(%)
Por embarazo, se casó, cuidar a los hijos	26(%)	23(%)	14(%)
No hay cupo	-	5(%)	3(%)
Otra	24(%)	23(%)	16(%)

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-MPPJ: Hombres y Mujeres de 15 a 30 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB); ENJUVE (2013-MPPJ)

Elaboración propia.

Según los datos de la ENDEVE 2010, el 22(%) por ciento terminó los estudios, el 26(%) por ciento lo abandono por embarazo, se casó o cuidar a los hijos.

Aunque en el cuadro N° 11 no se pueda conocer cuál es el porcentaje de adolescentes que no asisten a un centro de enseñanza según los datos de la ENJUVE 2013-UCAB, se puede mostrar por qué el grupo de 15-19 años no asiste actualmente a un centro de enseñanza, dando como resultado que luego de 3 años el 29(%) por ciento de las adolescentes había culminado sus estudios y el 23(%) por ciento abandono los estudios por embarazo, casamiento.

Observando los resultados de estas encuestas realizadas en dos periodos (2010-2013) nos refleja que la realidad de las adolescentes no ha cambiado tanto, ya que más del 20(%) por ciento de las adolescentes abandonan sus estudios por un embarazo, casamiento o cuidar a los hijos.

Entonces como se ha observado anteriormente las adolescentes que tienen un hijo abandonan los centros de enseñanza conllevando de esta manera a menos posibilidades de obtener un trabajo bien renumerado.

¿Trabaja o estudia?

Conocer que actividad realizan las adolescentes en el año 2013 se hace difícil ya que los resultados de las Encuestas de Juventud realizada por la Universidad Católica Andrés Bello y el Ministerio del Poder Popular para la Juventud lo analizan por grupos de hombres y mujeres de 15 a 29, 30 años, sin tomar en cuenta los distintos grupos quinquenales y sexo, haciendo de esta manera imposible un seguimiento de la situación de las adolescentes entre 15 y 19 años para el periodo 2010-2013.

Para fines de esta investigación los resultados de la ENDEVE 2010 son los que nos interesan para conocer qué está pasando con el grupo de mujeres entre 15 y 19 años. A pesar de que la ENJUVE fue un estudio realizado para conocer la situación de los jóvenes, al momento del análisis no se puede determinar qué pasa con ellos. No es lo mismo que un adolescente entre 15-19 años solo trabaje a que una persona entre 25-29 años trabaje y ese tipo de análisis, resultados son los fundamentales para la creación de políticas para mejorar la situación de estos jóvenes, ya que en realidad se conocería su situación y problemática.

Cuadro N° 13.
Venezuela: Distribución porcentual de las actividades que realizan las adolescentes y jóvenes. Periodo 2010 - 2013

Actividad que realizan	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013-MPPJ
Trabajando	5(%)	35(%)	31(%)
Estudiando sin trabajar	61(%)	31(%)	30(%)
No estudia ni trabaja	21(%)	23(%)	16(%)
Estudia y trabaja	-	11(%)	9(%)
Otra situación	12(%)	-	14(%)

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Hombres y Mujeres de 15 a 29 años.

Muestra de ENJUVE 2013-MPPJ: Hombres y Mujeres de 15 a 30 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB); ENJUVE (2013-MPPJ)
Elaboración propia.

Según los resultados de la ENDEVE 2010, el 61(%) por ciento de las adolescentes (mujeres entre 15-19 años) se encuentra estudiando, mientras que el 5(%) por ciento trabaja. El tema de preocupación en este caso, es el 33(%) de las adolescentes que no se encuentra estudiando, ni trabajando; lo que puede significar que se estén dedicando a oficios del hogar, a cuidar a un hijo, estar embarazadas, entre otras razones. Problemas centrales que se han mencionado a lo largo del trabajo ya que esto puede conllevar a problemas como continuar en el círculo de pobreza, la violencia intrafamiliar, baja autoestima, entre otras.

Situación conyugal

La edad de la primera unión es uno de los factores que inciden en la fecundidad, ya que tiene que ver con la exposición al embarazo, aunque muchas veces este se da antes del matrimonio o unión consensual.

La edad promedio de la primera unión para las adolescentes entre 15 y 19 años es de 15,48 años (2010) y 16 años (2013). En tres años no ha existido una diferencia significativa sobre la edad promedio de la primera unión.

Cuadro N° 14.
Venezuela: Distribución porcentual de adolescentes jóvenes que han sido madres según situación conyugal. Periodo 2010 – 2013

Situación conyugal	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013 - MPPJ
Casada / unida	57(%)	60(%)	Información no disponible
Divorciada / separada / viuda	11(%)	15(%)	
Soltera	33(%)	25(%)	

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Mujeres de 15 a 19 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB).

Elaboración propia.

En cuanto a la situación conyugal se puede observar en el cuadro N° 14 que para el año 2013, según datos de la ENJUVE UCAB, ha aumentado un poco el porcentaje de adolescentes que establecen una relación formal, ya que el 60(%) por ciento se encuentra casada o unida y el 15(%) por ciento ya ha estado en una relación formal, debido a que se encuentra divorciada, separada o viuda. En comparación con los resultados de la ENDEVE en el año 2010 que solo el 57(%) por ciento se encuentra en una relación formal y el 11(%) por ciento lo ha estado. Resaltando que el tener un hijo puede conllevar a una unión ya sea antes o después del embarazo; además que existe un gran porcentaje de madres solteras.

Sexualidad

En el cuadro N° 15 se puede observar como al cambiar el rango de edad y el sexo los resultados son diferentes, ya que la ENJUVE-MPPJ no nos ofrece información sobre las adolescentes sexualmente activas, solo nos dice que el 83(%) por ciento de los jóvenes (hombres y mujeres entre 15 y 30 años) son sexualmente activos, rangos de edad que para fines de la investigación no son de nuestro interés, ya que no se conoce exactamente por grupos quinquenales como es el comportamiento de estos jóvenes.

El inicio de una relación sexual, principalmente en la adolescencia, es considerado un problema ya que ello puede conllevar a embarazos no deseados, mortalidad materna si la adolescente no ha tenido la atención prenatal, además de los riesgos que se pueden correr de tener una enfermedad de transmisión sexual (ETS). La sexualidad no es algo malo, solo que se debe llevar de manera adecuada y por eso la importancia de conocer los métodos anticonceptivos efectivamente, mantenerse en un centro educativo y poder decidir por ellas mismas con quién desean hacerlo y en qué momento.

Cuadro N° 15.
Venezuela: Porcentaje de adolescentes y jóvenes activos sexualmente.
Periodo 2010 - 2013

Sexualmente activos	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013-MPPJ
Nunca ha tenido relaciones sexuales	54(%)	49(%)	83(%) declaro ser sexualmente activos, mientras que el 17(%) dicen que no lo son
Ha tenido relaciones sexuales	43(%)	45(%)	
NR	3(%)	6(%)	

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-MPPJ: Hombres y Mujeres de 15 a 30 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB); ENJUVE (2013-MPPJ)

Elaboración propia.

Los resultados de la ENDEVE 2010 y ENJUVE 2013-UCAB nos muestra que en tres años aumento el porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones ya que el 43(%) por ciento ha tenido relaciones sexuales (2010) mientras que para el 2013 ese número aumento a 45(%) por ciento. Es una diferencia mínima en resultados pero que puede conllevar a consecuencias como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, nupcialidad temprana, entre otras. Si estas relaciones no se llevan de manera segura, por eso la importancia de la Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva y los servicios de atención para adolescentes, para que estos puedan llevar una sexualidad responsable.

Primer método anticonceptivo utilizado

Conocer el método anticonceptivo utilizado por las adolescentes en su primera relación resulta difícil ya que, la ENDEVE en el año 2010 pregunta ¿cuál fue el primer método utilizado por usted y su pareja? no quedando claro de esta manera si este método se utilizó en la primera relación sexual o en posteriores, por esta razón podemos observar que el 30,9(%) por ciento responde que utilizo la píldora anticonceptiva, siendo un método anticonceptivo hormonal, significando de esta manera que no se pensó en prevenir una ETS sino solo un embarazo.

Mientras que la ENJUVE 2013-UCAB nos proporciona la información de las mujeres entre 15 y 29 años, reflejando de esta manera que el método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual fue el condón o preservativo, el cual funciona para prevenir un embarazo no deseado y una ETS.

Cuadro N° 16.
Venezuela: Distribución porcentual del primer método anticonceptivo utilizado por las adolescentes y los jóvenes. Periodo 2010 - 2013

Primer método anticonceptivo utilizado	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013-MPPJ
Condón o preservativo	0,4(%)	40,7(%)	Información no disponible
Píldora anticonceptiva	30,9(%)	11,1(%)	
Diafragma, espermicida	0,0(%)	3,2(%)	
Parches anticonceptivos	0,0(%)	0,4(%)	
Inyectables	1,1(%)	0,0(%)	
Esterilización femenina	0,0(%)	0,4(%)	
Coito interrumpido	2,3(%)	0,7(%)	
Resto de métodos	27,5(%)	1,5(%)	
No uso	37,8(%)	42,0(%)	

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Mujeres de 15 a 29 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB).

Elaboración propia.

Uso de método anticonceptivo

En este apartado se ha podido observar que los datos provenientes del mismo rango de edad y sexo en las encuestas son semejantes. Pero al observar el uso de algún método anticonceptivo actualmente se observa una diferencia entre la ENDEVE y la ENJUVE UCAB cuando se toman en cuenta el grupo de mujeres entre 15 y 19 años.

Según los resultados en tres años el porcentaje de adolescentes que usan algún método anticonceptivo aumento de 49(%) por ciento a 71(%) por ciento, siendo un significativo avance estadísticamente, ya que podría significar que están existiendo políticas para aumentar el uso de los métodos anticonceptivos, lo que debería significar un descenso de la fecundidad de este grupo. Pero como hemos observado esto no ha sucedió, además de esto, ante la falta de publicaciones oficiales no se puede constatar este hecho.

Cuadro N° 17.
Venezuela: Distribución porcentual según uso de algún método anticonceptivo en adolescentes y jóvenes. Periodo 2010 - 2013

Usa algún método actualmente	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013 - MPPJ
Si	49(%)	71(%)	65(%)
No	51(%)	29(%)	35(%)

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-MPPJ: Hombres y Mujeres de 15 a 30 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB); ENJUVE (2013-MPPJ)

Elaboración propia.

Método anticonceptivo utilizado actualmente

Anteriormente se pudo conocer el porcentaje de adolescentes, grupo de estudio en esta investigación, que utiliza algún método anticonceptivo, pero al momento de saber que método anticonceptivo utilizan solo lo podemos conocer para el año 2010, ya que las Encuestas de Juventud nos proporcionan esa información por el grupo general de hombres y mujeres entre 15-29 años (UCAB), y 15-30 años (MPPJ). (Véase cuadro N° 18)

Para el año 2010 el 11(%) por ciento de las adolescentes preferían los métodos de barrera, siendo uno de los métodos menos usados por ellas. Por otra parte el 46(%) por ciento de las adolescentes utilizaban los métodos hormonales, quedando en evidencia que la protección al momento de la relación sexual, la tienen las mujeres.

Este comportamiento se repite en todos los grupos de edad, ya que en la ENJUVE 2013-UCAB y ENJUVE 2013-MPPJ coinciden en el porcentaje de uso de los métodos hormonales (44,6% y 36% respectivamente). Mientras que al ver el uso de métodos de barrera en la ENJUVE 2013-MPPJ es de 60(%) por ciento, ya que se pregunta también a los hombres, la cual no se realiza en ENJUVE 2013-UCAB y ENDEVE 2010.

Cuadro N° 18.
Venezuela: Distribución porcentual del método que utiliza actualmente las adolescentes y jóvenes. Periodo 2010 – 2013

Método anticonceptivo usado actualmente	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013-MPPJ
Método de barrera	11,0(%)	17,3(%)	60(%)
Métodos hormonales	46,0(%)	44,6(%)	36(%)
Dispositivos Intrauterinos	7,0(%)	2,0(%)	1(%)
Píldora de emergencia o del día después	0,0(%)	0,9(%)	1(%)
Resto de métodos	36,0(%)	1,9(%)	2(%)
No usa	51(%)	33,3(%)	35(%)

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Mujeres de 15 a 29 años.

Muestra de ENJUVE 2013-MPPJ: Hombres y Mujeres de 15 a 30 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB); ENJUVE (2013-MPPJ)

Elaboración propia.

El análisis de los resultados de las tres encuestas se realiza de manera diferente, ya que, ENJUVE 2013-UCAB toma para la sumatoria del 100% los datos relacionados al no uso de los métodos anticonceptivos, mientras que la ENJUVE 2013-MPPJ y ENDEVE 2010 toman en consideración los datos del uso de los métodos anticonceptivos, desagregados para el 100% y tomar en cuenta el no uso como un dato separado. Pero a pesar de esa diferencia en el análisis algunos resultados coinciden, además de que se debe resaltar que la muestra en los resultados es diferente en las tres encuestas.

¿Ha estado embarazada?

Venezuela ocupa el primer lugar con la mayor tasa de fecundidad adolescente de América del Sur con 80,9 hijos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años para el periodo 2010–2015, según las estimaciones publicadas por el UNFPA (2018). Notándose de esta manera que todavía existe un déficit en las políticas públicas que den conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos, que las adolescentes posterguen el inicio de las relaciones sexuales y la edad de la primera unión, que se mantengan en los centros educativos, entre otros. (Véase cuadro N° 19)

Según los datos de la ENDEVE 2010 el 18(%) por ciento de las adolescentes encuestadas había estado embarazada, mientras que ese número disminuye un 3(%) por ciento para el año 2013, según los resultados de la ENJUVE UCAB. Aunque fue una disminución mínima, aún siguen existiendo adolescentes que tienen un hijo.

Cuadro N° 19.
Venezuela: Porcentaje de adolescentes y jóvenes que han estado o no embarazadas.
Periodo 2010 - 2013

Ha estado embarazada	ENDEVE 2010	ENJUVE 2013-UCAB	ENJUVE 2013 - MPPJ
Si	18(%)	15(%)	53(%)
No	81(%)	85(%)	47(%)

Nota: Muestra de ENDEVE 2010: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-UCAB: Mujeres de 15 a 19 años.

Muestra de ENJUVE 2013-MPPJ: Hombres y Mujeres de 15 a 30 años.

Fuente: ENDEVE (2010); ENJUVE (2013-UCAB); ENJUVE (2013-MPPJ)

Elaboración propia.

La ausencia análisis por grupos quinquenales y sexo por parte del Ministerio del Poder Popular para la Juventud hace imposible un conocimiento sobre la situación de las adolescentes, específicamente, en temas relacionados a educación, trabajo, sexualidad, entre otros.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta sección se da una explicación y respuesta a la pregunta de investigación la cual busca conocer qué factores inciden en la prevalencia de la fecundidad adolescente. Igualmente se realizan las recomendaciones en base a los resultados encontrados.

Conclusiones

Esta investigación tuvo como punto central conocer que factores inciden en la prevalencia o estancamiento de la fecundidad adolescente, ya que se ha podido observar que a lo largo del tiempo, principalmente desde 1960 que es cuando comienza el descenso de la fecundidad en la población, el grupo de 15 a 19 años se ha mantenido, mientras que los otros grupos han presentado una disminución.

En Venezuela se ha presentado un proceso de urbanización y de alfabetización (acceso de la mujer al sector educativo formal), además del acceso al campo laboral y a los métodos de planificación familiar debido a políticas públicas del Estado y una mejora en el sistema de salud. Todo esto trajo como consecuencia un descenso de la fecundidad general.

En cambio, la fecundidad adolescente se ha mantenido al pasar del tiempo por eso a través de la Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE 2010), la Encuesta Nacional de Juventud realizada por la Universidad Católica Andrés Bello (ENJUVE 2013-UCAB) y la Encuesta Nacional de Juventud realizada por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud (ENJUVE 2013-MPPJ) se busca dar respuesta de los factores que están incidiendo en esta fecundidad.

Aunque se habla de la fecundidad adolescente en general en Venezuela, esta no se da de igual manera en todas las regiones del país, ya que, en los sectores menos urbanizados es que

prevalece aún esa fecundidad, la teoría nos dice que las personas de los sectores rurales son los que tienen menor acceso a los servicios de salud, ya que estos mayormente se radican en los sectores urbanos o en las ciudades principales del país.

Un embarazo significa muchas veces el cambio de estilo de vida de esas adolescentes. Los resultados nos muestran que solo el 7(%) por ciento de las adolescentes, en el año 2010, asistían a un centro educativo luego de tener un hijo. Mientras que el 93(%) por ciento de las adolescentes que no han tenido hijos asisten a un centro de enseñanza. Mostrándonos de esta manera que el tener un hijo puede conllevar a la deserción escolar, y este a su vez a no entrar a un campo laboral bien renumerado, manteniéndose de esta manera el círculo de pobreza, entre otras problemáticas.

Muchas veces ese embarazo es deseado y lo podemos ver en el año 2010 cuando el 55(%) por ciento de las adolescentes que estaban embarazadas en ese momento deseaban ese embarazo, conllevando de esta manera a verse como un plan de vida, el cual muchas veces se da en los sectores menos privilegiados como son los sectores urbanos marginados donde un embarazo puede significar en la adolescente ser un adulto visible.

En cuanto a la situación conyugal observamos que en tres años (2010-2013) prevalece una unión formal ya sea casada o unida por parte de las adolescentes que han tenido un hijo. Ya que el 57(%) por ciento, según datos de la ENDEVE 2010, se encontraban casadas o unidas, mientras que según los datos de la ENJUVE 2013-UCAB el 60(%) por ciento de las adolescentes se encontraban casadas o unidas. No podemos determinar si este hecho ocurrió antes o después del embarazo, pero las adolescentes están iniciando una relación a temprana edad conllevando de esta manera a un mayor riesgo de embarazos.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, más del 90(%) por ciento, dice conocerlos o haberlos oído, pero al momento de verificar ese conocimiento no es el correcto, el cual no es solo el hecho de conocerlos, sino utilizarlos correctamente. Aunque por déficit en los cuestionarios no se pudo conocer por qué razón ocurrieron los embarazos, se puede decir que quizás algunos de estos se debieron a un mal uso o empleo de los métodos de planificación familiar. Y el tema de mayor preocupación es que el método de preferencia tanto en el 2010 como en el 2013 son los métodos hormonales, el cual algunas adolescentes no conocen que se debe hacer si se llega a olvidar una pastilla anticonceptiva y tampoco al cuánto tiempo se debe tomar la pastilla de emergencia, conllevando de esta manera a una mayor probabilidad de embarazos no deseados, los cuales en algunos casos no llegan al nacimiento.

La principal encuesta utilizada fue la ENDEVE 2010 ya que trataba a profundidad los temas relacionados con la fecundidad en mujeres en edad fértil, pero se utilizaron los datos provenientes de ENJUVE 2013-UCAB y ENJUVE 2013-MPPJ para constatar estos resultados, los cuales se pudo observar que en tres años el comportamiento de las adolescentes fue similar, por eso, con lo antes dicho se puede determinar que la incidencia o prevalencia de la fecundidad en la adolescencia se debe a factores como: el abandono de los centros educativos por parte de las adolescentes conllevando a tener como plan de vida tener un hijo, el no uso o mal uso sobre los métodos anticonceptivos, la falta de información sobre estos, una iniciación sexual y nupcialidad temprana la cual hace que exista un mayor riesgo de un embarazo.

En el país existen servicios diferenciados o servicios de atención para adolescentes los cuales tienen como función ofrecer información y acceso a los temas relacionados sobre sexualidad a los adolescentes, pero estos no son conocidos por estos, además que en la escuela y en los hogares este tema sigue siendo un tema tabú. Incluso los cuestionarios que se aplicaron no

realizan una pregunta para conocer dónde estos adolescentes reciben información, si conocen sus derechos, entre otros. Dando una debilidad en la creación de políticas. Además de que el análisis realizado por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud (ENJUVE 2013) no permite conocer la situación de los jóvenes por grupos quinquenales y sexo, al hacer un análisis general de esta población no se puede determinar o conocer si los adolescentes asisten a un centro de enseñanza, si están trabajando, no realizan ninguna actividad, si conocen los métodos anticonceptivos, si los usan, entre otros.

La ausencia de datos oficiales hace imposible conocer cómo es la situación de las adolescentes en la actualidad y más hoy en día que existe un déficit en el acceso a los métodos de planificación familiar, al alto costo de los servicios, de los alimentos, entre otros. Los cuales hacen que cambien la forma de vida de los adolescentes en la actualidad.

Recomendaciones

Ante los resultados de este trabajo surgen ciertas recomendaciones como lo son:

1. Realizar un estudio de campo en el cual se conozca cómo los servicios diferenciados o de atención dirigidos para adolescentes están abordando el tema de la fecundidad adolescente, además de conocer cuál ha sido el alcance de estos en las distintas comunidades.
2. Tomar en consideración este trabajo para investigaciones a futuro en los cuales se muestren mediante las siguientes encuestas demográficas y los censos de población, cómo ha sido el comportamiento de la fecundidad en las adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

Bay, G.; Del Popolo, F. y Ferrando, D. (2003). *Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos*. Santiago de Chile, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población.

Bolívar Chollett, M. (2004) *La población venezolana 10 años después de El Cairo: una revisión selectiva de su dinámica, distribución espacial y movimiento migratoria*. Caracas, Venezuela: UCV – UNFPA,

CELADE, División de Población de la CEPAL (2005). Fecundidad: Una región en la que nacen menos niños. *Temas de población y desarrollo* (26)

Cesare, M y Rodríguez, J. (2006). Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia. *Papeles de población* 12(48). pp. 107-140.

Coale, A. (1977). La transición demográfica. *Serie D. CEPAL* (86)

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Aprobada el 30 de diciembre de 1999. Venezuela.

- Cuellar, A., Garzón, L. & Medina, L. (2008). *Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una institución educativa distrital de Bogotá. Segundo semestre 2008*. (Tesis de pregrado). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Currie, C. y otros (eds.) (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey [en línea], http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- Davis, K, y Blake, J. (1956) La Estructura Social y la Fecundidad: Un Sistema Analítico [Traducción del artículo Social Structure And Fertility: An Analytic Framework. Aparecido en la Revista Economic Development And Cultural Change Volumen IV, Número 3, abril 1956]
- Di Brianza (2010). Formación y disolución de las uniones en Venezuela. ¿Qué pasó en el transcurso de la última mitad del siglo XX? *La población venezolana 200 años después*. pp. 251-286
- Flórez, C. y Soto, V. (sf). Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. *Notas de Población*. CEPAL (83)

Freitez, A. y Di Brienza, M. (2002) Probabilidad de ocurrencia de un embarazo entre las adolescentes. *Temas de coyuntura* (46). pp. 113-136

Fundación Escuela de Gerencia Social. Ministerio de Planificación y Desarrollo. *Serie cuadernos técnicos* (23).

Gaslonde, S. (sf). La fecundidad en Venezuela. pp. 98 - 123

Hirschi, T. (1969), *Causes of delinquency*, Berkeley. University of California Press.

Hopenhayn, M. y Rodríguez, J. (2007). Maternidad adolescente en América Latina y Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*. (4)

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Redatam. Censo de Población y Vivienda 2011*. Recuperado de: <http://www.redatam.ine.gob.ve/Censo2011/index.html>

La Sociología de la Fecundidad Humana; Tendencias Actuales de la Investigación y Bibliografía (Traducción del artículo “The Sociology Of Human Fertility: A Trend Report And Bibliography”, Aparecido En La Revista Current Sociology Volumen X/XI, Número 2, 1961 y 1962.

Lanza, F., Mejías, N., & Prado, D. (2010). *Factores psicosociales y culturales que intervienen en las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Hospital Dr. Luis Alberto Rojas. Cantaura - Anzoátegui. Primer semestre 2010.* (Tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Ley Orgánica para la Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA). Aprobada el 8 de junio de 2015. Venezuela

Llanes, N. (2012) Acercamiento teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva. *Sociología, año 27.* (77). pp. 235-266

Llenera, G. (2015). *Factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato. Periodo junio – noviembre del 2014.* (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.

Marín, Lucia (2008). Clasificación de la investigación. Recuperado de: <https://metinvestigacion.wordpress.com/>

Martínez, A. (2014). Industrialización, urbanización y cambios demográficos en Venezuela. *Civitas* 2(1)

Méndez, A. & Navarro, M. (2011). *Maternidad adolescente en cinco parroquias del Distrito Capital. Caracterización socio-demográfica*. (Tesis de pregrado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Méndez, M. (2011). *Conocimiento sobre sexualidad en adolescentes embarazadas*. (Tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Ministerio del Poder Popular para la Juventud (2014). *Encuesta Nacional de Juventudes. Venezuela 2013*.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Normal Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. MPPS/OPS/UNICEF/UNFPA. Caracas, 2013

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolos clínicos de Atención Integral a las y los Adolescentes. Servicios del Primer y Segundo nivel de atención. MPPS/OPS/UNICEF/UNFPA. Caracas, 2014

Movimiento Natural de la Población (2014). Indicadores demográficos del Movimiento Natural de la Población.

Molina, M. (2017). Fecundidad adolescente: apuntes actuales. *Novedades en Población* (25). pp. 94-109

Naciones Unidas. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe.

Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo (1994)

Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing (1995)

Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) (1992). *El Censo 90 en Venezuela: Resultados Básicos*. Caracas, Venezuela: Ediciones OCEI.

OPS y UNFPA (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. *Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE.UU.)*

Páez, J. (sf). Consideraciones acerca de la calidad de los datos demográficos de Venezuela, pp. 42-66

Pantelides, E. (sf). *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*.

- Peláez, J. (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos.
- Reyes, D. y González, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Revista Latinoamericana*, (17). pp. 98-123.
- Rodríguez, J. (2013). Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos. *CEPAL Serie Población y desarrollo* (107)
- Romero, Á. (2016). *Formación de los docentes en el área de salud sexual y reproductiva en una unidad educativa nacional del estado Miranda*. (Tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Salazar, A. (2003). Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad adolescente en Colombia. *Teoría de los determinantes de la fecundidad* (7)
- Sopyan, S. (2011). Human Fertility and its Determinants. National Population and Family Planning Board (BKKBN). Disponible en: <https://es.slideshare.net/sopyanbkkbn/human-fertility-and-its-determinant>
- UNFPA (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación. Documento regional – 2010*. (Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes)

Unicef (2011). *La adolescencia. Una época de oportunidades*. Estado Mundial de la Infancia 2011.

Universidad Católica Andrés Bello (2014). *Análisis de situación de la juventud venezolana. Informe de resultados de la Encuesta Nacional de Juventud 2013. Realizada por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello (IIES-UCAB)*.

Walti. C. (sf). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de población*. CIEAP/UAEM. (45). pp. 143-17

Wellings K. y otros (2006), “Sexual behaviour in context: a global perspective”, *Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, N° 2, London, The Lancet, november.

Zimmer-Gembeck, M. J., y Helfand, M. (2008), “Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background”, *Developmental Review*, vol. 28 N° 2, June.

ANEXOS

Anexo N° 1. Protocolos clínicos de atención integral a las y los adolescentes. Servicios del Primer y Segundo nivel de atención (2013)

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), junto al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA-Venezuela), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), presenta los protocolos clínicos de atención integral a las y los adolescentes, servicios del Primer y Segundo nivel de atención para unificar los criterios en la atención de las y los adolescentes con la meta de que los proveedores de la salud que laboran en el Primer y Segundo Nivel de Atención, tanto en la red tradicional como en la red de Barrio Adentro, cuenten con herramientas acorde con los avances en la atención integral y diferenciada del grupo de adolescente, con el fin de disminuir la morbimortalidad existente en este grupo de edad. Estos servicios deben estar claramente señalados y adecuar los espacios de trabajo para la atención integral y diferenciada de las y los adolescentes, procurando ambientes que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y conserjería individual.

Los protocolos pueden ser utilizados por médicos, enfermeras, trabajadoras y trabajadores sociales así como otros profesionales de la salud en un establecimiento de Primer y Segundo nivel de Atención que atiende a los adolescentes (hombres y mujeres entre 10 y 19 años), el abordaje de las situaciones debe hacerse a través de:

1. entrevista con al adolescente y su representante (en caso de estar presente);
2. reconocimiento de factores de riesgo;

3. elección del tratamiento adecuado según el problema de salud identificado y la incorporación a Programas, Proyectos o Misiones disponibles en la localidad, la prevención o intervención de situaciones de riesgo específicas;

4. proporcionar consejería al adolescente y su familia como parte del manejo integral.

GUIA DE LOS PROTOCOLOS

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS Y LAS ADOLESCENTES. ESTRATEGIA IMAN SERVICIOS: PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

SECCIÓN I ADOLESCENCIA. EVALUACIÓN INTEGRAL	SECCIÓN II SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SECCIÓN III OTRAS PATOLOGÍAS PREVALENTES
1. Historia clínica(SI:1) 2. Riesgo psicosocial (HEEAADSSSP) (SI:2) 2.1 Riesgo psicosocial en Hogar (SI:2.1) 2.2 Riesgo psicosocial en Educación (SI: 2.2) 2.3 Riesgo psicosocial en Empleo/Actividades (SI: 2.3) 2.4 Riesgo psicosocial en Alimentación (SI:2.4) 2.5 Riesgo psicosocial en Drogas (SI:2.5) 2.6 Riesgo en Seguridad (SI:2.6) 2.7 Riesgo psicosocial en Sexualidad (SI: 2.7) 2.8 Riesgo psicosocial en Suicidio (SI: 2.8) 3. Factores protectores (SI:3) 4. Examen físico general (SI:4) 5. Evaluación Nutricional SI:5) 6. Evaluación del Crecimiento (SI:6) 7. Examen genital femenino (SI:7) 8. Examen genital masculino (SI:8) 9. Pubertad (SI:9) 10. Inmunizaciones (SI:10)	Parte I 1. Anticoncepción y Embarazo en la Adolescencia (SII: PI: 1) 1.1 Métodos anticonceptivos naturales (SII PI: 1.1) 1.2 Métodos anticonceptivos de barrera (SII PI: 1.2) 1.3 Métodos anticonceptivos hormonales (SII PI:1.3) 1.3.1. Anticonceptivos orales de uso regular (SII PI: 1.3.1) 1.3.2. Anticoncepción de emergencia (SII PI: 1.3.2) 2. Abordaje de la adolescente embarazada (SII PI: 2) Parte II: Situaciones de maltrato y abuso sexual (SII PII) 1. Maltrato de los y las adolescentes (SII PII:1) 1.1 Maltrato (SII PII: 1.1) 2. Abuso sexual (SII P2: 1.2) Parte III: ITS y VIH/sida 1. Guía para orientar el diagnóstico de ITS y VIH/SIDA (SII PIII: 1) 1.1. Flujo vaginal (SII PIII: 1.1) 1.2. Cervicitis-uretritis (SII PIII: 1.2) 1.3. Enfermedad inflamatoria pélvica (SII PIII: 1.3) 1.4. Úlceras, Verrugas y Vesículas en genitales (SII PIII: 1.4) 1.4.1. Úlceras genitales (SII PIII:1.4.1) 1.4.2. Verrugas y vesículas genitales (SII PIII:1.4.2) 2. VIH/Sida (SII PIII: 2) 2.1 Sospecha de infección por VIH(SII PIII:2.1) 2.2 Manejo de la/el adolescente seropositivo (SII PIII:2.2)	1. Acné (SIII: 1) 2. Ginecología (SIII:2) 2.1. Dismenorrea (SIII: 2.1) 2.2 . Sangrado genital (SIII: 2.2) 3. Patología escrotal (SIII: 3) 3.1. Orquiepididimitis(SIII: 3.1) 3.2. Varicocele(SIII: 3.2)

En la sección “B” a quién se le realiza la encuesta, en nuestro interés fue en las mujeres y si estas sabían leer y escribir para conocer el porcentaje de alfabetismo.

 **Pregunta relacionada al porcentaje de alfabetización en las mujeres**

Anexo N° 3. Cuestionario Censo de Población y Vivienda 2011

Muy similar al cuestionario del censo de Población y Vivienda 1961, solo que en este hay que resaltar que se realizó la pregunta ¿sabe leer y escribir? a personas de 3 años o más, en nuestro caso el interés fue en las mujeres.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
XIV CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA
Cuestionario General



AMPARADO BAJO EL SECRETO ESTADÍSTICO

SECCIÓN I. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

1. Entidad Federal: _____ 2. Municipio: _____ 3. Parroquia: _____ 4. Centro Poblado: _____ 5. Comunidad Indígena: _____ Nombre en castellano _____ Nombre en idioma indígena _____ 6. Segmento N°: _____ 7. Tipo de Segmento: _____ 8. Sector N°: _____	11. Urbanización o barrio: _____ 12. Calle o avenida: _____ 13. Nombre o número de la vivienda: _____ 14. Fecha de la entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____ 9. Parcela N°: _____ 10. Manzana N°: _____
--	--

SECCIÓN V. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

PARA TODAS LAS PERSONAS RESIDENTES HABITUALES DEL HOGAR QUE ESTÁ SIENDO EMPADRONADO, PERSONAS EN REFUGIOS Y EN VIVIENDAS COLECTIVAS

Persona N° _____ de: APELLIDO Y NOMBRE: _____

Para todas las Personas

1. ¿NACIÓ EN VENEZUELA? ☐ SI ☐ No → Pase a pregunta 2 ☐ En este mismo estado ☐ En otro estado del país ¿Cuál?: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Distrito Capital</td> <td>☐ Carabobo</td> <td>☐ Mérida</td> <td>☐ Táchira</td> </tr> <tr> <td>☐ Amazonas</td> <td>☐ Cojedes</td> <td>☐ Miranda</td> <td>☐ Trujillo</td> </tr> <tr> <td>☐ Anzoátegui</td> <td>☐ Delta Amacuro</td> <td>☐ Monagas</td> <td>☐ Vargas</td> </tr> <tr> <td>☐ Apure</td> <td>☐ Falcón</td> <td>☐ Nueva Esparta</td> <td>☐ Yaracuy</td> </tr> <tr> <td>☐ Aragua</td> <td>☐ Guárico</td> <td>☐ Portuguesa</td> <td>☐ Zulia</td> </tr> <tr> <td>☐ Barinas</td> <td>☐ Lara</td> <td>☐ Sucre</td> <td>☐ Dependencias Federales</td> </tr> <tr> <td>☐ Bolívar</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> → Pase a pregunta 4	☐ Distrito Capital	☐ Carabobo	☐ Mérida	☐ Táchira	☐ Amazonas	☐ Cojedes	☐ Miranda	☐ Trujillo	☐ Anzoátegui	☐ Delta Amacuro	☐ Monagas	☐ Vargas	☐ Apure	☐ Falcón	☐ Nueva Esparta	☐ Yaracuy	☐ Aragua	☐ Guárico	☐ Portuguesa	☐ Zulia	☐ Barinas	☐ Lara	☐ Sucre	☐ Dependencias Federales	☐ Bolívar				10. ¿ESTÁ AFILIADO(A) A ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES PLANES DE SEGURIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA: ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA ☐ Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) ☐ Institutos de Previsión Social (IPASME, IMPREABOGADO, IPP, etc) ☐ Seguro Médico Privado ☐ No tiene Plan de Seguridad de Atención Médica 11. DURANTE ESTE AÑO ¿DÓNDE ACUDIÓ CUANDO NECESITÓ ATENCIÓN MÉDICA: ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA ☐ Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) ☐ Institutos de Previsión Social (IPASME, IMPREABOGADO, IPP, etc) ☐ Consultorio, Clínica u Hospital Privado ☐ Hospital Público ☐ Locales de la Misión Barrio Adentro (Módulos, CDI, CAT, Clínicas Populares), etc. ☐ Ambulatorio ☐ No necesitó atención médica
☐ Distrito Capital	☐ Carabobo	☐ Mérida	☐ Táchira																										
☐ Amazonas	☐ Cojedes	☐ Miranda	☐ Trujillo																										
☐ Anzoátegui	☐ Delta Amacuro	☐ Monagas	☐ Vargas																										
☐ Apure	☐ Falcón	☐ Nueva Esparta	☐ Yaracuy																										
☐ Aragua	☐ Guárico	☐ Portuguesa	☐ Zulia																										
☐ Barinas	☐ Lara	☐ Sucre	☐ Dependencias Federales																										
☐ Bolívar																													

Sólo para Personas de 3 Años o Más

2. NACIÓ EN OTRO PAÍS: Año de llegada a la República Bolivariana de Venezuela: _____ ¿Cuál País? <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Argentina</td> <td>☐ Colombia</td> <td>☐ Guyana</td> <td>☐ Portugal</td> </tr> <tr> <td>☐ Bolivia</td> <td>☐ Cuba</td> <td>☐ Haití</td> <td>☐ República Dominicana</td> </tr> <tr> <td>☐ Brasil</td> <td>☐ Ecuador</td> <td>☐ Italia</td> <td>☐ Siria</td> </tr> <tr> <td>☐ Chile</td> <td>☐ España</td> <td>☐ Libano</td> <td>☐ Otro País ¿Cuál?</td> </tr> <tr> <td>☐ China Continental</td> <td>☐ Estados Unidos</td> <td>☐ Perú</td> <td></td> </tr> </table> 3. SU NACIONALIDAD LEGAL ACTUAL ES: ☐ Venezolana, por naturalización (nacionalizado (a)) ☐ Venezolana, nacido(a) en el exterior, hijo (a) de padre y/o madre venezolanos por nacimiento o naturalización ☐ Extranjera → Pase a pregunta 7 4. ¿PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA O ETNIA? ☐ SI → ¿Cuál? _____ ☐ No → Pase a pregunta 7	☐ Argentina	☐ Colombia	☐ Guyana	☐ Portugal	☐ Bolivia	☐ Cuba	☐ Haití	☐ República Dominicana	☐ Brasil	☐ Ecuador	☐ Italia	☐ Siria	☐ Chile	☐ España	☐ Libano	☐ Otro País ¿Cuál?	☐ China Continental	☐ Estados Unidos	☐ Perú		12. EN OCTUBRE DE 2006 RESIDIÓ: ☐ En este mismo municipio → Pase a pregunta 15 ☐ Aún no había nacido ☐ En otro municipio del país → Pase a pregunta 14 ☐ En otro país 13. ¿EN CUAL ESTADO Y MUNICIPIO RESIDIÓ EN OCTUBRE DE 2006? ☐ Estado _____ → Pase a pregunta 15 ☐ Municipio _____ 14. ¿EN CUAL PAÍS RESIDIÓ EN OCTUBRE DE 2006? País: _____
☐ Argentina	☐ Colombia	☐ Guyana	☐ Portugal																		
☐ Bolivia	☐ Cuba	☐ Haití	☐ República Dominicana																		
☐ Brasil	☐ Ecuador	☐ Italia	☐ Siria																		
☐ Chile	☐ España	☐ Libano	☐ Otro País ¿Cuál?																		
☐ China Continental	☐ Estados Unidos	☐ Perú																			

Para Personas de 3 Años o Más Haga las Preguntas 5 y 6

Personas Menores de 3 Años Pase a Pregunta 8

5. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? ☐ SI ☐ No	15. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? ☐ SI ☐ No
---	--


Identificación del lugar de residencia de la persona


Pregunta relacionada al porcentaje de alfabetización en las mujeres

Anexo N° 4. Cuestionario ENDEVE 2010

En el anexo N° 4 se puede observar el segundo cuestionario aplicado a las Mujeres en Edad Fértil, principalmente las secciones: I) Características de las mujeres en edad fértil, II) Fecundidad, IV) Preferencias reproductivas, V) Anticoncepción y IX) Nupcialidad y actividad sexual. Las preguntas que se encuentran resaltadas en rojo son aquellas que se tomaron en cuenta en esta investigación.



Índice MEF

Sección	Tema	Página
I	CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL	2
II	FECUNDIDAD	4
III	HISTORIA DE EMBARAZOS	5
IV	PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	7
V	ANTICONCEPCIÓN	8
VI	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	14
VII	LACTANCIA MATERNA	21
VIII	INMUNIZACIÓN Y SALUD	25
IX	NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL	31
X	VIH-SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	34
XI	CÁNCER MAMARIO Y DEL CUELLO UTERINO	36
XII	VIOLENCIA CONYUGAL HACIA LA MUJER	39

MEF

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA	
1.1 Cuestionario N°.: _____	
1.2 Entidad Federal: _____	☐ ☐
1.4 Parroquia: _____	☐ ☐
1.6 N° de Control: _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1.8 Dominio: _____	☐
1.10 Vivienda N°.: _____	☐ ☐ ☐
1.11 Hogar N°.: _____	☐ ☐
1.12 Total de Hogares Efectivos: _____	☐ ☐
1.13 Número de cuestionario de hogar: _____	☐ ☐ ☐ ☐
1.14 Nombre de la entrevistada: _____	
1.15 Número de línea en el cuestionario de hogares: _____	☐ ☐
1.3 Municipio: _____	☐ ☐
1.5 Localidad: _____	☐ ☐ ☐
1.7 Área (USM): _____	☐
1.9 Tipo de Segmento: _____	☐

De ☐ ☐ Hogares

(1) Casco Central e Histórico.
 (2) Urbanización hecha por el estado (Inavi, CSB, Malariaología, Instituto estatal/Municipal de Vivienda).
 (3) Urbanización privada.
 (4) Barrio.
 (5) Barrio consolidado.
 (6) Aislada o Diseminada.
 (7) No bien especificado

SECCIÓN I: CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL			
1.1 ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Día: Mes: Año:		Quedó embarazada _____ (1) Se casó _____ (2) Se dedicó a cuidar los hijos _____ (3) No podía pagar los estudios _____ (4) Necesitaba ayudar a su familia _____ (5) Necesitaba trabajar _____ (6) No le gustaba la escuela _____ (7) Tenía bajo rendimiento _____ (8) Difícil acceso a la escuela _____ (9) Enfermedad o razones médicas _____ (10) Inseguridad en la vía a la escuela _____ (11) Completó su escolaridad _____ (12) Otra: _____ (13)
1.2 ¿Cuál es su edad en años cumplidos?		1.7 ¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de estudiar?	
Sume la edad con el año de nacimiento y anote el total.	Edad + Año de nacimiento = Si ya cumplió años el resultado debe ser 2009. Si no ha cumplido años el resultado debe ser 2008. Si no coincide vuelva a la pregunta 1.1		
1.3 Antes de cumplir los 12 años ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo?	En Caracas? _____ (1) En otra ciudad? _____ (2) En un pueblo? _____ (3) En el campo? _____ (4) En el extranjero? _____ (5)	1.8 ¿Cuál fue el último grado, año o semestre aprobado por usted y de cuál nivel educativo?	Sin nivel _____ (1) Preescolar _____ (2) Básica _____ (3) Media diversificada y profesional _____ (4) Técnico Superior _____ (5) Universitario _____ (6) Grado/año _____ Anote el último año, grado o semestre aprobado. Semestre _____
1.4 ¿Asistió alguna vez, en calidad de estudiante, a algún centro de enseñanza de primaria o básica, media o superior?	Si _____ (1) No _____ (2) → 1.9	1.9 ¿Usted ha participado como estudiante en la misión?	Si _____ No _____ Si para todas las misiones la respuesta es negativa pase a la pregunta 1.11
1.5 ¿Asiste usted actualmente, en calidad de estudiante, a algún centro de enseñanza de primaria o básica, media o superior?	Si _____ (1) No _____ (2) → 1.8	1.10 ¿Cuál es el máximo nivel o semestre aprobado en la última misión donde ha participado usted?	Ninguno _____ (1) 1° Nivel o bloque _____ (2) 2° Nivel o bloque _____ (3) Semestre _____ Si contestó Sucre, anote el semestre: (1) al (8) si es el caso (9) ninguno.
1.6 ¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?		1.11 ¿Usted se reconoce como:	Indígena? _____ (1) (2) (3) Negra? _____ (1) (2) (3) Afrodescendiente? _____ (1) (2) (3) Morena? _____ (1) (2) (3) Otro? _____ (1) (2) (3) (Especifique)
SECCIÓN I: CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL			
1.12 ¿Qué hizo usted la semana pasada?	Trabajó de manera remunerada? _____ (1) Trabajó como ayudante o auxiliar? _____ (2) No trabajó pero tiene trabajo? _____ (3) Buscó trabajo o realizó diligencias para establecer su propio negocio o empresa? _____ (4) Asistió a un centro de enseñanza? _____ (5) Trabajó en oficios del hogar? _____ (6) Se encuentra jubilada o pensionada? _____ (7) Es rentista? _____ (8) Se encuentra con alguna discapacidad para trabajar? _____ (9) Está en otra situación? _____ (10)	1.15 ¿Cuál es la ocupación que desempeña (desempeñó):	Miembro de la Fuerza Armada? _____ (0) Miembros del Poder Ejecutivo y de los cuerpos legislativo y personal directivo de la administración pública y de empresas? _____ (1) Profesionales, científicos e intelectuales? _____ (2) Técnicos profesionales de nivel medio? _____ (3) Empleados de oficina? _____ (4) Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados? _____ (5) Agricultores y trabajadores calificados, agropecuarios y pesqueros? _____ (6) Oficiales, operarios, artesanos de arte, mecánica y de otros oficios? _____ (7) Operadores de instalaciones y máquinas y montadores? _____ (8) Trabajadores no calificados? _____ (9) Descripción: _____
1.13 ¿Durante la semana pasada realizó en su casa o fuera de ella alguna actividad por la cual recibió o va a recibir pago en dinero, tales como:	• Suplencia, trabajo especial? • Cuidar niños, ancianos y/o personas con discapacidad? • Gestión de compra y venta? • Empaquetar alimentos, ayudante en un mercado popular, supermercado, abasto, etc.? • Limpiar zapatos, cuidar o limpiar carros? • Actividades agrícolas, cuidar animales? • Venta de loterías, periódicos, juguetes, alimentos? • Reparaciones de electrodomésticos, ayudante de mecánica, cargar y transportar materiales de construcción, carpintería, albañilería, plomería, electricidad? • Coser, lavar o planchar ropa ajena, preparar corte y costura, etc.? • Otros?	Si _____ (1) No _____ (2) → Sección II	1.17 ¿Cuántas horas a la semana?
1.14 ¿En este trabajo usted se desempeña como:	Empleada en el sector público? _____ (1) Obrera en el sector público? _____ (2) Empleada en empresa privada? _____ (3) Obrera en empresa privada? _____ (4) Miembro de cooperativa? _____ (5) Miembro de sociedad de personas? _____ (6) Trabajadora por cuenta propia? _____ (7) Patrona o empleadora? _____ (8) Ayudante o auxiliar? _____ (9)	1.16 ¿Desempeña su trabajo:	Dentro de su vivienda? _____ (1) En local anexo a su vivienda? _____ (2) En local o lugar exclusivo (restaurante, fábrica, tienda, oficina, etc.)? _____ (3) En la calle (buhonera, puesto callejero, Kiosko)? _____ (4) En mercado? _____ (5) En vehículo? _____ (6) Servicio a domicilio? _____ (7) Otro? _____ (8) (Especifique)

SECCIÓN II: FECUNDIDAD			
"Ahora deseamos tener información sobre todos los embarazos y partos que usted haya tenido hasta la fecha"			
2.1 ¿Ha estado usted embarazada alguna vez?	Sí ----- (1) No ----- (2) → 3.10	2.9 ¿Tiene usted hijos/as que nacieron vivos/as y después murieron, aunque sólo hayan vivido poco tiempo?	Sí ----- (1) No ----- (2) → 2.12
2.2 ¿Ha tenido usted hijos/as que hayan nacido vivos?	Sí ----- (1) No ----- (2) → 3.10	2.10 ¿Cuántas hijas?	N° total de hijas
2.3 ¿Tiene usted hijos/as que viven con usted en el hogar?	Sí ----- (1) No ----- (2) → 2.6	2.11 ¿Cuántas hijas?	N° total de hijos
2.4 ¿Cuántas hijas?	N° total de hijas	2.11 A. Suma los números de hijos e hijas indicados en 2.10 y 2.11	 N° total de hijos/as fallecidos/as 2.10 + 2.11
2.5 ¿Cuántos hijos?	N° total de hijos	2.12 Copie el total de hijos/as obtenidos en las verificaciones que siguen a las preguntas 2.5A, 2.8A y 2.11A, suma el total de hijos/as nacidos/as, vivos/as y fallecidos/as	Total de hijos/as en el hogar Total de hijos/as fuera del hogar Suma el total de hijos/as nacidos/as vivos/as
2.5 A. Suma los números de hijos e hijas indicados en 2.4 y 2.5	 N° total de hijos/as en el hogar 2.4 + 2.5		
2.6 ¿Tiene usted hijos/as que no viven con usted?	Sí ----- (1) No ----- (2) → 2.9	Quisiera asegurarme que tengo la información completa.	
2.7 ¿Cuántas hijas?		¿Usted ha tenido en total _____ nacidos vivos en toda su vida?	Si ----- (1) No ----- (2) → 2.3
2.8 ¿Cuántos hijos?		Si la respuesta es afirmativa, es que ha tenido el número de hijos que usted totalizó, continúe con la entrevista; en caso contrario pase a 2.3 y corrija.	
2.8 A. Suma los números de hijos e hijas indicados en 2.7 y 2.8	 Total de hijos/as fuera del hogar, 2.7 + 2.8		

SECCIÓN IV: PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS			
4.1 ¿Actualmente está usted embarazada?	Sí _____ (1) No _____ (2) No sabe _____ (3)	4.9 En un futuro, ¿Le gustaría tener hijos/as?	Sí _____ (1) No _____ (2) → 4.11
4.2 ¿Cuántos meses tiene usted de embarazo?	N° de meses	4.10 ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar para tener otro (un) hijo/a?	Años... Si contesta menos de un año, anote "00" → 4.11 A
4.3 Durante este embarazo, usted ha asistido a la atención (control) prenatal?	Sí _____ (1) No _____ (2) → 4.5	4.11 ¿Cuál es la razón principal por la cual no quiere tener otro (un) hijo/a?	Problemas económicos _____ (1) Razones de salud _____ (2) Ya tiene suficientes hijos/as _____ (3) Se siente mayor _____ (4) Su trabajo o estudio no se lo permite _____ (5) No puede atender a los hijos/as _____ (6) Inestabilidad conyugal _____ (7) Otra: _____ (8) (Especifique)
4.4 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando asistió por primera vez a la atención (control) prenatal?	N° de meses		
4.5 Cuando quedó embarazada ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?	Quería quedar embarazada _____ (1) Quería esperar más tiempo _____ (2) No quería tener (más) hijos _____ (3) No sabe _____ (4)		
4.6 Además del hijo/a que está esperando ¿Le gustaría tener otro/a?	Sí _____ (1) No _____ (2) No sabe _____ (3)	4.11 A Verifique si tiene hijos nacidos vivos en 2.12	Sin hijos _____ (1) → 4.13 Con hijos _____ (2)
4.7 Después del nacimiento del niño/a que está esperando, ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar para tener a su siguiente hijo/a?	Años... Si contesta menos de un año, anote "00" → 4.11 A	4.12 Si usted pudiera regresar a la época en la cual no tenía hijos/as y pudiera escoger el número de hijos/as por tener en toda su vida ¿Cuántos tendría?	 Si responde cero hijos _____ (1) → 5.1 Uno o más hijos _____ (2) → 4.14
4.7 A Verifique si tiene hijos nacidos vivos en 2.12	Sin hijos _____ (1) → 4.9 Con hijos _____ (2)	4.13 Si pudiera escoger el número de hijos/as por tener en toda su vida ¿Cuántos tendría?	 Si responde cero hijos _____ (1) → 5.1 Uno o más hijos _____ (2) → 4.14
4.8 Además de los hijos/as que ha tenido ¿Le gustaría tener otro/a?	Sí _____ (1) → 4.10 No _____ (2) → 4.11	4.14 De éstos ¿Cuántos desearía que fueran mujeres y cuántos hombres?	Mujeres Hombres

SECCIÓN V: ANTICONCEPCIÓN				
"Ahora me gustaría que habláramos de otro tema. Existen métodos o medios que puede usar una pareja para cuidarse y para retrasar o evitar un embarazo".				
Método Anticonceptivo	5.1 ¿Quisiera usted decirme de cuáles métodos o medios anticonceptivos ha oído hablar? Encierre en un círculo los métodos indicados	5.2 Conoce o ha oído hablar de el/la (s) (MÉTODO): Line los métodos ya marcados en 5.1; si los conoce encierre el código 2. Si no los conoce lea el texto de ayuda y encierre el código (3) o (4) según la respuesta	5.3 ¿Ha usado alguna vez el método: Lea solamente los métodos reconocidos en 5.1 y 5.2 y encierre en un círculo el código de los métodos indicados.	
	Si (2)	Si con ayuda (3)	No (4)	
1 Ligadura o esterilización femenina. Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas o desconexión).	(1)	(2)	(3) (4)	
2 Vasectomía o esterilización masculina. Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (Vasectomía o desconexión del hombre).	(1)	(2)	(3) (4)	
3 Píldora o pastilla anticonceptiva. Las mujeres pueden tomar pastillas o píldoras para evitar embarazos.	(1)	(2)	(3) (4)	
4 Parches anticonceptivos. La mujer puede ponerse un parche que se parece a una banda adhesiva en la superficie de la piel para evitar quedar embarazada.	(1)	(2)	(3) (4)	
5 Aparato DIU (espiral o T de cobre). Una mujer puede solicitar que le coloquen un aparato en forma de espiral o T para no embarazarse.	(1)	(2)	(3) (4)	
6 Inyección anticonceptiva. Una mujer puede ponerse una inyección para no embarazarse.	(1)	(2)	(3) (4)	
7 Implantes anticonceptivos (Norplant, Jadelle). Una mujer puede mandarse a colocar por un médico o una enfermera, unos tubitos bajo la piel del brazo para evitar embarazos.	(1)	(2)	(3) (4)	
8 Preservativo o condón masculino. Los hombres pueden usar una cubierta de látex delgada de gran resistencia, durante las relaciones sexuales.	(1)	(2)	(3) (4)	
9 Condón femenino. Las mujeres pueden usar una funda de poliuretano durante las relaciones sexuales.	(1)	(2)	(3) (4)	
10 Métodos vaginales (diafragma, crema, jalea, espuma, óvulos, tabletas). Las mujeres pueden usar diafragma, crema, jalea, espuma, óvulos, tabletas antes de tener relaciones sexuales.	(1)	(2)	(3) (4)	
11 Abstinencia periódica (ritmo, calendario o control de la temperatura). Las parejas pueden evitar las relaciones sexuales ciertos días del mes, en los cuales las mujeres tienen más probabilidad de quedar embarazada.	(1)	(2)	(3) (4)	
12 Retiro. Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de eyacular.	(1)	(2)	(3) (4)	
13 Píldoras o pastillas de emergencia o del día después las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas horas después de haber tenido una relación sexual.	(1)	(2)	(3) (4)	
14 Otros métodos (especifique): Otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar embarazos.	Especifique: _____		Especifique: _____	
5.3A Verifique en 5.1 ó 5.2: Si conoce el método "Píldora o pastilla anticonceptiva" (Item 3).	Si conoce el método _____ (1) No conoce el método _____ (2) ↓ 5.5A	5.5A Verifique en 5.1 ó 5.2: Si conoce el método "Aparato DIU (Espiral o T de cobre)" (Item 5).	Si conoce el método _____ (1) No conoce el método _____ (2) ↓ 5.7A	
5.4 ¿Podría decir con qué frecuencia se debe tomar cada pastilla anticonceptiva?	Diaria _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otra _____ (4) Especifique _____	5.6 ¿Me podría decir en que parte del cuerpo se coloca el aparato (DIU)?	En el útero o matriz _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otra _____ (4) Especifique _____	
5.5 ¿Me podría decir qué se debe hacer cuando se olvida tomar una pastilla anticonceptiva?	Tomar dos al día siguiente _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otra _____ (4) Especifique _____	5.7 ¿Me podría decir quién debe colocar el aparato (DIU)?	Un profesional de la salud _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otra _____ (4) Especifique _____	

SECCIÓN V: ANTICONCEPCIÓN			
5.7A Verifique en 5.1 ó 5.2: Si conoce el método "Inyección anticonceptiva" (Item 6).	Sí conoce el método _____ (1) No conoce el método _____ (2) ↓ 5.8A	5.12A Verifique en 5.1 ó 5.2: Si conoce el método "Condón femenino" (Item 9).	Sí conoce el método _____ (1) No conoce el método _____ (2) ↓ 5.15A
5.8 ¿Me podría decir cada cuánto tiempo se deben aplicar las inyecciones anticonceptivas?	Cada 1, 2 o 3 meses _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otra _____ (4) <i>Especifique</i>	5.13 ¿Me podría decir si ha visto alguna vez un condón femenino?	Sí _____ (1) No _____ (2)
5.8A Verifique en 5.1 ó 5.2: Si conoce el método "Preservativo o condón" (Item 8).	Sí conoce el método _____ (1) No conoce el método _____ (2) ↓ 5.12A	5.14 ¿Me podría decir en dónde se coloca el condón femenino?	En la vagina (parte íntima de la mujer) _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otro: _____ (4) <i>Especifique</i>
5.9 ¿Me podría decir si ha visto alguna vez un condón masculino?	Sí _____ (1) No _____ (2)	5.15 ¿Me podría decir cuántas veces se puede utilizar un mismo condón femenino?	Una sola vez _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otro: _____ (4) <i>Especifique</i>
5.10 ¿Me podría decir en dónde se coloca el condón masculino?	En el pene (parte íntima del hombre) _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otro: _____ (4) <i>Especifique</i>	5.15A Verifique en 5.1 ó 5.2: Si conoce el método "Píldoras o pastillas de emergencia o del día después" (Item 13).	Sí conoce el método _____ (1) No conoce el método _____ (2) ↓ 5.17A
5.11 ¿En qué momento del acto sexual se coloca el condón masculino?	En erección _____ (1) Sin erección _____ (2) En cualquier momento _____ (3) No sabe _____ (4) No responde _____ (5)	5.16 ¿Cómo se deben usar las píldoras o pastillas de emergencia o del día después?	Tomar dos pastillas anticonceptivas hasta 120 horas (5 días) después de tener una relación no protegida _____ (1) Tomar dos pastillas anticonceptivas hasta 72 horas (3 días) después de tener una relación no protegida _____ (2) No sabe _____ (3) No responde _____ (4) Otro: _____ (5) <i>Especifique</i>
5.12 ¿Me podría decir cuántas veces se puede utilizar un mismo condón masculino?	Una sola vez _____ (1) No sabe _____ (2) No responde _____ (3) Otro: _____ (4) <i>Especifique</i>	5.17 ¿Me podría decir en qué momento del ciclo menstrual es más probable que una mujer pueda quedar embarazada si tiene relaciones sexuales?	Dos semanas después que empiece la menstruación _____ (1) Una semana antes que empiece la menstruación _____ (2) Durante la menstruación _____ (3) Cualquier día es igual _____ (4) Otro _____ (5) <i>Especifique</i> No sabe _____ (6) No responde _____ (7)

SECCIÓN V: ANTICONCEPCIÓN				
5.17A Verifique en 4.1 si está embarazada	5.20A ↑ Embarazada (1) No embarazada (2)	5.20A Verifique 5.3, 5.18 y 5.19 (para las no embarazadas) y encierre en un círculo la opción que corresponda.		
5.18 ¿Está usted o su pareja operados para no tener hijos?	→ Si Quién? (1) Ella (2) Su pareja (3) Ambos } 5.22 (4) No	Ningún método seleccionado en 5.3 Nunca usaría (1) → Sección VI Seleccionó algún método en 5.3 y respondió (2) "No" en 5.19 ó en 5.17A está embarazada Alguna vez usaría pero no usa actualmente (2) → 5.30		
5.19 ¿Actualmente usted o su pareja están usando algún método para no tener hijos/as o posponer embarazos?	5.20A ↑ Si (1) No (2)	Respondió (1) "Si" en 5.19 Actualmente usaría (3) → 5.21		
5.20 ¿Cuál es la razón principal por la cual usted o su pareja no están utilizando algún método? <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Relacionadas con la Fecundidad Para embarazarse (1) Sexo poco frecuente (2) Nunca ha tenido relaciones sexuales (3) → Sección IX Ausencia temporal de la pareja (4) No tiene pareja actualmente (5) Menopausia/Histerectomía (6) Infertilidad mujer (7) Infertilidad hombre (8) Postparto o amamantamiento (9) Acceso al método Lugar de suministro le queda lejos (10) No tiene dinero para comprar (11) No hay en existencia (12) No sabe donde conseguirlo (13) </td> <td style="vertical-align: top;"> Relacionadas con el método Dificultad de uso (14) Miedo a efectos colaterales (15) Tuvo efectos colaterales (16) No fue eficaz/le falló (17) Razones de salud (18) Recomendación médica (19) Otras razones Prohibición religiosa (20) No le gusta (21) Oposición de la pareja (22) No vale la pena (23) Otra razón (24) <i>Especifique</i> </td> </tr> </table>			Relacionadas con la Fecundidad Para embarazarse (1) Sexo poco frecuente (2) Nunca ha tenido relaciones sexuales (3) → Sección IX Ausencia temporal de la pareja (4) No tiene pareja actualmente (5) Menopausia/Histerectomía (6) Infertilidad mujer (7) Infertilidad hombre (8) Postparto o amamantamiento (9) Acceso al método Lugar de suministro le queda lejos (10) No tiene dinero para comprar (11) No hay en existencia (12) No sabe donde conseguirlo (13)	Relacionadas con el método Dificultad de uso (14) Miedo a efectos colaterales (15) Tuvo efectos colaterales (16) No fue eficaz/le falló (17) Razones de salud (18) Recomendación médica (19) Otras razones Prohibición religiosa (20) No le gusta (21) Oposición de la pareja (22) No vale la pena (23) Otra razón (24) <i>Especifique</i>
Relacionadas con la Fecundidad Para embarazarse (1) Sexo poco frecuente (2) Nunca ha tenido relaciones sexuales (3) → Sección IX Ausencia temporal de la pareja (4) No tiene pareja actualmente (5) Menopausia/Histerectomía (6) Infertilidad mujer (7) Infertilidad hombre (8) Postparto o amamantamiento (9) Acceso al método Lugar de suministro le queda lejos (10) No tiene dinero para comprar (11) No hay en existencia (12) No sabe donde conseguirlo (13)	Relacionadas con el método Dificultad de uso (14) Miedo a efectos colaterales (15) Tuvo efectos colaterales (16) No fue eficaz/le falló (17) Razones de salud (18) Recomendación médica (19) Otras razones Prohibición religiosa (20) No le gusta (21) Oposición de la pareja (22) No vale la pena (23) Otra razón (24) <i>Especifique</i>			

SECCIÓN V: ANTICONCEPCIÓN			
5.21 ¿Qué método está utilizando actualmente usted o su pareja para no tener hijos/as? Encierre en un círculo todos los métodos que se mencionen y en las siguientes preguntas refiérase al primero que aparece seleccionado en la lista como "MÉTODO ACTUAL".	Ligadura o esterilización femenina ____ (A) Vasectomía o esterilización masculina ____ (B) Píldora o pastilla anticonceptiva ____ (C) Parches anticonceptivos ____ (D) Aparato (DIU), espiral o T de cobre ____ (E) Inyección anticonceptiva ____ (F) Implantes (Norplant, Jodelle) ____ (G) Preservativo o Condón masculino ____ (H) Condón Femenino ____ (I) Métodos vaginales (diafragma, cremas, jaleas, espuma, óvulos, tabletas) ____ (J) Abstinencia periódica: ritmo, calendario o control de la temperatura ____ (K) Retiro ____ (L) Otros métodos ____ (M) <i>Especifique</i>	5.24 Antes de proporcionarle o prescribirle (MÉTODO ACTUAL) en ese lugar: Para cada uno de los ítems, lea y encierre en un círculo la opción señalada.	Si No 1) ¿Le informaron de otros métodos que podría usar? ____ (1) (2) 2) ¿Le explicaron sobre las molestias que podría tener? ____ (1) (2) 3) ¿ Le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia? ____ (1) (2) 4) ¿Le dedicaron un tiempo suficiente para darle la información que usted necesitaba respecto al método? ____ (1) (2) Sólo para las que seleccionaron en 5.21 (A) o (B) 5) ¿Le informaron que ya no podría tener hijos/as? ____ (1) (2)
5.22 ¿En qué mes y año (Ud o su pareja) comenzó a usar (MÉTODO ACTUAL)? Sólo para las que seleccionaron en 5.21 (A) Ligadura o esterilización femenina o (B) Vasectomía o esterilización masculina. ¿En qué mes y año la (lo) operaron?	Mes: Año:	5.25 ¿Dónde obtiene el método actual? Sólo para las que seleccionaron en 5.21 (A) ligadura o esterilización femenina o (B) vasectomía o esterilización masculina.	Sector público Ambulatorio o consultorio popular ____ (1) Módulo Barrio Adentro ____ (2) Clínica popular ____ (3) Hospital público ____ (4) Maternidad ____ (5) Seguro Social ____ (6) Sector privado Clínica o médico particular ____ (7) Farmacia ____ (8) Otro lugar ____ (9) <i>Especifique</i>
5.22 A Verifique en 5.21 si el método actual es (K) Abstinencia o (L) Retiro.	Abstinencia o retiro ____ (1) → 5.29 Otro método ____ (2)	¿Dónde la (lo) operaron?	Ligadura o esterilización femenina ____ (1) Otro método ____ (2) → 5.29
5.23 Cuando empezó a usar (MÉTODO ACTUAL) ¿En qué lugar se lo prescribieron (recetaron)?	Sector público Ambulatorio o consultorio popular ____ (1) Módulo Barrio Adentro ____ (2) Clínica popular ____ (3) Maternidad ____ (4) Hospital público ____ (5) Seguro Social ____ (6) Sector privado Clínica o médico particular ____ (7) Farmacia ____ (8) Otro lugar Otro (Especifique): ____ (9) No se lo prescribieron ____ (10) ↓ 5.25	5.25A Verifique en 5.21 el método actual. 5.26 ¿Cuántos hijos tenía cuando la operaron? 5.27 ¿Quién tomó la decisión de la operación? 5.28 ¿Se sintió presionada para tomar la decisión?	N° de hijos La entrevistada ____ (1) El cónyuge ____ (2) Ella y su pareja ____ (3) Médico ____ (4) Otra persona ____ (5) Si ____ (1) No ____ (2) No sabe ____ (3)

SECCIÓN V: ANTICONCEPCIÓN

5.36 En su primera relación sexual, ¿Usted o su pareja usaron algún método anticonceptivo para evitar quedar embarazada?

Si _____ (1)
No _____ (2)
No recuerda _____ (3)

5.37 ¿Cuál fue el primer método que utilizó usted o su pareja?

Encierre en un círculo todos los métodos que se mencionen, y en las siguientes preguntas refiérase al primero que aparece seleccionado en la lista como "primer método".

Ligadura o esterilización femenina _____ (A)
Vasectomía o esterilización masculina _____ (B)
Píldora o pastilla anticonceptiva _____ (C)
Parches anticonceptivos _____ (D)
Aparato (DIU), espiral o "T" de cobre _____ (E)
Inyección anticonceptiva _____ (F)
Implantes (Norplant, Jadelle) _____ (G)
Preservativo o condón masculino _____ (H)
Condón femenino _____ (I)
Métodos vaginales (diafragma, cremas, jaleas, espuma, óvulos, tabletas) _____ (J)
Abstinencia periódica: ritmo, calendario o control de la temperatura _____ (K)
Retiro _____ (L)
Otros métodos _____ (M)
Especifique

5.38 ¿En qué mes y año (ud. o su pareja o ambos) comenzaron a usar (PRIMER MÉTODO)?

Mes: _____ (1)
Año: _____ (2)

5.39 ¿En qué mes y año usted o su pareja terminaron de usar (PRIMER MÉTODO)?

Mes: _____ (1)
Año: _____ (2)
No ha dejado de usar el método ____ (3)

Si no recuerda llene las casillas con 9

5.40 ¿Cuántos hijos o hijas tenía usted cuando usted o su pareja comenzaron a usar el (PRIMER MÉTODO)?

N° de hijos/as

Si no recuerda llene las casillas con 9

5.41 ¿Por qué dejó de utilizar (PRIMER MÉTODO)?

Relacionadas con la Fecundidad

Para embarazarse _____ (1)
Quedó embarazada _____ (2)
Sexo poco frecuente _____ (3)
Ausencia temporal de la pareja _____ (4)
Disolución marital, separación _____ (5)
Menopausia/Histerectomía _____ (6)
Infertilidad mujer _____ (7)
Infertilidad hombre _____ (8)

Relacionadas con el método

Dificultad de uso _____ (13)
Miedo a efectos colaterales _____ (14)
Tuvo efectos colaterales _____ (15)
No fue eficaz/le falló _____ (16)
Razones de salud _____ (17)

Otras razones

Prohibición religiosa _____ (18)
No le gusta _____ (19)
Oposición de la pareja _____ (20)
No vale la pena _____ (21)
No tenía pareja _____ (22)
Otra razón _____ (23)
Especifique

Acceso al método

Lugar de suministro queda lejos _____ (9)
No tenía dinero para comprar _____ (10)
No había en existencia _____ (11)
No sabía donde conseguirlo _____ (12)

SECCIÓN IX: NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL.													
"Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su vida conyugal o de pareja"													
REGISTRE EN ESTE CUADRO TODAS LAS UNIONES O MATRIMONIOS, INICIE POR LA PRIMERA UNIÓN O MATRIMONIO QUE VIVIÓ. UTILICE UNA LÍNEA POR CADA MATRIMONIO O UNIÓN.													
9.1 ¿Cuál es su situación conyugal? Casada _____ (1) Unida _____ (2) Divorciada _____ (3) Separada de unión o matrimonio _____ (4) Viuda de unión o matrimonio _____ (5) Soltera _____ (6)	NÚMERO DE LÍNEA	9.4 ¿En qué mes y año comenzó su primer (segundo...) matrimonio o unión?	9.5 ¿Está (estuvo) casada o unida? Casada _____ (1) Unida _____ (2)	9.6 ¿Antes de casarse habían vivido juntos algún tiempo? Sí _____ (1) No _____ (2)	9.7 ¿En qué mes y año comenzaron a vivir juntos? Si no recuerda rellene las casillas con 9.	9.8 ¿Este matrimonio (o unión) se terminó? Sí _____ (1) No _____ (2) Si es el último matrimonio o unión pase a 9.12; si no continúe con el siguiente matrimonio o unión.	9.9 ¿En qué mes y año se terminó este matrimonio (unión)?	9.10 ¿Este matrimonio (unión) terminó en: Divorcio? _____ (1) Separación? _____ (2) Viudez? _____ (3) Si es el último matrimonio o unión pase a 9.12; si no continúe con el siguiente matrimonio o unión.	9.11 ¿Cuál fue la razón principal por la cual se terminó este matrimonio (o unión)? Infidelidad de él _____ (1) Infidelidad de ella _____ (2) Ya no se querían _____ (3) Problemas de alcohol _____ (4) Problemas de adicción a las drogas _____ (5) Problemas de salud _____ (6) Por razones de trabajo _____ (7) Por diferencias en la vivencia de la sexualidad _____ (8) Él o ella se fue a vivir a otro lugar _____ (9) Él no cumplía con sus responsabilidades para mantener económicamente el hogar _____ (10) Violencia conyugal (física, psicológica y sexual) _____ (11) Otro: _____ (12) Especifique Si es el último matrimonio o unión pase a 9.12; si no continúe con el siguiente matrimonio o unión.				
9.2 ¿Ha estado usted casada o unida alguna vez? Sí _____ (1) No _____ (2)		9.3 ¿Cuántas veces ha estado casada o unida? _____ Número de veces	Mes	Año	Código	Código	Mes	Año	Código	Mes	Año	Código	Especifique
		1			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		2			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		3			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		4			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		5			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		6			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		7			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		8			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		9			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		10			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
		11			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)	
	12			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)		
	13			(1) (2)	(1) (2)			(1) (2)			(1) (2) (3)		

SECCIÓN IX: NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL.

"Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida conyugal".

9.21 ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?

Edad

No ha tenido relaciones sexuales _____ (2) → Sección X

9.22 ¿Qué relación tenía con usted la persona con que sucedió?

Novio _____ (1)
Amigo _____ (2)
Familia _____ (3)
Esposo o compañero _____ (4)
Compañero casual _____ (5)
Otro: _____ (6)
Especifique

9.23 ¿Qué edad tenía la persona con la que tuvo esa primera relación sexual?

Edad

Si no recuerda o no sabe, anote 99

9.24 ¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales en los últimos 30 días?

N° de veces

Si no ha tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días marque el código 00 y pase a la Sección X, si no lo recuerda marque 99.

9.25 ¿Con cuántas personas tuvo relaciones sexuales en los últimos 30 días?

N° de personas

9.26 ¿Con qué frecuencia usa en sus relaciones sexuales el condón o preservativo para prevenir una infección de transmisión sexual:

Siempre? _____ (1)
Casi siempre? _____ (2)
Algunas veces? _____ (3)
Muy pocas veces? _____ (4)
Nunca? _____ (5)

**Anexo N° 5. Preguntas tomadas en cuenta en ENJUVE (UCAB-2013) y
ENJUVE (MPPJ-2013)**

La Encuesta Nacional de Juventud realizada por la Universidad Católica Andrés Bello y la Encuesta Nacional de Juventud realizada por el Ministerio del Poder Popular para la Juventud presentan distintas maneras de formular las preguntas, lo que puede conllevar a que se entienda de distinta manera, además de que en algunos casos no se realizaron preguntas para constatar algunas situaciones. Por eso el anexo N° 5 se presenta una comparación de estas preguntas y secciones.

**Encuesta Nacional de Juventud
2013-UCAB**

Sección IV. Aspectos educativos

20. ¿Cuál fue el último grado, año o semestre aprobado por usted y de cuál nivel educativo?
27. ¿Estás asistiendo actualmente a algún centro de educación primaria, media o universitaria?
31. ¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no asistes o no continuaste los estudios?

**Sección III. Características de los
miembros del hogar**

24. La semana pasada usted estaba?

**Encuesta Nacional de Juventud
2013-MPPJ**

Sección B. Educación

- B3. ¿Y actualmente estas estudiando?
B3.2.3 ¿Cuál es la principal causa por que dejaste de estudiar?

Sección C. Empleo

- C.1 Pensando en el trabajo ¿En que condiciones te encuentras actualmente?

Sección III. Características de los miembros del hogar

19. ¿Cuál es tu situación conyugal?

Sección XI. Salud Sexual y Reproductiva

111. Al menos una vez en tu vida ¿Has tenido relaciones sexuales?

112. ¿A qué edad tuviste la primera relación sexual?

117. ¿Qué método usó en la primera relación sexual?

121. Durante tu última relación sexual ¿Se uso algún método de prevención?

123. ¿Qué método se usó en la última relación sexual?

Sección XII. Aspectos familiares

138. ¿Cuántos hijos nacidos vivos has tenido?

Sección F. Familia

F11. ¿Podría decirme cuál es tu estado civil?

Sección F. Familia

F7. Me podrías decir si ¿Has tenido relaciones sexuales?

F8. ¿A qué edad tuviste relaciones sexuales por primera vez?

F9. ¿Utilizas actualmente algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual y/o embarazos?

F9.1 ¿Cuál es el método que mas usas?

Sección F. Familia

F10. ¿Tienes hijos?

TÉRMINOS BÁSICOS

- **Esperanza de vida al nacer:** número medio de años de vida futura para los componentes de una generación de nacidos, bajo el supuesto de que los años vividos por todos ellos se reparten de igual entre los mismos.
- **Tasa Bruta de Crecimiento:** nacimientos menos defunciones por cada mil habitantes.
- **Tasa Bruta de Natalidad (TBN):** nacidos vivos por cada mil habitantes.
- **Tasa Bruta de Mortalidad (TBM):** defunciones por cada mil habitantes.
- **Tasa Específica de Fecundidad (TEF):** nacimientos vivos por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años), según edad de la madre
- **Tasa de Fecundidad:** nacimientos vivos por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años)
- **Tasa Global de Fecundidad (TGF) o Tasa Total de Fecundidad (TFT):** número de hijos por mujer.
- **Nupcialidad:** referentes a los matrimonios ocurridos en una población.