

"Encuesta sobre Embarazo Adolescente en 30 municipios de Bolivia"

¡ENCUESTADOR(A)!

Preséntate cordialmente mostrando tu credencial y enfatizando el motivo de tu visita.

COMPROMISO ARU

Los datos que usted proporcione son estrictamente confidenciales y sólo serán utilizados para fines exclusivamente estadísticos.

¡ENCUESTADOR(A)!

Si en el hogar se presentan consultas sobre el proyecto, debes responderles de la manera más concisa posible.

ENCUESTA SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE

Introducción

La presente encuesta forma parte de un estudio cuantitativo y cualitativo liderado por **UNFPA y Fundación ARU**, cuyo objetivo es analizar las experiencias, percepciones y factores que inciden en el embarazo adolescente en Bolivia. A través de esta investigación, buscamos recopilar información valiosa con el fin de identificar las principales causas y el impacto de esta problemática, así como las necesidades específicas para abordar de manera integral el embarazo adolescente.

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN (Esta sección será llenada por observación por parte de la encuestadora)

1. Edad <input type="text"/>	3 Municipio <div> 1 Presto 11 Llagagua 21 Ascension de Guarayos 2 San Lucas 12 Potosí 22 San Ignacio de Velasco 3 Sucre 13 Tarija 23 Santa Cruz de la Sierra 4 Cochabamba 14 Villa Montes 24 Warnes 5 Raqaypampa AIOC 15 Yacuiba 25 Riberalta 6 Sacaba 16 Caranavi 26 Rurrenabaque 7 Villa Tunari 17 El Alto 27 San Borja 8 Huanuni 18 Humanata 28 Trinidad 9 Oruro 19 Irupana 29 Cobija 10 Acasio 20 La Paz 30 San Lorenzo </div> <input type="text"/>	4 Nombre del establecimiento de salud <input type="text"/>
2 Área 1 Urbano <input type="text"/> 2 Rural <input type="text"/>	5 ¿Estas o estuviste alguna vez embarazada? 1. Si, estoy embarazada actualmente <input type="text"/> 2. Si, estuve embarazada <input type="text"/> 3. Nunca <input type="text"/>	

SECCIÓN 2: DATOS PERSONALES

1 ¿Cuál es la fecha de tu nacimiento? <input type="text"/> Día/Mes/Año	2 ¿Cuál fue el nivel educativo más alto que aprobaste? <input type="text"/> <div> 1 Ninguno 4 Secundaria incompleta 2 Primaria incompleta 5 Secundaria completa 3 Primaria completa 6 Otro (especifique): <input type="text"/> </div>
3 Este año, ¿te inscribiste a algún curso de educación escolar, alternativa? <input type="text"/>	1. Si 2. No → Pase a 5

4 En los últimos 6 meses ¿Asistías al curso al que te inscribiste? 1. Si <input type="text"/> 2. No <input type="text"/>	5 En los últimos 6 meses ¿Estabas trabajando? 1. Si <input type="text"/> 2. No → pase 7 <input type="text"/>	6 ¿En qué estabas trabajando? <input type="text"/>	7 ¿Cuál es el idioma o lengua que aprendiste a hablar en tu niñez? <input type="text"/> <div> 1 Castellano 6 Mosetén 11 Wenhayek 2 Quechua 7 Chiquitano 12 Otro nativo (especifique) 3 Aymara 8 Mojeño 13 Otro extranjero (especifique) 4 Guaraní 9 Ese Ejia </div>
--	--	--	--

8 ¿Cuál es tu estado civil? <input type="text"/> <div> 1 Soltera → Pase a 10 2 Casada 3 Conviviente o concubina 4 Separada → Pase a 10 5 Divorciada → Pase a 10 6 Viuda → Pase a 10 </div>	9 ¿Tu esposo actual es el padre del hijo que estas esperando? (pase 11) 1. Si <input type="text"/> 2. No <input type="text"/>	10 ¿Actualmente tienes una relación sentimental con alguien? 1. Si <input type="text"/> 2. No <input type="text"/>	11 Por favor, responda cuán de acuerdo te sientes con las siguientes afirmaciones: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Totalmente en desacuerdo</th> <th>En desacuerdo</th> <th>De acuerdo</th> <th>Totalmente de acuerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Siento que soy una persona valiosa y digna de respeto, al igual que los demás</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Siento que hago las cosas bien y que tengo motivos para estar orgullosa de mí misma</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. En general me siento satisfecha conmigo misma</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. En general tengo un estado de ánimo alegre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	1. Siento que soy una persona valiosa y digna de respeto, al igual que los demás					2. Siento que hago las cosas bien y que tengo motivos para estar orgullosa de mí misma					3. En general me siento satisfecha conmigo misma					4. En general tengo un estado de ánimo alegre				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo																								
1. Siento que soy una persona valiosa y digna de respeto, al igual que los demás																												
2. Siento que hago las cosas bien y que tengo motivos para estar orgullosa de mí misma																												
3. En general me siento satisfecha conmigo misma																												
4. En general tengo un estado de ánimo alegre																												

SECCIÓN 3: DATOS DEL HOGAR

1 ¿Cuántas personas componen tu hogar incluyendote? <input type="text"/>	2 ¿Cuántas habitaciones hay en tu hogar, excluyendo la cocina y el baño? <input type="text"/>	3 ¿Con quién vives actualmente? 1 Papá <input type="text"/> 2 Mamá <input type="text"/> 3 Hermanos <input type="text"/> ? <input type="text"/>	4 ¿Algún miembro de tu familia tuvo un embarazo siendo adolescente? 1. Si <input type="text"/> 2. No <input type="text"/>
5 ¿Cuál es el nivel educativo más alto que alcanzó tu papá? <input type="text"/> <div> 1 Ninguno 5 Universitario 2 Primaria 6 Maestría 3 Secundaria 7 Doctorado 4 Técnico 8 Otro </div>	6 ¿Con que frecuencia recibes apoyo emocional de tu papá? <input type="text"/> <div> 1 Siempre 3 Rara vez 2 Algunas ocasiones 4 Nunca </div>	7 ¿Con que frecuencia recibes apoyo financiero de tu papá? <input type="text"/> <div> 1 Siempre 3 Rara vez 2 Algunas ocasiones 4 Nunca </div>	8 ¿Cuál es el nivel educativo más alto que alcanzó tu mamá? <input type="text"/> <div> 1 Ninguno 5 Universitario 2 Primaria 6 Maestría 3 Secundaria 7 Doctorado 4 Técnico 8 Otro </div>
9 ¿Con que frecuencia recibe apoyo emocional de tu mamá? <input type="text"/> <div> 1 Siempre 3 Rara vez 2 Algunas ocasiones 4 Nunca </div>	10 ¿Con que frecuencia recibes apoyo financiero de tu mamá? <input type="text"/> <div> 1 Siempre 3 Rara vez 2 Algunas ocasiones 4 Nunca </div>		

SECCIÓN 3: DATOS DEL HOGAR

11 ¿Qué religión se practica en tu hogar? <input type="checkbox"/> 1 Católica <input type="checkbox"/> 2 Cristiana/ Evangélica <input type="checkbox"/> 3 Religión indígena originaria <input type="checkbox"/> 4 Otra <input type="checkbox"/> 5 Ninguna → Pase 13	12 ¿Quiénes en tu hogar participan activamente en la religión? <input type="checkbox"/> 1 Papá <input type="checkbox"/> 2 Mamá <input type="checkbox"/> 3 Hermanos <input type="checkbox"/> 4 Abuelos <input type="checkbox"/> 5 Otros (Especifique) <input type="text"/>	13 ¿Tu hogar tiene o dispone de... <input type="checkbox"/> 1 Juego de comedor (mesas y sillas)? <input type="checkbox"/> 2 Cocina y/o horno? <input type="checkbox"/> 3 Microondas? <input type="checkbox"/> 4 Refrigerador? <input type="checkbox"/> 5 Computadora? <input type="checkbox"/> 6 Laptop? <input type="checkbox"/> 7 Tablet? <input type="checkbox"/> 8 Internet? <input type="checkbox"/> 9 Teléfono celular? <input type="checkbox"/> 10 Equipo de sonido? <input type="checkbox"/> 11 Televisor? <input type="checkbox"/> 12 Lavadora? <input type="checkbox"/> 13 Bicicleta (para el hogar)? <input type="checkbox"/> 14 Motocicleta (para el hogar)? <input type="checkbox"/> 15 Automóvil (para el hogar)?	14 En tu vivienda: <input type="checkbox"/> 1 Usan energía eléctrica El agua para uso de su <input type="checkbox"/> 2 familia, proviene de cañería El baño, servicio <input type="checkbox"/> 3 sanitario o letrina tiene desagüe a la red de <input type="checkbox"/> 4 Usan gas a domicilio
---	---	---	---

SECCIÓN 4: EXPERIENCIA SEXUAL

1 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? <input type="text"/> 2 ¿En tu primera relación sexual, tu pareja era...? <input type="checkbox"/> 1 Menor que tú <input type="checkbox"/> 2 De la misma edad <input type="checkbox"/> 3 Mayor, por 1 o 2 años <input type="checkbox"/> 4 Mayor, por 3 o más años	3 ¿Alguna vez sentiste presión para tener relaciones sexuales por parte de alguna de las siguientes personas? <input type="checkbox"/> 1 Amigos <input type="checkbox"/> 2 Familiares <input type="checkbox"/> 3 Pareja/Novio(a) <input type="checkbox"/> 4 Compañeros de escuela o trabajo <input type="checkbox"/> 5 Desconocidos <input type="checkbox"/> 6 Ninguna de las anteriores	4 ¿Consideras que es aceptable tener relaciones sexuales antes de los 18 años? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No Sabe	5 ¿Alguna vez consumiste...? <input type="checkbox"/> 1 Alcohol <input type="checkbox"/> 7 Ninguno <input type="checkbox"/> 2 Cigarrillos <input type="checkbox"/> 3 Drogas <input type="checkbox"/> 4 Inhalates <input type="checkbox"/> 5 Combustibles <input type="checkbox"/> 6 Sedantes-analgésicos	6 ¿Alguna vez viste pornografía? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
---	---	--	---	---

SECCIÓN 5: CONOCIMIENTO, USO Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1 ¿Qué métodos anticonceptivos conoces? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Píldoras anticonceptivas <input type="checkbox"/> 2 Inyectables hormonales (epoprovera, inyectable mensual, Sayana Press) <input type="checkbox"/> 3 Condón masculino <input type="checkbox"/> 4 Condón femenino <input type="checkbox"/> 5 T de cobre <input type="checkbox"/> 6 Píldora Anticonceptiva de emergencia <input type="checkbox"/> 7 Otro (Especifique) <input type="checkbox"/> 8 Ninguna	2 ¿Recibiste información sobre métodos anticonceptivos por parte de...? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Profesores <input type="checkbox"/> 2 Familia <input type="checkbox"/> 3 Amigos <input type="checkbox"/> 4 Personal de salud <input type="checkbox"/> 5 Televisión y/o radio <input type="checkbox"/> 6 Internet <input type="checkbox"/> 7 Campañas de concientización <input type="checkbox"/> 8 Otros <input type="checkbox"/> 9 Ninguna	3 ¿Dónde obtienes métodos anticonceptivos? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Farmacias <input type="checkbox"/> 2 Centros de salud <input type="checkbox"/> 3 Supermercados <input type="checkbox"/> 4 Otros (Especifique) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 5 Nunca use métodos → Pase 4 ¿Con qué frecuencia usabas métodos anticonceptivos? <input type="checkbox"/> 1 Siempre <input type="checkbox"/> 2 Casi siempre <input type="checkbox"/> 3 A veces <input type="checkbox"/> 4 Nunca	5 ¿En tu primera relación sexual, usaron algún método anticonceptivo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No → Pase a 7 <input type="checkbox"/> 3. No sabe → Pase a 7 6 ¿Cuál método anticonceptivo usaron? <input type="checkbox"/> 1 Píldoras anticonceptivas inyectables hormonales (epoprovera, inyectable mensual, Sayana Press) <input type="checkbox"/> 2 (epoprovera, inyectable mensual, Sayana Press) <input type="checkbox"/> 3 Condón masculino <input type="checkbox"/> 4 Condón femenino <input type="checkbox"/> 5 T de cobre <input type="checkbox"/> 6 Píldora Anticonceptiva de Emergencia <input type="checkbox"/> 7 Otro (Especifique) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 8 Ninguna	7 ¿Alguna vez sentiste presión para no usar métodos anticonceptivos por parte de alguna de las siguientes personas? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Amigos <input type="checkbox"/> 2 Padres <input type="checkbox"/> 3 Otros familiares <input type="checkbox"/> 4 Pareja/Novio(a) <input type="checkbox"/> 5 Compañeros de escuela o trabajo <input type="checkbox"/> 6 Desconocidos <input type="checkbox"/> 7 Ninguna
8 ¿Quién consideras que es responsable del uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales? <input type="checkbox"/> 1 La mujer <input type="checkbox"/> 2 El hombre <input type="checkbox"/> 3 Ambos <input type="checkbox"/> 4 Ninguno	9 ¿En general, consideras qué los métodos anticonceptivos son confiables para evitar el embarazo? <input type="checkbox"/> 1 Muy confiables <input type="checkbox"/> 2 Confiables <input type="checkbox"/> 3 Poco confiables <input type="checkbox"/> 4 Nada confiables	10 ¿Consideras que el uso de métodos anticonceptivos tiene efectos negativos en el cuerpo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No → Pase a 12 <input type="checkbox"/> 3. No sabe → Pase a 12	11 ¿Cuáles métodos anticonceptivo consideras que tienen efecto negativos? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Píldoras anticonceptivas <input type="checkbox"/> 2 Inyectables Hormonales (depoprovera, inyectable mensual, Sayana Press) <input type="checkbox"/> 3 Condón masculino <input type="checkbox"/> 4 Condón femenino <input type="checkbox"/> 5 T de cobre <input type="checkbox"/> 6 Píldora Anticonceptiva de Emergencia <input type="checkbox"/> 7 Otro (Especifique) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 8 Ninguna	12 ¿Ha oído hablar de las siguientes enfermedades de transmisión sexual (ETS)? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 VIH/SIDA <input type="checkbox"/> 2 Sífilis <input type="checkbox"/> 3 Gonorrea <input type="checkbox"/> 4 Clamidia <input type="checkbox"/> 5 Virus del papiloma humano (VPH) <input type="checkbox"/> 6 Herpes genital <input type="checkbox"/> 7 Tricomoniasis <input type="checkbox"/> 8 Hepatitis B

SECCIÓN 5: CONOCIMIENTO, USO Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

13 ¿En tu zona o comunidad hay un centro de atención de adolescentes? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe <input type="checkbox"/>	14 ¿Con que frecuencia acudes a los servicios de salud? 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. A veces <input type="checkbox"/> 3. Siempre <input type="checkbox"/>	15 ¿Por qué motivos generalmente vas al servicio de salud? (opción múltiple) 1. Enfermedad <input type="checkbox"/> 2. Control de salud <input type="checkbox"/> 3. Solicitar anticonceptivo <input type="checkbox"/>
---	---	---

SECCIÓN 6: CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO

1 Madres adole ¿Hace cuánto tiempo estuviste embarazada? <input type="checkbox"/>	2 Adolescentes ¿Hace cuánto meses estas embarazada? <input type="checkbox"/>	4 Después de embarazarte ¿continuaste asistiendo al colegio? <input type="checkbox"/> 1. Si → Pregunta 6 2. No <input type="checkbox"/>	5 ¿No continuaste asistiendo al colegio por...? <input type="checkbox"/> 1 Decisión propia <input type="checkbox"/> 2 Porque la escuela no lo permitió <input type="checkbox"/> 3 Porque mi familia no lo permitió <input type="checkbox"/> 4 Otro (Especifique) <input type="text"/>	6 ¿Accediste a los siguientes servicios de atención médica? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Información sobre ILE <input type="checkbox"/> 2 Profilaxis por violencia sexual <input type="checkbox"/> 3 Atención pre natal <input type="checkbox"/> 4 Atención post natal <input type="checkbox"/> 5 Asesoría para anticoncepción	7 Debido a tu embarazo ¿Sufriste discriminación por parte de...? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Padre o madre <input type="checkbox"/> 2 Otros miembros de tu familia <input type="checkbox"/> 3 Amigos <input type="checkbox"/> 4 Unidad educativa <input type="checkbox"/> 5 Comunidad <input type="checkbox"/> 6 Otros <input type="checkbox"/> 7 Ninguno
8 ¿Dependes económicamente de alguien a causa de tu embarazo? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Sí, de mi pareja <input type="checkbox"/> 2 Sí, de mi familia <input type="checkbox"/> 3 Sí, de otros <input type="checkbox"/> 4 No, soy económicamente independiente	9 Debido a tu embarazo ¿Tuvo que casarte o vivir en concubinato? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	10 Perdiste las relaciones que tenías antes de embarazarte con... (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Padre o madre <input type="checkbox"/> 2 Otros miembros de tu familia <input type="checkbox"/> 3 Amigos <input type="checkbox"/> 4 Unidad educativa <input type="checkbox"/> 5 Comunidad <input type="checkbox"/> 4 Otros <input type="checkbox"/> 5 Ninguno	11 Debido a tu embarazo, ¿has experimentado problemas en alguna de las siguientes áreas? (opción múltiple) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1 Hemorragias <input type="checkbox"/> 2 Infecciones <input type="checkbox"/> 3 Presión alta <input type="checkbox"/> 4 Pérdida o aumento significativo de peso <input type="checkbox"/> 5 Falta de apetito </div> <div> <input type="checkbox"/> 6 Anemia <input type="checkbox"/> 7 Desnutrición <input type="checkbox"/> 8 Estrés elevado <input type="checkbox"/> 9 Ansiedad <input type="checkbox"/> 10 Depresión <input type="checkbox"/> 11 Otros (Especifique) <input type="text"/> </div> </div>		

SECCIÓN 7: VIOLENCIA SEXUAL

Verificar si en la pregunta 1 respondieron la opción 4, y verificar si en la pregunta 2, la opción 1, 2, 3 y 5 fue marcada. En cualquiera de estos casos continuar con la encuesta, en el caso contrario pasar a la 6

1 En tu primer encuentro sexual <input type="checkbox"/> 1 Querías hacerlo <input type="checkbox"/> 2 No estaba segura <input type="checkbox"/> 3 La convencieron <input type="checkbox"/> 4 Fue forzada	2 ¿Alguna vez...? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Te tocaron de una manera que te hicieron sentir incomoda? <input type="checkbox"/> 2 Alguien te ha exigido tener relaciones sexuales, aunque no querías? <input type="checkbox"/> 3 Alguien al tener relaciones sexuales te ha obligado a hacer cosas que no te gustan <input type="checkbox"/> 4 En tu hogar te han abofeteado, golpeado con un objeto o pateado? <input type="checkbox"/> 5 Has recibido dinero o regalos por tener relaciones sexuales?	3 ¿La persona que ejerció la violencia sexual era alguien que conocías? <input type="checkbox"/> 1 Sí, era un familiar directo (padre, hermano, etc) <input type="checkbox"/> 2 Sí, era un familiar no directo (primo, tío, etc) <input type="checkbox"/> 3 Sí, era mi pareja <input type="checkbox"/> 4 Sí, era un amigo o conocido <input type="checkbox"/> 5 No, era una persona desconocida <input type="checkbox"/> 6 Prefiero no responder
4 ¿Recibiste algún tipo de apoyo después del incidente? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Sí, recibí apoyo emocional de mi familia <input type="checkbox"/> 2 Sí, recibí apoyo de una institución o profesional de salud <input type="checkbox"/> 3 Sí, recibí apoyo de la policía o autoridades judiciales <input type="checkbox"/> 4 Sí, recibí apoyo de instancias de protección <input type="checkbox"/> 5 No, no recibí ningún tipo de apoyo <input type="checkbox"/> 6 Prefiero no responder	5 ¿Qué instancias de protección te apoyaron? <input type="checkbox"/> 1 Defensoría municipal de la Niñez y Adolescencia (DNA) <input type="checkbox"/> 2 Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM) <input type="checkbox"/> 3 Policía Boliviana: Brigadas de Protección a la Familia <input type="checkbox"/> 4 Autoridad comunitaria <input type="checkbox"/> 5 Defensoría del Pueblo <input type="checkbox"/> 6 Viceministerio de igualdad de oportunidades <input type="checkbox"/> 7 Servicios Departamentales de Gestión Social-Centros de Acogida <input type="checkbox"/> 8 Otro (Especifique) <input type="text"/>	6 ¿Cuál o cuáles consideras que fueron las causas principales que influyeron para que quedes embarazada? (opción múltiple) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 1 Falta de información o educación sexual <input type="checkbox"/> 2 Uso incorrecto de métodos anticonceptivos <input type="checkbox"/> 3 Falta de métodos anticonceptivos <input type="checkbox"/> 4 Presión del entorno o amigos <input type="checkbox"/> 5 Presión de de la pareja para tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 6 Abuso o violencia sexual <input type="checkbox"/> 7 Factores económicos <input type="checkbox"/> 8 Uniones forzadas <input type="checkbox"/> 9 Influencias culturales o sociales <input type="checkbox"/> 10 Sentí que el embarazo me ayudaría a tener más amor o apoyo <input type="checkbox"/> 11 No comprendía completamente las consecuencias de quedar embarazada </div> <div> <input type="checkbox"/> 12 Fue un accidente, no lo planeé ni lo esperaba <input type="checkbox"/> 13 Fue una decisión planificada o aceptada <input type="checkbox"/> 14 Otro (Especifique) <input type="text"/> </div> </div>