

# "Encuesta sobre Embarazo Adolescente en 30 municipios de Bolivia"

<b>¡ENCUESTADOR(A)!</b> Preséntate cordialmente mostrando tu credencial y enfatizando el motivo de tu visita.	<b>COMPROMISO ARU</b> Los datos que usted proporcione son estrictamente confidenciales y sólo serán utilizados para fines exclusivamente estadísticos.	<b>¡ENCUESTADOR(A)!</b> 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)

<b>1. Edad</b> <input type="text"/>  <b>2 Área</b> <b>1 Urbano</b> <input type="text"/> <b>2 Rural</b> <input type="text"/>	<b>3 Municipio</b> <div> 1 Presto   11 Llallagua   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 Yacuíba   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"/>	<b>4 Nombre del establecimiento de salud</b> <input type="text"/>
--	---	--

### SECCIÓN 2: DATOS PERSONALES

<b>1 ¿Cuál es la fecha de tu nacimiento?</b> <input type="text"/> Día/Mes/Año <b>3 Este año, ¿te inscribiste a algún curso de educación escolar, alternativo?</b> <input type="text"/> <b>1. Si    2. No → Pase a 5</b>	<b>2 ¿Cuál fue el nivel educativo más alto que aprobaste?</b> <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>
---	---

<b>4 En los últimos 6 meses ¿Asistías al curso al que te inscribiste?</b> <b>1. Si    2. No</b> <input type="text"/>	<b>5 En los últimos 6 meses ¿Estabas trabajando?</b> <input type="text"/> <b>1. Si    2. No → Pase 7</b>	<b>6 ¿En qué estabas trabajando?</b> <input type="text"/>	<b>7 ¿Cuál es el idioma o lengua que aprendiste a hablar en tu niñez?</b> <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>
---	---	--	--

<b>8 ¿Cuál es tu estado civil?</b> <input type="text"/> <div> 1 Soltero  2 Casado  3 Conviviente o concubino  4 Separado  5 Divorciado  6 Viudo </div>	<b>9 ¿Actualmente tienes una relación sentimental con alguien?</b> <b>1. Si</b> <input type="text"/> <b>2. No</b> <input type="text"/>	<b>10</b> Por favor, responda cuán de acuerdo te sientes con las siguientes afirmaciones: <table> <tr> <th></th> <th>Totalmente en desacuerdo</th> <th>En desacuerdo</th> <th>De acuerdo</th> <th>Totalmente de acuerdo</th> </tr> <tr> <td>1. Siento que soy una persona valiosa y digna de respeto, al igual que los demás</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Siento que hago las cosas bien y que tengo motivos para estar orgullosa de mí misma</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3. En general me siento satisfecha conmigo misma</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4. En general tengo un estado de ánimo alegre</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. Siento que hago las cosas bien y que tengo motivos para estar orgullosa de mí misma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. En general me siento satisfecha conmigo misma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. En general tengo un estado de ánimo alegre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							
2. Siento que hago las cosas bien y que tengo motivos para estar orgullosa de mí misma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							
3. En general me siento satisfecha conmigo misma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							
4. En general tengo un estado de ánimo alegre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							

### SECCIÓN 3: DATOS DEL HOGAR

<b>1 ¿Cuántas personas componen tu hogar incluido tú?</b> <input type="text"/>	<b>2 ¿Cuántas habitaciones hay en tu hogar, excluyendo la cocina y el baño?</b> <input type="text"/>	<b>3 ¿Con quién vives actualmente?</b> 1 Papá <input type="text"/> 2 Mamá <input type="text"/> 3 Hermanos <input type="text"/> ? <input type="text"/>	<b>4 ¿Algún miembro de tu familia tuvo un embarazo siendo adolescente?</b> <b>1. Si</b> <input type="text"/> <b>2. No</b> <input type="text"/>
--	--	---	---

<b>5 ¿Cuál es el nivel educativo más alto que alcanzó tu papá?</b> <div> 1 Ninguno    5 Universitario  2 Primaria   6 Maestría  3 Secundaria   7 Doctorado  4 Técnico    8 Otro </div> <input type="text"/>	<b>6 ¿Con que frecuencia recibes apoyo emocional de tu papá?</b> <input type="text"/> <div> 1 Siempre    3 Rara vez  2 Algunas ocasiones   4 Nunca </div>	<b>7 ¿Con que frecuencia recibes apoyo financiero de tu papá?</b> <input type="text"/> <div> 1 Siempre    3 Rara vez  2 Algunas ocasiones   4 Nunca </div>	<b>8 ¿Cuál es el nivel educativo más alto que alcanzó tu mamá?</b> <div> 1 Ninguno    5 Universitario  2 Primaria   6 Maestría  3 Secundaria   7 Doctorado  4 Técnico    8 Otro </div> <input type="text"/>	<b>9 ¿Con que frecuencia recibes apoyo emocional de tu mamá?</b> <input type="text"/> <div> 1 Siempre    3 Rara vez  2 Algunas ocasiones   4 Nunca </div>	<b>10 ¿Con que frecuencia recibes apoyo financiero de tu mamá?</b> <input type="text"/> <div> 1 Siempre    3 Rara vez  2 Algunas ocasiones   4 Nunca </div>
--	--	---	--	--	--

SECCIÓN 3: DATOS DEL HOGAR									
<b>11</b> ¿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	<b>12</b> ¿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 style="width: 50px;" type="text"/>	<b>13</b> ¿Tu hogar tiene o dispone de... <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <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?           </div> <div> <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?           </div> <div> <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)?           </div> </div>				<b>14</b> En tu vivienda: <input type="checkbox"/> 1 Usan energía eléctrica <input type="checkbox"/> 2 El agua para uso de su familia, proviene de cañería <input type="checkbox"/> 3 El baño, servicio sanitario o letrina tiene desagüe a la red de <input type="checkbox"/> 4 Usan gas a domicilio			
SECCIÓN 4: EXPERIENCIA SEXUAL									
<b>1</b> ¿Tuviste alguna de las siguientes experiencias? <input type="checkbox"/> 1 Besos con una pareja <input type="checkbox"/> 2 Caricias con una pareja <input type="checkbox"/> 3 Relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 4 Ninguna → <b>Pase 4</b>	<b>2</b> ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? <input style="width: 40px;" type="text"/> <small>(si no tuvo marcar 0 pase a 4)</small> <b>3</b> ¿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	<b>4</b> ¿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	<b>5</b> ¿Consideras que es aceptable tener relaciones sexuales antes de los 18 años? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> 1. Si  <input type="checkbox"/> 2. No  <input type="checkbox"/> 3. No Sabe           </div>	<b>6</b> ¿Alguna vez consumiste...? <input type="checkbox"/> 1 Alcohol <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	<b>7</b> ¿Alguna vez viste pornografía? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <b>8</b> ¿Estas o estuviste alguna vez esperando? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No, nunca <input type="checkbox"/> 3. No sabe	<b>9</b> ¿Hace cuanto estas esperando? <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>10</b> ¿Fue una decisión planificada? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No			
SECCIÓN 5: CONOCIMIENTO, USO Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS									
<b>1</b> ¿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 style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 8 Ninguna	<b>2</b> ¿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	<b>3</b> ¿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 (mencione) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 5 Nunca use métodos → <b>Pase a 7</b> <b>4</b> ¿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	<b>5</b> ¿En tu primera relación sexual, usaron algún método anticonceptivo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> 1. Si  <input type="checkbox"/> 2. No → <b>Pase a 7</b>  <input type="checkbox"/> 3. No sabe → <b>Pase a 7</b> </div>	<b>6</b> ¿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 style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 8 Ninguna		<b>7</b> ¿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			
<b>8</b> ¿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	<b>9</b> ¿En general, consideras que 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	<b>10</b> ¿Consideras que el uso de métodos anticonceptivos tiene efectos negativos en el cuerpo? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> 1. Si  <input type="checkbox"/> 2. No → <b>Pase a 12</b>  <input type="checkbox"/> 3. No sabe → <b>Pase a 12</b> </div>	<b>11</b> ¿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 style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 8 Ninguna		<b>12</b> ¿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

<b>13</b> ¿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"/>	<b>14</b> ¿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"/>	<b>15</b> ¿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 7: VIOLENCIA SEXUAL

**Verificar si la adolescente tuvo relaciones sexuales (Sección 4 - Pregunta 1) Si no tuvo relaciones sexuales, no preguntar 1**

**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**

<b>1</b> En tu primer encuentro sexual <input type="checkbox"/> 1 Querías hacerlo <input type="checkbox"/> 2 No estaba seguro <input type="checkbox"/> 3 Lo convencieron <input type="checkbox"/> 4 Fue forzado	<b>2</b> ¿Alguna vez...? (opción múltiple) <input type="checkbox"/> 1 Te tocaron de una manera que te hicieron sentir incomodo? <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?	<b>3</b> ¿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
---	---	---

<b>4</b> ¿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	<b>5</b> ¿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"/>	<b>6</b> ¿Cuál o cuáles consideras que fueron las causas principales que influyeron para que un(a) adolescente se embarase? (opción múltiple) <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 <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"/>
--	---	---