

# "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

3 Municipio

- 1 Presto 11 Llallagua 21 Ascencion 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 Raquiyampa 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

2 Área

1 Urbano

2 Rural

4 En los últimos 6 meses  
¿Asistías al curso al que te  
inscribiste?

1. Si  2. No

5 En los últimos 6  
meses ¿Estabas  
trabajando?

1. Si  2. No → pase 7

6 ¿En qué estabas  
trabajando?

7 ¿Cuál es el idioma o lengua que  
aprendiste a hablar en tu niñez?

1 ¿Cuál es la fecha de tu  
nacimiento?

Día/Mes/Año

3 Este año, ¿te inscribiste a  
algun curso de educación  
escolar, alternativo?

1. Si  2. No → Pase a 5

2 ¿Cuál fue el nivel educativo más alto  
que aprobase?

- 1 Ninguno 4 Secundaria incompleta
- 2 Primaria incompleta 5 Secundaria completa
- 3 Primaria completa 6 Otro (especifique):

8 ¿Cuál es tu estado civil?

- 1 Soltera
- 2 Casada
- 3 Conviviente o concubina
- 4 Separada
- 5 Divorciada
- 6 Viuda

9 ¿Actualmente tienes una  
relación sentimental con  
alguien?

1. Si

2. No

10 Por favor, responda cuán de acuerdo te sientes con las siguientes afirmaciones:

- 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 ¿Cuántas personas componen tu  
hogar incluyendote?

2 ¿Cuántas habitaciones hay en tu  
hogar, excluyendo la cocina y el  
baño?

SECCIÓN 3: DATOS DEL HOGAR

3 ¿Con quién  
vives  
actualmente  
?

- 1 Papá
- 2 Mamá
- 3 Hermanos

→ Si marca preguntar 5  
→ Si marca preguntar 8

- 4 Abuelos
- 5 Tios
- 6 Otros

4 ¿Algún miembro de tu familia tuvo un  
embarazo siendo adolescente?

1. Si  2. No

5 ¿Cuál es el nivel educativo más  
alto que alcanzó tu papá?

- 1 Ninguno 5 Universitario
- 2 Primaria 6 Maestría
- 3 Secundaria 7 Doctorado
- 4 Técnico 8 Otro

6 ¿Con qué frecuencia  
recibes apoyo  
emocional de tu pa

- 1 Siempre 3 Rara vez
- 2 Algunas ocasiones 4 Nunca

7 ¿Con qué frecuencia recibes  
apoyo financiero de tu  
papá?

- 1 Siempre 3 Rara vez
- 2 Algunas ocasiones 4 Nunca

8 ¿Cuál es el nivel educativo más  
alto que alcanzó tu mamá?

- 1 Ninguno 5 Universitario
- 2 Primaria 6 Maestría
- 3 Secundaria 7 Doctorado
- 4 Técnico 8 Otro

9 ¿Con qué frecuencia  
recibes apoyo  
emocional de tu  
mamá?

- 1 Siempre 3 Rara vez
- 2 Algunas ocasiones 4 Nunca

10 ¿Con qué frecuencia recibes  
apoyo financiero de tu  
mamá?

- 1 Siempre 3 Rara vez
- 2 Algunas ocasiones 4 Nunca

### SECCIÓN 3: DATOS DEL HOGAR

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

### SECCIÓN 4: EXPERIENCIA SEXUAL

<b>1</b> ¿Tuviste alguna de las siguientes experiencias?	<b>2</b> ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? <input type="text"/> (si no tuvo marcar 0 pase a 4)	<b>4</b> ¿Alguna vez sentiste presión para tener relaciones sexuales por parte de alguna de las siguientes personas?	<b>5</b> ¿Consideras que es aceptable tener relaciones sexuales antes de los 18 años?	<b>6</b> ¿Alguna vez consumiste...?	<b>7</b> ¿Alguna vez viste pornografía?
1 Besos con una pareja 2 Caricias con una pareja 3 Relaciones sexuales 4 Ninguna → Pase a 4	3 ¿En tu primera relación sexual, tu pareja era...? 1 Menor que tú 2 De la misma edad 3 Mayor, por 1 o 2 años 4 Mayor, por 3 o más años	1 Amigos 2 Familiares 3 Pareja/Novio(a) 4 Compañeros de escuela o trabajo 5 Desconocidos 6 Ninguna de las anteriores	1. Si 2. No 3. No Sabe	1 Alcohol <input type="checkbox"/> 2 Cigarrillos 3 Drogas 4 Inhalates 5 Combustibles 6 Sedantes-analgésicos	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>

### SECCIÓN 5: CONOCIMIENTO, USO Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

<b>1</b> ¿Qué métodos anticonceptivos conoces? (opción múltiple)	<b>2</b> ¿Recibiste información sobre métodos anticonceptivos por parte de...? (opción múltiple)	<b>3</b> ¿Dónde obtienes métodos anticonceptivos? (opción múltiple)	<b>5</b> ¿En tu primera relación sexual, usaron algún método anticonceptivo?	<b>7</b> ¿Alguna vez sentiste presión para no usar métodos anticonceptivos por parte de alguna de las siguientes personas? (opción múltiple)
1 Píldoras anticonceptivas 2 Inyectables hormonales (epprovera, inyectable mensual, Sayana Press) 3 Condón masculino 4 Condón femenino 5 T de cobre 6 Píldora Anticonceptiva de emergencia 7 Otro (Especifique) 8 Ninguna	1 Profesores 2 Familia 3 Amigos 4 Personal de salud 5 Televisión y/o radio 6 Internet 7 Campañas de concientización 8 Otros 9 Ninguna	1 Farmacias 2 Centros de salud 3 Supermercados 4 Otros (Específique) <input type="text"/> Nunca use métodos → 5 Pase a 7	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No → Pase a 7 3. No sabe → Pase a 7	1 Amigos 2 Padres 3 Otros familiares 4 Pareja/Novio(a) 5 Compañeros de escuela o trabajo 6 Desconocidos 7 Ninguna

<b>8</b> ¿Quién consideras que es responsable del uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales?	<b>9</b> ¿En general, consideras qué los métodos anticonceptivos son confiables para evitar el embarazo?	<b>10</b> ¿Consideras que el uso de métodos anticonceptivos tiene efectos negativos en el cuerpo?	<b>11</b> ¿Cuáles métodos anticonceptivo consideras que tienen efecto negativos? (opción múltiple)	<b>12</b> ¿Ha oído hablar de las siguientes enfermedades de transmisión sexual (ETS)? (opción múltiple)
1 La mujer 2 El hombre <input type="checkbox"/> 3 Ambos 4 Ninguno	1 Muy confiables 2 Confiables 3 Poco confiables 4 Nada confiables	1. Si 2. No → Pase a 12 3. No sabe → Pase a 12	1 Píldoras anticonceptivas 2 Inyectables Hormonales (depoprovera, inyectable mensual, Sayana Press) 3 Condón masculino 4 Condón femenino 5 T de cobre 6 Píldora Anticonceptiva de Emergencia 7 Otro (Específique) <input type="text"/> 8 Ninguna	1 VIH/SIDA <input type="checkbox"/> 2 Sífilis 3 Gonorrea 4 Clamidia 5 Virus del papiloma humano (VPH) 6 Herpes genital 7 Tricomoniasis

### 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? <b>(opción múltiple)</b> 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      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 no tuvo relaciones sexuales, no preguntar 1**

<b>1</b> 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	<b>2</b> ¿Alguna vez...? <b>(opción múltiple)</b> <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?	<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
<b>4</b> ¿Recibiste algún tipo de apoyo después del incidente? <b>(opción múltiple)</b> <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 style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<b>6</b> ¿Cuál o cuáles consideras que fueron las causas principales que influyeron para que una adolescente se embarace? <b>(opción múltiple)</b> <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 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