

"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"/> 2. Área 1 Urbano <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> | 3 Municipio <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 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"/> 5 ¿Estás o estuviste alguna vez embarazada? 1. Si, estoy embarazada actualmente <input type="checkbox"/> 2. Si, estuve embarazada <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/> | 1 ¿Cuál es la fecha de tu nacimiento? <input type="text"/> Día/Mes/Año 3 Este año, ¿te inscribiste a algún curso de educación escolar, alternativo? <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No → Pase a 5 | 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): </div> <input type="text"/> |
|---|---|--|--|---|

| | | | |
|---|--|--|--|
| 4 En los últimos 6 meses ¿Asistías al curso al que te inscribiste? 1. Si 2. No <input type="checkbox"/> | 5 En los últimos 6 meses ¿Estabas trabajando? <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No → pase 7 | 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 Mosestén 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? <div> 1 Soltera 2 Casada 3 Conviviente o concubina 4 Separada 5 Divorciada 6 Viuda </div> <input type="text"/> | 9 ¿Actualmente tienes una relación sentimental con alguien? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> | <table border="1"> <tr> <th data-bbox="667 852 1354 925">10 Por favor, responda cuán de acuerdo te sientes con las siguientes afirmaciones:</th><th data-bbox="1354 852 1501 925">Totalmente en desacuerdo</th><th data-bbox="1501 852 1648 925">En desacuerdo</th><th data-bbox="1648 852 1795 925">De acuerdo</th><th data-bbox="1795 852 2037 925">Totalmente de acuerdo</th></tr> <tr> <td data-bbox="667 925 1354 966">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 data-bbox="667 966 1354 1006">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 data-bbox="667 1006 1354 1047">3. En general me siento satisfecha conmigo misma</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td data-bbox="667 1047 1354 1107">4. En general tengo un estado de ánimo alegre</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | 10 Por favor, responda cuán de acuerdo te sientes con las siguientes afirmaciones: | 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 | | | | |
|---|--|--|--|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 10 Por favor, responda cuán de acuerdo te sientes con las siguientes afirmaciones: | 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="checkbox"/> → Si marca preguntar 5 2 Mamá <input type="checkbox"/> → Si marca preguntar 8 3 Hermanos <input type="checkbox"/> | 4 ¿Algún miembro de tu familia tuvo un embarazo siendo adolescente? 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> | | |
| 5 ¿Cuál es el nivel educativo más alto que alcanzó tu papá? <div> 1 Ninguno 5 Universitario 2 Primaria 6 Maestría 3 Secundaria 7 Doctorado 4 Técnico 8 Otro </div> <input type="text"/> | 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? <div> 1 Ninguno 5 Universitario 2 Primaria 6 Maestría 3 Secundaria 7 Doctorado 4 Técnico 8 Otro </div> <input type="text"/> | 9 ¿Con que frecuencia recibes 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 <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

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| 1 ¿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 → Pase a 4 | 2 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? <input type="text"/> (si no tuvo marcar 0 pase a 4) 3 ¿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 | 4 ¿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 | 5 ¿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 | 6 ¿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 | 7 ¿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 a 7 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 Condón masculino <input type="checkbox"/> 3 Condón femenino <input type="checkbox"/> 4 T de cobre <input type="checkbox"/> 5 Píldora Anticonceptiva de Emergencia <input type="checkbox"/> 6 Otro (Especifique) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 7 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 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 | 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="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 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 |
| 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"/> 6 Prefiero no responder <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 |
| 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 style="width: 50px;" type="text"/> | 6 ¿Cuál o cuáles consideras que fueron las causas principales que influyeron para que una adolescente se embarace? (opción múltiple) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 65%;"> <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 style="width: 30%;"> <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 style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> |