

ENCUESTA A ADOLESCENTES ESTUDIO DE COBERTURA

SECCIÓN I. Información Bio-demográfica

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
| Número de Encuesta: | | | |
| D1: ¿Qué edad tienes? (años cumplidos) | | D2: ¿Cuál es tu sexo? | 1: Hombre 2: Mujer |
| D3: Nacionalidad | Anotar País de origen: | | |
| D4: ¿Te reconoces como? (leer opciones y marca la alternativa que te representa) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Indígena (Mapuche, Aimara, Rapa Nui, Atacameño, Colla, Kaweskar, Diaguitas, Quechua, Yagan) 2. Mulato 3. Negro 4. Afrodescendiente 5. Gitano 6. Ninguna de las anteriores 7. Otra /especificar) | | |
| D5: ¿Tienes alguna religión? | <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO | ¿Cuál de las siguientes? <ol style="list-style-type: none"> 1. Católico 2. Evangélico 3. Testigo de Jehová 4. Musulmana 5. Budista 6. Judío 7. Mormón 8. Otra: | |
| D6: ¿Con quién vives? (puede marcar más de una opción) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Solo(a) 2. Con ambos padres 3. Con la madre 4. Con el padre 5. Con familiares (tíos/abuelos) 6. Con amigos(as) 7. Con pareja 8. Con esposo(a) 9. Institucionalizado 10. Otro: | | |
| D7: ¿Actualmente estas? (leer opciones) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Unión libre 4. Separado(a) 5. Divorciado(a) 6. Viudo(a) | | |

D8: ¿Tienes alguna de las siguientes discapacidades?

| | | |
|----------------|----|----|
| a) Motora | SI | NO |
| b) ¿Auditiva? | SI | NO |
| c) ¿Visual? | SI | NO |
| d) Neurológica | SI | NO |
| e) Mental | SI | NO |
| f) Otra | SI | NO |

D9: ¿Estas estudiando actualmente?

1. SI
2. NO (pasar a pregunta
3. Nunca ha estudiado (pasar a pregunta D10a)

D10: ¿En qué curso estas? Preguntar por nivel y curso según la tabla siguiente

| Nivel | Curso | | | | | | | |
|------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1: Básica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2: Media | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 3: Técnica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 4: Universitaria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 5: Diferencial | 0 | | | | | | | |

D10 a: ¿Hasta qué curso llegaste?

| Nivel | Curso | | | | | | | |
|------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1: Básica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2: Media | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 3: Técnica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| 4: Universitaria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 5: Diferencial | 0 | | | | | | | |

D11: ¿Trabajas?

1: No (pasar a sección C)

2: Si, por necesidad económica

3: Si, por sentirme autónomo

4: Si, Por gusto

5: Si, por (especificar)

D11 a: ¿En que trabajas?:

SECCIÓN II. Conocimiento y utilización de los servicios de salud amigables para los jóvenes

| | | | | |
|--|----|--|---------|---------------------|
| C1: ¿Sabes dónde hay un Centro de Salud en tu Comuna? | SI | | NO | |
| C2: ¿Sabes si existe un Centro de Salud donde se prestan servicios de salud para adolescentes? | SI | | NO | (terminar encuesta) |
| Si responde SI: Como se llama el servicio para adolescentes: | | | | |
| C3: ¿A través de quien o cómo te enteraste que ese Centro de Salud tiene servicios para adolescentes? (marque SI a los que corresponda) | | | | |
| 1: Amigo(a) | SI | | NO | |
| 2: Hermano(a) | SI | | NO | |
| 3: Padre/Madre | SI | | NO | |
| 4: Escuela | SI | | NO | |
| 5: Farmacia | SI | | NO | |
| 6: Actores comunitarios | SI | | NO | |
| 7: Grupo local | SI | | NO | |
| 8: Líder Juvenil | SI | | NO | |
| 9: Líder religioso | SI | | NO | |
| 10: Equipo de salud | SI | | NO | |
| 11: Anuncio impreso | SI | | NO | |
| 12: Internet | SI | | NO | |
| 13: Nadie (me entere por mi cuenta) | SI | | NO | |
| 14: Otro (especificar) | | | | |
| C4: ¿Conoces el horario de atención del servicio de salud para adolescentes? | SI | | NO | |
| C5: ¿Afecta el horario de estudio o trabajo en el acceso a este servicio de salud para adolescentes? | SI | | NO | |
| C6: ¿Hace cuánto tiempo te enteraste de la existencia de los servicios de salud para adolescentes? Marca con una cruz | | | | |
| | | | Años | |
| | | | Meses | |
| | | | Semanas | |
| | | | Días | |

| | | | |
|--|--|--|----|
| C7: ¿Sabes qué tipo de atenciones se entregan en el servicio de salud para adolescentes? | SI | | NO |
| ¿Cuál de las siguientes atenciones se entregan en el servicio de salud para adolescentes? | | | |
| Control de salud integral | SI | | NO |
| Consejería | SI | | NO |
| Anticonceptivos | SI | | NO |
| Condomes | SI | | NO |
| Anticoncepción de emergencia | SI | | NO |
| Tratamiento de infecciones de transmisión sexual | SI | | NO |
| Pruebas de embarazo | SI | | NO |
| Pruebas y consejería de VIH | SI | | NO |
| Sexualidad | SI | | NO |
| Salud Mental | SI | | NO |
| Alcohol y drogas | SI | | NO |
| Otro (cual) | | | |
| C8: ¿Sabes entre que edades se puede acceder al servicio de salud para adolescentes? | SI | | NO |
| Si contesta SI: entre que edades [] y [] | | | |
| C9: En relación al sexo, ¿quiénes pueden acceder al servicio de salud para adolescentes? | 1: Hombres 2: Mujeres 3: Ambos 4: No sabe | | |
| C10: ¿Existe un letrero visible que identifique el servicio como para adolescentes? | 1: Si 2: No 3: No recuerda | | |
| C11: ¿Alguna vez has recibido información acerca de los servicios de salud de parte de: | | | |
| a) Escuela | SI | | NO |
| b) Organizaciones juveniles | SI | | NO |
| c) Actores comunitarios | SI | | NO |
| C12: Si tuviera una preocupación de salud o una enfermedad , crees que te recomendarían ir al servicio de salud para adolescentes:..... | | | |
| a) Tus padres | SI | | NO |
| b) Amigos/compañeros | SI | | NO |
| C13: Si tuvieras alguna preocupación sobre tu salud, ¿acudirías al servicio de salud para adolescentes? | 1: Si 2: No 3: No sabe | | |

| | | | |
|--|---|---------|-----------|
| C14: ¿Cuándo fue la última vez que asististe a un servicio de salud? | | Años | ___ / ___ |
| | | Meses | ___ / ___ |
| | | Semanas | ___ / ___ |
| (Si responde NUNCA pasar a C29) | | NUNCA | _____ |
| C15: ¿A qué tipo de institución de salud asistió? | 1: Hospital 2: Consultorio 3: Posta Rural 4: Servicio de Urgencia 5: Serv. salud para adolescentes | | |
| C16: ¿Qué profesional de la salud lo atendió? | 1: Médico 2: Matrona (on) 3: Psicólogo (a) 4: Enfermera (o) 5: Otro (cual):..... | | |
| C17: Indique, cual o cuales fueron los motivos de la consulta | | | |
| a) Control de salud integral | SI | NO | |
| b) Consejería | SI | NO | |
| c) Anticonceptivos | SI | NO | |
| d) Condones | SI | NO | |
| e) Anticoncepción de emergencia | SI | NO | |
| f) Tratamiento para infección de transmisión sexual | SI | NO | |
| g) Prueba de embarazo | SI | NO | |
| h) Consejería sobre VIH | SI | NO | |
| i) Sexualidad | SI | NO | |
| j) Salud Mental | SI | NO | |
| k) Alcohol y drogas | SI | NO | |
| l) Otro (cual) : | SI | NO | |
| C18: ¿Entro algún desconocido a la sala de atención mientras era atendida(o)? | 1: Si 2: No 3: No Recuerda | | |
| C19: ¿Tuviste la tranquilidad que la información que compartiste se mantuvo en secreto? | 1: Si 2: No 3: No Recuerda | | |
| C20: En la última consulta, ¿te sentiste escuchad@, por el o la profesional que te atendió? | 1: Si 2: No 3: No Recuerda | | |
| C21: En la última consulta el o la profesional que te atendió, ¿supo entregarte información de manera clara y sencilla? | 1: Si 2: No 3: No Recuerda | | |

| | | |
|--|--|----|
| C22: En la última consulta, ¿te sentiste en confianza para tratar los temas de tu interés? | 1: Si 2: No 3: No Recuerda | |
| C23: ¿Se ha negado algún profesional de la salud a prestarte algún servicio? Si la respuesta es NO pasar a C26 | 1: Si 2: No 3: No Recuerda | |
| C24: En caso de haberse negado, ¿Cuáles de los siguientes servicios de salud el profesional se negó a prestarle? | | |
| a) Control de Salud Integral | SI | NO |
| b) Consejería | SI | NO |
| c) Anticonceptivos | SI | NO |
| d) Condones | SI | NO |
| e) Anticoncepción de emergencia | SI | NO |
| f) Tratamiento para infección de transmisión sexual | SI | NO |
| g) Prueba de embarazo | SI | NO |
| h) Consejería sobre VIH | SI | NO |
| i) Sexualidad | SI | NO |
| j) Salud Mental | SI | NO |
| k) Alcohol y drogas | SI | NO |
| l) Otro (cual) : | SI | NO |
| C25: ¿Por qué fueron negados esos servicios? | 1: Ser menor de 14 años 2: No ir acompañado por adulto 3: No estar inscrito(a) 4: Legar atrasado(a) 5: Falta de insumos 6: No había disponibilidad de horas | |
| C26: ¿Te has sentido maltratado por algún miembro del equipo de Salud? | 1: Si 2: No 3: No Recuerda | |
| C27: ¿Consideras que las instalaciones y el ambiente del Servicio para adolescentes es agradable y limpio? Si responde NO, indicar por que no: | SI | NO |
| C28: ¿En términos generales, que tan satisfecho estas con la atención recibida en el servicio de salud para adolescente? | 1: Muy satisfecho 2: Medianamente satisfecho 3: Insatisfecho | |

| | | | |
|---|----------------------------------|--|----|
| C29: ¿Existen problemas para acceder a los servicios de salud para los adolescentes en tu comunidad? (Leer opciones) Si la respuesta es NO, finaliza sección | 1: Si 2: No 3: No Recuerda | | |
| C30: ¿Cuáles serían los principales problemas o motivos para no asistir a los servicios de salud amigables para adolescentes? | | | |
| a) No son gratuitos | SI | | NO |
| b) Por mal trato | | | |
| c) Brindan información que no considero pertinente | | | |
| d) No sabía que existía este tipo de servicios para adolescentes | SI | | NO |
| e) Mis preocupaciones y opiniones no son tenidas en cuenta | SI | | NO |
| f) Me da vergüenza asistir | SI | | NO |
| g) No me brindan privacidad ni confidencialidad | SI | | NO |
| h) Están lejos de donde yo vivo | SI | | NO |
| i) No me dejan asistir | SI | | NO |
| j) Otra (especificar):..... | SI | | NO |
| C31: ¿Recomiendas algunas acciones para superar estos problemas? | ¿Cuales? | | |

SECCIÓN III.

Breve sección sobre comportamiento sexual y anticoncepción

| | | | |
|---|---------|---------|----------|
| S1: ¿Tienes pareja? | SI | | NO |
| S2: ¿Te sientes atraído(a) por personas | | | |
| a) Del otro sexo | SI | | NO |
| b) Del mismo sexo | SI | | NO |
| c) Ambos sexos | SI | | NO |
| S3: ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez? | SI | | NO |
| S4: Usas o has usado métodos anticonceptivos? Cuáles y con qué frecuencia? | | | |
| DIU | A veces | Siempre | Nunca NA |
| Implantes | A veces | Siempre | Nunca NA |
| Inyectables | A veces | Siempre | Nunca NA |
| Anticoncepción de Emergencia | A veces | Siempre | Nunca NA |
| Condón | A veces | Siempre | Nunca NA |
| Píldoras anticonceptivas orales | A veces | Siempre | Nunca NA |

Terminar la encuesta agradeciendo la participación y colaboración.