

ENCUESTA A USUARIO/A ADOLESCENTE ATENDIDO EN SERVICIO DE SALUD PARA ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO

Consentimiento informado para padre(s)//tutores/adulto responsable que acompañen a los adolescentes menores de 15 años

Hola, Mi nombre es
de profesión..... y trabajo para Nos encontramos realizando una evaluación de la calidad de la atención prestada a adolescentes en este establecimiento de salud. Estoy interesado en conocer las opiniones de su hijo/hija/adolescente bajo su cuidado y quisiera hablarle sobre su experiencia usando este servicio. Para ello quisiera hacerle unas cuantas preguntas a través de una encuesta. Esta información ayudará a mejorar la calidad de la atención a la salud de adolescentes. La encuesta tomará entre unos 25 y 30 minutos. No voy a anotar su nombre y toda la información que me dé será estrictamente confidencial.

Su participación en esta encuesta depende totalmente de usted y de él o ella. Si usted lo desea puede rehusar darnos el permiso para la encuesta. Si decide que no debería participar, para nada y de ninguna manera afectaría el acceso a los servicios de salud. ¿Tiene preguntas?

¿Podemos comenzar?

El padre/tutor/adulto responsable ha dado el permiso Sí.....¹No.....²

“Todas mis preguntas fueron respondidas. He entendido y estoy de acuerdo en dar consentimiento para la encuesta.”

Firma /consentimiento del padre/tutor/adulto responsable.

FECHA: / /

Firma del encuestador

Consentimiento/asentimiento informado para adolescentes

Mi nombre es
de profesión..... y trabajo para Nos encontramos realizando una evaluación de la calidad de la atención que entrega a los adolescentes en este establecimiento de Salud. Me gustaría conocer tus opiniones sobre este servicio de salud y quisiera conocer acerca de tu experiencia usando este servicio. Para ello quisiera hacerte algunas preguntas a través de una encuesta. Esta información ayudará a mejorar la calidad de la atención que se entrega a los adolescentes. La encuesta tomará entre 25 y 30 minutos. No voy a anotar tu nombre y toda la información que me des será estrictamente confidencial.

Tu participación en esta encuesta depende totalmente de ti (y/o de tus padres/Tutores/Adulto Responsable, en caso que seas menor de 18 años). Si no quieres participar, no es obligatorio y puedes no hacerlo. Si decides que no quieres participar, esto no afectará de ninguna manera tu acceso a los servicios de salud. Si decides participar, no tienes que contestar todas las preguntas que te haga.

¿Tienes preguntas?

¿Podemos comenzar?

El encuestado está de acuerdo en participar Sí.....¹ No.....²

“Todas mis preguntas fueron respondidas. He entendido y estoy de acuerdo en dar consentimiento /asentimiento para la encuesta.”

Firma / consentimiento/asentimiento del/la adolescente:

.....
.....

FECHA: / /

Firma del encuestador

I. Identificación del establecimiento de Salud

Nombre de la institución:		Código del establecimiento de salud	
Dirección			
Departamento:		Municipio/sector:	Barrio/comunidad:

II. Resultado de la Encuesta

Fecha:	(dd/mm/aaaa)	Resultado:	1: Completa 2: Parcialmente completa 3: No realizada (dar razón)
Motivo por no realizar la encuesta:			
Observaciones/comentarios			
Encuesta realizada por:	Fecha:		
Hora de inicio:		Hora de termino:	

Persona que aplica encuesta:

Nombre:		Firma:	
---------	--	--------	--

PREGUNTAS PARA EL O LA ADOLESCENTE ATENDIDO/A

Que edad tienes:

Tu sexo:

1. ¿Es esta tu primera visita a este establecimiento de salud?	SI	NO
2. ¿Viste algún aviso en un cartel o letrero que explicara claramente las horas de atención de este establecimiento de salud?	SI	NO
3. ¿Si hoy te acompañó alguien, me puedes decir quién?:	1. Vine solo 2. Padre/madre/adulto responsable 3. Hermano(a) 4. Pareja 5. Amigo(a) 6. Otro (quien)	
4. Si viniste acompañado, ¿pudiste pasar tiempo a solas con la persona que te atendió?	SI	NO
5. ¿Tus padres/madres/tutores/adultos responsables, están de acuerdo en que vengas a este establecimiento de salud?	1. SI 2. NO 3. No sabe	
6. ¿A qué tipo de atención viniste hoy a este establecimiento de salud?		
7. Recibiste la atención por la cual viniste hoy	SI	NO
8. ¿Conoces que otras atenciones puedes recibir en este establecimiento de salud?	SI	NO
9. ¿Puedes decirme que otras atenciones se les ofrecen a los adolescentes en este establecimiento de salud?		
a) Consulta de atención integral	SI	NO
b) Consejería/asesoramiento	SI	NO

a) Consulta de atención integral	SI	NO
b) Consejería/asesoramiento	SI	NO
c) Métodos anticonceptivos	SI	NO
d) Condones	SI	NO
e) Anticoncepción de emergencia	SI	NO
f) Tratamiento para infecciones de transmisión sexual	SI	NO
g) Pruebas y consejería VIH	SI	NO
h) Sexualidad	SI	NO
i) Salud Mental	SI	NO
j) Prevención y manejo en Alcohol y drogas	SI	NO
k) Salud Nutricional	SI	NO
l) Otras atenciones (cual)	SI	NO
10. Si algún día necesitas una atención que no se ofrece en este establecimiento de salud, ¿sabes adónde ir o a quién preguntarle?	1. SI 2. NO 3. No sabe	
11.a) ¿En la sala de espera viste información específica para adolescentes, incluyendo material en video o televisión?	SI	NO (pasar a pregunta 12)
11.b) ¿Te gustó la información que viste?	SI	NO
12. En el día de hoy, cuando visitaste el establecimiento de Salud, te pareció que tenía?		
12.a) ¿Un horario de atención que es conveniente para ti?	SI	NO
12.b) ¿Un tiempo de espera adecuado?	SI	NO

12.c) ¿Consultorio con puerta y ventanas con cortinas o similar, de manera que nadie pudiera verte durante el examen?	SI	NO
12.d) ¿Sillas apropiadas en la sala de espera?	SI	NO
12.e) ¿Agua potable disponible para consumo?	SI	NO
13. Los siguientes sitios estaban lo suficientemente limpios:		
a) ¿Los alrededores?	SI	NO
b) ¿Los lugares de atención?	SI	NO
c) ¿Los baños funcionaban bien?	SI	NO
14.a) ¿Encontraste un sitio visible en que se mencionen cuáles son tus derechos como adolescente	SI	NO
14.b) ¿Puedes decirme cuáles son tus derechos como adolescente?		
a) Derecho a que el personal de salud tenga una actitud considerada, respetuosa y sin prejuicios.	SI	NO
b) Derecho a que se respete la privacidad durante las consultas, exámenes y tratamientos	SI	NO
c) Derecho a que se resguarde la confidencialidad de la información	SI	NO
d) Derecho a no ser discriminado/a.	SI	NO
e) Derecho a participar	SI	NO
f) Derecho a recibir información adecuada y clara	SI	NO
15. ¿Viste algún cartel que dijera que los servicios serán proporcionados a todos los y las adolescentes sin discriminación?	SI	NO
16. ¿Viste algún cartel que dijera que tu atención es confidencial?	SI	NO
17. Hoy, durante tu consulta o sesión de consejería/asesoramiento		
a) ¿Te habló algún profesional de cómo prevenir enfermedades y qué hacer para mantenerte sano?	SI	NO

b) ¿El profesional te informó sobre las atenciones disponibles?	SI	NO
c) ¿El profesional te hizo preguntas sobre tu familia y tu relación con ellos?	SI	NO
d) ¿El profesional te hizo preguntas sobre tu centro de estudio?	SI	NO
e) ¿El profesional te hizo preguntas sobre tus hábitos de comida?	SI	NO
f) ¿El profesional te hizo preguntas sobre la práctica de deportes y otras actividades físicas?	SI	NO
g) ¿El profesional te hizo preguntas sobre tu sexualidad?	SI	NO
h) ¿El profesional te hizo preguntas sobre el cigarrillo, el alcohol o el uso de otras drogas?	SI	NO
i) ¿El profesional te hizo preguntas acerca de tu estado de ánimo o salud mental?	SI	NO
j) ¿El profesional te trató de una manera amigable?	SI	NO
k) ¿El profesional fue respetuoso de tus necesidades?	SI	NO
l) ¿Alguien más entró/interrumpió durante la consulta?	SI	NO
m) ¿El profesional te aseguró desde el principio de la consulta que tu información no será compartida con nadie sin tu consentimiento, salvo en situaciones de riesgo vital?	SI	NO
n) ¿Sentiste confianza de que la información que compartiste con el profesional no será contada a nadie más sin tu consentimiento, salvo en situaciones de riesgo vital?	SI	NO
o) ¿Sentiste que la información sobre salud que se te dio durante la consulta fue clara y que entendías bien?	SI	NO
p) ¿El profesional te preguntó si estás de acuerdo con el tratamiento/procedimiento/solución que te propuso?	SI	NO
q) En términos generales, ¿tuviste la oportunidad de expresar tu opinión y fuiste escuchado con interés?	SI	NO

18.a) En el día de hoy, ¿tuviste algún contacto con alguien del personal de apoyo? (repcionista, personal de limpieza u otro)	SI	NO (pasar a pregunta 19)
18.b) ¿Sentiste que el personal de apoyo era amigable y te trataba con respeto?	SI	NO
19. En el día de hoy, ¿no recibiste los servicios que querías por falta de medicamentos o anticonceptivos?	SI	NO
20. En el día de hoy, ¿no recibiste los servicios que querías por falta de equipos o porque los equipos no estaban funcionando?	SI	NO
21.a) En el día de hoy ¿se te negaron servicios necesarios en este establecimiento de salud?	SI	NO (pasar a pregunta 22)
21.b) Si ocurrió así, ¿cuál piensas que fue la razón para la negativa?	1: Ser menor de 15 años 2: No ir acompañado por un adulto 3: No estar agendado 4: Llegar atrasado(a) 5: Falta de insumos 6: No había disponibilidad de horas	
21.c) ¿Qué atenciones se te negaron?		
a) Control de salud	SI	NO
b) Consejería/asesoramiento	SI	NO
c) Métodos anticonceptivos	SI	NO
d) Condones	SI	NO
e) Anticoncepción de emergencia	SI	NO
f) Tratamiento para infecciones de transmisión sexual	SI	NO
g) Prueba de embarazo	SI	NO

h) Pruebas y consejería VIH	SI	NO
i) Sexualidad	SI	NO
j) Salud Mental	SI	NO
k) Prevención y manejo de Alcohol y drogas	SI	NO
l) Otras atenciones (cual).....	SI	NO
22.a) En el día de hoy, te derivaron a otro establecimiento de salud por atenciones que no se entregan aquí?	SI	NO (pasar a pregunta 23)
22.b) ¿El profesional que te atendió te entregó una referencia escrita?	SI	NO
23.a) Hoy, o en otras ocasiones, ¿alguien te pidió a ti o tus amigos ayuda para trabajar con otros adolescentes en este establecimiento de salud?	SI	NO
23.b) Hoy, o en otras ocasiones, ¿Alguien te pidió a ti o a tus amigos ayudar al personal del establecimiento de salud para mejorar la calidad de este? ¿Participar en encuestas, reuniones u otra actividad?	SI	NO
24. ¿Has recibido información, consejería o atención fuera del servicio de salud (por ejemplo en el centro educativo, consejos consultivos, reuniones comunitarias u otro lugar?	SI	NO
25. Consideras que el embarazo en la adolescencia es un problema? Si contesta SI, ¿Por qué?)	SI	NO
26a. ¿Conoces algunos métodos anticonceptivos?		
a) Dispositivo intrauterino (T de cobre)	SI	NO
b) Implantes (parches dermicos)	SI	NO
c) Inyectables	SI	NO
d) Píldoras/ pastillas anticonceptivas de emergencia	SI	NO

e) Condón	SI	NO
f) Píldoras /pastillas anticonceptivas orales	SI	NO
26.b) ¿Crees que puedes conseguir un anticonceptivo si lo necesitas?	SI	NO
26.c) ¿Has oído hablar de las píldoras anticonceptivas de emergencia?	SI	NO (pasar a pregunta 29)
26.d) ¿Sabes para que se usan?	1. Evitar que ocurra un embarazo 2. Otro (cual)	
27.a) ¿Has oído hablar de los condones?	SI	NO (pasar a pregunta 29)
27.b) ¿Puedes decirme para qué se usan los condones?		
1. Evitar que ocurra un embarazo	SI	NO
2. Prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	SI	NO
3. Otro (cual)	SI	NO
27.c) ¿Crees que puedes conseguir un condón si lo necesitas?	SI	NO
27.d) Si tú o tus amigos necesitan un condón, ¿puedes decirme dónde conseguirlo?		
a) Supermercado	SI	NO
b) Farmacia		
c) Hospital		
d) Centro de salud		
e) Puesto de salud		

f) Dispensador	SI	NO
g) Otro (cual).....	SI	NO
28.a) ¿Has escuchado hablar del VIH?	SI	NO (pasar a pregunta 31)
28.b) Puedes responder por favor las siguientes preguntas sobre VIH?		
¿Se puede reducir el riesgo de VIH teniendo relaciones sexuales con solo una pareja (únicos ambos) que no está infectada y que no tiene relaciones con otros o con otras?	SI	NO
¿Se puede reducir el riesgo de VIH usando un condón cada vez que se tiene sexo?	SI	NO
¿Puede una persona de aspecto sano tener VIH?	SI	NO
¿Puede una persona contraer el VIH por picadas de mosquito?	SI	NO
¿Puede una persona contraer el VIH por compartir comida con alguien que esté infectado?	SI	NO
28.c) ¿Si quisieras hacerte la prueba del VIH te sería posible? Si responde NO, ¿Por qué?	SI	NO
29.a) ¿Has oído hablar de las infecciones que pueden ser transmitidas durante las relaciones sexuales? Si responde SI: ¿Cuáles?.....	SI	NO
29.b) ¿Conoce algunos síntomas de las infecciones de transmisión sexual?	SI	NO
Dolor abdominal (solo en mujeres)	SI	NO
Flujo genital	SI	NO
Flujo con mal olor	SI	NO
Ardor al orinar	SI	NO
Ulceras/dolores genitales	SI	NO

Inflamación en la zona de la ingle (entre piernas)	SI	NO
Otro(cual)	SI	NO
29.c) Si tú o alguien de tu edad presentara estos problemas, ¿Sabes dónde ir para chequeo y tratamiento?		
Auto tratamiento	SI	NO
Hospital/emergencia	SI	NO
Centro de salud	SI	NO
Puesto de salud	SI	NO
Farmacia	SI	NO
Medicina alterativa	SI	NO
Otro (cual)	SI	NO
30.a) ¿Crees que se puede lograr una mayor participación de los y las adolescente para mejorar la calidad de la atención?	SI (finalizar encuesta)	NO
30.b) ¿Podría por favor, compartir tus ideas con nosotros?		

Terminar la encuesta agradeciendo la participación y colaboración.