

ENCUESTA MACA (MEDIMOS ACCESO Y CALIDAD DEL ABORTO)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como se indica en la hoja informativa, en este estudio se buscan entender las experiencias con los servicios de aborto a través de una encuesta desarrollada por investigadoras del proyecto mirar (<https://proyectomirar.org.ar/>). Esta es una iniciativa de *[añadir organizaciones participantes aquí]* para entender las experiencias en el aborto.

¿Qué puede esperar de su participación en este estudio?

Si está de acuerdo en participar, primero le haremos unas preguntas para determinar si reúne los requisitos para participar. Si los cumple, le pediremos responder una encuesta anónima (no requiere de su nombre ni datos identificatorios) y confidencial (sus respuestas sólo serán accesibles a las investigadoras). Responder la encuesta le tomará aproximadamente entre 12 y 15 minutos.

Su participación es completamente voluntaria

Su participación es voluntaria y puede interrumpir o abandonar la encuesta en cualquier momento, sin inconvenientes para usted y los servicios que recibe. Si no se acuerda de algún detalle o prefiere no responder a alguna pregunta, puede seguir adelante y contestar las otras preguntas.

Confidencialidad (privacidad)

Nuestro objetivo es proteger su privacidad en este estudio. Durante la encuesta, no le solicitaremos ningún tipo de información que le identifique.

Riesgos de participar en el estudio

Los riesgos al participar en este estudio son mínimos y pueden estar relacionados a la situación que rodeó su aborto. Si no quiere contestar alguna pregunta porque le hace sentir incómoda/e, no tiene que hacerlo. Durante la encuesta tendrá la opción de no responder y avanzar, también podrá terminar la encuesta en cualquier momento, sin tener que dar una razón.

¿Cómo se usarán los datos?

No se puede identificar a ninguna de las personas que participó de la encuesta. Los datos los analizaremos en conjunto y sus resultados se van a usar para entender cómo podemos mejorar los servicios de aborto.

Beneficios de participar en la encuesta

La participación en este estudio no tiene beneficios directos para las personas participantes. Sin embargo, va a ayudar a entender cómo mejorar la atención en los servicios de aborto.

¿A quién contactar si tiene preguntas o inquietudes?

Ante cualquier pregunta o inquietud sobre el estudio, por favor contactar a: *[completar nombres y canales de contacto]*

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de la investigación, por favor comuníquese con *[completar los datos del comité de ética u otra entidad con autoridad sobre los datos, si corresponde]*

** Indica que la pregunta es obligatoria*

1. ¿Nos da su consentimiento para participar? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí *Salta a la pregunta 2*

☐ No
Salta a la sección 2 (Muchas gracias por su tiempo. Lamentablemente no cumple con todos los requisitos para ser parte de este estudio. Por favor hacer clic en Enviar para finalizar.)

Muchas gracias por su tiempo. Lamentablemente no cumple con todos los requisitos para ser parte de este estudio. Por favor hacer clic en Enviar para finalizar.

REQUISITOS PARA SER ENCUESTADA/E

Antes de comenzar, vamos
a chequear que cumpla con los criterios para responder la encuesta

2. ¿Cuándo realizó usted el aborto? *

Marca solo un óvalo.

☐ Hace 3 meses o menos

☐ Hace más de 3 meses
Salta a la sección 2 (Muchas gracias por su tiempo. Lamentablemente no cumple con todos los requisitos para ser parte de este estudio. Por favor hacer clic en Enviar para finalizar.)

3. **Edad actual ***

Marca solo un óvalo.

☐ Hasta 15 años

Salta a la sección 2 (Muchas gracias por su tiempo. Lamentablemente no cumple con todos los requisitos para ser parte de este estudio. Por favor hacer clic en Enviar para finalizar.)

☐ 16 años o más

4. **¿Recibió alguna práctica relacionada con el aborto (consulta, medicamentos, aspiración, etc.) en este servicio que le invitó a participar de la encuesta?** *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

Salta a la sección 2 (Muchas gracias por su tiempo. Lamentablemente no cumple con todos los requisitos para ser parte de este estudio. Por favor hacer clic en Enviar para finalizar.)

5. **¿Cuáles de estas prácticas recibió? [puede marcar más de una opción]**

Selecciona todos los que correspondan.

☐ Consejería para el aborto

☐ Aspiración manual endouterina (conocida como AMEU)

☐ Orden médica para medicamentos para el aborto

☐ Medicamentos para el aborto

☐ Otro: _____

INFORMACIÓN BÁSICA

En esta segunda sección le preguntamos información básica sobre usted y su aborto.

6. **Edad actual [ingresar dígitos, por ejemplo: 25]**

7. **¿Cuál es el nivel educativo más alto que cursa o cursó?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca asistió a establecimiento educativo
- ☐ Primario/EGB incompleto
- ☐ Primario/EGB completo
- ☐ Secundario/Polimodal incompleto
- ☐ Secundario/Polimodal completo
- ☐ Terciario incompleto
- ☐ Terciario completo
- ☐ Universitario incompleto
- ☐ Universitario completo
- ☐ Posgrado incompleto
- ☐ Posgrado completo
- ☐ Otro: _____

8. **¿Tiene Certificado Único de Discapacidad (CUD)?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

9. **¿Cuál es su actividad principal?** *[por favor, aunque correspondan más de una opción, seleccione a la que le dedica mayor cantidad de horas]*

Marca solo un óvalo.

- ☐ Estudiante
- ☐ Ama de casa
- ☐ Pensionada
- ☐ Patrona o empleadora
- ☐ Trabajo por mi cuenta
- ☐ Trabajo en un negocio o empresa familiar
- ☐ Trabajo como operaria, obrera o trabajadora manual
- ☐ Trabajo como empleada
- ☐ Trabajo como servicio doméstico/ cuidadora
- ☐ Otro: _____


10. **¿Nació en Argentina?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí *Salta a la pregunta 12*
- ☐ No

11. **¿En qué país nació?**

12. ¿En qué provincia vive actualmente?

 Dropdown

Marca solo un óvalo.

- ☐ NO VIVO EN ARGENTINA *Salta a la pregunta 14*
- ☐ Buenos Aires
- ☐ Ciudad Autónoma de Buenos Aires *Salta a la pregunta 14*
- ☐ Catamarca
- ☐ Chaco
- ☐ Chubut
- ☐ Córdoba
- ☐ Corrientes
- ☐ Entre Ríos
- ☐ Formosa
- ☐ Jujuy
- ☐ La Pampa
- ☐ La Rioja
- ☐ Mendoza
- ☐ Misiones
- ☐ Neuquén
- ☐ Río Negro
- ☐ Salta
- ☐ San Juan
- ☐ San Luis
- ☐ Santa Cruz
- ☐ Santa Fe
- ☐ Santiago del Estero
- ☐ Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
- ☐ Tucumán

13. **¿Vive en la ciudad capital de la provincia?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

14. **¿Cuántos hijos tuvo?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Ninguno
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 o más

15. **¿Se reconoce como descendiente de algún pueblo indígena (originario) o afrodescendiente?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, indígena
- ☐ Sí, afrodescendiente
- ☐ No

16. **¿Con qué género se identifica?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Mujer
- ☐ Varón trans
- ☐ Otro: _____

17. **¿Qué cobertura de salud tiene?** *[puede marcar más de una opción]*

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Sólo pública
- ☐ Obra social
- ☐ Prepaga
- ☐ Servicio de emergencias
- ☐ PAMI
- ☐ Otro: _____

18. **¿Recuerda cuántas semanas de embarazo tenía al realizar el aborto?** *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No *Salta a la pregunta 20*

19. **Indicar las semanas de embarazo que tenía al realizar el aborto**

Salta a la pregunta 21

20. **¿Recuerda aproximadamente cuántos meses de embarazo tenía al realizar el aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ No recuerdo

ACCESO AL ABORTO

En esta tercera sección le preguntamos sobre cómo accedió al aborto.

21. **Cuando pensó en realizar el aborto, ¿qué sabía sobre la legalidad del aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ No sabía que era legal *Salta a la pregunta 23*
- ☐ Sabía que era legal
- ☐ Sabía que era legal sólo en algunos casos

22. **Cuando pensó en realizar el aborto, ¿sabía en qué lugares se debían proveer abortos según la ley?** *[puede marcar más de una opción]*

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Centros de salud o salitas barriales públicos (salita, CAPS, CESAC, CEMAR, CAFyS, UPA, postas, etc.)
- ☐ Hospitales públicos
- ☐ Servicios o médicas/os de obras sociales
- ☐ Clínicas o consultorios (prepagas o privados)
- ☐ No sabía dónde se podía solicitar

23. **Cuando decidió buscar un servicio de salud para realizar el aborto, ¿conocía alguno o algunos a dónde acudir?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Tenía dudas sobre dónde podía solicitar un aborto

24. **¿Dónde se atendió para realizar el aborto?** *[puede marcar más de una opción]*

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Centro de salud (salita, CAPS, CESAC, CEMAR, CAFyS, UPA, postas, etc.)
- ☐ Hospital o sanatorio
- ☐ Consultorio particular o consultorios integrales
- ☐ Por teleconsulta o videollamada
- ☐ Acompañada por socorrista/activista
- ☐ Otro: _____

25. **¿Recuerda cuántos días pasaron entre que solicitó el aborto por primera vez en un servicio de salud y realizó el aborto o le dieron la medicación para el aborto?**

[Con “solicitar el aborto” nos referimos a llamar para agendar una cita o consulta, o ir a un centro de salud u hospital para agendar una cita, o tener la consulta, lo que haya ocurrido primero]

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No recuerdo *Salta a la pregunta 27*

26. **Indicar la cantidad de días que pasaron entre que solicitó el aborto por primera vez en un servicio de salud y realizó el aborto o le dieron la medicación para el aborto** *[si tuvo el aborto el mismo día en que lo solicitó, marque 0 en ‘cantidad de días’]*

Salta a la pregunta 28

27. **Si no se acuerda, por favor elija el rango más cercano a su experiencia:**

Marca solo un óvalo.

- ☐ 0-3 días
- ☐ 4-7 días
- ☐ 8-10 días
- ☐ 11-14 días
- ☐ 15 días o más

28. **Y esa cantidad de días transcurridos fue:**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Más de lo que hubiera esperado
- ☐ Lo que esperaba
- ☐ Menos de lo que hubiera esperado
- ☐ No estoy segura/e

29. **Desde que solicitó el aborto por primera vez, ¿Cuántas veces tuvo que ir a un servicio de salud hasta realizar el aborto u obtener la medicación para el aborto?** *[por favor incluir todas las veces que fue a cualquier servicio de salud aunque no lo haya resuelto allí]*

Marca solo un óvalo.

- ☐ Solo una vez *Salta a la pregunta 33*
- ☐ Más de una vez

30. **Indicar la cantidad de veces que tuvo que ir a un servicio de salud hasta realizar el aborto u obtener la medicación para el aborto:**

[Por favor incluir todas las veces que fue a cualquier servicio de salud aunque no lo haya resuelto allí]

31. **Todas esas veces, ¿fue al mismo servicio?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí *Salta a la pregunta 33*
- ☐ No

32. **¿A cuántos servicios de salud fue en total?** *[Ingresar dígitos, por ejemplo: 2]*

33. **Y esa cantidad de veces que tuvo que ir a un servicio de salud fue:**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Más de lo que hubiera esperado
- ☐ Lo que esperaba
- ☐ Menos de lo que hubiera esperado
- ☐ No estoy segura/e

34. **Por favor indique el tiempo total -en horas- que tuvo de viaje (de ida y vuelta, sumando todas las veces que tuvo que ir a un servicio de salud)**
[Incluir el tiempo de espera del transporte de ida y de regreso. No incluir el tiempo de espera y la consulta en el servicio de salud, sino solamente el tiempo de viaje]:
-

35. **Para realizar el aborto o después del aborto, ¿tuvo que pagar algo? [puede marcar más de una opción]**

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ No tuve que pagar nada
- ☐ Análisis de sangre
- ☐ Ecografía
- ☐ Medicación para abortar
- ☐ Medicación para el dolor
- ☐ Legrado/ raspaje
- ☐ AMEU/ aspiración manual endouterina
- ☐ Consulta médica
- ☐ Anestesista
- ☐ Otro: _____

CÓMO COMENZÓ SU PROCESO DE ABORTO

En esta sección vamos a preguntarle sobre su experiencia con quienes la/le atendieron durante el proceso de aborto.

“Quienes la/le atendieron” significa quienes la/le dieron información, consejería y/o atención en el aborto dentro del servicio que le invitó a participar de la encuesta. Por ejemplo, trabajadores/as sociales, psicólogas/os, enfermeras/os, obstétricas/os y médicas/os. No incluye al personal de recepción o administrativo.

Cuando nos referimos a “proceso de aborto” queremos decir desde que consultó por primera vez en el lugar donde realizó el aborto hasta que lo resolvió. Por favor no incluya sus experiencias con otros profesionales o servicios de salud adonde fue o llamó pero no accedió al aborto. Si recibió atención en más de un servicio, por favor responder sobre el servicio que le invitó a participar de la encuesta.

36. **¿Se sintió cómoda/e para expresar sus necesidades, preguntas y/o temores a quienes la/le atendieron durante el proceso de aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, en todo momento
- ☐ Sólo en algunos momentos/ frente algunas personas
- ☐ No, en ningún momento/ frente a nadie
- ☐ No estoy segura/e

37. **Cuando compartió su información personal con quienes la/le atendieron, ¿sintió que mantendrían la confidencialidad?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, en todo momento
- ☐ Sólo en algunos momentos/por algunas personas
- ☐ No, en ningún momento/por ninguna persona
- ☐ No estoy segura/e

38. **¿Sintió que quienes la/le atendieron la/le presionaron para abortar o para no abortar?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, intentaron convencerme de que sí abortara
- ☐ Sí, intentaron convencerme de que no abortara
- ☐ No me presionaron para ninguna de las dos cosas
- ☐ No estoy segura/e

INFORMACIÓN QUE LE PROVEYERON

En esta próxima sección vamos a hacerle preguntas sobre la información que recibió de quienes la/le atendieron.

Al igual que en la sección anterior, "quienes la/le atendieron" significa quienes le dieron información, consejería y/o atención en el aborto dentro del servicio que le invitó a participar de la encuesta.

Cuando nos referimos a "proceso de aborto" queremos decir desde que consultó por primera vez en el lugar donde realizó el aborto hasta que lo resolvió.

39. Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre las siguientes opciones de métodos para abortar?

Marca solo un óvalo por fila.

	Sí	Más o menos	No	No recuerdo
El aborto con medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La aspiración manual endouterina conocida como AMEU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El legrado o raspaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Quienes la/le atendieron, ¿le hablaron sobre la seguridad de los métodos para realizar el aborto?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

41. **¿Cómo realizó el aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Solo con medicamentos *Salta a la pregunta 42*
- ☐ Solo con aspiración manual endouterina (conocida como AMEU)
Salta a la pregunta 43
- ☐ Solo con legrado/ raspaje *Salta a la pregunta 43*
- ☐ Con medicamentos y aspiración manual endouterina (conocida como AMEU)
Salta a la pregunta 44
- ☐ Con medicamentos y legrado/ raspaje *Salta a la pregunta 44*
- ☐ No estoy segura/e *Salta a la pregunta 46*
- ☐ Otro: _____

42. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre cómo usar los medicamentos?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

Salta a la pregunta 46

43. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre qué iba a suceder durante la aspiración manual endouterina (conocida como AMEU) o el legrado/ raspaje?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

Salta a la pregunta 46

44. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre cómo usar los medicamentos?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

45. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre qué iba a suceder durante la aspiración manual endouterina (conocida como AMEU) o el legrado/ raspaje?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

46. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre lo que podría sentir durante y después del aborto**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

47. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre los signos de alerta a los que tenía que estar atenta?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

48. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre cómo saber si se había completado el aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

49. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron información sobre cómo aliviar el dolor durante el aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

50. **Quienes la/le atendieron, ¿le dieron la información que necesitaba sobre el proceso de aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Me dieron toda la información
- ☐ Hubiera necesitado recibir más
- ☐ Me dieron información, pero no sabía qué hacer
- ☐ No me dieron información

51. **Quienes la/le atendieron, ¿se aseguraron de que hubiera comprendido bien toda la información que le dieron?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

VALORACIÓN DE SU EXPERIENCIA DURANTE EL PROCESO DE ABORTO

Ahora vamos a preguntarle sobre su experiencia personal eligiendo el método y con el proceso de aborto en sí.

52. **Quienes la/le atendieron, ¿le preguntaron sobre el método de aborto que quería? (medicamentos/ aspiración manual endouterina (conocida como AMEU)/ legrado)**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

53. **¿Pudo tener el aborto con el método que quería?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No, porque no me lo ofrecieron
- ☐ No, porque no lo tenían disponible en ese lugar

54. **¿Sabía qué hacer frente a un signo de alerta?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No estoy segura/e

55. **¿Le dieron o le recomendaron alguna medicación para aliviar el dolor durante su aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No *Salta a la pregunta 57*

56. **¿La medicación que le dieron o le recomendaron le alivió el dolor?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, totalmente
- ☐ Sí, más o menos
- ☐ No tomé la medicación
- ☐ No
- ☐ No estoy segura/e

57. **Quienes la/le atendieron, ¿le transmitieron seguridad en las consultas sobre el aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No estoy segura/e

58. **Quienes la/le atendieron durante el proceso de aborto, ¿la/e trataron con respeto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, en todo momento
- ☐ Sólo en algunos momentos/ algunas personas
- ☐ No, en ningún momento/ ninguna persona

59. **¿Se sintió acompañada/e por quienes la/le atendieron durante el proceso de aborto?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, en todo momento
- ☐ Sólo en algunos momentos / por algunas personas
- ☐ No, en ningún momento / por ninguna persona
- ☐ No estoy segura/e

60. **Quienes la/le atendieron durante el proceso de aborto ¿le dieron información sobre métodos anticonceptivos?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Más o menos
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

61. **Al terminar el proceso de aborto, ¿quería un método anticonceptivo?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No *Salta a la pregunta 63*
- ☐ Ya estaba usando un método anticonceptivo *Salta a la pregunta 63*
- ☐ No recuerdo *Salta a la pregunta 63*

62. **¿Recibió el método anticonceptivo que quería?**

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, en ese mismo momento
- ☐ Sí, pero en otro servicio u otro momento
- ☐ No
- ☐ No recuerdo

FIN DE LA ENCUESTA

63. **¿Tiene sugerencias o comentarios?**

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios