

MARQUE ASI: ☒ NO MARQUE ASI: ☒ ☐ ☐ ☐

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z

Instituto Nacional
de Estadística
y Censos

indec



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2013

CUESTIONARIO DE VARONES (14 A 59 AÑOS)

CARÁCTER Estrictamente CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley Nº 17.622

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

ID

Número de
componente

Encuestador

Recepcionista

Supervisor

Sí ☐ (1)

No ☐ (2)

2. CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA A ENTREVISTAR (VP)

Visita Nº	Fecha	Hora	Resultado	Código
1	/ /	:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	/ /	:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	/ /	:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	/ /	:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	/ /	:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	/ /	:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Entrevista
realizada

Sí ☐ (1)

No ☐ (2)

3. RAZÓN DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL (NRI)

Ausencia momentánea ☐ (7) Rechazo ☐ (8) Otras causas ☐ (9) (especificar)

4. SITUACIÓN EDUCATIVA Y LABORAL (SEL)

1. ¿Actualmente está...

- ...unido? ☐ (1)
 ...casado? ☐ (2)
 ...separado? ☐ (3)
 ...divorciado? ☐ (4)
 ...viudo? ☐ (5)
 ...soltero (nunca unido o casado)? ☐ (6)

2. ¿Asiste actualmente a un establecimiento educativo?

- Sí ☐ (1) (pase a preg. 4)
 No ☐ (2)

3. ¿Asistió alguna vez a un establecimiento educativo?

- Sí ☐ (1)
 No ☐ (2) (pase a preg. 7)

4. ¿Cuál es el nivel más alto que cursa/cursó?

- Jardín (2, 3 y 4 años) ☐ (1)
 Preescolar (5 años) ☐ (2)
 EGB (1° a 9° año) ☐ (3)
 Primario ☐ (4)
 Polimodal (1° a 3° o 4° año) ☐ (5)
 Secundario (1° a 5° o 6° año) ☐ (6)
 Superior no universitario ☐ (7)
 Universitario ☐ (8)
 Posgrado universitario ☐ (9)
 Educación especial ☐ (98) (pase a preg. 7)

5. ¿Finalizó ese nivel?

- Sí ☐ (1) (pase a preg. 7)
 No ☐ (2)

6. ¿Cuál fue el último grado/año aprobado?

- Ninguno ☐ (1)
 Primero ☐ (2)
 Segundo ☐ (3)
 Tercero ☐ (4)
 Cuarto ☐ (5)
 Quinto ☐ (6)
 Sexto ☐ (7)
 Séptimo ☐ (8)
 Octavo ☐ (9)

7. La semana pasada, ¿trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio? (sin contar las tareas de su hogar)

- Sí ☐ (1) (pase a preg. 12)
 No ☐ (2)

8. ¿La semana pasada...

- ... no deseaba/no quería/
no podría trabajar? ☐ (1) (pase a preg. 12)
 ... no tenía/no conseguía trabajo? ☐ (2) (pase a preg. 10)
 ... no tuvo pedidos/clientes? ☐ (3) (pase a preg. 10)
 ... tenía un trabajo/negocio al
que no concurrió? ☐ (4)

9. No concurrió por...

- ... vacaciones/licencia?
(enfermedad, matrimonio,
embarazo, etc.) ☐ (1) (pase a preg. 12)
 ... huelga/conflicto laboral? ☐ (2) (pase a preg. 12)
 ... suspensión con pago? ☐ (3) (pase a preg. 12)
 ... suspensión sin pago? ☐ (4)
 ... otras causas laborales y
volverá a lo sumo en un mes? ☐ (5) (pase a preg. 12)
 ... otras causas laborales y
volverá en más de un mes? ☐ (6)

10. En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

- Sí ☐ (1) (pase a preg. 12)
 No ☐ (2)

11. Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

- ...está suspendido? ☐ (1)
 ...ya tiene trabajo asegurado? ☐ (2)
 ...se cansó de buscar trabajo? ☐ (3)
 ...hay poco trabajo en esta época del año? ☐ (4)
 ...por otras razones? (especificar) ☐ (5)

12. ¿Está asociado a...

Marcar todas las que correspondan

- | | Sí | No |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 12.1 ...una obra social (incluye PAMI)? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 12.2 ...una prepaga a través de obra social? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 12.3 ...una prepaga por contratación voluntaria? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 12.4 ...un servicio de emergencia médica? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| 12.5 ...un programa o plan estatal de salud? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| Ns/nc | | <input type="checkbox"/> (9) |

5. ACTIVIDAD SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN (ASA)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre las formas en que las personas pueden evitar un embarazo.

1. ¿Qué métodos para evitar un embarazo conoce?

No lea y marque todas las que correspondan

- | | | |
|---|--------------------------|------|
| Ninguno/nada | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Pastilla anticonceptiva | <input type="checkbox"/> | (2) |
| DIU, espiral, T de cobre | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Preservativo, condón, forro | <input type="checkbox"/> | (4) |
| Diafragma | <input type="checkbox"/> | (5) |
| Anticonceptivo inyectable | <input type="checkbox"/> | (6) |
| Implantes | <input type="checkbox"/> | (7) |
| Espumas, jaleas, óvulos | <input type="checkbox"/> | (8) |
| Ligadura de trompas (esterilización femenina) | <input type="checkbox"/> | (9) |
| Método del moco cervical (método de Billings) | <input type="checkbox"/> | (10) |
| Ritmo (método de los días) | <input type="checkbox"/> | (11) |
| Retiro (el hombre se retira) | <input type="checkbox"/> | (12) |
| Vasectomía (esterilización masculina) | <input type="checkbox"/> | (13) |
| Yuyos, hierbas, tés | <input type="checkbox"/> | (14) |
| Lactancia | <input type="checkbox"/> | (15) |
| Pastilla del día después/anticoncepción de emergencia | <input type="checkbox"/> | (16) |
| Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> | (17) |

.....

5. ¿Qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual?

años

Ns/nc ☐ (99)

6. ¿Qué relación tenía con esa persona?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|------|
| Amigo/vecino/conocido | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Amiga/vecina/conocida | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Novio | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Novia | <input type="checkbox"/> | (4) |
| Esposo/conviviente | <input type="checkbox"/> | (5) |
| Esposa/conviviente | <input type="checkbox"/> | (6) |
| Pariente varón | <input type="checkbox"/> | (7) |
| Pariente mujer | <input type="checkbox"/> | (8) |
| Desconocido | <input type="checkbox"/> | (9) |
| Desconocida | <input type="checkbox"/> | (10) |
| Trabajador/a sexual | <input type="checkbox"/> | (11) |
| Otra persona (especificar) | <input type="checkbox"/> | (12) |

.....

2. ¿Ha tenido su primera relación sexual?

Sí ☐ (1)

No ☐ (2) (pase a Cap. 7)

7. En esa primera relación, ¿utilizaron algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?

Sí ☐ (1)

No ☐ (2) (pase a preg. 9)

3. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

años

Ns/nc ☐ (99)

8. ¿En esa primera relación usaron...

- | | Sí | No |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ...preservativo/condón? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| ...diafragma? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| ...pastillas/inyectables/implantes? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| ...DIU? | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |
| ¿Otro? (especificar) | <input type="checkbox"/> (1) | <input type="checkbox"/> (2) |

.....

(pase a preg. 14)

4. Cuando tuvo su primera relación sexual, ¿usted...

...quería tenerla en ese momento? ☐ (1)

...quería tenerla más adelante? ☐ (2)

...no quería tenerla/fue forzada? ☐ (3)

9. ¿Alguna vez usted o la/s persona/s con quien/es tuvo relaciones, utilizaron métodos anticonceptivos, tales como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?

Sí ☐ (1) (pase a preg. 12)

No ☐ (2)

10. ¿Por qué nunca usó métodos anticonceptivos?

No lea y marque todas las que correspondan

Desea tener hijos ☐ (1)

La pareja no quiere ☐ (2)

Teme que le hagan daño a la salud ☐ (3)

No tiene dinero para comprarlos ☐ (4)

No conoce los métodos ☐ (5)

Razones religiosas ☐ (6)

Cree que no puede tener hijos ☐ (7)

No le gusta usarlos/No quiere ☐ (8)

En el centro de salud nunca tienen ☐ (9)

Otras razones (especificar) ☐ (10)

.....

11. ¿Piensa usar algún método en el futuro?

Sí ☐ (1) (pase a Cap. 6)

No ☐ (2)

12. ¿Cuántos años tenía cuando usó algún método por primera vez?

años

Ns/nc ☐ (99)

13. ¿Había tenido hijos cuando comenzó a utilizar métodos anticonceptivos?

Sí ☐ (1) → **13.1 ¿Cuántos?**

No ☐ (2) Uno ☐ (1)

Dos ☐ (2)

Tres ☐ (3)

Cuatro o cinco ☐ (4)

Seis o más ☐ (5)

14. ¿Actualmente tiene relaciones sexuales?

Sí ☐ (1)

No ☐ (2) (pase a Cap. 6)

15. Actualmente ¿usted o la persona con quien tiene relaciones sexuales utilizan algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?

Sí ☐ (1)

No ☐ (2) (pase a preg. 21)

16. ¿Cuál es el método que utiliza...

	16.1 ... principal mente?	16.2 ¿Utiliza algún otro método?
Pastilla anticonceptiva	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
DIU, espiral, T de cobre	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
Preservativo, condón, forro	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
Diafragma	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
Anticonceptivo inyectable	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)
Implantes	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)
Espumas, jaleas, óvulos	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (7)
Ligadura de trompas (esterilización femenina)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (8)
Método del moco cervical (método de Billings)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (9)
Ritmo (método de los días)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (10)
Retiro (el hombre se retira)	<input type="checkbox"/> (11)	<input type="checkbox"/> (11)
Vasectomía (esterilización masculina)	<input type="checkbox"/> (12)	<input type="checkbox"/> (12)
Yuyos, hierbas, té	<input type="checkbox"/> (13)	<input type="checkbox"/> (13)
Lactancia	<input type="checkbox"/> (14)	<input type="checkbox"/> (14)
Pastilla del día después/ anticoncepción de emergencia	<input type="checkbox"/> (15)	<input type="checkbox"/> (15)
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> (16)	<input type="checkbox"/> (16)
.....		
Ninguno		<input type="checkbox"/> (17)

17. ¿Quién tomó la decisión acerca del método principal que utiliza?

Usted junto con la persona con quien tiene relaciones ☐ (1)

Usted solo ☐ (2)

La persona con quien tiene relaciones ☐ (3)

Profesional de la salud ☐ (4)

Otros (especificar) ☐ (5)

.....

18. ¿Por qué eligió/eligieron ese método y no otro?
Indique el motivo principal.

- Es el más efectivo ☐ (1)
- No daña la salud/no tiene efectos secundarios ☐ (2)
- Es el que se consigue gratis ☐ (3)
- Es el más barato ☐ (4)
- Es el único que consiguió ☐ (5)
- El médico lo indicó ☐ (6)
- Se lo recomendó un amigo/vecino/pariente ☐ (7)
- Es el que usa la persona con que tiene relaciones ☐ (8)
- Es el más práctico ☐ (9)
- Otra razón (especificar) ☐ (10)
-

19. ¿Ese método lo consiguió/consiguieron en forma gratuita?

- Sí ☐ (1)
- No ☐ (2)
- Ns/nc ☐ (9)
- (pase a Cap. 6)

20. ¿Dónde se lo dieron?

- Hospital público ☐ (1)
- Centro de salud/salita ☐ (2)
- Farmacia a través del hospital público ☐ (3)
- Se lo dio el médico en su consultorio particular/lo cubre la prepaga, mutual u obra social ☐ (4)
- Se lo dio un amigo/vecino/pariente ☐ (5)
- Otro lugar (Especificar) ☐ (6)
- ☐ (9)
- Ns/nc ☐ (9)
- (pase a cap. 6)

21. ¿Por qué no utiliza?

No lea y marque todas las que correspondan

- Desea tener hijos ☐ (1)
- La pareja no quiere ☐ (2)
- Teme que le hagan daño a la salud ☐ (3)
- No tiene dinero para comprarlos ☐ (4)
- No conoce los métodos ☐ (5)
- Razones religiosas ☐ (6)
- Cree que no puede tener hijos ☐ (7)
- No le gusta usarlos/No quiere ☐ (8)
- En el centro de salud nunca tienen ☐ (9)
- Otras razones (especificar) ☐ (10)
-

6. EMBARAZOS Y PARTOS (EP)

Ahora quisiera preguntarle por los embarazos y partos de las parejas que usted ha tenido durante toda su vida.

1. ¿Alguna mujer ha quedado embarazada de usted alguna vez? No incluya embarazos actuales que aún no han finalizado.

Sí ☐ (1)

No ☐ (2) (pase a Cap. 7)

2. ¿Cuántas veces en total, contando embarazos perdidos y/o interrumpidos?

(No incluya embarazos actuales)

Nº de embarazos:

3. De esos embarazos, ¿cuántos hijos o hijas nacieron vivos?

Total de hijos nacidos vivos

Ninguno ☐ (pase a preg. 5)

4. De esos embarazos, ¿cuántos hijos o hijas están actualmente vivos?

Total de hijos actualmente vivos

5. ¿Alguno de esos embarazos terminó en un aborto voluntario?

Sí ☐ (1) → **5.1 ¿Cuántos?**

No ☐ (2)

Ns/Nc ☐ (9)

6. Alguno de esos embarazos terminó en una pérdida del embarazo?

Sí ☐ (1) → **6.1 ¿Cuántos?**

No ☐ (2)

Ns/Nc ☐ (9)

Filtro 1: SÓLO A QUIENES TUVIERON AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO. Pregunta 3 > 0.
RESTO PASE A CAPÍTULO 7

7. Ahora le voy a preguntar sobre su último hijo nacido vivo. ¿En que año nació?

Año

Ns/Nc ☐ (9)

8. En el momento en que supo de ese embarazo ¿quería tener ese hijo, quería esperar más tiempo o no quería tener ese hijo?

Quería ☐ (1) (pase a preg. 10)

Quería esperar ☐ (2)

No quería hijos/más hijos ☐ (3) (pase a preg. 10)

9. ¿Cuánto tiempo le hubiera gustado esperar?

Meses ó Años Ns/nc ☐ (99)

10. Y la madre de su último hijo nacido vivo, ¿piensa usted que quería tenerlo, quería esperar más tiempo o no quería tener ese hijo?

Quería ☐ (1)

Quería esperar ☐ (2)

No quería ☐ (3)

No sabe ☐ (4)

Ns/nc ☐ (9)

11. Cuando ella quedó embarazada de su último hijo nacido vivo ¿estaban utilizando algún método anticonceptivo para evitar el embarazo?

Sí ☐ (1)

No ☐ (2) (pase a preg. 13)

12. ¿Qué estaban utilizando?

Marcar todas las que correspondan

Pastilla anticonceptiva ☐ (1)

DIU, espiral, T de cobre ☐ (2)

Preservativo, condón, forro ☐ (3)

Diafragma ☐ (4)

Anticonceptivo inyectable ☐ (5)

Implantes ☐ (6)

Espumas, jaleas, óvulos ☐ (7)

Ligadura de trompas (esterilización femenina) ☐ (8)

Método del moco cervical (método de Billings) ☐ (9)

Ritmo (método de los días) ☐ (10)

Retiro (el hombre se retira) ☐ (11)

Vasectomía (esterilización masculina) ☐ (12)

Yuyos, hierbas, té ☐ (13)

Lactancia ☐ (14)

Pastilla del día después/anticoncepción de emergencia ☐ (15)

Otro (especificar) ☐ (16)

.....

13. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Usted quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos? *No leer opciones*

Quisiera tener otro hijo ☐ (1)

No quiere tener más hijos ☐ (2) (pase a Cap. 7)

Estéril ☐ (3) (pase a Cap. 7)

Indeciso, no sabe ☐ (4)

14. ¿Cuánto tiempo desearía esperar antes de tener otro hijo?

Meses ó Años Ns/nc ☐ (99)

7. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH (ITS)

1. ¿Podría decirme si escuchó hablar de alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?

Lea el listado de cada una de las enfermedades

	Si	No	Ns/nc
1.1 Sífilis/chancro	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.2 Gonorrea/blenorragia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.3 VIH/Sida	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.4 Herpes genital	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.5 Condilomas/verrugas genitales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.6 Leucorrea	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.7 Clamidia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.8 Tricomoniasis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.9 Candidiasis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
1.10 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

6. ¿Puede transmitirse el VIH por utilizar el mismo sanitario (inodoro y/o bidé)?

Sí ☐ (1)
 No ☐ (2)
 Ns/Nc ☐ (9)

7. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba para detectar VIH/Sida?

Sí ☐ (1)
 No ☐ (2) (pase a preg. 10)
 Ns/Nc ☐ (9) (pase a preg. 10)

2. ¿De qué manera se pueden prevenir las enfermedades de transmisión sexual?

No leer el texto. Marcar todas las alternativas que mencione. Sólo decir ¿Algo más?

Usando preservativos ☐ (1)
 Teniendo una sola pareja/siéndole fiel ☐ (2)
 No teniendo relaciones sexuales ☐ (3)
 Evitando relaciones sexuales con personas desconocidas ☐ (4)
 No compartiendo agujas (consumo de drogas, inyecciones) ☐ (5)
 Evitando las transfusiones de sangre ☐ (6)

8. ¿Hace cuánto tiempo se hizo esta prueba?

Menos de un año ☐ (1)
 Entre uno y cinco años ☐ (2)
 Más de cinco años ☐ (3)
 No sabe/no responde ☐ (9)

9. ¿Por qué motivo se la hizo? Indique el motivo principal

Porque tuvo una relación sexual sin protección ☐ (1)
 Porque su pareja tiene VIH ☐ (2)
 Por un control médico de rutina ☐ (3)
 Por una violación ☐ (4)
 Porque comparte drogas inyectables ☐ (5)
 Por otros motivos (especificar) ☐ (9)

3. ¿Pueden los mosquitos transmitir el VIH?

Sí ☐ (1)
 No ☐ (2)
 Ns/Nc ☐ (9)

4. ¿Puede transmitirse el VIH por la saliva?

Sí ☐ (1)
 No ☐ (2)
 Ns/Nc ☐ (9)

5. ¿Puede transmitirse el VIH por compartir el mate?

Sí ☐ (1)
 No ☐ (2)
 Ns/Nc ☐ (9)

10. ¿Se ha hecho la prueba para detectar la Hepatitis B?

Sí ☐ (1)
 No ☐ (2) (pase a preg. 13)
 Ns/Nc ☐ (9) (pase a preg. 13)

11. ¿Hace cuánto tiempo se hizo esta prueba?

Menos de un año ☐ (1)
 Entre uno y cinco años ☐ (2)
 Más de cinco años ☐ (3)
 Ns/Nc ☐ (9)

12. ¿Por qué motivo se la hizo? Indique el motivo principal

- Porque tuve una relación sexual sin protección ☐ (1)
- Porque su pareja tiene Hepatitis B ☐ (2)
- Por un control médico de rutina ☐ (3)
- Por una violación ☐ (4)
- Porque comparte drogas inyectables ☐ (5)
- Por otros motivos (especificar) ☐ (9)
-

13. ¿Se ha dado la vacuna para la Hepatitis B (son 3 dosis)?

- Sí ☐ (1)
- No ☐ (2)
- Ns/Nc ☐ (9)

14. ¿Se ha hecho la prueba para detectar la sífilis/VDRL?

- Sí ☐ (1)
- No ☐ (2) (pase a preg. 17)
- Ns/Nc ☐ (9) (pase a preg. 17)

15. ¿Hace cuánto tiempo se hizo esta prueba?

- Menos de un año ☐ (1)
- Entre uno y cinco años ☐ (2)
- Más de cinco años ☐ (3)
- Ns/Nc ☐ (9)

16. ¿Por qué motivo se la hizo? Indique el motivo principal

- Porque tuve una relación sexual sin protección ☐ (1)
- Porque su pareja tiene sífilis ☐ (2)
- Por un control médico de rutina ☐ (3)
- Por una violación ☐ (4)
- Porque comparte drogas inyectables ☐ (5)
- Por otros motivos (especificar) ☐ (9)
-

17. ¿Escuchó hablar alguna vez del HPV (Virus de Papiloma Humano)?

- Sí ☐ (1)
- No ☐ (2) (pase a preg. 19)

18. ¿Cuáles cree que son las consecuencias?

- Verrugas genitales ☐ (1)
- Cáncer de cuello de útero ☐ (2)
- Aborto ☐ (3)
- Infertilidad ☐ (4)
- Disfunción sexual ☐ (5)
- Otras (especificar) ☐ (6)
-
- Ns/Nc ☐ (9)

19. Quisiera hacerle una última pregunta: ¿tiene alguna religión?

- Sí ☐ (1)
- No ☐ (2) (Fin de la entrevista)

20. ¿Cuál?

- Católica ☐ (1)
- Evangélica ☐ (2)
- Judía ☐ (3)
- Testigo de Jehová ☐ (4)
- Mormón ☐ (5)
- Otra (especificar) ☐ (6)
-
- Ns/nc ☐ (9)

8. TELÉFONO DE LA PERSONA SELECCIONADA (TP)

Teléfono del hogar

-
- No tiene teléfono ☐ (8)
- No quiso dar ☐ (9)

Teléfono celular

-
- No tiene teléfono ☐ (8)
- No quiso dar ☐ (9)

9. OBSERVACIONES GENERALES (OG)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....