

APÉNDICES

APÉNDICE A. CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE UNA MUJER CON HISTERECTOMÍA (MUJERES NO HISTERECTOMIZADAS)

Fecha de aplicación _____ Edad _____
Escolaridad _____ Ocupación _____
Lugar de nacimiento _____
¿Tiene usted útero y ovarios? Sí _____ No _____
¿Tiene usted hijos? Sí _____ No _____
Si contestó que sí, ¿cuántos? _____
¿Le gustaría tener más? Sí _____ No _____

Instrucciones:

Por favor conteste la siguiente pregunta. No hay respuestas buenas o malas, sólo le pedimos que ponga lo que crea. Esta información será anónima y sirve únicamente para esta investigación. Muchas gracias.

- a) Si a usted le quitaran el útero por cualquier razón, ¿cree que su vida cambiaría después de la operación?
Sí _____ No _____ Si contestó que sí, ¿de qué manera cambiaría?

