

APÉNDICE B. CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE UNA MUJER CON
HISTERECTOMÍA (MUJERES HISTERECTOMIZADAS)

Fecha de aplicación _____ Edad _____
Escolaridad _____ Ocupación _____
Lugar de nacimiento _____
¿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.

- b) ¿Cambió su vida después de que le quitaron el útero?
Sí _____ No _____ Si contestó que sí, ¿de qué manera cambó?

