



## Secretaría Distrital de la Mujer

**Encuesta Distrital de caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución Bogotá D.C. 2017**



**CONFIDENCIAL**  
 Los datos que la SDMujer solicita en este formulario son confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales ni pueden utilizarse como prueba judicial; serán utilizados estrictamente con fines estadísticos.

### A. Control de encuesta

a. Encuestador(a)   b. Supervisor(a)

c. Localidad   d. Barrio

e. Zona de trabajo o establecimiento

**f. Lugar de contacto**

1 Establecimiento  
 2 Calle  
 3 Otro, ¿cuál?

**g. Resultado de la encuesta**

	Fecha de entrevista						Resultado de la encuesta	
	D	D	M	M	A	A	EC	Completitud
Visita 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Completa
Visita 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Incompleta
							<input type="text"/>	Rechazo

**h. El sitio donde está aplicando la encuesta está cerca de: (diligencie por observación directa)**

<input type="checkbox"/> 1 a. Viviendas	<input type="checkbox"/> 1 f. Plazas de mercado	<input type="checkbox"/> 1 k. Talleres de mecánica, servitecas o estaciones de gasolina
<input type="checkbox"/> 1 b. Fábricas	<input type="checkbox"/> 1 g. Terminales de buses	<input type="checkbox"/> 1 l. Negocios de ventas
<input type="checkbox"/> 1 c. Expendio de drogas (ollas)	<input type="checkbox"/> 1 h. Lotes baldíos o sitios oscuros	<input type="checkbox"/> 1 m. Establecimientos educativos
<input type="checkbox"/> 1 d. Bares	<input type="checkbox"/> 1 i. Estaciones de policía	
<input type="checkbox"/> 1 e. Prostíbulos	<input type="checkbox"/> 1 j. Parques	

**i. Observaciones iniciales**

### B. Datos básicos

**1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?**

**2. ¿Cuál es su sexo de nacimiento?**

1 Mujer  3 Intersexual  
 2 Hombre  9 No sabe/No responde

**3. ¿Cuál es su identidad de género?**

1 Femenina  
 2 Masculina  
 3 Transgénero  
 9 No sabe/No responde

**4. ¿Cuál es su orientación sexual?**

1 Lesbiana  5 Otra ¿Cuál?   
 2 Gay  
 3 Heterosexual  
 4 Bisexual  9 No sabe/No responde

**5. ¿Cuál es su estado civil actual?**

1 Está casada(o)  5 No está casada(o) y vive en pareja hace 2 años o más  
 2 Está separada(o) o divorciada(o)  6 No está casada(o) y vive en pareja hace menos de 2 años  
 3 Está viuda(o)  9 No sabe/No responde  
 4 Está soltera(o)

**6. De acuerdo con sus rasgos físicos o tradiciones culturales, usted se considera:**

1 Pueblo rom / gitana(o)  4 Mestiza(o)  7 Otro  
 2 Blanca(o)  5 Raizal  8 Ninguno  
 3 Indígena  6 Negra(o), mulata(o), afrocolombiana(o)  9 No sabe/No responde

**7. Por favor dígame ¿cuál es su lugar de nacimiento?**

1 Bogotá

2 Otro municipio del país, ¿cuál?

a. Departamento

b. Municipio

3 Otro país, ¿cuál?

c. País

9 No sabe/No responde

**8. ¿Usted vive permanentemente o la mayor parte del tiempo en Bogotá?**

1 Sí

a. ¿En qué localidad reside actualmente?

9 No sabe/No responde

2 No

9 No sabe/No responde Pase a 11

Pase a 13

**9. ¿En dónde vive?**

1 Otro municipio del país, ¿cuál? a. Departamento

2 Otro país, ¿cuál? b. Municipio

9 No sabe/No responde c. País

**10. ¿Cuántos días a la semana está en Bogotá?**

1 1 a 2 días  3 5 a 6 días  9 No sabe/No responde

2 3 a 4 días  4 Todos los días

**11. ¿Desde hace cuánto vive o viene regularmente a Bogotá?**

1 Menos de 1 año *Pase a 13*

2 Entre 1 y 5 años *Pase a 13*

3 Entre 6 y 10 años *Pase a 13*

4 Más de 10 años

9 No sabe/No responde

**12. ¿Cuáles fueron las razones para venir o permanecer en Bogotá?**

1 a. Su familia tomó la decisión

1 b. Oportunidades laborales

1 c. Oportunidades educativas para usted o sus familiares

1 d. Condiciones de salud y acceso a servicios médicos de usted o su familia

1 e. Desplazamiento a causa del conflicto armado

1 f. Violencia de pareja

1 g. Otra razón, ¿cuál?

1 h. No sabe/No responde

**C. Condiciones del lugar donde habita**

**13. El lugar donde reside actualmente es:**

1 Casa  5 Cuarto(s) en una estructura tipo vivienda *Pase a 15*

2 Apartamento  6 Cuarto(s) en el establecimiento *Pase a 27*

3 Vivienda indígena  7 Habita en calle

4 Otro tipo de vivienda (carpa, vagón, cueva, refugio natural, etc.)  9 No sabe/No responde

**14. La vivienda ocupada por su hogar es:**

1 En arriendo o subarriendo *Pase a 16*

2 Propia, totalmente pagada

3 Propia, la están pagando

4 En usufructo

5 Posesión sin título (ocupante de hecho) o propiedad colectiva *Pase a 18*

6 Otra, ¿cuál?

9 No sabe/No responde

**15. En el cuarto dentro del establecimiento, usted:**

1 Paga arriendo *Pase a 16*  2 No paga nada *Pase a 18*  9 No sabe/No responde *Pase a 18*

**16. ¿Cada cuánto paga ese arriendo?**

1 Diario  4 Otro, ¿cuál?

2 Semanal

3 Mensual  9 No sabe/No responde *Pase a 18*

**17. ¿Cuánto paga?**

*(Diligencie en números completos la cantidad. Ej. Si declaran trescientos mil pesos, diligencie 300.000)*

**18. ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores del sitio donde habita?**

1 Ladrillo, bloque, material prefabricado, piedra, cemento

2 Madera pulida

3 Adobe o tapia pisada

4 Bahareque

5 Madera burda, tabla, tablón

6 Guadua

7 Caña, esterilla, otro tipo de material vegetal

8 Zinc, tela, cartón, latas, desechos, plástico

9 Sin paredes

99 No sabe/No responde

**19. ¿Cuál es el material predominante de los pisos del sitio donde habita?**

1 Tierra, arena

2 Cemento, gravilla

3 Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal

4 Baldosín, ladrillo, vinisol, otros materiales sintéticos

5 Mármol

6 Madera pulida

7 Alfombra o tapete de pared a pared

9 No sabe/No responde

**20. Incluyendo sala-comedor, ¿de cuántos cuartos en total dispone el sitio donde vive?**

*Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio*

**21. ¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas que viven con usted y considera de su hogar?**

**22. El sitio donde habita cuenta con servicio de:**

Servicio	Sí	No	Ns
a. Energía eléctrica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b. Gas natural conectado a red pública	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
c. Alcantarillado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
d. Recolección de basuras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
e. Acueducto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

**23. El servicio sanitario que utiliza el lugar donde habita es:**

1 Inodoro conectado a alcantarillado

2 Inodoro conectado a pozo séptico

3 Inodoro sin conexión

4 Letrina

5 No tiene servicio sanitario

9 No sabe/No responde

24. ¿En cuál de los siguientes lugares preparan los alimentos las personas del lugar donde habita?

1 En un cuarto usado solo para cocinar

2 En un cuarto usado también para dormir

3 En una sala comedor con lavaplatos

4 En una sala comedor sin lavaplatos

5 En un patio, corredor, enramada, al aire libre

6 En ninguna parte, no preparan alimentos

9 No sabe/No responde

25. ¿Cuál es el estrato de los servicios públicos del lugar donde habita?

1 Estrato 1

2 Estrato 2

3 Estrato 3

4 Estrato 4

5 Estrato 5

6 Estrato 6

9 No sabe/No responde

26. ¿Cuáles de los siguientes servicios o bienes en uso posee en el lugar donde habita?

Servicio o bien	Sí	No	Ns/Nr
a. Servicio de teléfono fijo	1	2	9
b. Servicio de televisión por suscripción satelital, IPTV ,cable o antena parabólica	1	2	9
c. Servicio de internet	1	2	9
d. Lavadora de ropa	1	2	9
e. Nevera o refrigerador	1	2	9
f. Licuadora	1	2	9
g. Estufa eléctrica o de gas	1	2	9
h. Horno eléctrico, a gas o microondas	1	2	9
i. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	1	2	9
j. Aspiradora/brilladora	1	2	9
k. Televisor	1	2	9
l. Equipo de sonido, minicomponente o microcomponente	1	2	9
m. Reproductores de audio (MP3, MP4, iPod)	1	2	9
n. Reproductores de video (DVD, Blue-ray, DISC)	1	2	9
o. Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-Box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)	1	2	9
p. Tablet (IPAD)	1	2	9
q. Cámara digital fotográfica o de video	1	2	9
r. Computador (de escritorio o portátil)	1	2	9
s. Bicicleta	1	2	9
t. Motocicleta	1	2	9
u. Carro particular	1	2	9

**D. Conformación del hogar**

Ahora le solicitaré la información de las personas que conforman su hogar empezando por usted, teniendo en cuenta la definición que le leeré: "Hogar. Es una persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una unidad de vivienda, tienen un presupuesto común y generalmente comparten las comidas. Un hogar también puede estar constituido por personas no parientes que comparten alojamiento o por personas que se asocian para vivir bajo el mismo techo aunque no compartan las comidas".

27. Incluyéndose, ¿cuántas personas conforman su hogar?  (Si marca uno (1) pase a 30)

28. ¿Con quién o quiénes vive?

Integrantes del hogar	1. Vive con..	2. ¿Cuántos?	3. El o la jefe de hogar es:
a. Pareja, esposo(a), compañero(a)			
b. Hija(s)			
c. Hijo(s)			
d. Hijastra(s)			
e. Hijastro(s)			
f. Nieta(s)			
g. Nieto(s)			
h. Madre			
i. Madrastra			
j. Padre			
k. Padrastro			
l. Otras(os) parientes			
m. Otras(os) no parientes			
n. Usted es la(el) jefe de hogar			

29. ¿Alguna de las personas con las que vive tiene alguna limitación física o mental permanente?

1 Sí

2 No

9 No sabe/No responde

*Físicas (Moverse o caminar/Usar sus brazos o manos/Ver a pesar de usar lentes o gafas/Oír aun con aparatos especiales/Hablar/Bañarse, vestirse, alimentarse sin ayuda de alguien más).*

*Mentales (Entender o aprender/Relacionarse con otras personas/Problemas mentales o emocionales).*

30. ¿Existen personas que habiten en otros hogares que dependan económicamente de usted?

1 Sí a. ¿Cuántas?

2 No Pase a 32

9 No sabe/No responde Pase a 32

31. ¿Qué relación tienen con usted?

1 a. Pareja, esposo(a), cónyuge

1 b. Hijas(os)

1 c. Hijastras(os)

1 d. Madre

1 e. Madrastra

1 f. Padre

1 g. Padrastro

1 h. Nietas(os)

1 i. Otras(os) parientes

1 j. Otras(os) no parientes

1 k. No responde

32. ¿Cuánto es el ingreso mensual total de todas las personas que aportan económicamente al hogar?

Considere los ingresos de todas las personas que aportan económicamente al hogar

1 Menos de 300.000

2 Entre 301.000 y 600.000

3 Entre 601.000 y 1.200.000

4 Entre 1.200.001 y 2.400.000

5 Más de 2.400.000

9 No sabe/No responde

33. ¿Usted considera que los ingresos mensuales de su hogar son más que suficientes para cubrir los gastos básicos de este?

- 1 Sí  
 2 No  
 9 No sabe/No responde

34. ¿A quién pediría ayuda en caso de tener problemas emocionales?

- 1 a. Alguien del hogar  
 1 b. La pareja  
 1 c. Familiares de otro hogar  
 1 d. Vecinas(os)  
 1 e. Amigas(os)  
 1 f. Una(un) profesional especializada(o)  
 1 g. Compañeras(os) de trabajo  
 1 h. Iglesia, congregación o grupo espiritual  
 1 i. Prefiere no pedirle ayuda a nadie  
 1 j. No tiene quien le ayude

35. ¿A quién pediría ayuda en caso de tener problemas económicos?

- 1 a. Alguien del hogar  
 1 b. La pareja  
 1 c. Familiares de otro hogar  
 1 d. Vecinas(os)  
 1 e. Amigas(os)  
 1 f. Banco, cooperativa de ahorro  
 1 g. Iglesia, congregación o grupo espiritual  
 1 h. Compañeras(os) de trabajo  
 1 i. Clientes  
 1 j. Intermediario o administradora(or) establecimiento  
 1 k. Compraventa, prestamista  
 1 l. Entidad de caridad  
 1 m. Prefiere no pedirle ayuda a nadie  
 1 n. No tiene quien le ayude

### E. Educación

36. ¿Sabe leer y escribir?

- 1 Sí  2 No  9 No sabe/No responde

37. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y el último año o grado aprobado en este nivel?

Nivel educativo	1. Nivel alcanzado	2. Grados cursados					
a. Ninguno	1						
b. Preescolar	2	1	2	3			
c. Básica primaria (1o - 5o)	3	1	2	3	4	5	
d. Básica secundaria (6o - 9o)	4	6	7	8	9		
e. Media (10o - 13o)	5	10	11	12	13		
f. Técnico o tecnológico	7	1	2	3	4		
g. Superior o universitaria	8	1	2	3	4	5	6
h. Posgrado	9	1	2	3			
i. No sabe, no informa	99						

38. Actualmente, ¿estudia en algún establecimiento de educación formal?

- 1 Sí  
 2 No   
 9 No sabe/No responde

39. ¿Qué tipo de formación formal está recibiendo?

- 1 Primaria  9 No sabe/No responde  
 2 Bachillerato  
 3 Técnico o tecnológico  
 4 Profesional

*Una vez registre la respuesta pase a 41*

40. ¿Cuál es la principal razón por la cual no inició o no continuó sus estudios formales?

*Espontánea precodificada*

- 1 No tuvo la oportunidad  
 2 Considera que no está en edad para estudiar  
 3 Considera que ya terminó  
 4 Costos educativos elevados  
 5 Los horarios no se ajustan a sus necesidades  
 6 Falta de dinero  
 7 Debía encargarse de las labores domésticas o del cuidado de niñas(os) y otras personas del hogar (adultos(as) mayores, discapacitados(as), etc.)  
 8 Necesita trabajar o buscar trabajo  
 9 Se casó o formó pareja  
 10 Falta de cupos  
 11 No existía un centro educativo cercano al lugar donde vive o al establecimiento  
 12 Necesita educación especial  
 13 Por embarazo  
 14 Por enfermedad  
 15 No le gusta o no le interesa el estudio  
 16 Otra razón, ¿cuál? \_\_\_\_\_  
 99 No sabe/No responde

41. De las áreas enunciadas a continuación, ¿en cuáles ha recibido o está recibiendo formación?

Área	Sí	No	Área	Sí	No
a. Ventas	1	2	i. Belleza	1	2
b. Agricultura	1	2	j. Cocina	1	2
c. Artesanías	1	2	k. Sistemas	1	2
d. Reciclaje	1	2	l. Operaria(o) de máquinas	1	2
e. Cuidado de personas con discapacidad	1	2	m. Educación o pedagogía	1	2
f. Cuidado de niñas(os)	1	2	n. Ciencias de la salud	1	2
g. Cuidado de personas mayores	1	2	o. Idiomas	1	2
h. Confección	1	2	p. Otra, ¿cuál?	1	2

42. ¿Tiene usted interés en continuar con sus estudios?

- 1 Sí  2 No  9 No sabe/No responde

### F. Actividad sexual pagada

43. ¿En qué lugar inició la actividad sexual pagada?

- 1 Bogotá  
 2 Otro municipio del país, ¿cuál?  
 3 Otro país, ¿cuál?  
 9 No sabe/No responde

a. Departamento   
b. Municipio

c. País

44. ¿A qué edad inició la actividad sexual pagada?

45. En los últimos 5 años, ¿ha realizado esta actividad en otras ciudades diferentes al sitio de inicio o Bogotá?

<input type="checkbox"/> 1	Sí	<input type="checkbox"/> 2	No	<i>Pase a 47</i>
<input type="checkbox"/> 9	No sabe/No responde	<input type="checkbox"/> 9	No sabe/No responde	<i>Pase a 47</i>

46. Mencione los dos últimos sitios donde ejerció

	a. Departamento	b. Municipio	c. País	d. ¿Cuánto tiempo duró en este lugar? <i>Especifique si es en meses o años</i>
1				Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
2				Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>

47. ¿Cómo se enteró del primer sitio donde inició la actividad sexual pagada?

Espontánea precodificada

<input type="checkbox"/> 1	Una(un) amiga(o)	<input type="checkbox"/> 6	Conocía la zona
<input type="checkbox"/> 2	Una(un) familiar	<input type="checkbox"/> 7	Engaño
<input type="checkbox"/> 3	Su pareja	<input type="checkbox"/> 8	Trabajaba en un establecimiento realizando otras actividades
<input type="checkbox"/> 4	Un aviso de periódico	<input type="checkbox"/> 9	Otra
<input type="checkbox"/> 5	Por internet	<input type="checkbox"/> 99	No sabe/No responde

48. De las siguientes situaciones, ¿cuáles le llevaron a realizar actividades sexuales pagadas?

Situación	Sí	No	Ns
a. Situación económica	1	2	9
b. Situación familiar	1	2	9
c. Engaño	1	2	9
d. Situación del barrio	1	2	9
e. Quería ejercer	1	2	9
f. Consumo de alcohol o drogas	1	2	9
g. Situación del conflicto armado	1	2	9
h. Violencia sexual	1	2	9
i. Otras, ¿cuál?	1	2	9
j. Obligada(o) por alguien. 1. ¿Quién?	1	2	9

49. Seis meses antes de iniciar el ejercicio, ¿con quiénes vivía? y ¿cuántos eran?

	a. Vivía con...	b. ¿Cuántos?	c. ¿Qué actividad realizaba?
a. Sola (o)	<input type="checkbox"/> 1		
<i>Si la persona entrevistada declara que vivía sola, pase a 50</i>			
b. Pareja, esposo(a), compañero(a)	<input type="checkbox"/> 1		
c. Hija(s)	<input type="checkbox"/> 1		
d. Hijo(s)	<input type="checkbox"/> 1		
e. Hijastra(s)	<input type="checkbox"/> 1		
f. Hijastro(s)	<input type="checkbox"/> 1		
g. Nieta(s)	<input type="checkbox"/> 1		
h. Nieto(s)	<input type="checkbox"/> 1		
i. Madre	<input type="checkbox"/> 1		
j. Madrastra	<input type="checkbox"/> 1		
k. Padre	<input type="checkbox"/> 1		
l. Padrastro	<input type="checkbox"/> 1		
m. Hermanos(a)	<input type="checkbox"/> 1		
n. Hermanastros(a)	<input type="checkbox"/> 1		
o. Tío(s)	<input type="checkbox"/> 1		
p. Tía(s)	<input type="checkbox"/> 1		
q. Otros(as) familiares	<input type="checkbox"/> 1		
r. Otros(as) no familiares	<input type="checkbox"/> 1		
s. Hogares sustitutos, de paso, otros	<input type="checkbox"/> 1		

50. ¿En qué lugares realiza la prestación de los servicios?

Lugares	Sí	No
a. Vivienda del cliente	1	2
b. Residencia/Motel/Hotel	1	2
c. Establecimiento	1	2
d. "Paga diario"	1	2
e. En su vivienda	1	2
f. Vehículo	1	2
g. Vía pública	1	2
h. Otro. 1. ¿Cuál?	1	2

51. Generalmente realiza el contacto con sus clientes a través de...

Medios	Sí	No
a. Teléfono	1	2
b. Internet	1	2
c. Directo en establecimiento	1	2
d. Directo en calle	1	2
e. Un intermediario	1	2
f. Otro. 1. ¿Cuál?	1	2

52. Días en que ejerce

<input type="checkbox"/> 1	Todos los días	<input type="checkbox"/> 1	Martes	<input type="checkbox"/> 1	Viernes
<input type="checkbox"/> 1	No tiene un día fijo	<input type="checkbox"/> 1	Miércoles	<input type="checkbox"/> 1	Sábado
<input type="checkbox"/> 1	Lunes	<input type="checkbox"/> 1	Jueves	<input type="checkbox"/> 1	Domingo

53. ¿En qué horarios ejerce?

<input type="checkbox"/> 1	Mañana	<input type="checkbox"/> 1	Noche
<input type="checkbox"/> 1	Tarde	<input type="checkbox"/> 1	Madrugada

54. Aproximadamente, ¿cuántos días al mes realiza actividades sexuales pagadas?

55. ¿Qué actividades realiza en sus días de descanso?

Espontánea precodificada

<input type="checkbox"/> 1	a. Dormir	<input type="checkbox"/> 1	f. Sale de compras
<input type="checkbox"/> 1	b. Practica algún deporte	<input type="checkbox"/> 1	g. Ve televisión o usa internet
<input type="checkbox"/> 1	c. Realiza actividades familiares	<input type="checkbox"/> 1	h. Realiza actividades de cuidado personal
<input type="checkbox"/> 1	d. Realiza actividades con amistades	<input type="checkbox"/> 1	i. Realiza otras actividades remuneradas
<input type="checkbox"/> 1	e. Realiza actividades domésticas	<input type="checkbox"/> 1	j. Otra, ¿cuál? _____

56. ¿Aproximadamente, ¿cuántas personas atiende en un día?

57. En promedio, ¿cuánto dinero recibe por cada persona que atiende?

58. Por cada cliente atendido ¿Cuánto dinero debe dar al intermediario o establecimiento?

59. ¿Tiene algún tipo de deuda con algún intermediario o algunos de los establecimientos donde ejerce?  1 Sí  2 No  9 No sabe/No responde

60. ¿Además de dinero, recibe otras formas de pago por el ejercicio de la actividad?

1 Sí a. ¿Cuáles?  1 Alimentos  1 Transporte  1 Sustancias psicoactivas  
 1 Vivienda  1 Bonos  1 Otro/ Cuál? \_\_\_\_\_

2 No  9 No sabe/No responde

61. ¿Ha oído hablar de la prestación de servicio a través de web cam?  1 Sí  2 No  9 No sabe/No responde **Pase a 62**

a. ¿Ha prestado este servicio?  1 Sí  2 No  9 No sabe/No responde **Pase a 62**

b. ¿Le interesaría hacerlo?  1 Sí  2 No  9 No sabe/No responde

62. ¿Ha intentado dejar de realizar actividades sexuales pagadas?

1 Sí a. Aproximadamente, ¿cuántas veces?

2 No **Pase a 64**

9 No sabe/No responde **Pase a 64**

63. ¿Por qué no le ha sido posible dejar de realizarlas?  
*Esotérica precodificada*

1 a. Situación económica  
 1 b. Imposibilidad de conseguir trabajo en otro tipo de actividad  
 1 c. No conoce otros oficios  
 1 d. Le gusta la actividad que realiza  
 1 e. Tiene deudas con el establecimiento  
 1 f. Está bajo amenaza  
 1 g. Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

64. De las siguientes personas, señale a quién o quiénes ofrece sus servicios y con qué frecuencia, donde 1 es nada frecuente y 4 muy frecuente

Personas	Sí	No	Nf	2	3	Mf
a. Personas que solo buscan escucha o compañía	1	2	1	2	3	4
b. Personas con discapacidad física	1	2	1	2	3	4
c. Personas con discapacidad mental	1	2	1	2	3	4
d. Personas adultas mayores	1	2	1	2	3	4
e. Personas menores de edad	1	2	1	2	3	4
f. Personas privadas de la libertad	1	2	1	2	3	4
g. Mujeres	1	2	1	2	3	4
h. Parejas	1	2	1	2	3	4

65. Entre las actividades remuneradas que puede realizar en Bogotá, considera que la actividad sexual pagada es:

1 La única opción que tiene  
 2 La opción más rentable  
 3 La opción que usted prefiere  
 4 La que mejor se acomoda a sus tiempos  
 5 La que esta forzada a realizar

9 No sabe o no responde

**G. Violencias**

66. En los últimos dos años, ¿ha vivido alguna de las siguientes situaciones durante el ejercicio de la actividad?

Situación	Sí	No	Ns/Nr
a. Violencia sexual por parte de los(as) clientes	1	2	9
b. Abuso policial	1	2	9
c. Trata de personas	1	2	9
d. Violencia física por parte de los(as) clientes	1	2	9
e. Violencia física por parte de las personas que la(lo) emplean en el establecimiento	1	2	9
f. Violencia física por parte de otras personas que ejercen actividades sexuales pagadas	1	2	9
g. Retención de sus papeles de identificación	1	2	9
f. Retención en contra de su voluntad dentro del establecimiento	1	2	9
h. Retención de su dinero por parte del(a) dueño(a) del establecimiento	1	2	9

67. Mientras realiza la actividad sexual pagada, usted siente mayor seguridad si:

1 Porta un arma para defensa personal  4 Solo ejerce en establecimiento o a través de intermediarios  
 2 Paga servicio de seguridad  5 No se siente insegura (o)  
 3 Le informa a una(un) amiga(o) dónde está  9 No sabe/No responde

68. ¿Usted se siente discriminada(o) por la actividad que realiza?

1 Sí a. ¿Por quiénes? *Esotérica precodificada*

1 a. Su familia  
 1 b. Las personas que habitan la zona donde ejerce  
 1 c. Las personas que transitan por el sector donde ejerce  
 1 d. Las autoridades  
 1 e. Los(as) comerciantes del sector  
 1 f. Las personas que conocen a qué se dedica

2 No  9 No sabe/No responde

## H. Consumo de sustancias psicoactivas

69. A continuación leeré algunas sustancias psicoactivas. Dígame por favor si las ha consumido, la frecuencia y edad de inicio del consumo

Sustancia	a. ¿Ha consumido?		b. Edad de inicio en el consumo	b1. ¿Actualmente la consume?			Si actualmente NO consume o no responde, no preguntar por la frecuencia	c. Frecuencia			
	Sí	No		Si	No	Ns		Todos los días	Más de cinco veces a la semana	Tres a cinco veces a la semana	Menos de dos veces a la semana
a. Alcohol	1	2		1	2	9		1	2	3	4
b. Cigarrillo	1	2		1	2	9		1	2	3	4
c. Marihuana	1	2		1	2	9		1	2	3	4
d. Perico	1	2		1	2	9		1	2	3	4
e. Cocaína	1	2		1	2	9		1	2	3	4
f. Heroína	1	2		1	2	9		1	2	3	4
g. Anfetaminas	1	2		1	2	9		1	2	3	4
h. Ácidos	1	2		1	2	9		1	2	3	4
i. Éxtasis	1	2		1	2	9		1	2	3	4
j. Bazuco	1	2		1	2	9		1	2	3	4
k. Pegante	1	2		1	2	9		1	2	3	4
l. Popper	1	2		1	2	9		1	2	3	4
m Otra	1	2		1	2	9		1	2	3	4

70. Durante la actividad, ¿qué le motiva a consumir?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 a. Diversión o placer   | <input type="checkbox"/> 1 d. Como parte del servicio | <input type="checkbox"/> 1 g. Es fácil de conseguir |
| <input type="checkbox"/> 1 b. Para no embriagarse  | <input type="checkbox"/> 1 e. Resistir la jornada     | <input type="checkbox"/> 1 h. Otra, ¿cuál? _____    |
| <input type="checkbox"/> 1 c. Depresión o ansiedad | <input type="checkbox"/> 1 f. Desinhibirse            |   |

## I. Generación de ingresos

71. Antes de iniciarse en la actividad, ¿en qué ocupaba la mayor parte del tiempo?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Trabajando       | <input type="checkbox"/> 4 Oficios del hogar             | <input type="checkbox"/> 7 Otra actividad, ¿cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> 2 Buscando trabajo | <input type="checkbox"/> 5 Con incapacidad para trabajar |   |
| <input type="checkbox"/> 3 Estudiando       | <input type="checkbox"/> 6 Cuidado de dependientes       | <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No responde          |

72. Actualmente, aparte de la actividad sexual pagada, ¿por qué otras fuentes recibe ingresos?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 a. Negocio propio o familiar                            | <input type="checkbox"/> 1 e. Mesada del jefe(a) o alguien del hogar             |
| <input type="checkbox"/> 1 b. Pensión  | <input type="checkbox"/> 1 f. Mesada o apoyo de una persona de otro(s) hogar(es) |
| <input type="checkbox"/> 1 c. Renta  | <input type="checkbox"/> 1 g. Otra actividad u oficio, ¿cuál? _____              |
| <input type="checkbox"/> 1 d. Subsidio de alguna entidad u organización del Estado | <input type="checkbox"/> 1 h. Ninguna  |

73. ¿Desearía realizar otra actividad remunerada o instalar un negocio diferente a la actividad sexual pagada?

- 1 Sí a. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 2 No
- 9 No sabe/No responde

74. Durante el último año, aparte de la actividad sexual pagada, ¿realizó alguna actividad remunerada por lo menos 2 semanas consecutivas?

- 1 Sí a. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 2 No
- 9 No sabe/No responde

## J. Situación de salud y bienestar

75. ¿Está afiliada(o), es cotizante o beneficiaria(o) de alguna entidad de seguridad social en salud? (Empresa Promotora de Salud EPS o Entidad Promotora)

- 1 Sí a. ¿Qué tipo afiliación tiene?
- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Como cotizante       | <i>Pase a 77</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 Como beneficiaria(o) | <i>Pase a 77</i> |
| <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No responde  |                  |
- 2 No *Pase a 78*
- 9 No sabe/No responde *Pase a 78*

76. ¿Tiene personas beneficiarias?

- 1 Sí a. ¿Quiénes? \_\_\_\_\_
- 2 No
- 9 No sabe/No responde

77. ¿Con cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud tiene afiliación?

- 1 Contributivo (EPS)
- 2 Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas)
- 3 Subsidiado (SIBEN)
- 9 No sabe, no informa

78. ¿Su estado de salud en general es...

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Muy bueno | <input type="checkbox"/> 4 Malo                |
| <input type="checkbox"/> 2 Bueno     | <input type="checkbox"/> 5 Muy malo            |
| <input type="checkbox"/> 3 Regular   | <input type="checkbox"/> 9 No sabe, no informa |

79. Durante el último año, ¿Ha recibido atención médica?

- 1 Sí
- 2 No *Pase a 82*
- 9 No sabe, no informa *Pase a 82*

80. En el lugar que le atendieron, ¿tenían conocimiento de la actividad que realiza?

- 1 Sí
- 2 No *Pase a 82*
- 9 No sabe, no informa *Pase a 82*

81. ¿Sintió algún tipo de discriminación asociada a la actividad que realiza?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 No sabe, no informa

82. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

Enfermedad o problema de salud	Sí	No	Ns/Nr
a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión	1	2	9
b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema	1	2	9
c. Insuficiencia renal	1	2	9
d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica	1	2	9
e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis	1	2	9
f. Diabetes	1	2	9
g. Tumores malignos	1	2	9
h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia (depresión, ansiedad)	1	2	9
i. Asma	1	2	9
j. Alergia crónica	1	2	9
k. Epilepsia	1	2	9
l. Trastornos de la conducta (hiperactividad, etc.)	1	2	9
m. Problemas auditivos	1	2	9

Si todas las respuestas son **No** o **Ns/Nr** pase a 84

83. Para tratar esta(s) enfermedad(es), ¿recibe atención médica periódica?

- 1 Sí, para todas  
 2 Sí, para algunas  
 3 No  
  
 9 No sabe, no informa

84. Uno o más días de la semana pasada, usted dejó de consumir...

Alimento	Dejó de consumir		Razón		
	Sí	No	Por falta de dinero	Régimen alimenticio	Falta de Tiempo
a. Desayuno	1	2	1	2	3
b. Almuerzo	1	2	1	2	3
c. Cena	1	2	1	2	3

### K. Salud sexual y reproductiva

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

Años

86. Aproximadamente, ¿cuántos años tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual?

Años

87. De los siguientes métodos anticonceptivos ¿de cuáles ha oído hablar, ha usado y usa actualmente?

#### Solo para hombres cisgénero o mujeres transgénero

Método	1. ¿Lo conoce o ha oído hablar?		2. ¿Ha usado alguna vez este método?		3. ¿Actualmente utiliza este método anticonceptivo?	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Retiro (coito interrumpido)	1	2	1	2	1	2
b. Preservativo o condón	1	2	1	2	1	2
c. Esterilización masculina (vasectomía)	1	2	1	2	1	2
d. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, billings	1	2	1	2	1	2

Si alguna de las respuestas en 87-3 es **SÍ**, pase a 89. Si todas las respuestas en 87-3 son **NO**, continúe en 88

#### Solo para mujeres cisgénero u hombres transgénero

Método	1. ¿Lo conoce o ha oído hablar?		2. ¿Ha usado alguna vez este método?		3. ¿Actualmente utiliza este método anticonceptivo?	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
e. Preservativo o condón	1	2	1	2	1	2
f. Esterilización femenina	1	2	1	2	1	2
g. Píldora	1	2	1	2	1	2
h. Dispositivo intrauterino DIU	1	2	1	2	1	2
i. Inyección	1	2	1	2	1	2
j. Implantes (Norplant o Jadelle)	1	2	1	2	1	2
k. Espuma, jalea, óvulos (métodos vaginales)	1	2	1	2	1	2
l. Método de amenorrea por lactancia (MELA)	1	2	1	2	1	2
m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, billings	1	2	1	2	1	2
n. Retiro (coito interrumpido)	1	2	1	2	1	2
o. Anticoncepción de emergencia	1	2	1	2	1	2

Si alguna de las respuestas en 87-3 es **SÍ**, pase a 89. Si todas las respuestas en 87-3 son **NO**, continúe en 88

88. ¿Cuál es la principal razón por la que no está utilizando ningún método anticonceptivo?

Espontánea precodificada

#### a. Razones relacionadas con fecundidad

- 1 Menopausia  
 2 Histerectomía  
 3 Infertilidad/subfecundidad  
 4 Posparto/lactancia  
 5 Desea más hijos  
 6 Embarazada

#### b. Oposición a usar

- 7 Entrevistada(o) se opone a usar  
 8 Pareja se opone  
 9 Religión  
 10 Cliente lo solicita  
 11 Otros se oponen, ¿quiénes?

#### c. Relacionadas con el método

- 12 Problemas de salud  
 13 Temor a efectos secundarios  
 14 Uso inconveniente  
 15 Interfiere con procesos normales del cuerpo

#### d. Relacionadas con el conocimiento del método

- 16 No conoce métodos  
 17 No conoce fuente

#### e. Razones de acceso/costo

- 18 Falta de tiempo  
 19 Servicio queda lejos  
 20 Transporte muy costoso  
 21 Servicio médico muy costoso  
 22 Servicio médico de mala calidad  
 23 Fue pero no la atendieron  
 24 No confía en los médicos  
 25 Muchos trámites  
 26 No sabe dónde prestan el servicio  
 27 Horarios de consulta no le sirven  
 28 Demora en la asignación de citas  
 29 Demora en la atención en el sitio  
 30 No sabía que tenía derecho

- 99 No sabe/No responde



89. ¿En cuáles de los siguientes temas ha recibido algún proceso de capacitación o charla?

Temas	Sí	No	Ns/Nr
a. Salud sexual y reproductiva	1	2	9
b. Liderazgo	1	2	9
c. Autoestima	1	2	9
d. Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino	1	2	9
e. Participación política	1	2	9
f. Embarazo y parto	1	2	9
g. Anticoncepción	1	2	9
h. Rutas de atención en caso de violencias	1	2	9
i. Violencia y abuso sexual	1	2	9
j. Interrupción voluntaria del embarazo	1	2	9
k. Enfermedades de transmisión sexual	1	2	9
l. Derechos sexuales y reproductivos	1	2	9
m. Derechos de las mujeres	1	2	9
n. El virus del papiloma humano	1	2	9

90. ¿Se ha realizado la prueba del VIH?

1 Sí

a. ¿Cuándo se hizo la última prueba?

<input type="checkbox"/> 1 Menos de tres meses	<input type="checkbox"/> 3 Entre 6 y 11 meses
<input type="checkbox"/> 2 Entre 3 y 6 meses	<input type="checkbox"/> 4 Más de 12 meses

b. ¿Reclamó los resultados?

1 Sí  2 No

2 No

9 No sabe/No responde

Si es hombre cisgénero, pase a la pregunta 102; si es mujer transgénero, pase a la pregunta 101; si es mujer cisgénero u hombre transgénero, continúe en la pregunta 91

### L. Salud sexual y reproductiva para mujeres cisgénero y hombres transgénero

91. ¿Ha estado en embarazo alguna vez?  1 Sí  2 No *Pase a 100*  9 No sabe/no responde *Pase a 100*

92. ¿Cuántos hijos(as) nacidos(as) vivos(as) ha tenido?

*(Recuerde a la encuestada que debe considerar todos(as) los(as) hijos(as), aunque ya hayan fallecido)*

*Si registra 0 hijos(as) pase a 94*

93. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

a. ¿Cuántos años cumplidos tiene su último hijo(a) nacido(a) vivo(a)?

94. ¿Ha tenido algún aborto?

1 Sí  2 No  9 No sabe, no informa

a. ¿Fue voluntario?

1 Sí  2 No  9 Ns/Nr

95. Actualmente, ¿usted está embarazada?

1 Sí  2 No  9 No sabe, no informa

*Pase a 99*

96. ¿Se ha hecho controles prenatales?

1 Sí  2 No  9 No sabe, no informa

*Pase a 98*

*Pase a 99*

97. ¿En estos controles le han diagnosticado:

Diagnóstico	Sí	No	Ns/Nr
a. Bajo peso	1	2	9
b. Exceso de peso	1	2	9
c. Anemia	1	2	9
d. Otro	1	2	9

*Una vez la encuestada responda a cada pregunta, pase a 99*

98. ¿Por qué no ha realizado controles prenatales? *Esponánea precodificada*

<input type="checkbox"/> 1 a. Falta de tiempo	<input type="checkbox"/> 1 g. No confía en los médicos	<input type="checkbox"/> 1 m. Demora en la atención en el sitio
<input type="checkbox"/> 1 b. Servicio queda lejos	<input type="checkbox"/> 1 h. Muchos trámites	<input type="checkbox"/> 1 n. No sabía que tenía derecho
<input type="checkbox"/> 1 c. Transporte muy costoso	<input type="checkbox"/> 1 i. No sabe dónde prestan el servicio	<input type="checkbox"/> 1 o. Esposo/compañero no la dejó
<input type="checkbox"/> 1 d. Servicio médico muy costoso	<input type="checkbox"/> 1 j. Inseguridad	<input type="checkbox"/> 1 p. Padres no la dejaron
<input type="checkbox"/> 1 e. Servicio médico de mala calidad	<input type="checkbox"/> 1 k. Horarios de consulta no le sirven	<input type="checkbox"/> 1 q. Otro
<input type="checkbox"/> 1 f. Fue pero no le atendieron	<input type="checkbox"/> 1 l. Demora en la asignación de citas	

99. En los periodos de embarazo, ¿ha realizado usted la actividad sexual pagada?

1 Sí  2 No  9 No sabe, no informa

100. ¿A usted le han aplicado la vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino o virus del papiloma humano?

1 Sí  2 No  9 No sabe, no informa

### M. Salud sexual y reproductiva para mujeres cisgénero, mujeres transgénero y hombres transgénero

101. ¿Con qué frecuencia se realiza usted el autoexamen de seno?

<input type="checkbox"/> 1 Cada mes	<input type="checkbox"/> 4 Se lo ha hecho una sola vez
<input type="checkbox"/> 2 Cada seis meses	<input type="checkbox"/> 5 Nunca se lo ha realizado
<input type="checkbox"/> 3 Cada año	<input type="checkbox"/> 9 No sabe, no informa

**N. Salud sexual y reproductiva para todos y todas**

102. En el último año, ¿se ha realizado la citología vaginal, uretral o anal?

1 Sí

a. ¿Reclamó los resultados?

1 Sí

Hombre cisgénero pase a 107

Mujeres cisgénero o transgénero u hombres transgénero pasar a 104  
Pase a 103

2 No

9 Ns/Nr

Hombre cisgénero pase a 107

Mujeres cisgénero y transgénero u Hombres transgénero pasar a 104

2 No

Pase a 103

9 No sabe, no informa

Hombre cisgénero pase a 107

Mujeres cisgénero o transgénero u hombres transgénero pasar a 104

Personas menores de 40 años pasar a 109

103. ¿Cuál es la razón por la cual no se ha realizado la citología vaginal, uretral o anal o no reclamó los resultados?

Espontánea precodificada

- 1 a. Falta de tiempo
- 1 b. Servicio queda lejos
- 1 c. Transporte muy costoso
- 1 d. Servicio médico muy costoso
- 1 e. Servicio médico de mala calidad
- 1 f. Fue pero no la atendieron
- 1 g. No confía en los médicos
- 1 h. Muchos trámites
- 1 i. No sabe dónde prestan el servicio
- 1 j. Horarios de consulta no le sirven
- 1 k. Demora en la asignación de citas

- 1 l. Demora en la atención en el sitio
- 1 m. No sabía que tenía derecho
- 1 n. EPS no la ha autorizado
- 1 o. No sabía que era importante
- 1 p. Cree que puede esperar
- 1 q. Miedo/temor
- 1 r. Pereza/Descuido
- 1 s. El médico no se la ha ordenado
- 1 t. A su edad cree que no es necesario
- 1 u. No se siente enferma
- 1 v. Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**O. Salud sexual y reproductiva (para mujeres cisgénero, mujeres transgénero y hombres transgénero de 40 años o más)**

104. ¿Se ha realizado alguna vez una mamografía?

1 Sí

2 No

Mujeres cis/hombres trans pase a 109  
Mujeres trans pasar a 107

9 No sabe/  
No responde

Mujeres cis/hombres trans pase a 109  
Mujeres trans pasar a 107

105. ¿Por qué razón le hicieron la mamografía?

1 Porque tenía síntomas en los senos

2 Por chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma

3 Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

9 No sabe/No responde

106. ¿Con qué frecuencia se realiza la mamografía?

1 Una vez al año

2 Cada dos años

3 Esporádicamente

9 No sabe/No responde

Una vez registre la respuesta mujeres cis/hombres trans, pase a la pregunta 109, mujeres trans pase a la pregunta 107

**P. Salud sexual y reproductiva (solo para hombres cisgénero y mujeres transgénero de 40 años o más)**

107. ¿Se ha realizado alguna vez el examen de próstata?

1 Sí

2 No

Pase a 109

9 No sabe/No responde

Pase a 109

108. ¿Por qué razón le hicieron el examen?

1 Dolor al orinar

2 Sangre en la orina

3 Por chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma

4 Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

9 No sabe/No responde

**Preguntas para todas y todos**

109. En los últimos 12 meses, ¿usted ha tenido alguna infección adquirida por contacto sexual?

1 Sí

2 No

Pase a 112

9 No sabe/No responde

Pase a 112

110. Durante ese periodo:

Diagnóstico	Sí	No	Ns
a. Tuvo relaciones sexuales	1	2	9
b. Usó preservativo o condón	1	2	9
c. Tomó o uso medicamentos	1	2	9

111. ¿Dónde buscó tratamiento o consejo?

- 1 Hospital/clínica/institución/puesto de salud
- 2 Consultorio médico particular
- 3 Profamilia
- 4 Droguería/farmacia/botica

- 5 Curandero/yerbatero
- 6 No buscó tratamiento
- 7 Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_
- 9 No sabe/No responde

112. ¿Considera que el ejercicio de la actividad afecta su vida sexual privada?

1 Sí

a. ¿Cómo?

1 Positivamente

2 Negativamente

2 No

9 No sabe/No responde

**Q. Salud sexual y reproductiva (explotación sexual)**

113. ¿Alguna vez la(la) han forzado a tener actos o relaciones sexuales?

1 Sí

2 No

9 No sabe/No responde

Pase a 117

Pase a 117

**114. ¿Quién la(lo) forzó?** Espontánea precodificada

<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Amiga
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Expareja	<input type="checkbox"/> Profesor
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Suegro	<input type="checkbox"/> Profesora
<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Suegra	<input type="checkbox"/> Empleador
<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Otro(a) pariente	<input type="checkbox"/> Empleadora
<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Clientes
		<input type="checkbox"/> Desconocido
		<input type="checkbox"/> Desconocida
		<input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____
		<input type="checkbox"/> No sabe/No responde

**115. ¿Qué edad tenía la primera vez que ocurrió?**

Años

**116. ¿Denunció este o algún hecho similar ante las autoridades?**

Sí       No       No sabe/No responde

**R. Salud sexual y reproductiva (modificaciones corporales)**

**117. Por favor dígame:**

Procedimiento	1. ¿Ha recurrido o se ha realizado?			2. ¿A qué lugar recurrió para realizar el procedimiento?						3. ¿Ha realizado controles médicos después del procedimiento?		
	Sí	No	Ns	Centro especializado	Centro no autorizado	Salón de belleza	A domicilio	Otra	Ns/Nr	Si	No	Ns/Nr
a. ¿Ha recurrido a alguna cirugía estética o intervención quirúrgica para cambiar de apariencia física? (Implantes, inyección de silicona u otras sustancias)	1	2	9	1		3	4	5	9	1	2	9
b. ¿Ha recurrido a algún tratamiento estético o procedimiento no quirúrgico para mejorar su apariencia física? (masajes reductores, infiltraciones, peeling, etc.)	1	2	9	1	2	3	4	5	9	1	2	9
c. ¿Se ha realizado tratamientos hormonales para modificar su apariencia física?	1	2	9	1	2	3	4	5	9	1	2	9

**Gracias por su colaboración**