

1

Características de la encuesta- ENDES varones, 2008

La salud sexual y reproductiva era considerada casi exclusivamente en función de la población femenina y en particular de las mujeres en edad reproductiva. Por ello, la investigación y los servicios de salud correspondientes se orientaban de manera sesgada hacia este grupo. Actualmente, la mirada es inclusiva y parte del reconocimiento universal que cuando se habla de salud sexual y reproductiva, todos los seres humanos –varones y mujeres– deben ser considerados.

En efecto, existe consenso entre investigadores, especialistas, autoridades y líderes nacionales e internacionales que los hombres constituyen un grupo importante para programas destinados a proteger y cuidar la salud sexual y reproductiva, incluyendo programas de planificación familiar. Y no sólo porque en sí mismos ellos son importantes, sino también porque su estado de salud, sus conocimientos y sus prácticas sexuales afectan la vida y la salud de las mujeres. Así ha sido reconocido, entre otros, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994)¹ y en el de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995). Ambos enfatizan la necesidad de desarrollar más programas con información y servicios orientados a los varones para promover una mayor igualdad entre hombres y mujeres en todos los aspectos de la vida y en particular en el de la salud sexual y reproductiva.

Abundan datos que revelan un interés manifiesto de los hombres por informarse sobre temas como fecundidad, planificación familiar, prevención

y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), sexualidad y disfunciones sexuales, infertilidad, problemas urológicos y prostáticos, entre otros.

Adicionalmente, se señala² que la participación de los hombres es fundamental en:

- El uso de métodos anticonceptivos por parte de ellos y/o estimulando y respaldando a su pareja;
- La decisión sobre el tamaño de familia; es decir, en el número de hijos que la pareja desea;
- La prevención de ITS mediante el uso de condones, limitando su actividad sexual a una pareja y buscando tratamiento;
- La prevención de la violencia de género, que constituye un grave problema de salud mental en todas las capas sociales, pero en especial en las poblaciones socio-económicamente más carentes;
- El sostenimiento y éxito de los esfuerzos por mejorar la salud reproductiva de las mujeres.

Involucrar a los varones en el cuidado y protección de la salud reproductiva propia y de su pareja sólo puede ser posible si se sabe quiénes son, cómo son, qué piensan, qué hacen, cuáles son sus temores, sus preocupaciones y cuáles los problemas que podrían estar limitando el cuidado de su propia salud y el de su pareja. Aproximarse al conocimiento del universo de representaciones y prácticas de los varones sobre estos temas, habiendo explorado desde hace tiempo el correspondiente mundo femenino, permitirá

¹ Programa de acción de Cairo: Párrafo 4.25. Su objetivo es promover la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria y alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y asuman su función social y familiar.

² Program for Appropriate Technology in Health (PATH) Outlook, Volumen 14-3, 1987.

integrar ambas miradas y obtener valiosos insumos para diseñar e implementar estrategias apropiadas e incluyentes.

El Perú, pródigo en la producción de información estadística y demográfica, por diversos motivos –que incluyen falta de decisión política, desconocimiento de su importancia e insuficientes recursos económicos– tiene un vacío de información concerniente a la salud sexual y reproductiva de los varones que limita el diseño de nuevas opciones de intervención.

La única referencia nacional es la de 1996, año en que la ENDES³ incluyó un módulo específico para averiguar estos temas publicados en 1998⁴.

Para cubrir ese vacío de información y a partir de la iniciativa de varios organismos de las Naciones Unidas: UNFPA, ONUSIDA y UNICEF que brindaron su apoyo técnico y financiero, en marco del quinto año de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Continua (2004-2008) de mujeres, el INEI incluyó un módulo para hombres, a fin de investigar aspectos de su conducta y prácticas sexual y reproductiva.

1.1 Antecedentes de las encuestas de fecundidad y salud reproductiva de los varones

Encuestas de fecundidad

Las encuestas de fecundidad son permanentes desde la segunda mitad del Siglo XX. Empezaron con el apoyo técnico y financiero del UNFPA-CELADE a través del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad para América Latina (PEAL-PECFAL 1968-69) en áreas urbana y rural; a las que siguieron la Encuesta Demográfica Nacional (1974-1976) en su versión prospectiva (EDEN) y retrospectiva (RETROEDEN). Entre 1977 y 1978 se realizó la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF) como parte del Programa denominado World Fertility Survey; y en 1991 tuvo lugar la Encuesta de

Prevalencia de Anticonceptivos (ENPA) con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID.

En 1986 comenzó el levantamiento de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) con una periodicidad de cada cinco años. Desde entonces se dispone de las ediciones de 1986, 1991-92, 1996 y 2000. A partir del año 2004 se puso en ejecución una modalidad diferente; la versión continua de relevamiento de datos que ya ha culminado su fase experimental. La ENDES Continua busca acumular anualmente entre 5 y 6 mil participantes hasta completar unos 25,000 en el quinto año de ejecución, lo que permitirá su representatividad departamental.

La ENDES pertenece al programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS), que se realiza mediante convenios con Macro International y contaba con el financiamiento de USAID, hasta que en años recientes el Estado peruano las ha hecho suyas. Esta encuesta se ha convertido en la fuente de datos de consulta obligada para el conocimiento de la realidad demográfica del país, y para la orientación de las políticas públicas en lo que atañe a la salud reproductiva, planificación familiar, salud materno infantil, nutrición y, últimamente, también de infecciones de transmisión sexual, VIH y violencia doméstica.

Encuestas de salud reproductiva de los varones

Antecedentes internacionales

Desde 1984, el Programa de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) es una iniciativa de envergadura mundial de investigación de fecundidad y salud materno infantil en países en desarrollo. Hasta la fecha se ha realizado más de 170 encuestas en alrededor de 70 países de África, Asia, Latino América y el Caribe.

Inicialmente se enfocaba a la comprensión de

³ Las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) constituyen una de las mayores intervenciones para investigar temas nutricionales, de salud materno-infantil, familiar y del adulto en países en desarrollo...

⁴ INEI- Comportamiento Reproductivo del Hombre y Salud Reproductiva de la Pareja Conyugal, Lima, 1998.

la fecundidad de las mujeres y sus variables intermedias; sin embargo, con el incremento del VIH que en muchos países es un problema de salud pública, la DHS expandió sus objetivos incluyendo preguntas sobre comportamiento sexual y se entrevistó también a hombres. Este cambio coincidió con la mayor conciencia de la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en las decisiones reproductivas de la pareja, con la convicción de la importancia que los varones cuiden su propia salud y que su inclusión repercute en el estado de salud de las mujeres y los niños, y con el compromiso a favor de una relación equitativa entre los sexos por lo que las últimas versiones de la DHS contienen también un módulo sobre violencia doméstica. Todo ello hace de la DHS una fuente notable para el conocimiento de estos temas y para el diseño y ejecución de políticas públicas respectivas.

Hay otros programas de menor extensión que también recogen información sobre comportamiento sexual de los varones. Por ejemplo, las encuestas sobre Salud Reproductiva y Adultos Jóvenes conducida por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, y, más recientemente, la Encuesta de Comportamiento Sexual (SBS - Sexual Behaviour Survey), además de las encuestas de indicadores de sida, que se agregan a la gama de fuentes de datos sobre el comportamiento sexual de los hombres⁵.

Antecedentes nacionales

La preocupación por incluir a los hombres en las investigaciones de fecundidad comenzó con iniciativas locales cuyos resultados tuvieron restringida diseminación. Así, en 1967, el Estudio de Fecundidad en Cerro de Pasco, realizado por el entonces Centro de Investigaciones Sociales por Muestreo del Ministerio de Trabajo en convenio con el Instituto de Estudios de Altura (Cayetano Heredia) incluyó una sección para la pareja de

las mujeres entrevistadas en la que se averiguaba su conocimiento, opiniones, uso alguna vez y uso actual de métodos anticonceptivos. En 1972 el Hospital y la Universidad Cayetano Heredia, como parte de su Programa de Medicina Comunitaria, realizaron una encuesta de hogares en su área de influencia entrevistando a mujeres y hombres sobre distintos aspectos del cuidado de su salud incluyendo temas de salud reproductiva y práctica anticonceptiva.

En 1985, el Consejo Nacional de Población llevó a cabo una encuesta de "Fecundidad y Anticoncepción" en una muestra representativa de tres estratos: medio, bajo y rural del departamento de Lima, incluyéndose una submuestra de varones, pareja de las mujeres entrevistadas.

Finalmente, la ENDES 1996 incluyó por primera vez una submuestra de varones que produjo indicadores de la conducta de los varones representativos a nivel nacional.

1.2 Importancia de la ENDES en el Perú y su aporte al conocimiento de la salud sexual y reproductiva de los varones

En los últimos 20 años, las ENDES en el Perú han constituido una de las más completas y confiables fuentes de información en nutrición, salud materno-infantil y familiar, incluyendo el VIH y otras ITS. Sus resultados no sólo permiten conocer la situación y tendencias en estos temas, sino también evaluar las políticas públicas orientadas a hacerles frente.

En el Perú, en el año 1996 se exploró por primera vez los procesos de la salud sexual y reproductiva en población de varones, tales como la fecundidad, nupcialidad, su participación en la salud sexual y reproductiva de su pareja, uso de métodos anticonceptivos, conocimientos sobre VIH e ITS, comportamientos de riesgo frente al VIH e ITS, entre otros.

⁵ S L Curtis and E G Sutherland (2004) Measuring sexual behaviour in the era of HIV/AIDS: the experience of Demographic and health surveys and similar enquiries.

No obstante el reconocimiento de la importancia de los hombres al desempeñar un rol primordial e ineludible en el estado de su propia salud sexual y reproductiva y la de su pareja, esta información fue descontinuada hasta el año 2008, en que nuevamente se incorporó la medición de la ENDES en los varones. Esta nueva versión de la ENDES varones, es más variada en contenido y más extensa en cuanto al tamaño de la muestra utilizada, ofreciendo una vasta información sobre la salud sexual y reproductiva de los varones y sus parejas.

Las Encuestas de Demografía y Salud (ENDES) son, por la rigurosidad de su metodología y potencia de sus resultados, el medio idóneo para acceder a esta información.

1.3 Objetivos de la ENDES Varones 2008

Objetivo general

La ENDES Varones 2008 tiene como objetivo general conocer las opiniones, actitudes y prácticas de la población masculina de 15 a 59 años sobre distintos aspectos de su comportamiento sexual y reproductivo, con el propósito de diseñar estrategias de intervención que contribuya a mejorar la condición de su propia salud y de las mujeres con las que viven o se relacionan.

Objetivos específicos

- Disponer de información sobre distintos aspectos de la conducta sexual de los varones de 15 a 59 años del país que permita a las autoridades públicas e instituciones interesadas diseñar estrategias de intervención de acuerdo a los problemas detectados, considerando la edad y otras características de los informantes.
- Ofrecer al Ministerio de Salud, a los investigadores interesados y a la opinión pública datos actualizados sobre reproducción, conocimiento y práctica anticonceptiva de los varones; así como sobre mitos, creencias erróneas y temores sobre determinados métodos que sirvan como fundamento para construir opciones de intervención

que involucren a los varones en la salud reproductiva de las mujeres.

- Proveer a las autoridades de las instituciones públicas, como salud, educación e instituciones no gubernamentales especializadas, datos sobre el conocimiento, opiniones y actitudes respecto a diferentes aspectos del VIH y de las ITS, que contribuyan a la formulación de planes y programas educativos sobre formas de prevención y tratamiento de estas dolencias, especialmente en aquellas poblaciones más expuestas al riesgo, como son los jóvenes, los hombres que tienen sexo con otros hombres, etc.
- Brindar al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y, a la opinión pública información actualizada sobre la violencia doméstica como insumo para la toma de decisiones que apoyen la protección de los grupos más vulnerables.
- Disponer de información sobre nuevas variables que complementen los patrones sexuales de la población peruana para una comprensión cabal de las tendencias reproductivas en el país, a fin de orientar la provisión de servicios hacia necesidades más reales.
- Reforzar la capacidad institucional del INEI para conducir y analizar encuestas en varones que haga posible comprender integralmente el comportamiento reproductivo de la población peruana, a la vez de cumplir con requerimientos internacionales que den cuenta de los avances del país en este rubro.

1.4 Aspectos metodológicos

Población objetivo

La ENDES Continua 2008 tiene como población objetivo:

- Los residentes habituales de hogares particulares y los no residentes que pernoctaron en el hogar la noche anterior a la entrevista.
- Todas las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 6 años.
- Todos los varones de 15 a 59 años residentes habituales de los hogares del área urbana y rural del país incluidos como una submuestra de la muestra anual de la ENDES Continua en el 2008.

Diseño y características de la muestra

La muestra de hogares de la ENDES Varones es una sub muestra de la ENDES Continua-V Ciclo y tiene como características ser probabilística y auto ponderada en cada conglomerado. Es probabilística porque las viviendas en cada conglomerado son seleccionadas mediante métodos aleatorios lo que permite efectuar inferencias a la población en base a la teoría de probabilidades. Es auto ponderado porque todas las viviendas en cada conglomerado tienen la misma probabilidad de pertenecer a la muestra.

El tamaño de la muestra para la ENDES Varones de 2008 fue determinado considerando los requerimientos de confiabilidad estadística que permitan obtener indicadores representativos para los siguientes niveles de inferencia:

- Total del país.
- Área: nacional urbana y nacional rural.
- Región natural: Lima Metropolitana, resto de costa, sierra, selva.

De acuerdo al Censo, área urbana es todo

conglomerado de 100 viviendas contiguas o más (más o menos 500 habitantes a razón de 5 miembros por vivienda); en cambio, en la Encuesta, el número mínimo para que sea determinada como área urbana es 2 mil habitantes.

Se estableció un número global de 283 conglomerados evaluando los coeficientes de variación (CV) de variables investigadas en la ENDES Varones de 1996. Se estimaron los tamaños de muestra para valores aceptables del error muestral (coeficiente de variación) agregando un porcentaje que reemplace el error de marco u otras razones de no entrevista.

En Lima Metropolitana, fue necesario incluir en la submuestra de varones a todos los hogares de la ENDES Continua; mientras que en el resto del país se fijó un tamaño muestral global de 3,574 hogares, con una tasa de muestreo por conglomerado igual a 0.5 (aproximadamente $f=1/2$). Esto dio lugar a una muestra sin ponderar de 3,986 hogares cuya distribución por región natural y área de residencia se presenta en el Cuadro 1.1.

Cuadro 1.1: Tamaño de la muestra por área de residencia y región natural, 2008 (Sin ponderar)

Hogares	Total	Área de residencia		Región natural			
		Urbana	Rural	Lima Metropolitana	Resto Costa	Sierra	Selva
Total	3 986	2 246	1 740	554	945	1 659	828
Porcentaje	100.0	56.3	43.7	13.9	23.7	41.6	20.8

Fuente: INEI-UNFPA-PERU: Salud sexual y reproductiva de los varones, 2008, Lima, abril 2010

Como se aprecia en el Cuadro 1.2, de todos los hogares visitados, el 98,0 por ciento contaba entre los suyos a varones de cualquier edad y un mínimo 2,0 por ciento, albergaba únicamente a mujeres. Un 3,0 por ciento sólo tenía varones de

15 a 59 años, es decir, elegibles para la entrevista. En contraste, un porcentaje similar (2,9 por ciento) sólo tenía varones menores de 15 y mayores de 59 años, o sea no elegibles. El 8,0 por ciento de estos últimos tenía como jefe de hogar una mujer.

**Cuadro 1.2: Distribución de los hogares con miembros varones, 2008
(Sin ponderar)**

Hogares	Abs.	%
Hogares de la muestra	3 986	100.0
Hogares con miembros varones de cualquier edad 1/	3 903	97.9
Hogares con miembros varones sólo de 15 a 59 años 1/	123	3.1
Hogares con miembros varones sólo menores de 15 y mayores de 59 años 1/	118	2.9
Hogares con miembros varones menores de 15 y mayores de 59 años 1/, cuya jefa de hogar es mujer	9	7.6

1/ Hogares en los que habían varones que durmieron la noche anterior a la entrevista.

Fuente: INEI-UNFPA-PERU: Salud sexual y reproductiva de los varones, 2008, Lima, abril 2010

El total de personas de cualquier edad registradas en los hogares de la muestra fue 17 mil 254. De ellos, 9 mil 133 eran varones de cualquier edad, entre quienes 5 mil 725 fueron varones elegibles (15-59 años). Véase Cuadro 1.3. Este fue el universo de la ENDES Varones habiéndose podido completar la entrevista en 4 mil 905 casos lo que se traduce en una tasa de respuesta de

85,7 por ciento. Un 14,3 por ciento de elegibles no pudieron ser entrevistados por no encontrarse en la vivienda, porque fue difícil ubicarlos o por rechazo a la entrevista. El 95,0 por ciento de entrevistas fueron completadas en la primera visita; un 4,4 por ciento en la segunda y el restante 0,6 por ciento entre la tercera y quinta visita.

**Cuadro 1.3: Distribución de la población de los hogares, por región natural y área de residencia, 2008
(Sin ponderar)**

Variable	Casos sin ponderar	Región natural			Área de residencia		
		Lima Metropolitana	Resto Costa	Sierra	Selva	Urbana	Rural
Total de miembros del hogar 1/	17 254	2 362	4 078	7 231	3 583	9 554	7 700
Varones de todas las edades	9 133	1 246	2 150	3 770	1 967	4 970	4 163
Varones elegibles	5 725	840	1 425	2 265	1 195	3 323	2 402
Varones entrevistados	4 905	734	1 190	1 924	1 057	2 866	2 039
Tasa de respuesta de los varones	85.7	87.4	83.5	84.9	88.5	86.2	84.9

1/ Total de miembros registrados en el hogar. La ponderación convierte esta cifra en 16,384. De éstos, 286 declararon no ser residentes habituales lo que reduce el número de casos a 16,098 personas. Otros 530 no durmieron en la vivienda la noche anterior a la entrevista con lo que el total de miembros del hogar que corresponde a la definición adoptada como criterio de elegibilidad por la encuesta quedó en 15,854. No obstante, únicamente para ilustrar sobre la tasa de respuesta se incluye en el cuadro 1.3 todos los casos registrados originalmente.

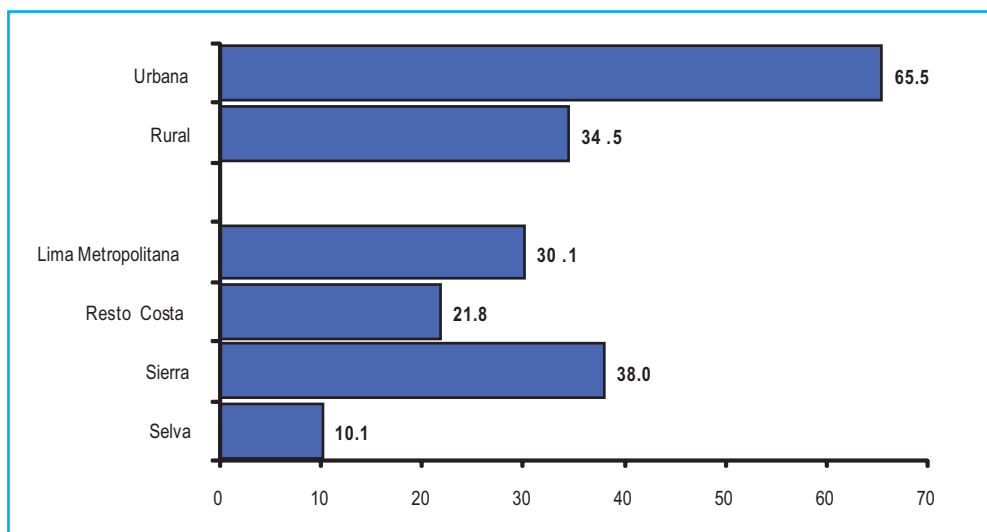
Fuente: INEI-UNFPA-PERU: Salud sexual y reproductiva de los varones, 2008, Lima, abril 2010

Contrariamente a lo que se suele encontrar, hubo una relativa mejor receptividad en el área urbana donde cerca de 86 varones de cada cien accedieron a responder el cuestionario. Comparativamente, en el área rural lo hicieron 85 de cien. Por regiones, el rendimiento más elevado de la muestra se produjo en la selva registrándose un porcentaje de entrevistas completas de casi el 89,0 por ciento versus el 87,0 por ciento en Lima Metropolitana, el 85,0 por ciento en la sierra y el

porcentaje más bajo de 83,0 por ciento en el resto costa (Cuadro 1.3).

Como la distribución de hogares que aparece en el Cuadro 1.1 no corresponde a su peso efectivo, los casos registrados fueron ponderados o "pesados" por factores que permiten reproducir la importancia relativa real de los hogares y de la población que albergan en cada región y área respecto a la población nacional.

Gráfico 1.1: Distribución del número de hogares, según área de residencia y región natural, 2008
(N° ponderado de hogares 3720)



Fuente: INEI-UNFPA-PERU: Salud sexual y reproductiva de los varones, 2008, Lima, abril 2010

La ponderación aplicada al número registrado de casos da un total de 3 mil 720 hogares (Gráfico 1.1) y es sobre esta nueva cifra y sobre la población (también ponderada) de los hogares que se estimarán los indicadores a utilizarse en el análisis de los diferentes temas investigados en la encuesta. Como se aprecia, de acuerdo a los datos ponderados casi la tercera parte de los hogares visitados pertenece a Lima Metropolitana, el 22,0 por ciento al resto costa, el 38,0 por ciento a la sierra y el 10,0 por ciento a la selva. Por su parte, la distribución por áreas da un 65,5 por ciento de hogares en el área urbana y un 34,5 por ciento en el área rural. Estos porcentajes son coherentes con la distribución obtenida de la población según otras fuentes como la ENDES Continua y el Censo de 2007.

Cuestionarios y principales temas investigados

Para la recolección de datos se utilizó dos cuestionarios:

1. Un Cuestionario del Hogar que incluía cuatro secciones, además de tapa en la que se anotaba la ubicación geográfica, la identificación muestral y el número de visitas realizadas a la vivienda.
 - Sección 1: Listado del hogar en el que se

anotaba el nombre y algunas características demográficas y socio-económicas de todas las personas que residen habitualmente en el hogar.

- Sección 2: Características de la vivienda en la que se registró las particularidades físicas de las unidades habitacionales.
- Sección 3: Medición del peso y talla (de aplicación exclusiva a las mujeres de 15 a 49 años y a los niños menores de 6 años).
- Sección 4: Prueba de hemoglobina que se aplicó únicamente a las mujeres en edad reproductiva.

2. Un Cuestionario Individual que se aplicó a todos los varones de 15 a 59 años en el que se indagaba diferentes aspectos de la salud de los varones. La versión final de este cuestionario pasó por un proceso de redacción que incluyó numerosas reuniones de coordinación con el UNFPA (institución que apoyó técnica y financieramente la aplicación de este módulo) y otras instituciones públicas, privadas y ONGs, entre ellas, Ministerio de Salud, CARE, UNICEF, ONUSIDA. Luego de varias versiones preliminares a las que se hicieron sucesivas modificaciones se convino en la versión final que fue aplicada en el trabajo de campo. (Véase el Anexo Metodológico para más detalles). El cuestionario Individual consta de 7 secciones.

Sección	Contenido
1. Antecedentes del entrevistado	Lugar de socialización hasta los 12 años, migración, edad, asistencia escolar, nivel educativo, alfabetización, analfabetismo potencial, exposición a medios de comunicación de masas, idioma materno, tenencia de seguro de salud, actividad económica, desempleo, ingresos, entre otros.
2. Reproducción	Hijos tenidos vivos, hijos sobrevivientes, hijos biológicos reconocidos, deseo de tener el último hijo, participación en el cuidado prenatal y post natal de la madre de su último hijo, lugar de nacimiento y presencia en el momento del parto.
3. Anticoncepción	Conocimiento de métodos anticonceptivos, usó alguna vez y uso actual (o su pareja) de métodos anticonceptivos por tipo de método, lugar de abastecimiento, razones de no uso, conocimiento del método del ritmo, del MELA y opiniones sobre la anticoncepción. Indagación de varios aspectos del uso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria entre los usuarios de este método, etc.
4. Nupcialidad masculina y actividad sexual	Estado conyugal y relaciones de pareja, edad a la primera unión y a la primera relación sexual, actividad sexual, aspectos diversos sobre uso del condón, comportamiento sexual y experiencias con trabajadoras/trabajadores sexuales y con hombres que tienen sexo con hombres (HSH), problemas de próstata, conocimiento de síntomas, búsqueda de tratamiento, conocimiento de la forma de contagio de la TBC y si puede ser curada.
5. Preferencias de fecundidad	Deseo de tener más hijos, cuándo, aprobación del uso de métodos anticonceptivos para evitar un embarazo, percepción sobre la opinión de su esposa al respecto, aprobación de la difusión de información sobre planificación familiar, exposición a mensajes sobre PF y número ideal de hijos y opinión sobre el número deseado por la esposa o compañera, disposición a usar vasectomía.
6. Sida y otras infecciones de transmisión sexual	ITS que conoce y síntomas (en varones y mujeres) que permiten identificar la presencia de estas enfermedades, incluyendo el VIH, fuentes de información y forma sobre prevención y tratamiento de las ITS y VIH, lugares dónde recibir información y tratamiento, tamizaje del VIH, auto percepción del riesgo de transmisión de ITS y VIH, opinión respecto al sida y las personas que la padecen, auto diagnóstico de su situación actual y búsqueda de tratamiento en caso de estar padeciendo de una ITS, conocimientos correctos, uso y opiniones sobre el uso del condón para prevención de contraer ITS y VIH.
7. Violencia doméstica	Prevalencia de la violencia física y psicológica en el hogar, si es o fue agredido o maltratado por su esposa o compañera, por los padres en su infancia, si él agrede (agredió) a su esposa o compañera, opiniones sobre el castigo físico y psicológico a los hijos, quién la ejerce, percepciones sobre la violencia física en el hogar.