

B2. ¿Su salud le ha impedido trabajar en un empleo, trabajar en la casa, ir a la escuela o cuidar a los hijos durante las 4 últimas semanas:

- En todo momento 1
- A veces 2
- En ningún momento 3

B3. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo las 4 últimas semanas?

- No, ninguno 1
- Sí, muy poco 2
- Sí, un poco 3
- Sí, moderado 4
- Sí, mucho 5
- Sí, muchísimo 6

B4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

B5. Durante las 4 últimas semanas, ¿se le ha hecho imposible hacer ciertos tipos o cantidades de trabajo, tareas domésticas o escolares o atender a los hijos debido a su salud:

- En todo momento 1
- A veces 2
- En ningún momento 3

B6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

B7. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 13A.

¿Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Por favor, dígame si su salud actual le limita mucho, un poco o nada.

| Su salud actual,... | SÍ, ME LIMITA MUCHO | SÍ, ME LIMITA UN POCO | NO, NO ME LIMITA NADA |
|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. ¿le limita para hacer <u>esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? | 1 | 2 | 3 |

WIHS ID#

| Su salud actual,... | SÍ, ME LIMITA MUCHO | SÍ, ME LIMITA UN POCO | NO, NO ME LIMITA NADA |
|---|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| b. ¿le limita para hacer <u>esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora?..... | 1 | 2 | 3 |
| c. ¿le limite para subir varios pisos por la escalera? | 1 | 2 | 3 |
| d. ¿le limita para comer, vestirse, bañarse o usar el baño? | 1 | 2 | 3 |

B8. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 13.

Las preguntas siguientes se refieren a cómo se ha sentido han ido las cosas las últimas 4 semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Por favor, dígame si se ha estado sintiendo así siempre, casi siempre, muchas veces, algunas veces, solo alguna vez o nunca.

| Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿con que frecuencia... | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | MUCHAS VECES | ALGUNAS VECES | SOLO ALGUNA VEZ | NUNCA |
|--|---------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------------|-------|
| a. la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. tuvo problemas para concentrarse en una actividad por mucho tiempo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. tuvo dificultad en razonar y resolver problemas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. se sintió calmada y tranquila? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. se sintió desanimada y triste? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. se sintió agotada?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. tuvo suficiente energía para hacer las cosas que quería hacer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. se sintió feliz?..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

B9. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 14.

Por favor, diga si le parece cierto o falsa cada una de las siguientes frases. ¿Son totalmente cierta, bastante cierta, no lo sé, bastante falsa o totalmente falsa?

| | TOTALMENTE CIERTA | BASTANTE CIERTA | NO LO SI | BASTANTE FALSA | TOTALMENTE FALSA |
|---|----------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| a. Mi salud es excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Me he estado sintiendo mal últimamente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B10. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 15.

En términos generales, ¿cómo calificaría la calidad de su vida? Por favor dígame el número que mejor la describe, siendo “0” la peor calidad de vida posible, y “10” la mejor.



LA PEOR CALIDAD DE
VIDA POSIBLE (TAN MAL
O PEOR QUE ESTAR
MUERTA)

MAS O MENOS

LA MEJOR
CALIDAD DE
VIDA POSIBLE

SECTION C: CES-D DEPRESSION SCALE

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 16.

Voy a leer una lista de las maneras que quizás Ud. ha sentido o en la forma que ha actuado durante la semana pasada. Por favor, dígame con qué frecuencia Ud. se ha sentido así durante la semana pasada.

NOTE THAT RESPONSE CARD CATEGORIES ARE AS FOLLOWS:

- 1 = Raramente o nunca (menos de 1 día)
- 2 = Un poco o muy pocas veces (1-2 días)
- 3 = Ocasionalmente o a veces (3-4 días)
- 4 = Casi siempre o siempre (5-7 días)

Durante la semana pasada...

| | RARAMENTE (<1 día) | UN POCO (1-2 días) | OCASIONAL- MENTE (3-4 días) | CASI SIEMPRE (5-7 días) |
|--|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| C1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C2. No tuve ganas de comer, mi apetito fue pobre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C3. Sentí que no me podía quitar la tristeza de encima, ni con la ayuda de mi familia o amigos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C4. Me sentí tan bien como las otras personas | 1 | 2 | 3 | 4 |

WIHS ID#

Durante la semana pasada...

| | RARAMENTE (<1 día) | UN POCO (1-2 días) | OCASIONAL- MENTE (3-4 días) | CASI SIEMPRE (5-7 días) |
|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| C5. Tuve problemas concentrándome en lo que estaba haciendo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C6. Me sentí deprimida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C7. Sentí que todo lo que hacía tomaba mucho esfuerzo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C8. Me sentí llena de esperanza en el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 |

Durante la semana pasada...

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| C9. Pensé que mi vida había sido un fracaso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C10. Me sentí temerosa..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C11. No descansé al dormir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C12. Estuve contenta/feliz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C13. Hablé menos de lo normal..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

Durante la semana pasada...

| | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| C14. Me sentí sola | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C15. La gente no fue amistosa..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C16. Disfruté de la vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C17. Tuve tiempos de llanto | 1 | 2 | 3 | 4 |

Durante la semana pasada...

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| C18. Me sentí triste..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C19. Sentí que nadie me quería | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C20. No podía motivarme..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

SECTION F: SEXUAL ABUSE

INTRODUCTION: A veces podemos estar en situaciones difíciles, o nos ocurren cosas que no podemos controlar, como el abuso sexual o el daño físico. Estamos conscientes de que recordar esas experiencias puede ser difícil. Por lo tanto, si necesita tomarse un tiempo durante las próximas secciones, simplemente dígamelo y tomaremos una pausa de unos minutos.

F1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿alguien la presionó o la forzó a tener contacto sexual? Al decir contacto sexual me refiero a que esa/s persona/s le tocara/n sus órganos sexuales, que Ud. tocó los de la/s otra/s persona/s, o tener relaciones sexuales.

- YES 1
- NO 2 (SECTION G)
- DON'T KNOW <-8> (SECTION G)
- DECLINED <-7> (SECTION G)

| ¿Quién la abusó sexualmente? INTERVIEWER: ASK ABOUT EACH. | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|--|--|------------|-----------|
| a. | ¿Fue su pareja actual? | 1 | 2 |
| b. | ¿Fue una pareja anterior? | 1 | 2 |
| c. | ¿Fue alguien que usted conocía pero que nunca fue su pareja? | 1 | 2 |
| d. | ¿Fue un extraño? | 1 | 2 |

F2. ¿Se ha terminado?

- YES 1
- NO **2**

F4. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sido forzada a tener relaciones sexuales con alguien que Ud. sabía era VIH positivo?

- YES **1**
- NO 2
- DON'T KNOW <-8>
- DECLINED <-7>

REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR

SECTION G: PHYSICAL VIOLENCE

G1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sido expuesta a violencia física seria (daño físico por otra persona)? Con ello quiero decir, ¿alguna vez fue lastimada por una persona que usó un objeto o fue abofeteada, maltratada, golpeada a puñetazos o pateada?

- YES 1
- NO 2 (SECTION H)
- DON'T KNOW <-8> (SECTION H)
- DECLINED <-7> (SECTION H)

WIHS ID#

| |
|--|
| |
|--|

| | ¿Quién la abusó físicamente? INTERVIEWER: ASK ABOUT EACH. | YES | NO |
|----|--|------------|-----------|
| a. | ¿Fue su pareja actual? | 1 | 2 |
| b. | ¿Fue una pareja anterior? | 1 | 2 |
| c. | ¿Fue alguien que usted conocía pero que nunca fue su pareja? | 1 | 2 |
| d. | ¿Fue un extraño? | 1 | 2 |

G2. ¿Se ha terminado?

YES..... 1
 NO..... 2

REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR

SECTION H: DOMESTIC VIOLENCE

| Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún compañero(a) actual o previo: [ASK H1-H8] | YES | NO |
|--|------------|-----------|
| H1. la amenazó con lastimarla o matarla? | 1 | 2 |
| H2. le impidió que saliera o entrara de su casa? | 1 | 2 |
| H3. le impidió que viera a amigos? | 1 | 2 |
| H4. le impidió que hiciera llamadas telefónicas? | 1 | 2 |
| H5. le impidió que consiguiera o mantuviera un trabajo? | 1 | 2 |
| H6. le impidió que continuara con su educación? | 1 | 2 |
| H7. le impidió que procurara atención médica? | 1 | 2 |
| H8. la amenazó cuando Ud. habló acerca del uso de un condón u otro método de protección (tal como un protector de boca [<i>dental dam</i>])? | 1 | 2 |

REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR

PROMPT: IF RESPONSE TO ANY OF QUESTIONS H1 THROUGH H8 IS “YES” ASK QUESTION H9. IF RESPONSES TO ALL OF QUESTIONS H1 THROUGH H8 ARE “NO” SKIP TO QUESTION H11.

H9. ¿Se ha terminado?

YES..... 1
 NO..... 2

