

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY  
PSYCHOSOCIAL MEASURES  
FORM 26

SECTION A: GENERAL INFORMATION

A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE

□-□□-□□□□-□

A2. WIHS STUDY VISIT #:

\_\_\_ \_\_\_

A3. FORM VERSION:

10 / 01 / 03

A4. DATE OF INTERVIEW:

\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_  
M D Y

A5. INTERVIEWER'S INITIALS:

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

A6. DATE OF LAST STUDY VISIT AT WHICH ENTIRE F26 WAS ADMINISTERED (i.e., LAST EVEN-NUMBERED VISIT)

\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_  
M D Y

A7. TIME MODULE BEGAN:

□□:□□ AM .....1  
PM.....2

A8. IS FORM BEING ADMINISTERED AT AN ODD-NUMBERED VISIT (E.G., 19, 21, 23, ETC.)?

YES.....1 (SKIP TO SECTION C)  
NO .....2

INTRODUCTION TO PARTICIPANT:

Ahora le voy a preguntar sobre sus pensamientos y sentimientos, desde su visita al estudio en \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_. (INTERVIEWER: ENTER DATE FROM QUESTION A6 AND USE M D Y THROUGHOUT INTERVIEW WHEREEVER "(MONTH)" APPEARS.)

**SECTION B: QUALITY OF LIFE SCALE**

B1. En general, diría Ud. que su salud es:

- Excelente ..... 1
- Muy buena..... 2
- Buena..... 3
- Regular ..... 4
- Mala..... 5

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
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	ALGUNA S 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

Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia...	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	SOLO ALGUNA VEZ	NUNCA
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 SÉ	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.

Primero, 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...	RARELY (Less than one day)	SOME (1 - 2 days)	OCCASIONALLY (3 - 4 days)	MOST (5 - 7 days)
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
Durante la semana pasada...				
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

**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)

		RARELY (Less than one day)	SOME (1 - 2 days)	OCCASIONALLY (3 - 4 days)	MOST (5 - 7 days)
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
C21.	IS FORM BEING ADMINISTERED AT AN ODD-NUMBERED VISIT (E.G., 19, 21, 23, ETC.)?				
	YES .....	1 (SKIP TO H4)			
	NO .....	2			

**SECTION D: SOCIAL SUPPORT**

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre los tipos de ayuda que quizás Ud. ha recibido de sus familiares, amigos o su compañero(a).

D1. A veces uno necesita ayuda con el cuidado de los hijos, para llevarlos a algún lado o a veces uno necesita pedir algo prestado. Durante el mes pasado, ¿recibió este tipo de ayuda de alguno de sus familiares, amigos y/o su compañero(a)?

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

D2. Durante el mes pasado, ¿sus familiares, amigos y/o compañero(a) la consolaron y alentaron?

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

D3. Durante el mes pasado, ¿sus familiares, amigos y/o compañero(a) la escucharon y/o trataron de entender sus preocupaciones (problemas)?

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

**SECTION E: CHILDREN**

E1. Las próximas preguntas son acerca de sus hijos. Por hijos me refiero a todos los hijos a los cuales Ud. haya dado a luz, es decir hijos biológicos, así como los adoptados, hijastros o hijos de crianza y que tienen menos de 18 años de edad. Discúlpeme, si le vuelvo a preguntar algo que ya Ud. había contestado. Tiene usted hijos vivos menores de 18 años?

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

E2. Esta pregunta se refiere a algún cambio que haya ocurrido en cuanto a sus hijos que tienen menos de 18 años de edad. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha dado a luz o se le ha muerto algún hijo, ha adoptado algún hijo o ha adquirido un hijo de crianza; ha colocado a algún hijo en un hogar de crianza (crianza bajo otra persona); o algún hijo ha venido a vivir con Ud. o se ha mudado fuera de la casa por alguna otra razón?

- YES ..... 1      **(E3)**
- NO ..... 2      **(PROMPT BELOW)**
- DON'T KNOW ..... <-8>      **(PROMPT BELOW)**
- DECLINED ..... <-7>      **(PROMPT BELOW)**

**PROMPT: IF E2 = NO, DON'T KNOW OR DECLINED AND E1 = YES, THEN SKIP TO QUESTION E10.**

**IF E2 = NO, DON'T KNOW OR DECLINED AND E1 = NO, THEN DO NOT ADMINISTER ANY ADDITIONAL SECTION E QUESTIONS. READ PROMPT ON PAGE 10 AND PROCEED TO QUESTION F1 OR H4 AS DIRECTED.**

E3. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha dado a luz a algún hijo?

- YES..... 1
- NO..... 2 (E4)
- DON'T KNOW..... <-8> (E4)
- DECLINED..... <-7> (E4)

a. ¿Vive ese hijo/esos hijos con Ud.?

- YES..... 1
- NO..... 2
- NO/NO LONGER LIVING..... 3
- DON'T KNOW..... <-8>
- DECLINED..... <-7>

E4. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha adquirido la responsabilidad de cuidar algún hijo de crianza, algún hijastro, algún hijo adoptado o algún otro hijo?

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

E5. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha dejado de cuidar de algún hijo menor de los 18 años de edad?

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

E6. Las próximas preguntas son acerca de algún hijo suyo que haya muerto. Desde su visita al estudio en (MES), ¿murió algún hijo suyo—ya sea un hijo biológico o adoptado, un hijastro o un hijo de crianza?

- YES..... 1 (E6a)
- NO..... 2 (PROMPT BELOW)
- DON'T KNOW..... <-8> (PROMPT BELOW)
- DECLINED..... <-7> (PROMPT BELOW)

**PROMPT: IF E6 = NO, DON'T KNOW OR REFUSED AND E1 = YES, SKIP TO QUESTION E10.**

**IF E6 = NO, DON'T KNOW OR REFUSED AND E1 = NO, DO NOT ADMINISTER ANY ADDITIONAL SECTION E QUESTIONS. READ PROMPT ON PAGE 10 AND THEN PROCEED TO F1 OR H4 AS DIRECTED.**

a. Desde su visita al estudio en (MES),  
¿cuántos de sus hijos han muerto?

\_\_\_\_\_  
# CHILDREN

**START F26S1**

**PROMPT: COMPLETE THIS SERIES OF QUESTIONS FOR EACH CHILD REPORTED AT E6a. YOU MAY GET A NAME OR INITIAL FOR EACH CHILD TO FACILITATE ADMINISTRATION. HOWEVER, DO NOT RECORD THE CHILD'S NAME ON THE FORM.**

**INTRODUCTION:** Las siguientes preguntas son acerca de [este hijo(a)/estos hijo(a)s]. Nos gustaría saber algo sobre la edad y la salud del hijo(a) antes de que muriera. Si necesita un poco de tiempo, dígamelo y tomaremos una pausa.

**[PAUSE OR STOP UNTIL THE PARTICIPANT SEEMS READY TO BEGIN.]**

¿Está lista para comenzar?

**[IF PARTICIPANT REPORTED MORE THAN ONE CHILD HAVING DIED, PROMPT AS FOLLOWS:** Comencemos con el primer hijo... Ahora continuemos con el próximo...]

	a. ¿Era ( ) un hijo biológico, adoptado, un hijastro o un hijo de crianza?	b. ¿Qué edad tenía ( ) al morir?	c. ¿Vivía él/ella con Ud.?	d. ¿Era él/ella VIH positivo?	e. ¿Cual fue la causa de su muerte?
E7.	BIOLOGICAL ..... 1 ADOPTED ..... 2 STEP/FOSTER ..... 3	_ _  MONTH.. 1 YEAR..... 2	YES ..... 1 NO..... 2	YES ..... 1 NO..... 2 DON'T KNOW ... <-8> DECLINED..... <-7>	_____ _____ _____ (SPECIFY)
E8.	BIOLOGICAL ..... 1 ADOPTED ..... 2 STEP/FOSTER ..... 3	_ _  MONTH.. 1 YEAR..... 2	YES ..... 1 NO..... 2	YES ..... 1 NO..... 2 DON'T KNOW ... <-8> DECLINED..... <-7>	_____ _____ _____ (SPECIFY)
E9.	BIOLOGICAL ..... 1 ADOPTED ..... 2 STEP/FOSTER ..... 3	_ _  MONTH.. 1 YEAR..... 2	YES ..... 1 NO..... 2	YES ..... 1 NO..... 2 DON'T KNOW ... <-8> DECLINED..... <-7>	_____ _____ _____ (SPECIFY)

**PROMPT: IF E1 = NO, SKIP TO PROMPT, PAGE 10. [DO NOT ASK E10-E13 IF PARTICIPANT REPORTS NO LIVING CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE.]**

**END F26S1**

E10. ¿Conoce usted el estado de salud de alguno de sus hijos?

YES..... 1      **(E11)**  
NO..... 2      **(PROMPT, PAGE 10)**

**E10. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 17.**

Durante los últimos 6 meses, ¿cuán preocupada ha estado Ud. por:

	Nada	Un Poco	Algo/ Moderadamente	Bastante	Mucho/ Extremadamente
a. La salud de su(s) hijo(s)? .....	1	2	3	4	5
b. No poder cuidar de su(s) hijo(s)? .....	1	2	3	4	5
c. Que le quiten su(s) hijo(s)? .....	1	2	3	4	5
d. La posibilidad de que su(s) hijo(s) crezcan sin Ud.? .....	1	2	3	4	5
e. Que su(s) hijo(s) tenga(n) o no VIH o SIDA? .....	1	2	3	4	5
f. Transmitirle el VIH a su(s) hijo(s) cuando lo(s) esté cuidando?	1	2	3	4	5

  

	Nada	Un poco	Algo/ Moderadamente	Bastante	Mucho/ Extremadamente
--	------	------------	------------------------	----------	--------------------------

E12. Durante los últimos 6 meses:

a. ¿Cuán enfermo(s) [ha/han] estado su(s) hijo(s)? .....	1	2	3	4	5
b. ¿Cuán difícil se le ha hecho cuidar a su(s) hijo(s)? .....	1	2	3	4	5

E13. Desde su visita al estudio en (MES), ¿cuántas veces ha sido hospitalizado(a) uno de sus hijo/as?

|\_|\_| TIMES (CODE "00" IF NONE)

**PROMPT: FOR CALIFORNIA SITES AND ALL PARTICIPANTS UNDER 18 YEARS OF AGE READ: "Thank you very much for your responses; we have completed the interview" AND SKIP TO H4.**

**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 (G1)
- DON'T KNOW ..... <-8> (G1)
- DECLINED ..... <-7> (G1)

F2. Necesito preguntarle quién o quiénes fue(ron) la(s) persona(s) que la presionó(aron) o forzó(aron) a tener contacto sexual. (No necesito los nombres, sólo quiero saber la relación entre Ud. y la persona.) **(PAUSE OR STOP UNTIL THE PARTICIPANT SEEMS READY TO BEGIN)**  
 Muy bien. ¿Está lista para empezar?

- YES, PARTICIPANT WILL PROCEED..... 1
- NO, PARTICIPANT DECLINED..... 2 (F4)

WIHS ID#

F3. Por favor, dígame quién fue/es o quiénes fueron/son esa(s) persona(s). (No necesito los nombres, sólo quiero saber la relación entre Ud. y la persona.)

**[CIRCLE “1” FOR ALL PERSON(S) MENTIONED AND ASK “i”.  
CIRCLE “2” (NO) FOR THOSE NOT MENTIONED]**

**(PROBE: ¿Alguna otra persona?)**

RELATIONSHIP	MENTIONED		i. ¿Ha dejado de ocurrir?	
	YES	NO	YES	NO
a. MOTHER/STEPMOTHER/FOSTER	1	2 (b)	1	2
b. FATHER	1	2 (c)	1	2
c. STEP/FOSTER FATHER	1	2 (d)	1	2
d. SIBLING/STEP/FOSTER	1	2 (e)	1	2
e. MOTHER’S BOYFRIEND/PARTNER	1	2 (f)	1	2
f. OTHER RELATIVE	1	2 (g)	1	2
_____				
<b>(SPECIFY)</b>				
g. INTIMATE PARTNER/ SPOUSE/BOYFRIEND/ GIRLFRIEND	1	2 (h)	1	2
h. FRIEND	1	2 (i)	1	2
i. ACQUAINTANCE	1	2 (j)	1	2
j. STRANGER	1	2 (k)	1	2
k. OTHER	1	2 (F4)	1	2
_____				
<b>(SPECIFY)</b>				
l. OTHER	1	2 (F4)	1	2
_____				
<b>(SPECIFY)</b>				
m. OTHER	1	2 (F4)	1	2
_____				
<b>(SPECIFY)</b>				

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

YES .....  1

NO .....  2

DON’T KNOW .....  <-8>

DECLINED .....  <-7>

**REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR**

**SECTION G: DOMESTIC VIOLENCE**

Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún compañero(a) actual o previo: <b>[ASK G1-G7]</b> <b>FOR EACH “YES” ASK “a”</b>	YES      NO	a. <b>HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 18.</b> ¿Cuál fue la vez más reciente que su compañero(a) (G1-G7)? ¿Fue: 1 = Durante la semana pasada 2 = Hace más de una semana, pero no más de un mes 3 = Hace más de un mes, pero no más de 6 meses 4 = Hace más de 6 meses
G1. la amenazó con lastimarla o matarla?	1      2 (G2)	1      2      3      4
G2. le impidió que saliera o entrara de su casa?	1      2 (G3)	1      2      3      4
G3. le impidió que viera a amigos?	1      2 (G4)	1      2      3      4
G4. le impidió que hiciera llamadas telefónicas?	1      2 (G5)	1      2      3      4
G5. le impidió que consiguiera o mantuviera un trabajo?	1      2 (G6)	1      2      3      4
G6. le impidió que continuara con su educación?	1      2 (G7)	1      2      3      4
G7. le impidió que procurara atención médica?	1      2 (G8)	1      2      3      4

**REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR**

G8. Desde su visita al estudio en (MES), ¿habló con su compañero(a) actual o previo sobre el uso de un condón u otro método de protección (tal como un protector de boca [*dental dam*])?

YES..... 1  
 NO ..... 2                      **(G10)**

G9. Desde su visita al estudio en (MES), ¿su compañero(a) actual o previo la amenazó cuando Ud. habló acerca del uso de un condón u otro método de protección (tal como un protector de boca [*dental dam*])?

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

G10. Desde su visita al estudio en (MES), ¿tuvo miedo de que su compañero(a) actual o previo la amenazaría o lastimaría si Ud. le hubiese pedido que usara un condón u otro método de protección (tal como un protector de boca [*dental dam*])?

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

WIHS ID#

G11. Las próximas preguntas son acerca de cualquier relación que Ud. tenga al momento con un compañero(a). Antes de hacerle estas preguntas, por favor, recuérdeme si al momento Ud. tiene una relación con una persona que Ud. considera su compañero(a). (**PROBE**: podría ser su amante, novio, novia, esposo, etc.)

YES ..... 1  
NO ..... 2 (G14)

G12. ¿Le tiene miedo a su compañero(a)?

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

G13. En algún momento, ¿ha sentido que su compañero(a) podría tratar de matarla?

YES .....   
NO ..... 2  
DECLINED .....

G14. ¿Tiene miedo de ir a casa?

YES .....   
NO ..... 2  
DON'T KNOW .....   
DECLINED .....

**REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR**

**SECTION H: PHYSICAL VIOLENCE**

H1. 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 **(H4)**
- DON'T KNOW ..... <-8> **(H4)**
- DECLINED ..... <-7> **(H4)**

H2. Necesito preguntarle quién o quiénes la lastimó(aron). (No necesito saber nombres, sólo la relación entre Ud. y la persona.)

**(PAUSE OR STOP UNTIL THE PARTICIPANT SEEMS READY TO BEGIN)**

Muy bien. ¿Está lista para comenzar?

- YES, PARTICIPANT WILL PROCEED..... 1
- NO, PARTICIPANT DECLINED..... 2 **(H4)**

WIHS ID#

H3. Por favor, dígame quién o quiénes son o fueron esta(s) persona(s). (No necesito saber su(s) nombre(s), sólo la relación entre Ud. y la persona.)

**[CIRCLE “1” FOR ALL PERSON(S) MENTIONED AND ASK “i”.  
CIRCLE “2” (NO) FOR THOSE NOT MENTIONED]**

**(PROBE: ¿Alguna otra persona?)**

<u>RELATIONSHIP</u>	<u>MENTIONED</u>		i. ¿Ha dejado de ocurrir?	
	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. MOTHER/STEPMOTHER/FOSTER	1	2 <b>(b)</b>	1	2
b. FATHER	1	2 <b>(c)</b>	1	2
c. STEP/FOSTER FATHER	1	2 <b>(d)</b>	1	2
d. SIBLING/STEP/FOSTER	1	2 <b>(e)</b>	1	2
e. MOTHER’S BOYFRIEND/PARTNER	1	2 <b>(f)</b>	1	2
f. OTHER RELATIVE	1	2 <b>(g)</b>	1	2
_____				
<b>(SPECIFY)</b>				
g. INTIMATE PARTNER/ SPOUSE/BOYFRIEND/ GIRLFRIEND	1	2 <b>(h)</b>	1	2
h. FRIEND	1	2 <b>(i)</b>	1	2
i. ACQUAINTANCE	1	2 <b>(j)</b>	1	2
j. STRANGER	1	2 <b>(k)</b>	1	2
k. OTHER	1	2 <b>(H4)</b>	1	2
_____				
<b>(SPECIFY)</b>				
l. OTHER	1	2 <b>(H4)</b>	1	2
_____				
<b>(SPECIFY)</b>				
m. OTHER	1	2 <b>(H4)</b>	1	2
_____				
<b>(SPECIFY)</b>				

**REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR**

H4. Muchas gracias por sus respuestas, hemos terminado la entrevista.

TIME MODULE ENDED:

□□ : □□

AM..... 1

PM..... 2