

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
FORM 26: PSYCHOSOCIAL MEASURES

SECTION A: GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE
A2. WIHS STUDY VISIT #:
A3. FORM VERSION: 10/01/05
A4. DATE OF INTERVIEW:
A5. INTERVIEWER'S INITIALS:
A6. DATE OF LAST STUDY VISIT AT WHICH ENTIRE F26 WAS ADMINISTERED (i.e., LAST EVEN-NUMBERED VISIT)
A7. TIME MODULE BEGAN:
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 THROUGHOUT INTERVIEW WHEREVER "(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<br>LIMITA<br>MUCHO | SÍ, ME<br>LIMITA UN<br>POCO | NO, NO ME<br>LIMITA<br>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                           |

| Su salud actual,...  | SÍ, ME<br>LIMITA<br>MUCHO | SÍ, ME<br>LIMITA UN<br>POCO | NO, NO ME<br>LIMITA<br>NADA |
|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| c. ¿le limite para subir varios pisos por la escalera?<br>.....      | 1                         | 2                           | 3                           |
| d. ¿le limita para comer, vestirse, bañarse o usar el<br>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 ALGUNAS 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<br>CIERTA | BASTANTE<br>CIERTA | NO LO<br>SÉ | BASTANT<br>E FALSA | TOTALMENTE<br>FALSA |
|---|----------------------|--------------------|-------------|--------------------|---------------------|
| a. Mi salud es excelente .....                    | 1                    | 2                  | 3           | 4                  | 5                   |
| b. Me he estado sintiendo mal<br>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...

|  | RARAMENTE<br>(<1 día) | UN<br>POCO<br>(1-2 días) | OCASIONAL-<br>MENTE<br>(3-4 días) | CASI<br>SIEMPRE<br>(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<br>(<1 día) | UN<br>POCO<br>(1-2 días) | OCASIONAL-<br>MENTE<br>(3-4 días) | CASI<br>SIEMPRE<br>(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 |

C21. IS FORM BEING ADMINISTERED AT AN ODD-NUMBERED VISIT (E.G., 25, 27, ETC.)?  
 YES..... 1 **(SKIP TO H4)**  
 NO ..... 2

**PROMPT: FOR SOUTHERN CALIFORNIA SITES READ: “Thank you very much for your responses; we have completed the interview” AND SKIP TO QUESTION H4. FOR ALL OTHER PARTICIPANTS, PROCEED TO SECTION F.**

**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)

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 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:<br><b>[ASK G1-G7]</b><br><b>FOR EACH "YES" ASK "a"</b> | <b>YES</b> <b>NO</b>   |  | <b>a. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 18.</b><br>¿Cuál fue la vez más reciente que su compañero(a) (G1-G7)? ¿Fue:<br>1 = Durante la semana pasada<br>2 = Hace más de una semana, pero no más de un mes<br>3 = Hace más de un mes, pero no más de 6 meses<br>4 = Hace más de 6 meses |
|--|--|--|--|
| G1. la amenazó con lastimarla o matarla?   | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> 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   |

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

|   |            |           |  |
|---|------------|-----------|--|
| Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún compañero(a) actual o previo: <b>[ASK G1-G7]</b><br><b>FOR EACH “YES” ASK “a”</b> | <u>YES</u> | <u>NO</u> | a. <b>HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 18.</b><br>¿Cuál fue la vez más reciente que su compañero(a) (G1-G7)? ¿Fue:<br>1 = Durante la semana pasada<br>2 = Hace más de una semana, pero no más de un mes<br>3 = Hace más de un mes, pero no más de 6 meses<br>4 = Hace más de 6 meses |
| 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

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 ..... **1**  
NO ..... 2

WIHS ID#

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 ..... <-8>
- 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. ¿Se ha terminado?

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

**REFER PARTICIPANT TO COUNSELOR**

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

TIME MODULE ENDED:

|\_|\_| : |\_|\_|

AM..... 1

PM..... 2