

Fecha de aplicación: _____

Folio: | | | | | | | |

No de control: | | | | |

EVENTOS DE VIDA QUE CAUSAN ESTRÉS

Este Estudio lo lleva a cabo el Instituto Nacional de Salud Pública en coordinación con el Programa de Carrera Magisterial de la Secretaría de Educación y el Sector Salud del Estado.

LEA ESTO PRIMERO: Ahora le haremos una serie de preguntas sobre eventos en su vida que le causan malestar, son temibles, dolorosos, o estresantes para la mayoría de la gente. Por lo anterior, algunas de las preguntas pueden ser sobre eventos de los que normalmente no habla. Por favor, haga memoria y piense a lo largo de **toda su vida** cuando responda las preguntas. Sus respuestas son muy importantes, pero **usted no tiene que contestar las preguntas si no desea hacerlo**. ¡Gracias!

MAESTRA: _____
(Nombre **sin abreviaturas**) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

¡Muchas gracias por su participación!

Dr. Martín Lajous
Dr. Ruy López Ridauro
Coordinadores de ESMAestras
Instituto Nacional de Salud Pública

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del art. 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en vigor: "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad de individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En referencia directa el art. 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, en vigor, enuncia: "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registro administrativo o civiles, serán manejados para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

Eventos de vida que causan estrés

1. ¿Alguna vez ha sido afectado por algún tipo de desastre (por ejemplo, huracán, terremoto, incendio o explosión)? Sí No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

c) En el momento del suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado? Sí No

d) En el momento del suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza? Sí No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año? ¹
Nada ² ³
Algo ⁴ ⁵
Mucho

2. ¿Alguna vez ha presenciado un accidente serio (por ejemplo, un accidente automovilístico o laboral)? Sí No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

c) En el momento del suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado? Sí No

d) En el momento del suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza? Sí No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año? ¹
Nada ² ³
Algo ⁴ ⁵
Mucho

3. ¿Ha tenido usted algún accidente o lesión grave (por ejemplo, un accidente automovilístico o laboral)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

--	--

c) En el momento del suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento del suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

4. ¿Algún familiar suyo ha sido encarcelado?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

--	--

b) ¿Cuándo terminó?

--	--

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en el que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

5. ¿Ha sido alguna vez encarcelada?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

--	--

b) ¿Cuándo terminó?

--	--

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

6. Usted fue dada en adopción o la cuidó algún familiar diferente a sus padres biológicos?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

7. ¿Sus padres se divorciaron mientras vivía usted con ellos?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

8. ¿Se ha separado o divorciado de su pareja?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

Nada
 1

2

Algo
 3

4

Mucho
 5

9. ¿Ha tenido problemas financieros graves (por ejemplo, no tener dinero para alimentos o vivienda)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

(1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

10. ¿Ha tenido alguna enfermedad física o mental seria (por ejemplo, cáncer, infarto, le han intervenido en alguna operación seria, ha experimentado sentimientos de quererse quitar la vida o fue hospitalizada por problemas psiquiátricos o nerviosos)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

(1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

11. ¿Alguna vez han abusado psicológicamente o verbalmente de usted, haciéndola sentir avergonzada, ignorada o repitiendo que usted no era buena para nada?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

(1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

12. ¿Ha sufrido maltrato físico (por ejemplo, que la hayan dejado sin recibir alimento, sin proporcionarle ropa apropiada, sufrido abandono cuando era muy pequeña o teniendo alguna enfermedad)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

¹
Nada

²

³
Algo

⁴

⁵
Mucho

13. ¿Ha tenido algún aborto (voluntario o involuntario)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

c) En el momento del suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento del suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

¹
Nada

²

³
Algo

⁴

⁵
Mucho

14. ¿Alguna vez la han separado de su(s) hijo(s) en contra de su voluntad (por ejemplo, porque ha perdido su custodia o por secuestro)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

¹
Nada

²

³
Algo

⁴

⁵
Mucho

15. ¿Alguno de sus hijos tiene alguna enfermedad mental grave o incapacitante (por ejemplo, retraso mental, defectos de nacimiento o congénitos, que no pueda oír, ver o caminar)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

16. ¿Ha sido responsable del cuidado de una persona cercana a usted (no sus hijos) que tenga una discapacidad mental o física severa (por ejemplo, cáncer, derrame cerebral, SIDA, enfermedad psiquiátrica, sordo o parálisis)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

17. ¿Alguien cercano a usted ha fallecido de manera inesperada (por ejemplo, a causa de un infarto cardíaco súbito, homicidio o suicidio)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

18. ¿Ha fallecido alguien cercano a usted (SIN contar aquellas personas que murieron de manera inesperada)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

c) En el momento del suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento del suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

19. Cuando era joven (ANTES de los 16 años) presencié usted escenas de violencia en miembros de su familia (por ejemplo, golpes, patadas, cachetadas)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

20. ¿Ha presenciado alguna vez en su vida algún robo, asalto o ataque?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

c) En el momento del suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento del suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1
Nada

2

3
Algo

4

5
Mucho

21. ¿Ha sido usted víctima de un robo, asalto o ataque físico (que no sea sexual) por alguien que NO conociera?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

c) En el momento del suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento del suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

22. ANTES de los 16 años, ¿fue usted víctima de un abuso o ataque físico (que no sea sexual) por alguien que usted conociera (por ejemplo, pegado, cacheteado, estrangulado, quemado o golpeado por un padre, novio, esposo)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

23. DESPUÉS de los 16 años, fue usted víctima de un abuso o ataque físico (que no sea sexual) por alguien que usted conociera (por ejemplo, pegado, cacheteado, estrangulado, quemado o golpeado por un padre, novio, esposo)?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

24. ¿Alguna vez la molestaron o acosaron en su trabajo o en la escuela (por ejemplo, por un compañero de trabajo, un jefe, un cliente, otro estudiante, un profesor) con comentarios, bromas o chistes de contenido sexual o le solicitaron favores sexuales?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

25. ANTES de los 16 años, fue forzada a tocar a alguien o fue tocada de una manera sexual porque alguien amenazó con lastimarla si no lo hacía?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

26. DESPUÉS de los 16 años, fue forzada a tocar a alguien o fue tocada de una manera sexual porque alguien amenazó con lastimarla si no lo hacía?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

27. ANTES de los 16 años, ¿sostuvo alguna relación de tipo sexual (oral, genital u anal) en contra de su voluntad, porque alguien amenazó con lastimarla si no lo hacía?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

28. DESPUÉS de los 16 años, sostuvo alguna relación de tipo sexual (oral, genital u anal) en contra de su voluntad, porque alguien amenazó con lastimarla si no lo hacía?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

29. ¿Existe algún evento que no hayamos incluido que quisiera usted mencionar?

Sí

No

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

30. ¿Alguno de los eventos antes mencionados le han sucedido a alguien cercano a usted y le afectaron seriamente aún cuando no los presencié directamente?

Sí

No

¿Cuál fue este evento? _____

a) ¿Qué edad tenía cuando esto sucedió?

b) ¿Cuándo terminó?

c) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Pensó que usted o alguien podría estar en riesgo de morir o salir seriamente lesionado?

Sí

No

d) En el momento en que estaba ocurriendo el suceso, ¿Experimentó miedo, horror o desesperanza?

Sí

No

e) ¿Qué tanto considera usted que este suceso afectó su vida en el último año?

1

2

3

4

5

Nada

Algo

Mucho

¡Tú participación es sumamente valiosa para mejorar las condiciones de salud de las mujeres mexicanas!

Visítanos en nuestra página de internet: www.esmaestras.org

Síguenos en Facebook y twitter

 ESMaestras

 @ESMaestras

Correo electrónico: esmaestras@insp.mx

AHORA YA PUEDES ACCEDER AL CUESTIONARIO EN LÍNEA EN: www.esmaestras.org