

¿Cuál es mi Puntaje de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)?

Antes de cumplir 18 años:

1. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia**...
La/o ofendían, la/o insultaban, la/o menospreciaban, o la/o humillaban?
o
Actuaban de tal forma que temía que le fueran a lastimar físicamente?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
2. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia**...
La/o empujaban, la/o jalaban, la/o cacheteaban, o le aventaban cosas?__
o
Alguna vez la/o golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o la/o lastimaron?__
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
3. Algún adulto o alguna otra persona por lo menos 5 años mayor que usted **alguna vez**...
La/o tocó o acarició indebidamente o le dejo que le tocara el cuerpo de alguna forma sexual?
o
Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
4. Se sentía usted **con frecuencia o con mucha frecuencia** que...
Nadie en su familia la/o quería o pensaba que usted era especial o importante? o
En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?__
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
5. Se sentía usted con **frecuencia o con mucha frecuencia** que...
No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera?
o
Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarla/o o llevarla/o al medico si es que lo necesitaba?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
6. Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
7. Fue su madre o madrastra:
Con **frecuencia o con mucha frecuencia** la/o empujaban, jalaban, golpeaban, o aventaban cosas? o
A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la/o mordían, la/o daban puñetazos, o la/o golpeaban con algún objeto duro? o
Alguna vez la/o golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
8. Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
9. Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____
10. Algún miembro de su familia fue a la cárcel?
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____

Ahora sume las respuestas en que anoto "SI." _____

Esta es su Puntaje de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)