

Cuál es mi Puntuación 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**...
Lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban, o lo humillaban?
o
Actuaban de tal forma que temía que lo 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**...
Lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas?_
o
Alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?__
Si No Si la respuesta es SI anote 1 _____

3. Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted **alguna vez**...
Lo tocó o acarició indebidamente o le pidió que usted lo tocara 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 lo 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 cuidarlo o llevarlo al medico si es que lo necesitaba?
Si No Si la respuesta es SI anote1 _____

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 anote1 _____

7. A su madre o madrastra:

Con **frecuencia o con mucha frecuencia** la empujaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas?

o

A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la mordían, la daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro?

o

Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?

Si No

Si la respuesta es SI anote1_____

8. Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?

Si No

Si la respuesta es SI anote1_____

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 anote1_____

10. Algún miembro de su familia fué a la cárcel?

Si No

Si la respuesta es SI anote1_____

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

Esta es su Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)