

¿Cual 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?
 - Actuaba de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?Sí _____

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?
 - Alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?Sí _____

3. ¿Algún adulto o alguna otra personal cuando menos 5 años mayor que usted **alguna vez** . . .
 - Lo tocó o acarició indebidamente o lo pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?
 - Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?Sí _____

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?
 - 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?Sí _____

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?
 - Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al medico si lo necesitaba?Sí _____

6. ¿Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a un divorcio, abandono, o alguna otra razón?

7. ¿A su madre o madrastra, **Con frecuencia o con mucha frecuencia** . . .
 - La empujaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas?
 - A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la mordían, le daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro?
 - Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?Sí _____

8. ¿Vivio usted con alguien que era borracho o alcoholico, o que usaba drogas?

9. ¿Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?

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

Ahora sume las respuestas en que anoto "Sí" _____
Esto es su Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)