

¿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 dejó 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)

FINDING YOUR ACE SCORE

While you were growing up, during your first 18 years of life:

1. Did a parent or other adult in the household **often or very often**...
Swear at you, insult you, put you down, or humiliate you?
or
Act in a way that made you afraid that you might be physically hurt?
Yes No If yes enter 1 _____
2. Did a parent or other adult in the household **often or very often**...
Push, grab, slap, or throw something at you?
or
Ever hit you so hard that you had marks or were injured?
Yes No If yes enter 1 _____
3. Did an adult or person at least 5 years older than you **ever**...
Touch or fondle you or have you touch their body in a sexual way?
or
Attempt or actually have oral, anal, or vaginal intercourse with you?
Yes No If yes enter 1 _____
4. Did you **often or very often** feel that ...
No one in your family loved you or thought you were important or special?
or
Your family didn't look out for each other, feel close to each other, or support each other?
Yes No If yes enter 1 _____
5. Did you **often or very often** feel that ...
You didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, and had no one to protect you?
or
Your parents were too drunk or high to take care of you or take you to the doctor if you needed it?
Yes No If yes enter 1 _____
6. Were your parents **ever** separated or divorced?
Yes No If yes enter 1 _____
7. Was your mother or stepmother:
Often or very often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her?
or
Sometimes, often, or very often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard?
or
Ever repeatedly hit at least a few minutes or threatened with a gun or knife?
Yes No If yes enter 1 _____
8. Did you live with anyone who was a problem drinker or alcoholic or who used street drugs?
Yes No If yes enter 1 _____
9. Was a household member depressed or mentally ill, or did a household member attempt suicide?
Yes No If yes enter 1 _____
10. Did a household member go to prison?
Yes No If yes enter 1 _____

Now add up your "Yes" answers: _____ This is your ACE Score.