

N.º de ID de cliente \_\_\_\_\_

Fecha de administración: \_\_\_\_\_

# ESTRÉS, TRAUMA, Y EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS

## AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE

### ACES Cuestionario (Experiencias adversas durante la Niñez)

Antes de sus 18 años:

- 1. ¿Alguno de sus padres o algún otro adulto en su casa frecuentemente o muy frecuentemente...**

**Le gritó, le insultó, le hizo sentir menos, o le humilló?**

**O**

**Se comportó de alguna manera que hizo que sintiera miedo o que se sintiera físicamente herido?**

Sí

No
- 2. ¿Alguno de sus padres o algún otro adulto en su hogar frecuentemente o muy frecuentemente...**

**Le empujó, le agarró bruscamente, le dio una bofetada, o le tiro con algo?**

**O**

**Le golpeó tan fuerte que le dejó marcas o heridas?**

Sí

No
- 3. ¿Algún adulto u otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez...**

**Tocó su cuerpo o le obligó a tocar su cuerpo de una manera sexual?**

**O**

**Intentó o tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted?**

Sí

No

*Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.*

- 4. ¿Siente frecuentemente o muy frecuentemente...  
Que nadie en su familia le ha querido o ha pensado que era importante o especial?**
- O**
- Que en su familia no se protegían mutuamente, ni eran cercanos unos a otros, ni se apoyaban mutuamente**
- Sí
- No
- 5. ¿Siente con frecuencia...  
Que no tiene suficiente comida que tiene que usar ropa sucia, o que no tiene quién le proteja?**
- O**
- Que sus padres estaban muy borrachos o drogados para cuidarle o llevarle al doctor si era necesario?**
- Sí
- No
- 6. ¿Perdió a alguno de sus padres biológicos como resultado de divorcio, abandono, o alguna otra razón?**
- Sí
- No
- 7. ¿Alguna vez su mamá o madrastra:  
Frecuentemente o muy frecuentemente fue empujada, agarrada con brusquedad, abofeteada, o le tiraron algún objeto?**
- O**
- De vez en cuando, frecuentemente, o muy frecuentemente fue pateada, mordida, pegada con el puño, o pegada con algún objeto duro?**
- O**
- Alguna vez fue golpeada repetidamente por algunos minutos o amenazada con pistola o cuchillo?**
- Sí
- No

- 8. ¿Ha vivido con alguien que tiene problemas con el alcohol, que es/fue alcohólico, o que consumía drogas?**
- Sí
- No
- 9. ¿Algún miembro de su hogar sufría de depresión o enfermedad mental, o algún miembro de su hogar intento suicidarse?**
- Sí
- No
- 10. ¿Alguien en su hogar estuvo en prisión?**
- Sí
- No