**Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia**

*Comité Consultivo Clínico del Cirujano General de California*

Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.



|  |
| --- |
| **Instrucciones:** A continuación, hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés.) En la lista a continuación, coloque una marca de verificación junto a cada categoría de ACEs que experimentó antes de cumplir 18 años. Luego, sume el número de categorías de ACE que experimentó y coloque el número total en la parte inferior.  |
| ¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?  |  |
| ¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?  |  |
| ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?  |  |
| ¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?  |  |
| ¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?  |  |
| ¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?  |  |
| ¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?  |  |
| ¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?  |  |
| ¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?  |  |
| ¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?  |  |
| **Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas**  |   |

 ¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud?

  **No mucho**  **Algo**  **Mucho**

**APA DSM 5 Cross-Cutting Adulto**

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se tratan de cosas que tal vez le molestan. Para cada pregunta, indique con un círculo el número que describe cómo, o qué tan seguido le ha molestado este problema **en las últimas dos semanas.**

0 = Nunca; 1 = Casi nunca - menos de uno o dos días; 2= algo - varios días; 3 = moderadamente - más de la mitad de los días; 4 = grave - casi todos los días.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 1 2 3 4 |
|  | 2. ¿Se siente desanimado, deprimido o sin esperanza? | 0 1 2 3 4 |
| II. | 3. ¿Se siente más irritado, malhumorado o enojado de lo habitual? | 0 1 2 3 4 |
| III. | 4. ¿Duerme menos de lo habitual, pero aún tiene mucha energía? | 0 1 2 3 4 |
|  | 5. ¿Inicia muchos más proyectos de lo habitual o hace cosas más riesgosas que usual? | 0 1 2 3 4 |
| IV. | 6. ¿Se siente nervioso, ansioso, asustado, preocupado o al borde? | 0 1 2 3 4 |
|  | 7. ¿Siente pánico o miedo? | 0 1 2 3 4 |
|  | 8. ¿Evita situaciones que le provocan ansiedad? | 0 1 2 3 4 |
| V. | 9. ¿Tiene dolores y molestias inexplicables (por ejemplo, de cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)? | 0 1 2 3 4 |
| VI. | 11. ¿Piensa en hacerse daño a si mismo?  | 0 1 2 3 4 |
| VII. | 12. ¿Escucha cosas que otras personas no pueden oír, como voces, incluso cuando ninguno estaba alrededor? | 0 1 2 3 4 |
|  | 13. ¿Siente que alguien puede escuchar sus pensamientos o que usted puede escuchar lo qué está pensando otra persona?  | 0 1 2 3 4 |
| VIII. | 14. ¿Tiene problemas con el sueño que afectan la calidad de su sueño en general?  | 0 1 2 3 4 |
| IX. | 15. ¿Tiene problemas con la memoria (por ejemplo; aprender una nueva información) o con la ubicación? (por ejemplo, encontrar el camino a casa)? | 0 1 2 3 4 |
| X. | 16. ¿Tiene pensamientos, impulsos o imágenes desagradables que entran repentinamente en su mente? | 0 1 2 3 4 |
|  | 17. ¿Se siente impulsado a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez? | 0 1 2 3 4 |
| XI. | 18. ¿Se siente desapegado o distante de usted mismo, de su cuerpo, su físico, sus alrededores, o sus recuerdos?  | 0 1 2 3 4 |
| XII. | 19. ¿No sabe quién es realmente o qué quiere de la vida? | 0 1 2 3 4 |
|  | 20. ¿No se siente cerca de otras personas o no disfruta de sus relaciones con ellas? | 0 1 2 3 4 |
| XIII. | 21. ¿Bebe al menos 4 bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día? | 0 1 2 3 4 |
|  | 22. ¿Fuma cigarrillos, cigarros o pipas, o usa rapé o tabaco de mascar? | 0 1 2 3 4 |
|  | 23. Usa cualquiera de los siguientes medicamentos POR SU CUENTA, es decir, sin una receta médica, en cantidades mayores o más de lo prescrito [por ejemplo, analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium), o drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como éxtasis), alucinógenos (como LSD o Ketamina), heroína, inhalantes o solventes (como pegamento), o metanfetamina (como speed)]?  | 0 1 2 3 4 |

**APA DSM 5 Depresión**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En los últimos SIETE (7) DÍAS  | Puntuación Nunca =1Rara vez = 2 A veces = 3 A menudo = 4 Siempre = 5 |  |
|  |  |  |
| 1. Me sentí inútil.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 2. No tengo nada a qué anhelar.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 3. Me sentí impotente.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 4. Me sentí triste. | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 5. Me sentí como un fracasado. | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 6. Me sentí deprimido.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 7. Me sentí infeliz. | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 8. Me sentí sin esperanza.  | 0 1 2 3 4 5 |  |

**Ansiedad**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En los últimos SIETE (7) DÍAS  | Puntuación Nunca = 1 Rara vez = 2 A veces = 3 A menudo = 4 Siempre = 5 |  |
| 1. Me sentí con miedo.
 | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 2. Me sentí ansioso.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 3. Me sentí preocupado.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 4. Me resultó difícil concentrarme en algo aparte de mi ansiedad. | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 5. Me sentí nervioso.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 6. Me sentí incómodo.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 7. Me sentí tenso. | 0 1 2 3 4 5 |  |

**Sueño**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En los últimos SIETE (7) DÍAS  | Puntuación Nunca = 1 Un poco = 2 A veces = 3 A menudo = 4 Casi siempre = 5 |  |
| 1. Dormí con inquietud.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 2. Estaba satisfecho con mi sueño.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 3. Mi sueño fue reparador/refrescante.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 4. Tuve dificultad para conciliar el sueño.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 5. Tuve problemas para quedarme dormido.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 6. Tuve problemas para dormir.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 7. Dormí lo suficiente.  | 0 1 2 3 4 5 |  |
| 8. La calidad de mi sueño fue ... | 0 1 2 3 4 5 |  |

**DSM PCL-5**

Ahora va a leer una lista de problemas y síntomas que a veces tiene la gente después de una experiencia estresante. Indique con un círculo cuánto le ha molestado cada una de estas situaciones desde que ocurrió la experiencia estresante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **En el mes pasado, cuanto le ha molestado tener:** | **Nada** | **Un Poco** | **Moderado** | **Mucho** | **Extremadamente** |
| 1. ¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de la experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Repentinamente, sentimientos o comportamientos como si la experiencia estresante está pasando en el presente? (Como si estuviera en realidad reviviendo la experiencia) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Enojo cuando algo le recuerda esa experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Fuertes reacciones físicas cuando algo le recuerda de la experiencia estresante? (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante y evitarlos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Pensamientos de evitar cosas externas que le recuerden de experiencia estresante? (Por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos u otras situaciones) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Problemas recordando hechos importantes de la experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Fuertes convicciones negativas de usted mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo, si tiene pensamientos como: “¿Soy malo, hay algo seriamente mal conmigo, no puedo confiar en nadie, nuestro mundo es sumamente peligroso?”) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Culpa a sí mismo o a alguien por la experiencia estresante o lo que ocurrió después de eso? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Fuertes sentimientos negativos como temor, horror, enojo, culpabilidad o vergüenza? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Perdida de interés en actividades que usted disfrutaba anteriormente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Sentimientos de ser distante o separado de otras personas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. ¿Dificultad para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, ser incapaz de sentirse feliz o tener sentimientos de amor para las personas cercanas a usted)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. ¿Comportamiento irritable, arranques de enojo comportamiento agresivo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. ¿Impulsos de tomar muchos riesgos o hacer cosas que puedan causar daño? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. ¿Sentimientos de "sobre alerta" o vigilante o en guardia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. ¿Nerviosismo o fácilmente asustado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿Dificultad para concentrarse? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿Dificultad para dormir o quedarse dormido? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **Puntuación Total** |  |  |  |  |  |