

## Encuesta sobre Experiencias Adversas de la Infancia (ACE, por sus siglas en inglés) – Joven

### Para uso con jóvenes de 11 años de edad y mayores

Los eventos de vida estresantes pueden afectar la salud y bienestar de un joven. La encuesta ACE puede ayudarte a hacer lo siguiente:

- Detectar los eventos de vida estresantes
- Obtener orientación de sus proveedores de atención médica
- Ayudar a abogar por sus necesidades.

Lea las declaraciones a continuación. Escriba un "1" junto a cada "sí" y anote el número total al final.

### *Mientras crecías, durante los primeros 18 años de vida...*

¿Tus padres estuvieron separados, divorciados o no viviendo juntos? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Tu padre/madre o alguien con quien alguna vez hayas convivido fue a prisión, la cárcel u otro tipo de centro correccional? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Alguna vez has convivido con alguien que padecía depresión, enfermedad mental o intentos de suicidio? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Alguna vez alguno de tus padres u otro adulto te golpeó tan fuerte que tuviste marcas o resultaste lesionado(a)? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Alguna vez has convivido con alguien que actuara de manera tal que te atemorizara? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Alguna vez fuiste tocado(a), o se te pidió que tocaras, a un adulto o a alguien al menos 5 años mayor con intenciones sexuales? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Alguna vez no tuviste suficiente que comer, que utilizar ropa sucia y a nadie que te protegiera, cuidase o que te llevase al médico cuando era necesario? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Alguna vez fuiste testigo de situaciones en las que adultos de la casa se golpearan, abofetearan, patearan o amenazaran físicamente entre sí? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Pasaste tiempo con alguien que consume drogas o demasiadas bebidas alcohólicas? No \_\_\_ Sí \_\_\_

¿Sientes que nadie de tu familia te ama ni piensa que eres importante o especial? No \_\_\_ Sí \_\_\_

Sume las respuestas en las que haya contestado "Sí": \_\_\_\_\_. Este es tu puntaje ACE.