**Encuesta Sobre las Experiencias a lo largo de su vida**

Las siguientes preguntas se refieren a eventos difíciles que pudo haber experimentado a lo largo de su vida.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí | No |
| 1. **Cuando era niño/a**, ¿Algún padre o adulto/a en su hogar alguna vez lo/la ha golpeado, abofeteado, pegado, pateado, o lastimado físicamente? No incluya nalgadas |  |  |
| 2. **Cuando era niño/a**, ¿Alguna vez sus padres o adultos en su hogar se abofetearon, golpearon, pegaron, patearon o físicamente se lastimaron uno al otro?  |  |  |
| 3. **Cuando era niño/a**, ¿Algún adulto/a o alguien al menos 5 años mayor que usted, alguna vez tocó a usted sexualmente, trató de hacer que usted lo/la tocara sexualmente, o le obligó a tener relaciones sexuales?  |  |  |
| 4. **Cuando era niño/a**, ¿Sus padres estaban separados o divorciados?  |  |  |
| 5. **Cuando era niño/a**, ¿Cualquier de sus padres estuvo ausente de su vida por un largo periodo de tiempo?  |  |  |
| 6. **Como adulto/a**, ¿Ha sido golpeado/a, abofeteado/a, pegado/a, pateado/a, o lastimado/a físicamente por un/a compañero/a sentimental o esposo/a?  |  |  |
| 7. **Como adulto/a**, ¿Alguien lo/la ha forzado a llevar a cabo actividades sexuales? |  |  |
| 8. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez uno de sus padres, cuidadores, parejas o compañeros sentimentales ha tenido problemas con la bebida o ha sido alcohólico/a?  |  |  |
| 9. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez uno de sus padres, cuidadores, parejas o compañeros sentimentales ha consumido drogas ilícitas o ha abusado de medicamentos por receta? |  |  |
| 10. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez uno de sus padres, cuidadores, parejas o compañeros sentimentales ha estado deprimido/a, ha sufrido de alguna enfermedad mental, o ha sido una persona suicida?  |  |  |
| 11. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez uno de sus padres, cuidadores, parejas o compañeros sentimentales ha estado en prisión o en la cárcel?  |  |  |
| 12. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen violento como un robo a mano armada o asalto físico?  |  |  |

\***Crimen violento** se refiere a un acto violento por alguien que no sea un cónyuge, pareja o miembro de la familia del hogar. No incluya violencia sexual.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca | Rara la vez | Algunas veces  | A menudo | Muy a menudo  |
| 13. **Cuando era niño/a**, ¿Con qué frecuencia alguno de sus padres o cuidadores lo/la ha insultado o menospreciado?  |  |  |  |  |  |
| 14. **Como adulto/a**, ¿Con qué frecuencia alguno de sus padres o cuidadores le ha gritado muy fuerte o amenazado con lastimarlo/la?  |  |  |  |  |  |
| 15. **A lo largo se vida,** ¿Con qué frecuencia usted ha sentido que ha sido discriminado/a?  |  |  |  |  |  |
| 16. **A lo largo de su vida,** ¿Con qué frecuencia ha pasado hambre porque su familia no pudo comprar comida? |  |  |  |  |  |
| 17. **A lo largo de su vida**, ¿Con qué frecuencia ha estado **sin hogar**? |  |  |  |  |  |

\***Sin hogar** significa que haya tenido que quedarse en algún lugar tal como un programa de hogar de transición, un refugio, un hotel/motel pagado mediante un cupón, la casa de otra persona, un carro u otro vehículo, un edificio abandonado, algún lugar al aire libre, o algún otro lugar no destinado a la vivienda de personas.

**Preguntas Suplementarias**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí | No |
| 18. **Cuando era niño/a**, ¿A menudo, fue usted intimidado/a o se burlaron de usted severamente los otros niños o adolescentes?  |  |  |
| 19. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez ha visto a alguien morir de repente, ser herido/a o asesinado/a?  |  |  |
| 20. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez un/a amigo/a cercano/a o un miembro de su familia murió de repente?  |  |  |
| 21. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez ha experimentado un accidente realmente malo de carro, bote, o avión?  |  |  |
| 22. **A lo largo de su vida**, ¿Alguna vez ha estado en un huracán, inundación, terremoto, tornado, o incendio?  |  |  |
| 23. **Durante o después del nacimiento de su hijo/a,** ¿Alguna vez sintió que la vida de usted y la de su bebé estaban amenazadas?  |  |  |
| 24. **Alrededor del nacimiento de su hijo/a,** ¿Alguna vez experimentó usted o su bebé una lesión real o una amenaza de lesión grave? |  |  |

**PC-PTSD-5**

Algunas veces las cosas que son inusualmente o especialmente atemorizantes, horribles o traumáticas les suceden a personas. Por ejemplo:

* Un accidente grave de carro o incendio
* Una agresión, abuso físico o sexual
* Un terremoto o inundación
* Una guerra
* Mirar a alguien ser asesinado/a o seriamente herido/a
* Tener un ser querido que muere por homicidio o suicidio

¿Alguna vez ha experimentado alguno de estos eventos?

SÍ NO

Si usted respondió que no, marque un total de = 0. Por favor deténgase aquí.

Si usted respondió que sí, por favor conteste las siguientes preguntas.

**En el mes pasado, alguna vez usted…**

1. ¿Ha tenido pesadillas sobre esos eventos o ha pensado en ellos cuando no quería?

SÍ NO

1. ¿Ha tratado mucho de no pensar en esos eventos, o tratado de evitar situaciones que le recuerdan de esos eventos?

SÍ NO

1. ¿Ha estado constantemente en guardia, fácilmente sobresaltado/a o asustado/a?

 SÍ NO

1. ¿Se sintió insensible o desconectado/a de las personas, las actividades o de su entorno?

 SÍ NO

1. ¿Se sintió culpable o incapaz de dejar de culparse a sí mismo o a los demás por el(los) evento(s) o cualquier problema que el(los) evento (s) haya causado?

SÍ NO