

Evaluación de experiencias adversas en la infancia (ACE) y acontecimientos de vida relacionados (Pediatric ACEs and Related Life Events Screener, PEARLS): niños (informe de los padres/cuidadores)

Para que lo rellene el cuidador

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____ Vínculo con el niño: _____

Muchas familias experimentan acontecimientos estresantes en la vida. Con el tiempo, estas experiencias pueden afectar a la salud y el bienestar de su hijo. Nos gustaría hacerle preguntas sobre su hijo para poder ayudarlo a estar lo más sano posible. En algún momento desde que nació, ¿su hijo vio o estuvo presente cuando ocurrieron las siguientes experiencias? Incluya experiencias pasadas y presentes. Tenga en cuenta que algunas preguntas tienen más de una parte separadas por "O". Si responde "sí" a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a toda la pregunta es "sí".

- ¿Su hijo alguna vez vivió con un padre de familia/cuidador que fue a la cárcel/prisión?
- ¿Cree que su hijo alguna vez se sintió sin apoyo, sin amor o desprotegido?
- ¿Su hijo vivió alguna vez con un padre de familia/cuidador que tenía problemas de salud mental? (Por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad).
- ¿El padre de familia/cuidador alguna vez insultó, humilló o menospreció a su hijo?
- ¿El padre biológico del niño o algún cuidador alguna vez tuvo o tiene actualmente problemas con el consumo excesivo de alcohol, drogas ilegales o medicamentos con receta?
- ¿En algún momento a su hijo le faltó la atención adecuada por parte de alguno de los cuidadores (por ejemplo, no se lo protegió de situaciones inseguras o no se lo atendió cuando estaba enfermo o lesionado, aun cuando se disponía de los recursos necesarios)?
- ¿Su hijo vio o escuchó alguna vez que otro adulto gritara, maldijera, insultara o humillara a un padre de familia/cuidador?
○ ¿Su hijo vio o escuchó alguna vez que abofetearan, patearan, golpearan o hirieran con un arma a un padre de familia/cuidador?
- ¿Algún adulto de la casa empujaba, agarraba, abofeteaba o le lanzaba algo a su hijo con frecuencia o muy a menudo?
○ ¿Algún adulto de la familia golpeó alguna vez a su hijo con tanta fuerza que le dejó marcas o le causó alguna lesión?
○ ¿Algún adulto de la familia amenazó alguna vez a su hijo o actuó de forma tal que hizo que su hijo temiera que le hicieran daño?
- ¿Su hijo sufrió alguna vez abusos sexuales? Por ejemplo, ¿alguien tocó a su hijo, le pidió que lo tocara de una forma no deseada, lo hizo sentirse incómodo o intentó o practicó realmente sexo oral, anal o vaginal con su hijo?
- ¿Hubo alguna vez cambios significativos en la situación sentimental de los cuidadores del menor? Por ejemplo, ¿se divorció o separó uno de los padres/cuidadores o su pareja se mudó a su casa o se fue de ella?

Sume las respuestas afirmativas de este primer apartado:

- ¿Su hijo vio, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela (por ejemplo, acoso escolar, agresión u otras acciones violentas, guerra o terrorismo)?
- ¿Su hijo sufrió discriminación (por ejemplo, lo molestaron o le hicieron sentirse inferior o excluido por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias de aprendizaje o discapacidades)?
- ¿Su hijo tuvo alguna vez problemas de vivienda (por ejemplo, se quedó sin hogar, no tuvo un lugar estable donde vivir, se mudó más de dos veces en un periodo de seis meses, lo desahucieron o le ejecutaron una hipoteca o tuvo que vivir con varias familias o familiares)?
- ¿Le preocupó alguna vez que su hijo no tuviera suficiente comida para comer o que la comida para su hijo se acabara antes de que usted pudiera comprar más?
- ¿Alguna vez separaron a su hijo de su padre de familia o cuidador debido al cuidado adoptivo temporal o a la inmigración?
- ¿Su hijo vivió alguna vez con un padre de familia/cuidador que padecía una enfermedad física grave o una discapacidad?
- ¿Su hijo vivió alguna vez con un padre de familia o cuidador que falleció?

Sume las respuestas afirmativas del segundo apartado:

Evaluación de experiencias adversas en la infancia (ACE) y acontecimientos de vida relacionados
(*Pediatric ACEs and Related Life Events Screener, PEARLS*): niños (informe de los padres/cuidadores)

Para que lo rellene el cuidador

Fecha de hoy _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____ Vínculo con el niño: _____

Muchas familias experimentan acontecimientos estresantes en la vida. Con el tiempo, estas experiencias pueden afectar a la salud y el bienestar de su hijo. Nos gustaría hacerle preguntas sobre su hijo para poder ayudarlo a estar lo más sano posible. En algún momento desde que nació, ¿su hijo vio o estuvo presente cuando ocurrieron las siguientes experiencias? Incluya experiencias pasadas y presentes. Tenga en cuenta que algunas preguntas tienen más de una parte separadas por "O". Si responde "sí" a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a toda la pregunta es "sí".

■ ¿Su hijo alguna vez vivió con un padre de familia/cuidador que fue a la cárcel/prisión?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Cree que su hijo alguna vez se sintió sin apoyo, sin amor o desprotegido?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Su hijo vivió alguna vez con un padre de familia/cuidador que tenía problemas de salud mental? (Por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿El padre de familia/cuidador alguna vez insultó, humilló o menospreció a su hijo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿El padre biológico del niño o algún cuidador alguna vez tuvo o tiene actualmente problemas con el consumo excesivo de alcohol, drogas ilegales o medicamentos con receta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿En algún momento a su hijo le faltó la atención adecuada por parte de alguno de los cuidadores (por ejemplo, no se lo protegió de situaciones inseguras o no se lo atendió cuando estaba enfermo o lesionado, aun cuando se disponía de los recursos necesarios)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Su hijo vio o escuchó alguna vez que otro adulto gritara, maldijera, insultara o humillara a un padre de familia/cuidador? O ¿Su hijo vio o escuchó alguna vez que abofetearan, patearan, golpearan o hirieran con un arma a un padre de familia/cuidador?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Algún adulto de la casa empujaba, agarraba, abofeteaba o le lanzaba algo a su hijo con frecuencia o muy a menudo? O ¿Algún adulto de la familia golpeó alguna vez a su hijo con tanta fuerza que le dejó marcas o le causó alguna lesión? O ¿Algún adulto de la familia amenazó alguna vez a su hijo o actuó de forma tal que hizo que su hijo temiera que le hicieran daño?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Su hijo sufrió alguna vez abusos sexuales? Por ejemplo, ¿alguien tocó a su hijo, le pidió que lo tocara de una forma no deseada, lo hizo sentirse incómodo o intentó o practicó realmente sexo oral, anal o vaginal con su hijo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Hubo alguna vez cambios significativos en la situación sentimental de los cuidadores del menor? Por ejemplo, ¿se divorció o separó uno de los padres/cuidadores o su pareja se mudó a su casa o se fue de ella?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Sume las respuestas afirmativas de este primer apartado:

■ ¿Su hijo vio, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela (por ejemplo, acoso escolar, agresión u otras acciones violentas, guerra o terrorismo)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Su hijo sufrió discriminación (por ejemplo, lo molestaron o le hicieron sentirse inferior o excluido por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias de aprendizaje o discapacidades)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Su hijo tuvo alguna vez problemas de vivienda (por ejemplo, se quedó sin hogar, no tuvo un lugar estable donde vivir, se mudó más de dos veces en un periodo de seis meses, lo desahucieron o le ejecutaron una hipoteca o tuvo que vivir con varias familias o familiares)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Le preocupó alguna vez que su hijo no tuviera suficiente comida para comer o que la comida para su hijo se acabara antes de que usted pudiera comprar más?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Alguna vez separaron a su hijo de su padre de familia o cuidador debido al cuidado adoptivo temporal o a la inmigración?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Su hijo vivió alguna vez con un padre de familia/cuidador que padecía una enfermedad física grave o una discapacidad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
■ ¿Su hijo vivió alguna vez con un padre de familia o cuidador que falleció?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Sume las respuestas afirmativas del segundo apartado: