



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ESTRÉS EN LA INFANCIA

El siguiente cuestionario hace referencia a las experiencias difíciles que pudo haber vivido en su infancia. Sabemos que estas situaciones pueden resultar estresantes o molestas de recordar. Agradecemos su participación en el estudio y le recomendamos que se tome un descanso en cualquier momento que lo necesite.

Parte 1. Traumas generales

Antes de los 18 años...	Sí	No
1. ¿Alguna vez estuvo expuesto a un desastre natural que haya puesto en peligro su vida?		
2. ¿Estuvo involucrado en un accidente grave?		
3. ¿Alguna vez sufrió alguna lesión corporal o enfermedad graves?		
4. ¿Alguna vez experimentó la muerte o enfermedad grave de un padre o cuidador principal?		
5. ¿Experimentó el divorcio o la separación de sus padres?		
6. ¿Experimentó la muerte o lesión grave de un hermano?		
7. ¿Alguna vez experimentó la muerte o lesión grave de un amigo?		
8. ¿Alguna vez fue testigo de violencia hacia otras personas, incluidos los integrantes de su familia?		
9. ¿Alguna vez un integrante de su familia sufrió de una enfermedad mental o psiquiátrica o tuvo un colapso nervioso?		
10. ¿Sus padres o cuidadores principales tienen problemas de alcoholismo o drogadicción?		
11. ¿Alguna vez presencié el asesinato de una persona?		
12. ¿Alguna vez sus padres o cuidadores principales fueron encarcelados?		

Parte 2. Castigo físico

Antes de los 18 años...	Sí	No
1. ¿Alguna vez lo abofetearon con la mano abierta?		
2. ¿Alguna vez lo quemaron con agua caliente, un cigarrillo u otra cosa?		
3. ¿Alguna vez lo golpearon o patearon?		
4. ¿Alguna vez lo golpearon con un objeto que le arrojaron?		
5. ¿Alguna vez lo empujaron?		



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ESTRÉS EN LA INFANCIA

Parte 3. Maltrato emocional

Antes de los 18 años...	Sí	No
1. ¿Con frecuencia le humillaban o ridiculizaban?		
2. ¿Con frecuencia le ignoraban o le hacían sentir que no valía?		
3. ¿Con frecuencia le decían que no era bueno?		
4. La mayor parte del tiempo, ¿le trataban de manera fría e indiferente o le hacían sentir que no lo amaban?		
5. ¿Con frecuencia sus padres o cuidadores no han logrado entenderlo a usted o a sus necesidades?		

Si respondió "Sí" a alguno de los acontecimientos anteriores, responda las siguientes preguntas para el acontecimiento que ha tenido el mayor impacto en su vida. Al responder, considere cómo se sintió en el momento del acontecimiento.

	Sí	No
1. ¿Sintió miedo intenso, horror o impotencia?		
2. ¿Se sintió fuera de su cuerpo o como si estuviera en un sueño?		

For Research Coordinator use only: CRF was: Self-administered Interviewer-administered