CALIFORNIA healthy kids SURVEY

Módulo de salud conductual

Formulario B

El primer grupo de preguntas se refiere a tu familia, amigos y vecindario.

¿Qué tan ciertas crees que son estas declaraciones sobre tu familia?

En mi casa uno **de mis padres o algún otro adulto**…		No Es Cierto en Absoluto	Un Poco Cierto	Bastante Cierto	Muy Cierto
X1.	habla conmigo sobre mis problemas.	A	B	C	D
X2.	me ayuda cuando estoy molesto.	A	B	C	D
X3.	me hace sentirme bien conmigo mismo.	A	B	C	D

¿Qué tan ciertas crees que son estas declaraciones sobre tus amigos?

Tengo un **amigo(a)** de mi edad que…		No Es Cierto en Absoluto	Un Poco Cierto	Bastante Cierto	Muy Cierto
X4.	habla conmigo sobre mis problemas.	A	B	C	D
X5.	me ayuda cuando estoy molesto.	A	B	C	D
X6.	me hace sentirme bien conmigo mismo.	A	B	C	D

*¿Qué tan ciertas crees que son estas afirmaciones sobre un **maestro u otro adulto de la escuela**?*

*En mi escuela uno **de mis maestros o algún otro adulto**…*

		No Es Cierto en Absoluto	Un Poco Cierto	Bastante Cierto	Muy Cierto
X7.	entendería mis problemas si se los contara.	A	B	C	D
X8.	me ayudaría si llegara a la escuela molesto.	A	B	C	D
X9.	me hace sentirme bien conmigo mismo.	A	B	C	D

*¿Qué tan ciertas crees que son estas afirmaciones sobre cómo **te sientes en la escuela**?*
*En mi **escuela**…*

		No Es Cierto en Absoluto	Un Poco Cierto	Bastante Cierto	Muy Cierto
X10.	Me siento socialmente aceptado.	A	B	C	D

FOR REFERENCE ONLY

Módulo de salud conductual

Formulario B

		No Es Cierto en Absoluto	Un Poco Cierto	Bastante Cierto	Muy Cierto
X11.	Pienso que soy importante para los demás.	A	B	C	D

Las siguientes preguntas se refieren a qué tan seguro te sientes en tu vecindario y en tu casa o donde vives.

		Muy Seguro	Seguro	Ni Seguro ni en Riesgo	Con Riesgo	Con Mucho Riesgo
X12.	¿Qué tan seguro te sientes en tu casa o en el lugar donde vives?	A	B	C	D	E
X13.	¿Qué tan seguro te sientes en el barrio donde vives?	A	B	C	D	E

Las siguientes preguntas se refieren a cómo te sentiste o qué hiciste en <u>los últimos 30 días</u>.

		Nunca	1–3 veces al **mes**	1–2 veces a la **semana**	2–3 veces a la **semana**	Casi todos los días
X14.	Me molesté fácilmente o empecé a discutir o a pelear físicamente.	A	B	C	D	E
X15.	Me costó trabajo concentrarme o prestar atención.	A	B	C	D	E
X16.	Me costó trabajo sentir felicidad o amor.	A	B	C	D	E
X17.	Me sentí solo incluso cuando estaba con otras personas.	A	B	C	D	E
X18.	Me costó trabajo conciliar el sueño, me desperté con frecuencia o me costó trabajo volver a dormirme.	A	B	C	D	E

FOR REFERENCE ONLY

Módulo de salud conductual

Formulario B

Las siguientes preguntas son acerca de tus sentimientos.

		Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
X19.	¿Con qué frecuencia te sientes solo?	A	B	C	D
X20.	¿Con qué frecuencia sientes que ya no tienes una relación estrecha con nadie?	A	B	C	D

X21. Cuando todos los que te rodean se enojan, ¿qué tan relajado puedes permanecer?

A) Nada relajado
B) Un poco relajado
C) Algo relajado
D) Bastante relajado
E) Extremadamente relajado

X22. ¿Con qué frecuencia puedes controlar tus emociones cuando necesitas hacerlo?

A) Casi nunca
B) Una que otra vez
C) A veces
D) Frecuentemente
E) Casi siempre

X23. Cuando las cosas salen mal, ¿qué tan tranquilo puedes permanecer?

A) Nada tranquilo
B) Ligeramente tranquilo
C) Algo tranquilo
D) Bastante tranquilo
E) Extremadamente tranquilo

FOR REFERENCE ONLY

Módulo de salud conductual

Formulario B

Las siguientes preguntas se refieren a lo que piensas acerca de tu peso y la forma de tu cuerpo, la dieta y las autolesiones intencionales.

X24. Durante los últimos 30 días, ¿qué tan satisfecho has estado con tu peso e la forma de tu cuerpo?

A) Muy Insatisfecho
B) Insatisfecho
C) Ni Insatisfecho ni Satisfecho
D) Satisfecho
E) Muy Satisfecho

X25. ¿Cuál de las siguientes cosas estás tratando de hacer con tu peso?

A) Bajar de peso
B) Subir de peso
C) Conservar el mismo peso
D) No estoy tratando de hacer nada con respecto a mi peso

¿Cuál de las siguientes cosas hiciste durante los últimos 30 días para bajar peso o evitar aumentar de peso?

		No	Sí
X25a.	Ejercicio	A	B
X25b.	Comer menos alimentos, menos calorías o alimentos bajos en grasa	A	B
X25c.	Pasar 12 horas o más sin comer (también conocido como ayuno)	A	B
X25d.	Tomar píldoras de dieta, polvos o líquidos sin el consejo de un médico (no incluyas productos de reemplazo de comidas como Ensure, Muscle Milk o SlimFast)	A	B
X25e.	Vomitar o tomar laxantes	A	B

X26. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces hiciste algo para lastimarte a propósito, como cortarte, rascarte o quemarte?

A) 0 veces
B) 1 vez
C) 2 o 3 veces
D) 4 o 5 veces
E) 6 veces o más

FOR REFERENCE ONLY

Módulo de salud conductual

Formulario B

Abajo hay una lista de síntomas que los estudiantes a veces tienen.

*En las **últimas 2 semanas**, ¿cuánto te molestó los siguientes problemas físicos?*

		Nada	Un Poco	Algo	Mucho	Muchísimo
X27.	Dolores de estómago	A	B	C	D	E
X28.	Dolores de cabeza	A	B	C	D	E
X29.	Dolores en la espalda baja	A	B	C	D	E
X30.	Sentir que te vas a desmayar o mareos	A	B	C	D	E
X31.	Latidos del corazón demasiado acelerados (incluso cuando no estás haciendo ejercicio)	A	B	C	D	E

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones?

		Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
X32.	Sé a dónde ir o a quién recurrir en la escuela para pedir ayuda cuando estoy muy triste, estresado, solo o deprimido.	A	B	C	D
X33.	En mi escuela se habla abiertamente sobre la salud mental.	A	B	C	D
X34.	Mi escuela alienta a los estudiantes a cuidar su salud mental.	A	B	C	D

FOR REFERENCE ONLY

Módulo de salud conductual

Formulario B

Las siguientes preguntas se refieren a cuando tú o alguien que conoces estaba pasando un momento difícil y sentía mucha tristeza, estrés, soledad o depresión.

Si alguien de mi edad se sintiera muy triste, estresado, solo o deprimido…		Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
X35.	hablar con un adulto podría ayudarle a sentirse mejor.	A	B	C	D
X36.	los niños de mi escuela serían amables con él o ella.	A	B	C	D

X37. Si te sintieras muy triste, estresado, solo o deprimido, ¿tú... (*Marca todo lo que corresponda.*)

A) hablarías con un maestro u otro adulto de tu escuela?
B) hablarías con tus padres o alguna otra persona de tu familia?
C) pedirías ayuda a un consejero o terapeuta?
D) hablarías con tus amigos?
E) tendrías miedo de pedir ayuda?
F) no sabrías que hacer?

Las siguientes preguntas se refieren a hablar con un consejero o terapeuta cuando te sientes muy triste, estresado, solo o deprimido.

X38. En el último año, ¿quisiste hablar con un consejero o terapeuta acerca de sentirte muy triste, estresado, solo o deprimido?

A) No
B) Sí
C) No sé

X39. En el último año, ¿pediste ayuda a un consejero o terapeuta cuando la necesitaste?

A) No aplica, no necesité ayuda
B) No, no pedía ayuda cuando la necesité
C) Sí, pedía ayuda cuando la necesité

FOR REFERENCE ONLY

Módulo de salud conductual

Formulario B

X40. En el último año, ¿dónde recibiste ayuda de un consejero o terapeuta? (*Marca todas las respuestas que correspondan.*)

A) En ningún lugar
B) En la escuela (en persona, por teléfono o en línea)
C) A través de un consejero o terapeuta, pero no de mi escuela (en persona, por teléfono o en línea)
D) En algún otro lugar
E) No sé

X41. El año pasado, ¿un adulto en la escuela lo refirió o lo conectó con un consejero o terapeuta fuera de la escuela para obtener ayuda?

A) No
B) Sí
C) No sé

X42. Si estuvieras muy triste, estresado, solo o deprimido, ¿alguna de estas cosas te impediría hablar con un consejero o terapeuta? (*Marca todas las respuestas que correspondan.*)

A) No sabría a donde acudir para pedir ayuda
B) No hay nadie con quien pueda hablar
C) No entenderían
D) La gente pensaría que algo anda mal conmigo
E) Mis padres podrían enterarse
F) Otros estudiantes podrían enterarse
G) No tendría cómo pagar
H) No me gustaría hablar con un consejero o terapeuta
I) Otras razones
J) No se aplica, ninguna de estas cosas me impediría hablar con un consejero o terapeuta

FOR REFERENCE ONLY