

## 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?*

| <i>En mi casa uno de mis padres o algún otro adulto...</i> |                                      | No Es<br>Cierto en<br>Absoluto | Un Poco<br>Cierto | Bastante<br>Cierto | Muy<br>Cierto |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|
| 1.   | habla conmigo sobre mis problemas.   | A                              | B                 | C                  | D             |
| 2.   | me ayuda cuando estoy molesto.       | A                              | B                 | C                  | D             |
| 3.   | me hace sentirme bien conmigo mismo. | A                              | B                 | C                  | D             |

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

| <i>Tengo un amigo(a) de mi edad que...</i> |                                      | No Es<br>Cierto en<br>Absoluto | Un Poco<br>Cierto | Bastante<br>Cierto | Muy<br>Cierto |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|
| 4.   | habla conmigo sobre mis problemas.   | A                              | B                 | C                  | D             |
| 5.   | me ayuda cuando estoy molesto.       | A                              | B                 | C                  | D             |
| 6.   | 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?*

| <i>En mi escuela uno de mis maestros o algún otro adulto...</i> |  | No Es<br>Cierto en<br>Absoluto | Un Poco<br>Cierto | Bastante<br>Cierto | Muy<br>Cierto |
|---|--|--------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|
| 7.  | entendería mis problemas si se los contara.  | A                              | B                 | C                  | D             |
| 8.  | me ayudaría si llegara a la escuela molesto. | A                              | B                 | C                  | D             |
| 9.  | 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?*

| <i>En mi escuela...</i> |   | No Es<br>Cierto en<br>Absoluto | Un Poco<br>Cierto | Bastante<br>Cierto | Muy<br>Cierto |
|-------------------------|---|--------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|
| 10.                     | Me siento socialmente aceptado.           | A                              | B                 | C                  | D             |
| 11.                     | Pienso que soy importante para los demás. | A                              | B                 | C                  | D             |

## Módulo de salud conductual

## Formulario B

**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 |
|--|------------|--------|------------------------|------------|------------------|
| 12. ¿Qué tan seguro te sientes en tu casa o en el lugar donde vives? | A          | B      | C                      | D          | E                |
| 13. ¿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 los últimos 30 días.**

|   | Nunca | 1–3 veces al mes | 1–2 veces a la semana | 2–3 veces a la semana | Casi todos los días |
|---|-------|------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| 14. Me molesté fácilmente o empecé a discutir o a pelear físicamente.                                     | A     | B                | C                     | D                     | E                   |
| 15. Me costó trabajo concentrarme o prestar atención.   | A     | B                | C                     | D                     | E                   |
| 16. Me costó trabajo sentir felicidad o amor.   | A     | B                | C                     | D                     | E                   |
| 17. Me sentí solo incluso cuando estaba con otras personas.   | A     | B                | C                     | D                     | E                   |
| 18. Me costó trabajo conciliar el sueño, me desperté con frecuencia o me costó trabajo volver a dormirme. | A     | B                | C                     | D                     | E                   |

**Las siguientes preguntas son acerca de tus sentimientos.**

|   | Nunca | Rara vez | A veces | A menudo |
|---|-------|----------|---------|----------|
| 19. ¿Con qué frecuencia te sientes solo?  | A     | B        | C       | D        |
| 20. ¿Con qué frecuencia sientes que ya no tienes una relación estrecha con nadie? | A     | B        | C       | D        |

## Módulo de salud conductual

## Formulario B

21. 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
22. ¿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
23. 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

**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.**

24. 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
25. ¿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

IF 25 = A OR 25 = C, GO TO 25A; ELSE GO TO 26

## Módulo de salud conductual

## Formulario B

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

|   | No | Sí |
|---|----|----|
| 25a. Ejercicio  | A  | B  |
| 25b. Comer menos alimentos, menos calorías o alimentos bajos en grasa   | A  | B  |
| 25c. Pasar 12 horas o más sin comer (también conocido como ayuno)   | A  | B  |
| 25d. 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  |
| 25e. Vomitar o tomar laxantes   | A  | B  |
| 26. 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  |    |    |

**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 |
|---|------|---------|------|-------|-----------|
| 27. Dolores de estómago   | A    | B       | C    | D     | E         |
| 28. Dolores de cabeza   | A    | B       | C    | D     | E         |
| 29. Dolores en la espalda baja  | A    | B       | C    | D     | E         |
| 30. Sentir que te vas a desmayar o mareos   | A    | B       | C    | D     | E         |
| 31. Latidos del corazón demasiado acelerados (incluso cuando no estás haciendo ejercicio) | A    | B       | C    | D     | E         |

Módulo de salud conductual

Formulario B

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

|   | Muy en<br>Desacuerdo | En<br>Desacuerdo | De<br>Acuerdo | Muy de<br>Acuerdo |
|---|----------------------|------------------|---------------|-------------------|
| 32. 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                 |
| 33. En mi escuela se habla abiertamente sobre la salud mental.  | A                    | B                | C             | D                 |
| 34. Mi escuela alienta a los estudiantes a cuidar su salud mental.  | A                    | B                | C             | D                 |

**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<br>Desacuerdo | En<br>Desacuerdo | De<br>Acuerdo | Muy de<br>Acuerdo |
|--|----------------------|------------------|---------------|-------------------|
| 35. hablar con un adulto podría ayudarle a sentirse mejor.   | A                    | B                | C             | D                 |
| 36. los niños de mi escuela serían amables con él o ella.  | A                    | B                | C             | D                 |
| 37. 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?   |                      |                  |               |                   |

## Módulo de salud conductual

## Formulario B

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

38. 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
39. 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

IF 39 = C, GO TO 40; ELSE GO TO 41

40. 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
41. 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
42. 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