

FS



**¡BIENVENIDOS!**

**¡Gracias por tu interés en nuestro estudio sobre la salud mental de los adolescentes en familias inmigrantes Latinas!**

**Antes de empezar, solo tenemos unas pocas preguntas para ti.**

FS\_1 Número de identificación del estudiante:

---

FS\_2 Tu distrito escolar está localizado en...

---

End of Block: Face Sheet Criteria

---

Start of Block: Skip Logic

SL\_1 ¿Alguno de tus padres nació en Sur América, México, América Central, Cuba, o en la República Dominicana?

- Sí (1)
- No (2)

*Skip To: End of Survey If ¿Alguno de tus padres nació en Sur América, México, América Central, Cuba, o en la República Domi... = No*

End of Block: Skip Logic

---

Start of Block: Demographics

D\_1 Las siguientes preguntas son para saber un poco más de tí.  
¿Cuál es tu género?

- Femenino (1)
- Masculino (2)
- Transgénero (3)
- Género no binario (5)
- Otro (4)



Q106 ¿Cuántos años tienes?

---

Q105 ¿Naciste en los Estados Unidos?

Sí (1)

No (2)

*Skip To: D\_4 If ¿Naciste en los Estados Unidos? = Sí*

D\_2 ¿En qué país naciste?

---

D\_3 ¿Cuántos meses o años has vivido en los Estados Unidos?

---

D\_4 ¿Dónde nació tu madre?

---

Q103 ¿Dónde nació tu padre?

---

D\_6 ¿Con quién vives ahora mismo? Selecciona todo lo que corresponda.

- Hermana (1)
- Hermano (2)
- Madre (3)
- Padre (4)
- Padrastro (5)
- Madrastra (6)
- Companero de cuarto (7)
- Hijos propios (8)
- Vivir solo(a) (9)
- Tía (10)
- Tío (11)
- Primo (12)
- Prima (13)
- Otro (14)

---

D\_7 ¿Cuántas personas viven en tu casa, incluyéndote?

---

D\_8 ¿Qué idioma hablas en tu casa?

---

D\_9 ¿Qué tan bien hablas inglés?

- No hablo inglés (1)
- No lo hablo muy bien (2)
- Lo hablo bien (3)
- Hablo inglés muy bien (4)

Q100 Actualmente, ¿estás trabajando?

- Sí (1)
- No (2)

*Skip To: D\_12 If Actualmente, ¿estás trabajando? = No*

D\_10 ¿Cuántas horas trabajas a la semana?

---

D\_11 Por favor elige qué tan de acuerdo estás con la siguiente afirmación:

	0 (2)	1 (3)	2 (4)	3 (6)
Mi trabajo hace difícil que me vaya bien en la escuela. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D\_12 Además de un trabajo, otra de las responsabilidades que los jóvenes pueden tener es cuidar de familiares. ¿Cuántas horas a la semana pasas cuidando a alguien de tu familia? (escribe 0 si no cuidas a ningún familiar)

---

End of Block: Demographics

---

Start of Block: School Interruption

SI\_1 Por favor elige la respuesta que más te corresponda. ¿Alguna vez has estado sin ir a la escuela por más de un año?

- Sí (1)
- No (2)
- Prefiero no responder (3)

*Skip To: End of Block If Por favor elige la respuesta que más te corresponda. ¿Alguna vez has estado sin ir a la escuela p... = No*

---

SI\_2

¿Cuánto tiempo estuviste sin ir a escuela?

---

SI\_3 ¿Dónde viviste cuando no estabas en la escuela?

- En los Estados Unidos (1)
- En mi país (2)
- Prefiero no responder (3)

End of Block: School Interruption

---

Start of Block: Economic Hardship

EH\_1 Las siguientes preguntas son sobre qué tan seguido hay dinero en la casa para...

	0 (1)	1 (2)	2 (3)	3 (4)	4 (5)
Comprar comida (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprar gasolina o tomar el bus (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagar servicios de electricidad, agua u otros (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagar gastos de la escuela (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprar la ropa que se necesita (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprar la ropa que te gustaría tener (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades divertidas (vacaciones, películas, salidas, etc.) (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagar renta (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: Economic Hardship

---

Start of Block: Enforcement

E\_1 En esta sección queremos saber cuánto te preocupas sobre el tema de la deportación. Selecciona si nunca, a veces, casi siempre o siempre te preocupas por lo siguiente.

	Nunca (1)	A veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)	Prefiero no responder (5)
¿Con qué frecuencia te preocupa que tus familiares o amigos(as) puedan ser detenidos o deportados? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

E\_2

	Nunca (1)	A veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)	Prefiero no responder (5)
¿Con qué frecuencia te preocupas de que TÚ puedas ser detenido(a) o deportado(a)? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

E\_3 ¿Conoces personalmente a alguien que haya sido detenido(a) o deportado(a)?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
-



E\_4.1 ¿Cuál es tú relación con la o las personas que fueron detenidas o deportadas?  
Seleccione TODAS las que apliquen:

- No conozco a nadie que haya sido detenido(a) o deportado(a) (1)
  - Padre(s) (2)
  - Hermano/a(s) (3)
  - Otros familiares (4)
  - Amigos (5)
  - Vecinos (6)
  - Compañeros de la escuela (7)
  - Otros (por favor, explica) (8)
- 
- Prefiero no responder (9)

E\_5 El miedo a ser detenidos(as) o deportados(as) ha llevado a tú familia a:  
 Seleccione TODAS las que apliquen:

	Nunca (1)	A veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)	Prefiero no responder (5)
Evitar servicios religiosos o eventos comunitarios (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar actividades escolares fuera del horario escolar normal (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar ir a un médico, clínica de salud u hospital si alguien está enfermo(a) o lesionado(a) (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar manejar y usar el transporte público (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar salir de la casa (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar una ruta diferente para ir a la escuela (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E\_6 ¿Estás preocupado(a) de que tú, un amigo(a) o miembro de tu familia corra el riesgo de ser deportado(a) por inscribirse en programas del gobierno como las estampillas de alimentos?

- Muy preocupado(a) (1)
- Un poco preocupado(a) (2)
- No estoy preocupado(a) (3)
- Prefiero no responder (4)

End of Block: Enforcement

---

Start of Block: Adolescent Discrimination Index

ADI\_1 En la siguiente sección estaremos leyendo situaciones de discriminación relacionada a tu raza o etnicidad. Selecciona con cuánta frecuencia has experimentado las siguientes cosas.

	Nunca (1)	A veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)	Prefiero no responder (5)
Me desmotivaron a participar en una clase avanzada. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me disciplinaron en la escuela sin razón. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me dieron una nota más baja de la que merecía. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me desmotivaron a participar en una organización o club. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compañeros(as) de mi edad no me incluyeron en sus actividades. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente esperaba más de mi que de otros de mi edad. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente esperaba menos de mi que de otros de mi edad. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente pensó que mi inglés era malo. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La policia me molestó. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Un guardia de seguridad o empleado de una tienda me molestó. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me han llamado nombres racistas. (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He recibido un mal servicio en un restaurante o tienda. (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente ha actuado como si yo no fuera inteligente. (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente ha actuado como si me tuvieran miedo. (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He sido amenazado(a). (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: Adolescent Discrimination Index

---

Start of Block: Identity

Q102 En esta sección, queremos saber qué tan en desacuerdo o de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones sobre tu identidad.

	Muy en desacuerdo (1)	Algo en desacuerdo (2)	Algo de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)	Prefiero no responder (5)
Yo me identifico públicamente como estadounidense. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo me siento parte de la sociedad estadounidense. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi identidad estadounidense tiene muy poco que ver con lo que siento por mi mismo(a). (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser parte de la sociedad estadounidense es parte importante de cómo yo me veo a mi mismo(a). (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sociedad estadounidense de la que soy parte es reflejo importante de lo que soy. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi identidad estadounidense no es importante para el tipo de persona que soy. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me identifico públicamente con el país donde que nací. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Me siento parte de la sociedad del país dónde nací. (8)

El país donde nací tiene muy poco que ver con lo que siento por mí mismo(a). (9)

El país donde nací es parte importante de cómo yo me veo a mi mismo(a). (10)

El país donde nací es un reflejo importante de quien soy. (11)

El país donde nací no es importante para el tipo de persona soy. (12)

End of Block: Identity

---

Start of Block: BREAK\_1

¡No te preocupes, ya estamos avanzando!

End of Block: BREAK\_1

---

Start of Block: Mental health access

MHA\_1 Las siguientes dos preguntas son sobre los servicios de salud mental.

	Si (1)	No (2)	Prefiero no responder (3)
En tu vida, ¿has hablado con un psicólogo, trabajador social o consejero(a)? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ahora mismo, ¿estás viendo a un psicólogo, trabajador social o consejero(a) para hablar sobre tus problemas? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: Mental health access

---

Start of Block: Trauma Exposure

TE\_Instrct En esta sección leeremos sobre algunos eventos estresantes que los jóvenes pueden haber vivido. Selecciona SI a los eventos que te han pasado y NO a los eventos que NUNCA te han pasado.

TE\_1 ¿Has estado en un accidente serio en el que te lastimaste gravemente o pudiste haber muerto?

- Sí (1)
- No (2)
- Prefiero no responder (3)

TE\_2 ¿Has visto en persona un accidente serio en el que alguien se lastimó gravemente o murió?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_3 ¿Alguna vez has pensado que tú o un ser querido podrían ser afectados por desastres naturales? (huracán, inundación o terremoto, otro)

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_4 ¿Alguna persona cercana a tí ha estado muy enferma o lesionada?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_5 ¿Alguna persona cercana a tí ha muerto?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
-

TE\_6 ¿Has padecido una enfermedad o lesión grave por la cual te llevaron de urgencia al hospital?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_7 ¿Has sido separado(a) por más de varios días de tus padres o alguna persona con quién querías estar?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_8 ¿Has sido atacado por un perro u otro animal?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_9 ¿Alguna persona te ha amenazado con lastimarte?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
-

TE\_10 ¿Has visto una persona amenazando a otra?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_11 ¿Te han dado un puñetazo, golpeado o bofeteado?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_12 ¿Has visto a una persona bofeteando o golpeando a otra persona?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_13 ¿Te han dado una golpiza?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
-

TE\_14 ¿Has visto una golpiza a otra persona?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_15 ¿Has visto a una persona ser atacada o acuchillada?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_16 ¿Has visto a alguien apuntandole una pistola a otra persona?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_17 ¿Has visto a una persona pegarle un tiro a otra persona?

- Si (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
-

TE\_18 ¿Has sido perseguido(a) por pandillas o individuos?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_19 ¿Te han pedido usar, vender o distribuir drogas ilegales?

- Sí (1)
  - No (2)
  - Prefiero no responder (3)
- 

TE\_20 ¿Has sido capturado(a) o detenido(a) por la policía?

- Sí (1)
- No (2)
- Prefiero no responder (3)

**End of Block: Trauma Exposure**

---

**Start of Block: CPSS**

CPSS\_1 En esta sección, leeremos una lista de problemas que los jóvenes pueden experimentar luego de eventos estresantes. En las pasadas DOS SEMANAS, selecciona con cuánta frecuencia te han molestado los siguientes problemas.



	Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mitad del tiempo (3)	Casi siempre (4)	Prefiero no responder (5)
Has tenido pensamientos o imágenes molestosas sobre un evento aunque no querías pensar en eso. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has tenido sueños malos o pesadillas. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has actuado o has sentido como si el evento estuviera pasando de nuevo (escuchar algo o ver una foto relacionada al evento y sentir como si estuvieras ahí de nuevo). (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el evento (por ejemplo: sentirte asustado(a), enojado(a), triste o culpable). (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del evento (por ejemplo: sudar de repente, el corazón palpitando rápido). (9)

Has tratado de no pensar, hablar, o tener sentimientos acerca del evento estresante. (6)

Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento estresante (por ejemplo, no querer jugar afuera o ir a la escuela) (12)

CPSS\_7 En esta sección, leeremos una lista de problemas que los jóvenes pueden experimentar luego de eventos estresantes. En las pasadas DOS SEMANAS, selecciona con cuánta frecuencia te han molestado los siguientes problemas.

	Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mitad del tiempo (3)	Casi siempre (4)	Prefiero no responder (5)
Has tenido dificultad en recordar una parte importante del evento estresante. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbras hacer. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has tenido dificultad en sentirte cerca de las personas a tu alrededor. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz). (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, conseguir trabajo, casarte o tener hijos). (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).  
(7)



	Nunca (1)	Algunas veces (2)	La mitad del tiempo (3)	Casi siempre (4)	No quiero contestar (5)
Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has tenido dificultad en concentrarte (por ejemplo, distraerte mientras ves television, olvidar lo que leíste, no prestar atención en clase) (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a), (por ejemplo, mirando constantemente quién y qué está a tu alrededor) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te has asustado o te has sorprendido fácilmente (por ejemplo, cuando se te acerca alguien por detrás) (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

CPSS\_18 PARTE 2: Indica a continuación si los problemas de los que hablamos en la parte anterior han interferido con las siguientes actividades en tu vida DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	(1)	(2)	(4)
Orando (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo que hicieses y obligaciones en casas (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasando tiempo con amistades (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo actividades divertidas (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haciendo tareas (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionándote con tu familia (es decir, sentirte cómodo(a) con ellos) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siendo feliz con tu vida (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Page Break

End of Block: CPSS

Start of Block: CES-D

CES-D\_1 A continuación leeremos una lista de emociones y comportamientos que pudiste haber tenido durante la semana pasada. Selecciona con qué frecuencia te has sentido así en los pasados siete días.

	Raramente o ninguna vez (menos de un día) (1)	Ciertas veces o una pequeña parte del tiempo (1-2 días) (2)	Ocasionalmente o un periodo de tiempo moderado (3-4 días) (3)	Casi todo el tiempo o todo el tiempo (5-7 días) (4)	Prefiero no responder (5)
Me molesté por cosas pequeñas. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí pocas ganas de comer; mi apetito empeoró. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que no podía quitarme la tristeza aún con la ayuda de mi familia y amigos. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que yo soy tan bueno(a) como otras personas. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve dificultad para mantener mi mente enfocada. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí deprimido(a). (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que todo es difícil. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



CES-D\_8 Selecciona con qué frecuencia te has sentido así en los pasados siete días.

	Raramente o ninguna vez (menos de un día) (1)	Ciertas veces o una pequeña parte del tiempo (1-2 días) (2)	Ocasionalmente o un periodo de tiempo moderado (3-4 días) (3)	Casi todo el tiempo o todo el tiempo (5-7 días) (6)	Prefiero no responder (5)
Me sentí positivo(a) sobre el futuro. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensé que mi vida ha sido un fracaso. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí miedo. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve problemas para dormir. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí contento(a). (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hablé menos de lo normal. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí solo(a). (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES-D\_14 Selecciona con qué frecuencia te has sentido así en los pasados siete días.

	Raramente o ninguna vez (menos de un día) (1)	Ciertas veces o una pequeña parte del tiempo (1-2 días) (2)	Ocasionalmente o un periodo de tiempo moderado (3-4 días) (3)	Casi todo el tiempo o todo el tiempo (5-7 días) (4)	Prefiero no responder (5)
Sentí que la gente no ha sido amistosa conmigo. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disfruté de la vida. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasé ratos llorando. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí triste. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que no le caigo bien a la gente. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuve sin ganas de hacer nada. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: CES-D

Start of Block: Substance Abuse

SA\_7 En toda tu vida: Las siguientes preguntas buscan saber cuántas veces has tomado cerveza, fumado cigarrillos y/o usado otras drogas. Puedes seleccionar desde 0 hasta más de 40 veces.

	0 (1)	1-2 veces (2)	3-5 veces (3)	6-9 veces (4)	10-19 veces (5)	20-30 veces (6)	40 o más (7)	Prefiero no responder (8)
¿Cuántas veces has bebido más de un sorbo de cerveza, vino o licor en tu vida? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces has fumado cigarrillos en tu vida? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces has usado cigarrillos electrónicos en tu vida? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces has fumado marihuana en tu vida? (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces has olido pegamento, pintura en aerosol u otros inhalantes para drogarte en tu vida? (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántas veces has tomado un medicamento que no te recetaron en tu vida? (6)



SA\_7 En los últimos 30 días: Queremos saber cuántas veces has tomado cerveza, fumado cigarrillos y/o usado otras drogas. Puedes seleccionar desde 0 a más de 40 veces.

	0 (1)	1-2 veces (2)	3-5 veces (3)	6-9 veces (4)	10-19 veces (5)	20-30 veces (6)	40 o más (7)	Prefiero no responder (8)
¿Cuántas veces has bebido más de un sorbo de cerveza, vino o licor en los últimos 30 días? (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces has fumado cigarrillos en los últimos 30 días? (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces has fumado marihuana en los últimos 30 días? (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces has fumado cigarrillos electrónicos en los últimos 30 días? (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas veces has olido pegamento, pintura en aerosol u otros inhalantes para drogarte en los últimos 30 días? (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántas veces has tomado un medicamento que no te recetaron en los últimos 30 días? (6)

End of Block: Substance Abuse

---

Start of Block: BREAK\_2

¡Muy bien! ¡¡Ya estamos avanzando!!

End of Block: BREAK\_2

---

Start of Block: SCARED

SCARED\_I En esta sección leeremos situaciones que los jóvenes pueden experimentar. Selecciona cada cuánto te sientes así.

-----

Scared\_1 No puedo respirar bien cuando tengo miedo.

- Casi nunca (1)
  - Algunas veces (2)
  - Casi siempre (3)
  - Prefiero no responder (4)
-



scared\_2 Me duele la cabeza cuando estoy en la escuela.

- Casi nunca (1)
  - Algunas veces (2)
  - Casi siempre (3)
  - Prefiero no responder (4)
- 

scared\_3 No me gusta estar con personas que no conozco bien.

- Casi nunca (1)
  - Algunas veces (2)
  - Casi siempre (3)
  - Prefiero no responder (4)
- 

scared\_4 Siento miedo cuando duermo en una casa que no es la mía.

- Casi nunca (1)
  - Algunas veces (2)
  - Casi siempre (3)
  - Prefiero no responder (4)
-

scared\_5 Me preocupa saber si le caigo bien a la gente.

- Casi nunca (1)
  - Algunas veces (2)
  - Casi siempre (3)
  - Prefiero no responder (4)
- 

scared\_6 Siento que me voy a desmayar cuando tengo miedo.

- Casi nunca (1)
  - Algunas veces (2)
  - Casi siempre (3)
  - Prefiero no responder (4)
- 

scared\_7 Soy una persona nerviosa.

- Casi nunca (1)
  - Algunas veces (2)
  - Casi siempre (3)
  - Prefiero no responder (4)
-

scared\_8 Sigo a mis familiares a donde quiera que vayan.

- Casi nunca (1)
  - Algunas veces (2)
  - Casi siempre (3)
  - Prefiero no responder (4)
-

SCARED\_9 Selecciona cada cuánto te sientes así.

	0 = Casi nunca (4)	1 = Algunas veces (5)	2 = Casi siempre (6)	3 = Prefiero no responder (7)
La gente me dice que me veo nervioso(a). (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco bien. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me duele el estómago (panza) cuando estoy en la escuela. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que voy a enloquecer cuando tengo mucho miedo. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupo cuando tengo que dormir solo(a). (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros jóvenes (en los estudios o deportes). (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que las cosas a mi alrededor no son reales cuando tengo mucho miedo. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres. (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me preocupo  
cuando tengo  
que ir a la  
escuela. (12)

El corazón me  
late muy rápido  
cuando tengo  
mucho miedo.  
(13)

SCARED\_19

Selecciona con cuánta frecuencia los siguientes problemas te molestan.

	0 = Casi nunca (1)	1= A veces (2)	2 = Siempre (3)	3 = Prefiero no responder (4)
Tiemblo cuando tengo mucho miedo. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa pensar en cómo me van a salir las cosas. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sudo mucho cuando tengo miedo. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupo demasiado. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupo sin motivo. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me da miedo estar solo(a) en la casa. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento como si no pudiera tragar cuando tengo miedo. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las personas dicen que yo me preocupo demasiado. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me gusta estar lejos de mi familia. (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Tengo miedo de tener ataques de nervios o pánico. (12)

Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres. (13)

Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco. (14)

Me preocupo sobre lo que vaya a pasar en el futuro. (15)

Me dan ganas de vomitar cuando tengo miedo. (16)

Me preocupa saber si hago las cosas bien. (17)

Tengo miedo de ir a la escuela. (18)

Me preocupan las cosas que ya han pasado. (19)

Me siento mareado(a) cuando tengo miedo. (20)

Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros jóvenes (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar). (21)

Me siento nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco. (22)

Soy tímido(a). (23)

---

Page Break

**End of Block: SCARED**

**Start of Block: EXT BXS**

EXT BXS En esta sección hay una lista de algunos comportamientos en jóvenes. Selecciona si en los ÚLTIMOS SEIS MESES esos comportamientos han sido falsos, a veces ciertos, o muy ciertos en tu vida.

EXT BXS\_1 Yo discuto mucho.

- 0 = Casi nunca (1)
  - 1 = Algunas veces (2)
  - 2 = Casi siempre (3)
  - 3 = Prefiero no responder (4)
- 

EXT BXS\_2 No le hago caso a mis padres.

- 0 = Casi nunca (1)
  - 1 = Algunas veces (2)
  - 2 = Casi siempre (3)
  - 3 = Prefiero no responder (4)
- 

EXT BXS\_3 Yo desobedezco en la escuela.

- 0 = Casi nunca (1)
  - 1 = Algunas veces (2)
  - 2 = Casi siempre (3)
  - 3 = Prefiero no responder (4)
-

EXT BXS\_4 No me llevo bien con otros jóvenes.

- 0 = Casi nunca (1)
  - 1 = Algunas veces (2)
  - 2 = Casi siempre (3)
  - 3 = Prefiero no responder (4)
- 

EXT BXS\_5 Me meto en peleas físicas.

- 0 = Casi nunca (1)
  - 1 = Algunas veces (2)
  - 2 = Casi siempre (3)
  - 3 = Prefiero no responder (4)
- 

EXT BXS\_6 Paso tiempo con jóvenes que se meten en problemas.

- 0 = Casi nunca (1)
  - 1 = Algunas veces (2)
  - 2 = Casi siempre (3)
  - 3 = Prefiero no responder (4)
-

EXT BXS\_7 Yo hago cosas sin parar a pensar.

- 0 = Casi nunca (1)
  - 1 = Algunas veces (2)
  - 2 = Casi siempre (3)
  - 3 = Prefiero no responder (4)
- 

EXT BXS\_8 Me escapo de la casa.

- 0 = Casi nunca (1)
  - 1 = Algunas veces (2)
  - 2 = Casi siempre (3)
  - 3 = Prefiero no responder (4)
- 

EXT BXS\_9 Me salgo de clases o no voy a la escuela.

- 0 = Casi nunca (1)
- 1 = Algunas veces (2)
- 2 = Casi siempre (3)
- 3 = Prefiero no responder (4)

End of Block: EXT BXS

---

Start of Block: School Engagement

Q84 Las siguientes afirmaciones son sobre la participación de los jóvenes en la escuela.  
Selecciona qué tan cierta es cada afirmación sobre tu participación en la escuela.

	Falso (1)	A veces cierto (2)	Muy cierto (3)	Prefiero no responder (4)
Me gusta aprender cosas nuevas. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me aburro fácilmente con el trabajo escolar. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento bien cuando aprendo algo nuevo aunque sea difícil. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Termino mi trabajo escolar. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrego mis tareas a tiempo. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pongo mucha atención en clase. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo hago el mínimo necesario en la escuela. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dedico tiempo a las tareas después de la escuela. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llego tarde a clases. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me salgo de clases o no voy a la escuela. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo depender al menos de un adulto en la escuela. (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Los maestros no se preocupan por mi futuro. (17)

Alguien en la escuela me hace sentir exitoso(a). (18)

La escuela es un lugar solitario donde no le importo a nadie. (19)

Nadie en la escuela me puede ayudar. (16)

Los maestros no me tratan con respeto. (12)

Tengo al menos un amigo(a) en la escuela que me puede ayudar con las tareas. (13)

Los maestros se preocupan por mí y lo que me pase. (14)

Puedo hablar de mis problemas con gente en la escuela. (15)

Puedo depender de alguien en la escuela para que me ayude con las tareas. (20)



Puedo depender  
de alguien si  
tengo un  
problema en la  
escuela. (22)



---

BREAK 3 ¡¡Ya casi terminamos!!

End of Block: School Engagement

---

Start of Block: Resiliency

R1 En esta sección, queremos saber qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes oraciones. Puedes seleccionar desde estar "muy en desacuerdo" en las oraciones donde NO piensas así hasta "muy de acuerdo" en las oraciones que SI piensas así.

	Muy en desacuerdo (1)	Algo en desacuerdo (2)	Algo de acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)	Prefiero no responder (5)
Estoy muy decidido(a) a cumplir mis metas. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hago amigos(as) fácilmente. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy una persona independiente. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me rindo fácilmente. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente sé qué hacer si algo sale mal. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No puedo hacer mucho para cambiar una situación de mala a buena en la escuela. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que soy una persona inteligente. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sé como buscar la ayuda que necesito. (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienso positivamente. (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo manejar situaciones difíciles en la escuela. (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si veo a alguien que me gustaría conocer, voy a esa persona en lugar de esperar a que vengan a verme. (11)

Mi familia está pendiente de mí. (12)

Mi familia sabe mucho de mí. (13)

Hablo con mi familia sobre cómo me siento. (14)

Mi familia me apoya en tiempos difíciles. (15)

Me siento seguro(a) cuando estoy con mi familia. (16)

Disfruto de las tradiciones culturales de mi familia. (17)

Mis creencias espirituales son importantes para mí. (18)

Participo en actividades religiosas. (19)

End of Block: Resiliency

---

End of Survey Gif