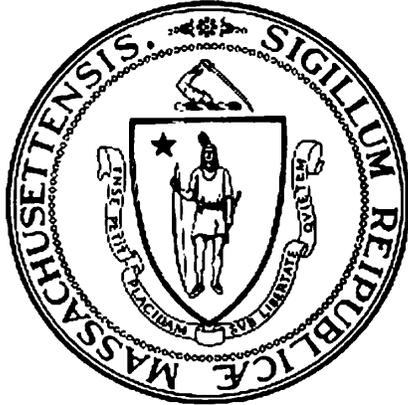


# Massachusetts

## Encuesta de salud de la juventud



Auspiciada por:

El Departamento de Salud Pública de Massachusetts  
(*Massachusetts Department of Public Health*)

y

El Departamento de Educación Primaria y Secundaria  
de Massachusetts (*Massachusetts Department of  
Elementary and Secondary Education*)

Llevada a cabo por:

Centro de investigación por encuestas (*Center for Survey  
Research*) Universidad de Massachusetts, Boston

## Invierno de 2015

### Antes de comenzar, hay algunas cosas importantes que necesitas saber.

- Sus respuestas son completamente **anónimas**. No hay ningún tipo de marcas en ningún lugar del cuestionario que permita identificarte. No escribas su nombre ni ninguna otra información personal en el cuestionario. Sus respuestas se combinarán con otras respuestas para hacer un análisis estadístico.
- El propósito de la encuesta es recopilar información de los estudiantes de las escuelas en Massachusetts sobre temas de salud como el uso de tabaco, alcohol y drogas, dentro y fuera de las actividades escolares, la dieta y el ejercicio y cómo hacer frente al estrés. Esta información se utiliza para comprender mejor las preocupaciones y prácticas de salud de los estudiantes actuales.
- Es importante que respondas a cada pregunta lo más honesta y exacta como puedas.
- Si hay alguna pregunta que prefieras no contestar, solo sáltala y continúa con la siguiente pregunta.
- Su participación es, por supuesto, voluntaria. Si te parece que la encuesta te hace sentir incómodo, puedes dejar de responder a las preguntas.
- Responde a cada pregunta rellenando los círculos de esta forma:

Marcas incorrectas:     Marca correcta:

Debes usar un lápiz número 2.



- Las flechas (  ) te dirigirán para que respondas a preguntas de seguimiento o para que saltes ciertas preguntas.
- Cuando hayas terminado con la encuesta, simplemente colócala en la caja que está en la parte delantera del salón.
- Su participación es muy apreciada, ya que esta es una de las pocas maneras para que los estudiantes como usted puedan informar de forma anónima sobre temas de salud que pueden afectarlo.

## Gracias por tu tiempo y cooperación.

## INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

1. ¿Qué es el código de la Escuela?

Escribe el código de la escuela en las casillas vacías sombreadas. Llena los círculos correspondientes debajo de cada número.

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

2. ¿Qué es el código postal de tu CASA?

Escribe el código postal de tu casa en las casillas vacías sombreadas. Llena los círculos correspondientes debajo de cada número.

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

3. ¿En qué grado estás?

- 6.º grado
- 7.º grado
- 8.º grado
- Otro/no hay grados

4. ¿Cuántos años tienes?

- 11 años o menos
- 12 años de edad
- 13 años de edad
- 14 años de edad
- 15 años de edad
- 16 años de edad
- 17 años de edad
- 18 años o más

5. ¿Cuál es tu sexo?

- Femenino
- Masculino

6. ¿Cuán alto eres sin tus zapatos puestos?

<p>Anota tu estatura en los recuadros sombreados en blanco. Ennegrece los óvalos correspondientes debajo de cada número.</p>	<b>ESTATURA</b>	
	<b>PIES</b>	<b>PULGADAS</b>
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; background-color: #e0e0e0; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; background-color: #e0e0e0; margin: 0 auto;"></div>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11

7. ¿Cuánto pesas sin tus zapatos puestos?

<p>Anota tu peso en los recuadros sombreados en blanco. Ennegrece los óvalos correspondientes debajo de cada número.</p>	<b>PESO EN LIBRAS</b>		
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; background-color: #e0e0e0; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; background-color: #e0e0e0; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; background-color: #e0e0e0; margin: 0 auto;"></div>	
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	

8. ¿Eres hispano o latino?

- Sí
- No

9. ¿Cuál es tu raza? (Elije una o más de las respuestas)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco

10. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo describirías tus notas en la escuela?

- Casi todas A
- Casi todas B
- Casi todas C
- Casi todas D
- Casi todas F
- Ninguna de estas notas
- No estoy seguro

## PREGUNTAS SOBRE TU ESTILO DE VIDA

11. En un día de escuela promedio, ¿cuántas horas dedicas a ver TV?

- No veo la TV en un día de escuela promedio
- Menos de 1 hora al día
- 1 hora al día
- 2 horas al día
- 3 horas al día
- 4 horas al día
- 5 o más horas al día

12. En un día de escuela promedio, ¿cuántas horas dedicas a jugar juegos de video o juegos en la computadora, o usas una computadora para algo que no sea trabajo escolar? (Cuenta el tiempo dedicado a cosas como Xbox, Playstation, un iPod, un iPad u otra tableta, un teléfono inteligente, YouTube, Facebook u otras herramientas de las redes sociales, y la internet).

- No juego juegos de video o juegos en la computadora, o uso una computadora para algo que no sea trabajo escolar.
- Menos de 1 hora al día
- 1 hora al día
- 2 horas al día
- 3 horas al día
- 4 horas al día
- 5 o más horas al día

13. En un día promedio del fin de semana, ¿cuántas horas dedicas a ver TV?

- No veo la TV en un día de fin de semana promedio
- Menos de 1 hora al día
- 1 hora al día
- 2 horas al día
- 3 horas al día
- 4 horas al día
- 5 o más horas al día

14. En un día promedio del fin de semana, ¿cuántas horas dedicas a jugar juegos de video o juegos en la computadora, o usas una computadora para algo que no sea trabajo escolar? (Cuenta el tiempo dedicado a cosas como Xbox, Playstation, un iPod, un iPad u otra tableta, un teléfono inteligente, YouTube, Facebook u otras herramientas de las redes sociales, y la internet).

- No juego juegos de video o juegos en la computadora, o uso una computadora para algo que no sea trabajo escolar.
- Menos de 1 hora al día
- 1 hora al día
- 2 horas al día
- 3 horas al día
- 4 horas al día
- 5 o más horas al día

15. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos de los días realizaste alguna actividad física por lo menos durante 60 minutos al día? (Suma el tiempo dedicado a cualquier actividad física que haya incrementado tu ritmo cardíaco y te haya hecho respirar con fuerza durante algún tiempo).

- 0 días
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

16. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hiciste ejercicios o participaste en una actividad física por lo menos durante 20 minutos que te hizo sudar o respirar fuerte, como el baloncesto, fútbol, correr, nadar, andar en bicicleta rápida, baile movido o una actividad aeróbica similar?

- 0 días
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

17. Ahora considera los últimos 5 días que asististe a la escuela. ¿En cuántos de ellos caminaste, corriste en bicicleta o en patineta para llegar a la escuela o para regresar a casa desde la escuela?

- 0 días
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días

18. Ayer, ¿cuántas veces comiste verduras?

**DEFINICIÓN:**

Cuenta todas las verduras cocidas o crudas; ensaladas; y papas/patatas hervidas, horneadas o majadas en puré.

**No tomes** en cuenta: Papas/patatas fritas, papitas fritas (chips), o lechuga en un emparedado o sub.

- No comí verduras ayer
- 1 vez
- 2 veces
- 3 o más veces

19. Ayer, ¿cuántas veces comiste frutas o tomaste un jugo 100% de fruta?

- No comí frutas o tomé un jugo 100% de fruta ayer
- 1 vez
- 2 veces
- 3 o más veces

20. **Ayer, ¿cuántas latas o vasos de sodas que no sean de dieta tomaste?**

**DEFINICIÓN:**

Una soda (refresco carbonatado) que no es de dieta es una que contiene azúcar, como por ejemplo Coke®, Pepsi®, Sprite®, ginger ale, o root beer.

Cuenta una botella de 20 onzas como 2 vasos.

- No tomé ninguna soda que no fuera de dieta ayer
- 1 lata o vaso
- 2 latas o vasos
- 3 o más latas o vasos

21. **Ayer, ¿cuántas latas o vasos de bebidas saborizadas y endulzadas con azúcar tomaste?**

**DEFINICIÓN:**

Las bebidas saborizadas incluyen ponches (punch), bebidas deportivas, té helado endulzado, leche saborizadas, y otras bebidas con sabor a frutas como el Kool Aid® y el Hawaiian Punch®.

NO TOMES en cuenta los jugos 100% fruta.

Cuenta una botella de 20 onzas como 2 vasos.

- No tomé ninguna bebida saborizada ayer
- 1 lata o vaso
- 2 latas o vasos
- 3 o más latas o vasos

22. **Ayer, ¿cuántas latas o vasos de bebidas con cafeína tomaste?**

**DEFINICIÓN:**

Toma en cuenta el café, té, bebidas energizantes como Energy®, Red Bull®, Monster®, o Rockstar®, u otras bebidas con cafeína agregada.

- No tomé ninguna bebida con cafeína ayer
- 1 bebida con cafeína
- 2 bebidas con cafeína
- 3 o más bebidas con cafeína

23. **¿Cuántas horas duermes normalmente en noches cuando tienes clases al día siguiente?**

- 4 horas o menos
- 5 horas
- 6 horas
- 7 horas
- 8 horas
- 9 horas
- 10 horas o más

## PREGUNTAS ACERCA DE CÓMO TE SIENTES

24. **Durante los últimos 12 meses, ¿has sentido la necesidad de hablar con un adulto acerca de cómo te sientes, cómo van las cosas en tu vida, u otros problemas que puedas tener?**

- Sí
- No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 26

25. **Durante los últimos 12 meses, ¿hablaste con alguna de las siguientes personas sobre cosas como ésta?**

- |  | SÍ                    | NO                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Un familiar adulto  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Un psicólogo, consejero o enfermero de la escuela                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Un maestro o algún otro adulto de la escuela que no se menciona en la parte b | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Un psicólogo, terapeuta, consejero, médico o enfermero (fuera de la escuela)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Algún otro adulto en tu comunidad (fuera de la escuela)                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26. **Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te hiciste daño tú mismo intencionalmente sin desear morirte? (Por ejemplo, cortándote, quemándote o haciéndote moretones tú mismo a propósito).**

- 0 veces
- 1 o 2 veces
- 3 a 5 veces
- 6 a 9 veces
- 10 a 19 veces
- 20 o más veces

27. **Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o desesperanzado casi todos los días durante dos semanas o más consecutivas que dejaste de hacer algunas actividades usuales?**

- Sí
- No

28. **Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente intentar suicidarte?**

- Sí
- No

29. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste suicidarte?
- 0 veces ► Si respondiste 0 veces, pasa a la Pregunta 31
  - 1 vez
  - 2 a 3 veces
  - 4 a 5 veces
  - 6 o más veces

30. Si intentaste suicidarte durante los últimos 12 meses, ¿algunos de los intentos resultó en lesiones, envenenamiento o sobredosis que necesitó ser atendida por un médico o enfermero?
- No he intentado suicidarme durante los últimos 12 meses
  - Sí
  - No

## SEGURIDAD PERSONAL

31. Durante los últimos 12 meses, ¿sufriste un golpe o impacto en la cabeza mientras jugabas en un equipo deportivo (sea durante un partido o durante las prácticas) que te hizo perder el sentido, tener problemas de memoria, visión doble o borrosa, dolores de cabeza o “presión” en la cabeza o náuseas o vómitos?
- Sí
  - No ► Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 33
  - No jugué en ningún equipo deportivo durante los últimos 12 meses ► Si NO JUGASTE en ningún equipo deportivo, pasa a la Pregunta 33

32. Si en los últimos 12 meses sufriste un golpe en la cabeza mientras hacías deportes, ¿qué pasó?
- Dejé de practicar deportes ese día, y también fui a que me evaluara un médico, enfermero o profesional de la salud.
  - Dejé de practicar deportes ese día, pero NO fui a que me evaluara un médico, enfermero o profesional de la salud.
  - Seguí practicando deportes ese día.

33. ¿Cuán a menudo usas el cinturón de seguridad cuando viajas como pasajero en un automóvil?
- Nunca
  - Raras veces
  - Algunas veces
  - La mayor parte del tiempo
  - Siempre

34. ¿Te han ocurrido algunas de las siguientes situaciones durante los últimos 12 meses?
- |   | SÍ                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Alguien de tu familia te lastimó físicamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Fuiste testigo de violencia en tu familia    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

35. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has sido objeto de intimidación o acoso (bullying) en la escuela? (Ser objeto de intimidación o acoso incluye que te molesten con frecuencia, te amenacen, te golpeen, te pateen, o te excluya otro estudiante o grupo de estudiantes).
- 0 veces
  - 1 vez
  - 2 o 3 veces
  - 4 o 5 veces
  - 6 o 7 veces
  - 8 o 9 veces
  - 10 u 11 veces
  - 12 o más veces

36. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te han intimidado de forma electrónica? (Incluye intimidación o acoso a través de correos electrónicos, salas de chat, mensajes instantáneos, sitios web o mensajes de texto).
- Sí
  - No

37. ¿Alguien con quien estuviste saliendo o con quien tuviste una cita hizo alguna de las siguientes cosas? Controló tu uso del teléfono celular, te llamó o envió mensajes de texto varias veces por día para saber dónde estabas, no te dejó hacer cosas con amigos, se enojó si estabas hablando con otra persona o no te dejó ir a la escuela
- Nunca he tenido una cita o he salido con alguien
  - Sí, esto me ha sucedido en los últimos 12 meses
  - Sí, esto me ha sucedido, pero hace más tiempo que los últimos 12 meses
  - Sí, esto me ha sucedido en los últimos 12 meses y hace más tiempo que eso
  - No, esto nunca me ha sucedido

38. ¿Alguna vez has sido lastimado físicamente por alguien con quien saliste o tuviste una cita? (Incluye que te hayan lastimado al empujarte, abofetearte, golpearte o patearte).

- Nunca he tenido una cita o he salido con alguien
- Sí, esto me ha sucedido en los últimos 12 meses
- Sí, esto me ha sucedido, pero hace más tiempo que los últimos 12 meses
- Sí, esto me ha sucedido en los últimos 12 meses y hace más tiempo que eso
- No, esto nunca me ha sucedido

39. ¿Has hecho alguna de las siguientes acciones durante los últimos 12 meses?

- |  | SÍ                    | NO                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Intimidado, acosado o empujado a alguien  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Usado mensajes de texto, correos electrónicos, o medios sociales para burlarte, amenazar, o insultar a otro chico, o tratar de herir la reputación de otro chico. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Amenazado con lastimar, lastimar físicamente o tratado de lastimar alguien con quien saliste.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## PREGUNTAS REFERENTES A TUS FAMILIARES Y PARES

40. Cómo reaccionarían tus padres si descubrieran que tomas alcohol regularmente. Estarían:

- Extremadamente alterados
- Bastante alterados
- Un poco alterados
- No se alterarían

41. ¿Piensas que la mayoría de las personas de tu edad hacen lo siguiente?

- |   | SÍ                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Toman alcohol  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Fuman cigarrillos                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Fuman marihuana                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Usan otras drogas ilegales                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Intimidan, acosan, amenazan o empujan a otros chicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## PREGUNTAS SOBRE EL ALCOHOL

Las próximas 7 preguntas se refieren al consumo de alcohol. Esto incluye beber cerveza, vino, refrescos de vino, limonada con alcohol (hard lemonade), sidra y licores como el ron, la ginebra, el vodka o whisky. Para estas preguntas, tomar alcohol no incluye tomar unos sorbos de vino por razones religiosas.

42. Durante tu vida, ¿en cuántas ocasiones has tomado por lo menos un trago de alcohol?

- Nunca he tomado un trago de alcohol que fuera más que algunos sorbos → Si NUNCA has tomado alcohol, pasa a la Pregunta 47

- 1 o 2 días
- 3 a 9 días
- 10 a 19 días
- 20 a 39 días
- 40 a 99 días
- 100 o más días

43. ¿Qué edad tenías cuando tomaste tu primer trago de alcohol que fuera más que algunos sorbos?

- 8 años o menos
- 9 o 10 años de edad
- 11 o 12 años de edad
- 13 o 14 años de edad
- 15 o 16 años de edad
- 17 años o más

44. Durante los últimos 30 días ¿en cuántas ocasiones has tomado por lo menos un trago de alcohol?

- 0 días
- 1 o 2 días
- 3 a 5 días
- 6 a 9 días
- 10 a 19 días
- 20 a 29 días
- Todos los 30 días

45. Durante los últimos 30 días ¿en cuántas ocasiones has tomado 5 o más tragos de alcohol consecutivos, es decir, en un período de un par de horas?

- 0 días
- 1 día
- 2 días
- 3 a 5 días
- 6 a 9 días
- 10 a 19 días
- 20 o más días

46. Existen muchas formas de conseguir cerveza, refrescos de vino, vinos o licores. ¿Cuáles de estas formas usas para conseguir alcohol?

- |  | SÍ                    | NO                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Lo compro en el supermercado o la bodega                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Lo compro en una tienda de licores o tienda de licores sellados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Lo compro en barras, clubes o restaurantes                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Busco a alguien que lo compre en mi lugar                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Lo consigo a través de mis amigos                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Lo consigo en mi casa   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Lo consigo en fiestas   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

47. En los últimos 30 días, ¿alguna vez viajaste en un automóvil u otro tipo de vehículo manejado por alguien que estuvo tomando alcohol?

- Sí  
 No

48. ¿Qué tanto riesgo crees que corren las personas de hacerse daño (ya sea físico o de otro tipo) si toman 5 o más bebidas alcohólicas consecutivas?

- No hay riesgo  
 Riesgo pequeño  
 Riesgo moderado  
 Un gran riesgo

## PREGUNTAS SOBRE LAS DROGAS

Las próximas 3 preguntas se refieren al consumo de marihuana. A la marihuana también se le llama pasto, yerba, mota y otros. Esto incluye cigarros y cigarrillos rellenos de marihuana.

49. ¿Qué edad tenías cuando probaste la marihuana por primera vez?

- Nunca he probado marihuana → Si NUNCA has probado marihuana, pasa a la Pregunta 51
- 8 años o menos  
 9 o 10 años de edad  
 11 o 12 años de edad  
 13 o 14 años de edad  
 15 o 16 años de edad  
 17 años o más

50. En los últimos 30 días, ¿has usado marihuana?

- Sí  
 No

51. En los últimos 30 días, ¿alguna vez viajaste en un automóvil u otro tipo de vehículo manejado por alguien que estuvo fumando marihuana?

- Sí  
 No

Las próximas 2 preguntas se refieren al uso de sustancias por inhalación. Esto incluye oler pegamento, respirar el contenido de latas con aerosoles, o inhalar pinturas o aerosoles para drogarse.

52. ¿Qué edad tenías cuando usaste sustancias inhalables por primera vez?

- Nunca he usado sustancias inhalables → Si NUNCA has probado sustancias inhalables, pasa a la Pregunta 54
- 9 años o menos  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18 o más

53. ¿Has usado sustancias inhalables en los últimos 30 días?

- Sí  
 No

54. ¿Alguna vez en tu vida has usado heroína (también llamada, polvo, talco y tecata)?

- Sí  
 No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 56

55. ¿Has usado heroína (también llamada, polvo, talco y tecata) en los últimos 30 días?

- Sí  
 No

56. ¿Alguna vez en tu vida has usado alguna forma de cocaína, incluyendo polvo, crack (pasta base) o cristales de coca (*freebase*)?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 58

57. ¿Has usado alguna forma de cocaína, incluyendo polvo, crack o pasta base (*freebase*) en los últimos 30 días?

Sí

No

58. ¿Alguna vez en tu vida has usado anfetaminas o metanfetaminas (como serían tiza, hielo, *speed*, *uppers*, *dexies*, *bennies*, *crystal*, *crank* o *ice*)?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 60

59. ¿Has usado anfetaminas o metanfetaminas (como serían tiza, hielo, cristal, *speed*, *uppers*, *dexies*, *bennies*, *crystal*, *crank* o *ice*) en los últimos 30 días?

Sí

No

60. ¿Alguna vez en tu vida has usado éxtasis (MDMA, también llamada "E" o "X")?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 62

61. ¿Has usado éxtasis (MDMA, también llamada "E" o "X") en los últimos 30 días?

Sí

No

62. ¿Alguna vez en tu vida has tomado medicamentos sin receta para drogarte?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 64

63. ¿Has tomado medicamentos sin receta para drogarte en los últimos 30 días?

Sí

No

64. ¿Alguna vez en tu vida has tomado medicamentos recetados que no eran tuyos?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 68

65. ¿Cuáles de los siguientes medicamentos recetados que no eran tuyos has tomado alguna vez en tu vida?

- |   | SÍ                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Narcóticos (como metadona, opio, morfina, codeína, Oxycontin, Percodan, Demerol, Percocet, Ultram y Vicodin) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Ritalín (Ritalina) o Adderall  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Esteroides (hormonas en forma de pastillas o inyecciones para desarrollar el cuerpo)                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Otros medicamentos recetados   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

66. ¿Has usado medicamentos recetados que no eran tuyos en los últimos 30 días?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 68

67. ¿Cuáles de los siguientes medicamentos recetados que no eran tuyos has tomado en los últimos 30 días?

- |   | SÍ                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Narcóticos (como metadona, opio, morfina, codeína, Oxycontin, Percodan, Demerol, Percocet, Ultram y Vicodin) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Ritalín (Ritalina) o Adderall  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Esteroides (hormonas en forma de pastillas o inyecciones para desarrollar el cuerpo)                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Otros medicamentos recetados   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

68. ¿Cuántas veces en tu vida has usado una aguja para inyectarte cualquier droga *ilegal*?

0 veces

1 vez

2 o más veces

69. ¿Qué se te haría más fácil o difícil conseguir de cada uno de los siguientes?

	MUY FÁCIL	BASTANTE FÁCIL	BASTANTE DIFÍCIL	MUY DIFÍCIL	NO ES POSIBLE	NO SÉ
a. Cerveza, vino u otro tipo de alcohol	<input type="radio"/>					
b. Marihuana	<input type="radio"/>					

70. ¿Qué tanto riesgo crees que corren las personas de hacerse daño si ocasionalmente usan

	NO HAY RIESGO	RIESGO PEQUEÑO	RIESGO MODERADO	UN GRAN RIESGO
a. Marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Narcóticos (como metadona, opio, morfina, codeína, Oxycontin, Percodan, Demerol, Percocet, Ultram y Vicodin de recetas que no les pertenecen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Ritalín (Ritalina) o Adderall (de recetas que no les pertenecen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Tranquilizantes (como Valium, Xanax, Klonopin, Ativán y Librium de recetas que no les pertenecen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Sustancias inhalables (oler pegamento, respirar el contenido de latas de aerosol, o inhalar cualquier pintura o spray para drogarse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La próxima pregunta se refiere a actividades como juegos de azar y apuestas

71. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has hecho alguna de las siguientes actividades por dinero o artículos de valor?

	0 VECES	1-5 VECES	6-10 VECES	MÁS DE 10 VECES
a. Jugaste a la lotería o boletos de raspar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Jugaste en un casino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Participaste en alguna de estas actividades:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apuestas en eventos deportivos, juegos de destreza personal (billar, bolos, dominó o dardos), juegos de dados, carreras de caballo u otros animales, video póquer u otras máquinas de apuestas;

Juego de cartas o bingo por dinero o premios;

Apuestas en la internet

## PREGUNTAS SOBRE EL TABACO

72. ¿Alguna vez has probado fumar cigarrillos, aunque sea una o dos bocanadas/chupadas?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 75

73. ¿Cuántos cigarrillos te has fumado a lo largo de toda tu vida?

1 o más bocanadas/chupadas, pero nunca un cigarrillo completo

1 cigarrillo

2 a 5 cigarrillos

6 a 15 cigarrillos (un total aproximado de ½ cajetilla)

16 a 25 cigarrillos (un total aproximado de 1 cajetilla)

26 a 99 cigarrillos (más de una cajetilla, pero menos de 5 cajetillas)

100 cigarrillos o más (5 o más cajetillas)

74. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días has fumado cigarrillos?

0 días

1 o 2 días

3 a 5 días

6 a 9 días

10 a 19 días

20 a 29 días

Todos los 30 días

75. ¿Crees que probarás cigarrillos en un futuro cercano?

Ya he probado a fumar cigarrillos

Sí

No

76. ¿Crees que te fumarás un cigarrillo en algún momento durante el año próximo?

Definitivamente sí

Probablemente sí

Probablemente no

Definitivamente no

77. Si uno de tus mejores amigos te ofreciera un cigarrillo, ¿lo fumarías?

Definitivamente sí

Probablemente sí

Probablemente no

Definitivamente no

78. ¿Alguna de las personas que vive contigo ahora fuma cigarrillos?

Sí

No

79. Durante los últimos 7 días, ¿por cuántos días estuviste en la misma habitación con otra persona que fumaba cigarrillos?

0 días

1 o 2 días

3 o 4 días

5 o 6 días

7 días

80. ¿Alguna vez has usado tabaco para mascar, inhalar (*snuff*) o poner en el labio (*dip*), como por ejemplo Redman, Levi Garrett, Beechnut, Skoal, Skoal Bandits o Copenhagen?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 82

81. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usaste tabaco para mascar, inhalar (*snuff*) o poner en el labio (*dip*)?

0 días

1 o 2 días

3 a 5 días

6 a 9 días

10 a 19 días

20 a 29 días

Todos los 30 días

82. ¿Alguna vez has probado fumar cigarros, cigarros o cigarrillos/puritos aunque sea una o dos bocanadas/chupadas?

Sí

No → Si respondiste que NO, pasa a la Pregunta 84

83. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarros, cigarrillos o cigarrillos/puritos?

0 días

1 o 2 días

3 a 5 días

6 a 9 días

10 a 19 días

20 a 29 días

Todos los 30 días

## PREGUNTAS SOBRE LA PUBLICIDAD

84. Durante los últimos 30 días, ¿has visto o escuchado anuncios comerciales o campañas publicitarias promocionando el uso del alcohol en la televisión, la internet, la radio o en periódicos o revistas?

- Sí
- No

85. Durante los últimos 30 días, ¿has visto o escuchado mensajes en contra del alcohol y/o las drogas en la televisión, la internet la radio o en periódicos o revistas?

- Sí
- No

## PREGUNTAS SOBRE LA SALUD

86. En general, dirías que tu salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Aceptable
- Pobre

87. ¿Tienes alguna discapacidad física o padeces de problemas de salud a largo plazo?

“LARGO PLAZO” SE REFIERE A DIFICULTADES QUE HAN DURADO O SE ESPERA QUE DUREN 6 MESES O MÁS.

- Sí
- No
- No estoy seguro

88. ¿Tienes algún problema emocional o discapacidad de aprendizaje a largo plazo?

- Sí
- No
- No estoy seguro

89. ¿Alguna vez te ha indicado un médico, enfermero u otro profesional de la salud que tienes diabetes?

- Sí
- No
- No estoy seguro

90. ¿Cómo describirías tu peso?

- Un peso muy por debajo de lo normal
- Un peso ligeramente por debajo de lo normal
- Un peso adecuado
- Un peso ligeramente por encima de lo normal
- Un peso muy por encima de lo normal

91. Durante los últimos 30 días, ¿has hecho alguna de las siguientes actividades al menos una vez para perder o mantener tu peso?

- |   | SÍ                    | NO                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Aumentar la cantidad de frutas y verduras que comes          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Reducir la cantidad de calorías que comes                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Reducir las meriendas entre comidas                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Reducir la cantidad de grasas que comes                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Hacer ejercicio  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Ayunar (esto es pasar 24 horas o más sin comer)              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Vomitar o devolver lo alimentos a propósito después de comer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Tomar píldoras de dieta sin la autorización de un médico     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Tomar laxantes   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

92. Durante los últimos 12 meses, ¿te ha examinado un dentista o un higienista dental?

- Sí
- No

93. Durante los últimos 12 meses, ¿has tenido caries en algún diente?

- Sí
- No
- No estoy seguro

94. Durante los últimos 12 meses, ¿has recibido atención dental de un dentista o un higienista dental mientras estás en la escuela (en los edificios de la escuela)?

- Sí
- No

# MUCHAS GRACIAS POR TU AYUDA.

Cuando hayas terminado con la encuesta, simplemente colócala en la caja que está en la parte delantera del salón.

Usa este espacio para escribir cualquier comentario que quieras hacer acerca de esta encuesta.

PROOF

## FOR OFFICE USE ONLY

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9