

## 2025 Healthy Kids Colorado Survey: High School

### Eagle County Schools

Este documento incluye todas las preguntas en la versión para la preparatoria (high school) de la Encuesta sobre Salud Infantil de Colorado (Healthy Kids Colorado Survey) de 2025 utilizado en su distrito escolar. Cuando se administra en línea, la lógica de salto se usa para optimizar la experiencia de la encuesta de los estudiantes, por lo tanto, la mayoría de los estudiantes no ven todas las preguntas. Los patrones de salto se indican en preguntas específicas a continuación.

### TABLA DE CONTENIDO

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| INSTRUCCIONES PARA EL ESTUDIANTE.....              | 2  |
| DEMOGRÁFICAS.....                                  | 2  |
| SEGURIDAD.....                                     | 4  |
| HOSTIGAMIENTO.....                                 | 5  |
| VIOLENCIA.....                                     | 5  |
| VIOLENCIA SEXUAL.....                              | 6  |
| SALUD MENTAL.....                                  | 7  |
| RACISMO.....                                       | 8  |
| CONSUMO DE SUSTANCIAS.....                         | 8  |
| ALCOHOL.....                                       | 9  |
| TABACO.....                                        | 10 |
| MARIHUANA.....                                     | 12 |
| MEDICAMENTOS RECETADOS PARA EL DOLOR.....          | 13 |
| OTRAS DROGAS.....                                  | 13 |
| SALUD SEXUAL.....                                  | 14 |
| NUTRICIÓN.....                                     | 14 |
| ACTIVIDAD FÍSICA.....                              | 15 |
| IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS..... | 16 |
| VIDA EN CASA.....                                  | 16 |
| ESCUELA Y COMUNIDAD.....                           | 17 |
| OTROS TEMAS DE SALUD.....                          | 18 |
| PREGUNTAS AGREGADAS POR TU DISTRITO ESCOLAR.....   | 19 |

## INSTRUCCIONES PARA EL ESTUDIANTE

*Estás a punto de realizar la Encuesta sobre Salud Infantil de Colorado (Healthy Kids Colorado Survey). Esta encuesta trata de tu salud y de las cosas que afectan a tu salud. Tus respuestas son muy importantes y ayudarán a su escuela, a su comunidad y a líderes estatales respaldar la salud de los jóvenes para personas de tu edad aquí en Colorado. ¡Más de 120.000 estudiantes de todo el estado realizaron esta encuesta en 2023!*

*Esta encuesta es anónima, lo que significa que tus respuestas no pueden vincularse a tu identidad de ninguna manera. Después de enviar tu encuesta, tus datos anónimos se envían automáticamente a un equipo de investigación de encuestas de la Universidad de Colorado. Tus respuestas se combinan con todas las demás respuestas de tu escuela antes de que los datos combinados se envíen de regreso a tu escuela y distrito.*

*Tomar la encuesta es voluntario. Puedes optar por no responder a algunas o a todas las preguntas. Si no te sientes cómodo respondiendo una pregunta, solo déjala en blanco. Ya sea que contestes las preguntas o no, eso no cambiará a tus notas en esta clase.*

*Cuando hayas completado tu encuesta, por favor, lees o siéntate en silencio para permitir que todos terminen en silencio. ¡Gracias!*

## DEMOGRÁFICAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1) ¿Cuántos años tienes?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| a) 12 años de edad o menos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| b) 13 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| c) 14 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| d) 15 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| e) 16 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| f) 17 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| g) 18 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 2) ¿En qué grado estás?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| a) 9° grado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| b) 10° grado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| c) 11° grado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| d) 12° grado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| e) Sin grado u otro grado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 3) ¿Cuál es tu identidad de género?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| a) Niña/Mujer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| b) Niño/Hombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| c) No binario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| d) Describo mi identidad de género de alguna otra manera: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| [Nota: si un estudiante selecciona (D), tiene la opción de escribir su respuesta y se le muestran estas instrucciones:<br>Puedes utilizar el espacio a continuación para proporcionar más detalles. Los detalles que proporciones no se incluirán en los informes que reciba tu escuela. Como recordatorio, esta pregunta es opcional y se puede omitir haciendo clic en "Siguiente" (Next).] |  |
| e) No estoy seguro/a de mi identidad de género (me lo estoy preguntando)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 4) Algunas personas se describen como transgénero cuando su sexo de nacimiento no coincide con la forma en que piensan o sienten acerca de su sexo ¿Eres transgénero?                                                                                                                                                                                                                         |  |
| a) No, no soy transgénero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| b) Sí, soy transgénero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| c) No estoy seguro/a si soy transgénero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 5) ¿Cuál de los siguientes te describe mejor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| a) Heterosexual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| b) Homosexual (gay) o lesbiana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| c) Bisexual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| d) Pansexual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| e) Asexual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| f) Describo mi identidad sexual de alguna otra manera: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |

[Nota: si un estudiante selecciona (F), tiene la opción de escribir su respuesta y se le muestran estas instrucciones: Puedes utilizar el espacio a continuación para proporcionar más detalles. Los detalles que proporciones no se incluirán en los informes que reciba tu escuela. Como recordatorio, esta pregunta es opcional y se puede omitir haciendo clic en "Siguiente" (Next).]

g) No estoy seguro/a de mi identidad sexual (me lo estoy preguntando)

- 6) La siguiente pregunta se refiere a tu raza o etnia. Se te invitará a proporcionar más detalles a continuación (opcional). Si seleccionas más de una categoría a continuación, tus respuestas aparecerán en una categoría multirracial en los informes que reciba tu escuela. Como recordatorio, tu respuesta se combina con las de otros estudiantes que realicen la encuesta y respondan de la misma manera y no se podrán vincular a ti.

¿Cuál es tu raza o etnia? Selecciona todas las que correspondan.

[Nota: Si un estudiante selecciona una categoría A-G, puede seleccionar subcategorías como se muestra a continuación y recibirá estas instrucciones: Te invitamos a compartir detalles adicionales sobre tu raza y/o etnia a continuación. Los detalles que proporciones no se incluirán en los informes que reciba tu escuela. Como recordatorio, esta pregunta es opcional y se puede omitir haciendo clic en "Siguiente" (Next).]

a) Indoamericano/a o Nativo/a de Alaska

- a. Escribe, por ejemplo, Ute de la Montaña Ute, Ute del Sur, Nación Navajo, Tribu Pies Negros de la Reserva India Pies Negros de Montana, Pueblo Nativo del Gobierno Tradicional Inupiat de Barrow, Comunidad Esquimal de Nome, Azteca, Maya, etc.: \_\_\_\_\_

b) Asiático/a

- a. Chino  
b. Vietnamita  
c. Indio  
d. Coreano  
e. Filipino  
f. Japonés  
g. Escribe, por ejemplo, Paquistaní, Hmong, Afgano, etc.: \_\_\_\_\_

c) Negro/a o Afroamericano/a

- a. Afroamericano  
b. Nigeriano  
c. Jamaicano  
d. Etíope  
e. Haitiano  
f. Somalí  
g. Escribe, por ejemplo, de Trinidad y Tobago, de Ghana, del Congo, etc.: \_\_\_\_\_

d) Hispano/a o Latino/a

- a. Mexicano  
b. Cubano  
c. Puertorriqueño  
d. Dominicano  
e. Salvadoreño  
f. Guatemalteco  
g. Escribe, por ejemplo, Colombiano, Hondureño, Español, etc.: \_\_\_\_\_

e) Del Medio Oriente o del Norte de África

- a. Libanés  
b. Sirio  
c. Iraní  
d. Iraquí  
e. Egipcio  
f. Israelí  
g. Escribe, por ejemplo, Marroquí, Yemení, Kurdo, etc.: \_\_\_\_\_

f) Nativo/a de Hawái o de las Islas del Pacífico

- a. Hawaiano Nativo  
b. Tonga  
c. Samoano  
d. Fiyiano

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>e. Chamorro</li> <li>f. Marshalés</li> <li>g. <i>Escribe, por ejemplo, Chuukés, Palauano, Tahitiano, etc.: _____</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>g) Blanco/a (Caucásico/a) <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Inglés</li> <li>b. Italiano</li> <li>c. Alemán</li> <li>d. Polaco</li> <li>e. Irlandés</li> <li>f. Escocés</li> <li>g. <i>Escribe, por ejemplo, Francés, Sueco, Noruego, etc.: _____</i></li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>7) ¿Cuál es máximo nivel de estudios que concluyó tu madre?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Concluyó la escuela primaria o menos</li> <li>b) Algo de preparatoria (high school)</li> <li>c) Terminó la preparatoria (high school)</li> <li>d) Algo de universidad</li> <li>e) Terminó la universidad</li> <li>f) Escuela de graduados o profesional</li> <li>g) No estoy seguro/a</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>8) <i>La siguiente pregunta se refiere a las discapacidades. Una discapacidad es cualquier condición del cuerpo o de la mente que dificulta a la persona realizar determinadas actividades e interactuar con el mundo que la rodea. Hay muchos tipos de discapacidades que pueden clasificarse como de aprendizaje (por ejemplo, TDAH, dislexia), físicas (por ejemplo, discapacidad auditiva, visual, o motora) y emocionales (por ejemplo, trastorno de ansiedad o depresivo).</i></p> <p>¿Eres una persona con discapacidad (por ejemplo, de aprendizaje, física, emocional)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sí</li> <li>b) No</li> <li>c) No estoy seguro/a</li> </ul> |
| <p>9) ¿Tu padre o tutor pertenece actualmente a alguna rama de las fuerzas armadas de EE.UU. (por ejemplo, Ejército, Cuerpo de Marines, Armada, Fuerza Aérea, Fuerza Espacial)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Sí</li> <li>B. No</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## SEGURIDAD

**La siguiente sección pregunta acerca de la seguridad al conducir o ir en automóvil.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>10) ¿Con qué frecuencia usas el cinturón de seguridad cuando <b>viajas</b> en un automóvil conducido por otra persona?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) La mayor parte del tiempo</li> <li>c) A veces</li> <li>d) Rara vez</li> <li>e) Nunca</li> </ul>                                                                                                       |
| <p>11) Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces <b>maneja</b>ste un automóvil u otro vehículo <b>cuando habías estado tomando alcohol</b>?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) No manejé un automóvil u otro vehículo durante los últimos 30 días</li> <li>b) 0 veces</li> <li>c) 1 vez</li> <li>d) 2 o 3 veces</li> <li>e) 4 o 5 veces</li> <li>f) 6 veces o más</li> </ul>         |
| <p>12) <i>[Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #11]</i></p> <p>Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces <b>maneja</b>ste un automóvil u otro vehículo <b>cuando habías consumido marihuana</b> (también llamada porro, hierba o cannabis)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 0 veces</li> <li>b) 1 vez</li> <li>c) 2 o 3 veces</li> <li>d) 4 o 5 veces</li> </ul> |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| e)  | 6 veces o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 13) | <i>[Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #11]</i><br>Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días <b>enviaste mensajes de texto, posteaste o utilizaste tu celular de alguna otra manera</b> mientras <b>conducías</b> un automóvil u otro vehículo?<br>a) 0 días<br>b) 1 o 2 días<br>c) 3 a 5 días<br>d) 6 a 9 días<br>e) 10 a 19 días<br>f) 20 a 29 días<br>g) Los 30 días |

## HOSTIGAMIENTO

**La siguiente sección pregunta acerca del hostigamiento. Hostigamiento es cuando 1 o más estudiantes, se burlan, amenazan, esparcen rumores, golpean, dan empujones o lesionan a otro estudiante una y otra vez. No es hostigamiento cuando 2 estudiantes, de aproximadamente la misma fuerza o poder discuten, pelean o se burlan mutuamente de un modo amistoso.**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14) | Durante los últimos 12 meses, ¿dónde has sido víctima de hostigamiento <b>en la propiedad de la escuela</b> ? (Selecciona todos los que correspondan.)<br>a) En un aula<br>b) En el pasillo en las escaleras<br>c) En un baño o en los vestuarios<br>d) En una cafetería o comedor<br>e) En un autobús o en una parada de autobús<br>f) En exteriores en la propiedad de la escuela, antes de clases<br>g) En exteriores en la propiedad de la escuela, después de clases<br>h) En exteriores en la propiedad de la escuela durante el almuerzo o descanso<br>i) En algún otro lugar en la propiedad de la escuela<br>j) No se me ha hostigado en la propiedad de la escuela en los últimos 12 meses |
| 15) | Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te han intimidado <b>electrónicamente</b> ? (Cuenta haber sido víctima de intimidación a través de mensajes de texto, redes sociales o cualquier plataforma en línea.)<br>a) Sí<br>b) No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 16) | Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez has sido intimidado debido a tu _____, real o percibida? (Selecciona todas las que correspondan.)<br>a) Raza<br>b) Origen étnico o nacionalidad (por ejemplo, el país de donde vienes, tu cultura, idioma o acento)<br>c) Orientación sexual (por ejemplo, gay, lesbiana, bisexual, o heterosexual)<br>d) Identidad de género (por ejemplo, niña o niño cisgénero, niña o niño transgénero, no binario)<br>e) Religión<br>f) Estado de discapacidad (por ejemplo, de aprendizaje, física, o emocional)<br>g) Apariencia física<br>h) No he sido intimidado por ninguna de estas razones en los últimos 12 meses                                            |

## VIOLENCIA

**La siguiente sección pregunta acerca de las experiencias con la violencia. Al final de la encuesta se dará información acerca de servicios de apoyo gratuitos y confidenciales. Recuerda que tus respuestas son anónimas y se mantendrán privadas. Puedes optar por no responder a alguna o a todas las preguntas.**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17) | Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días <b>no</b> fuiste a la escuela porque consideraste que no estarías seguro en la escuela o en camino hacia o desde la escuela?<br>a) 0 días<br>b) 1 día<br>c) 2 o 3 días<br>d) 4 o 5 días<br>e) 6 o más días |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18) | Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una <b>pelea física</b> ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| a)  | 0 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| b)  | 1 vez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| c)  | 2 o 3 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| d)  | 4 o 5 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| e)  | 6 o 7 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| f)  | 8 o 9 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| g)  | 10 o 11 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| h)  | 12 o más veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 19) | Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces <b>alguien con quien salías o tenías una relación de novios</b> te hirió físicamente en forma intencional? (Cuenta cosas como cuando te golpearon, arrojaron en contra de algo o lesionaron con un objeto o un arma.)                                                                                                                                      |
| a)  | No salí con nadie durante los últimos 12 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| b)  | 0 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| c)  | 1 vez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| d)  | 2 o 3 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| e)  | 4 o 5 veces                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| f)  | 6 veces o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 20) | <i>[Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #19]</i><br>Durante los últimos 12 meses, ¿ <b>alguien con quien salías o tenías una relación de novios</b> ha intentado controlarte o lastimarte emocionalmente a propósito? (Cuenta cosas como que te diga con quien puedes pasar el tiempo y con quien no, que te humille delante de los demás o que te amenace si no haces lo que quiere.) |
| a)  | Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| b)  | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 21) | Durante los últimos 12 meses, ¿has experimentado personalmente alguna de las siguientes situaciones? (Selecciona todas las que correspondan.)                                                                                                                                                                                                                                                           |
| a)  | He sido amenazado con un arma <b>electrónicamente</b> (cuenta haber sido amenazado a través de mensajes de texto, redes sociales o cualquier plataforma en línea)                                                                                                                                                                                                                                       |
| b)  | He sido amenazado con un arma <b>en persona</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| c)  | He sido testigo de un tiroteo cerca de donde vivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| d)  | Conozco a alguien, como un miembro de su familia o un amigo íntimo, al que otra persona ha disparado con un arma                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| e)  | No he experimentado ninguna de las situaciones anteriores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## VIOLENCIA SEXUAL

**La siguiente sección pregunta acerca de la violencia sexual y el consentimiento. El consentimiento significa que, de forma libre y activa, aceptas estar sexualmente con alguien y sabes lo que estás aceptando. El consentimiento puede ser decir “sí” o cualquier otra acción que da el permiso para participar en la actividad sexual. El consentimiento puede ser retirado en cualquier momento.**

**En esta sección, hay preguntas sobre experiencias de violencia sexual, incluido el acoso y la violación. Al final de la encuesta se dará información acerca de servicios de apoyo gratuitos y confidenciales. Recuerda que tus respuestas son anónimas y se mantendrán privadas. Puedes optar por no responder a alguna o a todas las preguntas.**

|     |                                                                                                                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22) | ¿Alguna vez has tenido una experiencia sexual en la que no tuvieras la seguridad de que <b>hayas concedido</b> por completo tu consentimiento <b>a la otra persona</b> ?                               |
| a)  | Sí                                                                                                                                                                                                     |
| b)  | No                                                                                                                                                                                                     |
| c)  | No estoy seguro/a                                                                                                                                                                                      |
| 23) | ¿Alguna vez has tenido una experiencia sexual en la que no tuvieras la seguridad de que se <b>te haya concedido</b> por completo el consentimiento, <b>de parte de la otra persona</b> ?               |
| a)  | Sí                                                                                                                                                                                                     |
| b)  | No                                                                                                                                                                                                     |
| c)  | No estoy seguro/a                                                                                                                                                                                      |
| 24) | Durante los últimos 12 meses, alguna foto o vídeo sexual o revelador sobre ti, ha sido enviado, como mensaje de texto, por correo electrónico o ha sido publicado de forma electrónica sin tu permiso? |
| a)  | Sí                                                                                                                                                                                                     |
| b)  | No                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| c) No estoy seguro/a                                                                                                                                |
| 25) ¿Alguna vez has hecho comentarios, bromas, gestos o miradas de índole sexual hacia alguien que no quería que se los hicieras?<br>a) Sí<br>b) No |
| 26) ¿Alguna vez has tocado, agarrado o pellizcado de forma sexual a alguien que no quería que se lo hicieras?<br>a) Sí<br>b) No                     |
| 27) ¿Alguna vez has sido físicamente obligado a tener relaciones sexuales cuando no querías hacerlo?<br>a) Sí<br>b) No                              |

## SALUD MENTAL

**La siguiente sección pregunta acerca del estrés, mala salud mental, autolesión, relaciones de confianza, pérdidas e intentos de suicidio. Al final de la encuesta se dará información acerca de servicios de apoyo gratuitos y confidenciales. Recuerda que tus respuestas son anónimas y se mantendrán privadas. Puedes optar por no responder a alguna o a todas las preguntas.**

|                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28) Mi nivel de estrés es manejable la mayoría de los días.<br>a) Totalmente de acuerdo<br>b) De acuerdo<br>c) No estoy seguro/a<br>d) En desacuerdo<br>e) Totalmente en desacuerdo                                                           |
| 29) Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tu salud mental <b>no</b> fue buena? (La mala salud mental incluye estrés, ansiedad y depresión.)<br>a) Siempre<br>b) La mayor parte del tiempo<br>c) A veces<br>d) Rara vez<br>e) Nunca |
| 30) En los últimos 12 meses, ¿hiciste algo para hacerte daño intencionalmente <b>sin</b> querer morir, como cortarte o quemarte a propósito?<br>a) Sí<br>b) No                                                                                |
| 31) Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o desesperanzado casi todos los días durante <b>dos semanas seguidas o más</b> que dejaste de hacer algunas actividades habituales?<br>a) Sí<br>b) No                    |
| <b>Las próximas tres preguntas en esta página se refieren a intentos de suicidio.</b>                                                                                                                                                         |
| 32) Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste <b>seriamente</b> intentar suicidarte?<br>a) Sí<br>b) No                                                                                                                           |
| 33) Durante los últimos 12 meses, ¿hiciste un plan sobre cómo intentarías suicidarte?<br>a) Sí<br>b) No                                                                                                                                       |
| 34) Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste realmente suicidarte?<br>a) 0 veces<br>b) 1 vez<br>c) 2 o 3 veces<br>d) 4 o 5 veces<br>e) 6 veces o más                                                                           |
| 35) Si tuvieras un problema serio, ¿conoces a un adulto dentro o fuera de la escuela con quien podrías hablar o pedirle ayuda?<br>a) Sí<br>b) No<br>c) No estoy seguro/a                                                                      |
| 36) Durante tu vida, ¿con qué frecuencia has sentido que pudiste hablar con un amigo sobre tus sentimientos?                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Siempre<br>b) La mayor parte del tiempo<br>c) A veces<br>d) Rara vez<br>e) Nunca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 37) Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te ha dicho un amigo que tenía pensamientos suicidas?<br>a) 0 veces<br>b) 1 vez<br>c) 2 o 3 veces<br>d) 4 o 5 veces<br>e) 6 veces o más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 38) En caso de que te preocupara tu bienestar o la salud mental de otra persona, ¿cuál de las siguientes medidas tomarías? (Selecciona todas las que correspondan.)<br>a) Avisar a mis padres/tutores o a otro miembro de la familia<br>b) Avisar a un adulto en la escuela con quién podría hablar o pedirle ayuda (por ejemplo, consejero escolar, maestro, entrenador)<br>c) Avisar a un amigo<br>d) Presentar una denuncia anónima a través del sistema de denuncias de seguridad de mi escuela (por ejemplo, Safe2Tell)<br>e) Contactar con una línea de crisis o de ayuda (por ejemplo, 988)<br>f) Ninguna de las anteriores |
| 39) ¿Alguna vez ha sufrido la muerte por suicidio de un miembro de su familia o de un amigo íntimo?<br>a) Sí<br>b) No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## RACISMO

**La siguiente sección pregunta acerca de las experiencias con el racismo. El racismo es la falta de respeto, daño y maltrato de las personas en función de su raza o etnia.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40) Durante los últimos 12 meses, ¿has experimentado alguna de las siguientes formas de racismo? (Selecciona todas las que correspondan.)<br>a) Se te trató mal o injustamente en la escuela, debido a tu raza u origen étnico<br>b) Se te vigiló de cerca o fuiste seguido(a) por los guardias de seguridad o empleados de tienda, en la tienda o centro comercial, debido a tu raza u origen étnico<br>c) Las personas suponen que eres menos inteligente debido a tu raza u origen étnico<br>d) Has visto que, a tus padres u otros parientes, se les trata mal o injustamente, debido al color de su piel, idioma, acento o porque son de un país o cultura diferente<br>e) No he experimentado ninguna de estas formas de racismo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## CONSUMO DE SUSTANCIAS

**En la siguiente sección se pregunta qué piensan tú y los adultos de tu vida sobre el alcohol y otras drogas, también conocidas como sustancias. Estas preguntas están redactadas de una forma nueva, en la que la pregunta superior se aplica a cada fila de la tabla.**

|                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 41) Si quisieras conseguir alguna de estas sustancias, ¿qué tan fácil sería para ti conseguirlo? |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                  | Muy difícil              | Algo difícil             | Algo fácil               | Muy fácil                |
| a) Cigarrillos                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Productos de vapor electrónico                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Bolsas de nicotina oral (como Rogue, Lucy, On!, Velo, Zeo, Zyn, Sesh, Zone, FRE)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Alcohol (como cerveza, vino o licor fuerte)                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Marihuana                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Medicamentos recetados para el dolor sin que te los hayan recetado a ti                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42) ¿Qué tan malo crees que es para alguien de tu edad...?                                       |                          |                          |                          |                          |

|                                                                  | Muy malo                 | Malo                     | Un poco malo             | No es malo en absoluto   |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Consumir productos de vapor electrónico                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Consumir bolsas de nicotina oral                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Beber alcohol regularmente (al menos una o dos veces por mes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Consumir marihuana                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Tomar medicamentos recetados para el dolor sin receta médica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43) ¿Qué tan malo tus padres o tutores creen que sería para ti...?

|                                                                  | Muy malo                 | Malo                     | Un poco malo             | No es malo en absoluto   |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Consumir productos de vapor electrónico                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Consumir bolsas de nicotina oral                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Beber alcohol regularmente (al menos una o dos veces por mes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Consumir marihuana                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

44) ¿Qué porcentaje de estudiantes **de tu grado** en la escuela crees que han...?

|                                               | 0%                       | 10%                      | 20%                      | 30%                      | 40%                      | 50%                      | 60%                      | 70%                      | 80%                      | 90%                      | 100%                     |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Tomado alcohol en los últimos 30 días      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Consumido marihuana en los últimos 30 días | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ALCOHOL

**La siguiente sección pregunta acerca del consumo de alcohol. Esto incluye el tomar cerveza, vino, bebidas alcohólicas saborizadas y licor, como el ron, ginebra, vodka, whiskey, etc. Para estas preguntas, el tomar alcohol no incluye tomar unos cuantos sorbos de vino con fines religiosos.**

45) ¿Qué edad tenías cuando tomaste tu primera bebida alcohólica, no sólo algunos sorbos?

- Nunca he tomado una bebida alcohólica, salvo algunos sorbos
- 8 años de edad o menos
- 9 o 10 años
- 11 o 12 años
- 13 o 14 años
- 15 o 16 años
- 17 años de edad o más

46) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #45]  
Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomaste al menos una bebida alcohólica?

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

47) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #45]  
La siguiente pregunta es acerca cuántas bebidas alcohólicas has tomado de forma consecutiva, es decir, en el transcurso de un par de horas.  
Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomaste **4 o más** bebidas alcohólicas de forma consecutiva, es decir, en el transcurso de un par de horas?

|                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 0 días</li> <li>b) 1 día</li> <li>c) 2 días</li> <li>d) 3 a 5 días</li> <li>e) 6 a 9 días</li> <li>f) 10 a 19 días</li> <li>g) 20 días o más</li> </ul> |
| <p>48) ¿Has vivido alguna vez con alguien que tuviera problemas con el consumo de alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sí</li> <li>b) No</li> </ul>                             |

## TABACO

**La siguiente sección pregunta acerca del consumo de tabaco.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>49) ¿Qué edad tenías cuando intentaste por primera vez fumar un cigarrillo, incluso una o dos fumadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca he probado fumar cigarrillos, ni siquiera una o dos fumadas</li> <li>b) 8 años de edad o menos</li> <li>c) 9 o 10 años</li> <li>d) 11 o 12 años</li> <li>e) 13 o 14 años</li> <li>f) 15 o 16 años</li> <li>g) 17 años de edad o más</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>50) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #49]<br/>Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días fumaste cigarrillos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 0 días</li> <li>b) 1 o 2 días</li> <li>c) 3 a 5 días</li> <li>d) 6 a 9 días</li> <li>e) 10 a 19 días</li> <li>f) 20 a 29 días</li> <li>g) Los 30 días</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>51) Durante los últimos 30 días, ¿cuál de los siguientes productos has usado por lo menos un día? <b>No</b> incluyas ningún producto de vapor electrónico. (Selecciona todos los que correspondan.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Puros, cigarrillos o puros pequeños</li> <li>b) Tabaco masticable, rapé, dip, snus o productos de tabaco solubles, como Copenhagen, Grizzly, Skoal o Camel Snus</li> <li>c) Tabaco fumable de una hookah, argila o de otro tipo de pipa de agua</li> <li>d) Bolsas de nicotina oral, como Rogue, Lucy, On!, Velo, Zeo, Zyn, Sesh, Zone, FRE</li> <li>e) No he consumido ninguno de los productos antes mencionados</li> </ul> |

**La siguiente sección pregunta acerca de los productos de vapor electrónico, como Elf Bar, Geek Bar, Lost Mary, JUUL, Vuse, Smok, blu, Raz, Rove, Breeze y NOVO. Los productos de vapor electrónico incluyen a los cigarrillos electrónicos, vapores, plumas de vapor, puros electrónicos, hookahs electrónicos, plumas hookah y mods. No incluyas a la marihuana.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>52) ¿Qué edad tenías cuando consumiste, por primera vez, un producto de vapor electrónico?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca he usado un producto de vapor electrónico</li> <li>b) 8 años de edad o menos</li> <li>c) 9 o 10 años de edad</li> <li>d) 11 o 12 años de edad</li> <li>e) 13 o 14 años de edad</li> <li>f) 15 o 16 años de edad</li> <li>g) 17 años de edad o más</li> </ul> |
| <p>53) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #52]<br/>Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días utilizaste un producto de vapor electrónico?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 0 días</li> <li>b) 1 o 2 días</li> <li>c) 3 a 5 días</li> <li>d) 6 a 9 días</li> </ul>                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| e) 10 a 19 días<br>f) 20 a 29 días<br>g) Los 30 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 54) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #52]<br>¿Cuáles son las razones por las que has consumido productos de vapor electrónico? (Selecciona todas las que correspondan.)<br>a) Los usaba un amigo o un miembro de la familia<br>b) Para tratar de dejar otros productos de tabaco<br>c) Cuestan menos que otros productos de tabaco<br>d) Para aliviar el estrés<br>e) Son menos dañinos que otras formas de tabaco<br>f) Pueden usarse en zonas en donde no están permitidos otros productos de tabaco<br>g) Los consumí por alguna otra razón |

**La siguiente sección pregunta acerca de todos los productos de tabaco o nicotina. Consideres los cigarrillos, los productos de vapor electrónicos, el tabaco sin humo (bolsas de nicotina oral, tabaco masticable, rapé, dip, snus), puros (incluidos cigarrillos o puros pequeños), tabaco para shisha o hookah, y productos de tabaco calentado (IQOS) al responder estas preguntas. No incluyas a la marihuana.**

|                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 55) ¿Cuánto crees que las personas se arriesgan a dañarse a sí mismos (físicamente o de otras formas) si...?                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                               | Gran riesgo              | Riesgo moderado          | Poco riesgo              | No tiene riesgo          |
| a) Usan productos electrónicos de vapor todos los días                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Usan bolsas de nicotina oral todos los días                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Respiran vapor del producto de electrónico de vapor de otra persona (no incluyas a la marihuana)                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56) Durante los últimos 30 días, ¿dónde compraste tus propios productos de tabaco o nicotina? (Selecciona todas las que correspondan.)                                                                        |                          |                          |                          |                          |
| a) No compré ningún producto de tabaco o nicotina durante los últimos 30 días                                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |
| b) En una gasolinera, tienda de conveniencia, tienda de comestibles, farmacia                                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |
| c) A un compañero o amigo                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |                          |
| d) En una máquina expendedora                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |
| e) En el internet                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |
| f) Por correo                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |
| g) En otro lugar no listado aquí                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |
| 57) En los últimos 30 días, ¿alguna vez alguien en una tienda se negó a venderte algún producto de tabaco o nicotina debido a tu edad?                                                                        |                          |                          |                          |                          |
| a) No intenté comprar esos productos en una tienda durante los últimos 30 días                                                                                                                                |                          |                          |                          |                          |
| b) Sí, alguien se negó a venderme esos productos debido a mi edad                                                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |
| c) No, nadie se negó a venderme esos productos debido a mi edad                                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |
| 58) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #49 y (A) en #52 y (D) no se selecciona en #51]<br>¿Algún producto de tabaco o nicotina que hayas consumido en los últimos 30 días era aromatizado? |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                               | Sí                       | No                       |                          |                          |
| a) Cigarrillos [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #49]                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| b) Productos de vapor electrónico [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #52]                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| c) Bolsas de nicotina oral [Nota: esta pregunta se omite si (D) no se selecciona en #51]                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 59) Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez intentaste <b>dejar</b> de consumir todos los productos de tabaco o nicotina?                                                                                   |                          |                          |                          |                          |
| a) No consumí ningún producto de tabaco o nicotina durante los últimos 12 meses                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |
| b) Sí                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |
| c) No                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |

- 60) Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días estuviste dentro de tu casa mientras alguien fumaba un cigarrillo, cigarro, pipa o usaba un producto de vapor electrónico? (**No** incluyas marihuana.)
- a) 0 días
  - b) 1 o 2 días
  - c) 3 o 4 días
  - d) 5 o 6 días
  - e) 7 días

## MARIHUANA

*La siguiente sección pregunta acerca del consumo de marihuana. A la marihuana se le conoce también como hierba, porro o cannabis. Para estas preguntas, no cuentes productos de 100% CBD, que provienen de la misma planta que la marihuana, pero que no producen un periodo de euforia (high, la sensación de estar drogado) cuando se usan solos.*

- 61) ¿Qué edad tenías cuando probaste marihuana por primera vez?
- a) Nunca he probado marihuana
  - b) 8 años de edad o menos
  - c) 9 o 10 años
  - d) 11 o 12 años
  - e) 13 o 14 años
  - f) 15 o 16 años
  - g) 17 años de edad o más
- 62) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #61]  
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces consumiste marihuana?
- a) 0 veces
  - b) 1 o 2 veces
  - c) 3 a 9 veces
  - d) 10 a 19 veces
  - e) 20 a 39 veces
  - f) 40 veces o más
- 63) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #61]  
Durante los últimos 30 días, ¿cómo consumiste **generalmente** la marihuana? (Selecciona sólo **una** respuesta.)
- a) No consumí marihuana durante los últimos 30 días
  - b) La fumé
  - c) La comí (en un comestible, dulces, tintura u otro alimento)
  - d) Utilicé un vaporizador
  - e) La unté
  - f) La usé de alguna otra forma
- 64) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #61]  
Durante los últimos 30 días, ¿cómo consumiste **generalmente** la marihuana que usaste? (Selecciona sólo **una** respuesta.)
- a) No consumí marihuana durante los últimos 30 días
  - b) La compré con mi tarjeta de marihuana medicinal
  - c) La compré en una tienda o centro de marihuana
  - d) Se la compré a otra persona
  - e) Alguien mayor de 21 años me la dio
  - f) Alguien menor de 21 años me la dio
  - g) La tomé sin el permiso del dueño
  - h) Utilicé un servicio de entrega de marihuana
  - i) La compré en una tienda de conveniencia, una tienda que vende elementos relacionados con la marihuana (head shop) u otra tienda no dispensaría
- 65) Durante los últimos 30 días, ¿durante cuántos días usaste concentrados de cannabis (THC), aceite o ceras de hachís?
- a) 0 días
  - b) 1 o 2 días
  - c) 3 a 5 días
  - d) 6 a 9 días
  - e) 10 a 19 días
  - f) 20 a 29 días

|     |                                                                                                              |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| g)  | Los 30 días                                                                                                  |
| 66) | <i>Estás más que a mitad de la encuesta. ¿Qué tan honesto fuiste al completar esta encuesta hasta ahora?</i> |
| a)  | Muy honesto                                                                                                  |
| b)  | Honesto la mayor parte del tiempo                                                                            |
| c)  | Honesto algunas veces                                                                                        |
| d)  | Honesto de vez en cuando                                                                                     |
| e)  | Nada honesto                                                                                                 |

## MEDICAMENTOS RECETADOS PARA EL DOLOR

***La siguiente sección pregunta acerca del uso de medicamentos recetados para el dolor sin que te los hayan recetado a ti o de una forma diferente al uso que te indicó el médico. Para estas preguntas, toma en cuenta drogas como codeína, hidrocodona, Vicodin, Oxycodona y Percocet.***

|     |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 67) | ¿Qué edad tenías cuando tomaste, por primera vez, medicamentos recetados para el dolor sin que te los hayan recetado a ti o de una forma diferente al uso que te indicó el médico?                                                                        |
| a)  | Nunca he tomado medicamentos recetados para el dolor que no me hayan recetado o que sean diferentes a los recetados                                                                                                                                       |
| b)  | 8 años de edad o menos                                                                                                                                                                                                                                    |
| c)  | 9 o 10 años de edad                                                                                                                                                                                                                                       |
| d)  | 11 o 12 años de edad                                                                                                                                                                                                                                      |
| e)  | 13 o 14 años de edad                                                                                                                                                                                                                                      |
| f)  | 15 o 16 años de edad                                                                                                                                                                                                                                      |
| g)  | 17 años de edad o más                                                                                                                                                                                                                                     |
| 68) | <i>[Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #67]</i><br>Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomaste medicamentos recetados para el dolor sin que te los hayan recetado a ti o de una forma diferente al uso que te indicó el médico? |
| a)  | 0 veces                                                                                                                                                                                                                                                   |
| b)  | 1 o 2 veces                                                                                                                                                                                                                                               |
| c)  | 3 a 9 veces                                                                                                                                                                                                                                               |
| d)  | 10 a 19 veces                                                                                                                                                                                                                                             |
| e)  | 20 a 39 veces                                                                                                                                                                                                                                             |
| f)  | 40 veces o más                                                                                                                                                                                                                                            |

## OTRAS DROGAS

***La siguiente sección pregunta acerca de otras drogas.***

|     |                                                                                                                                                                                   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 69) | Durante tu vida, ¿alguna vez has usado alguna de las siguientes drogas? (Selecciona todas las que correspondan.)                                                                  |
| a)  | Estimulantes recetados, como Adderall (también llamadas "Addys") o Ritalin, sin que te los hayan recetado a ti o de una forma diferente al uso que te indicó el médico            |
| b)  | Sedantes o tranquilizantes recetados, como Xanax (también llamadas "Xanies") o Valium, sin que te los hayan recetado a ti o de una forma diferente al uso que te indicó el médico |
| c)  | Cualquier forma de cocaína, incluyendo polvo, crack o cocaína base (también llamada coca o nieve)                                                                                 |
| d)  | Inhalantes como adhesivo, latas de aerosol o cualquier pintura o aerosol (también llamados "whippets" o "gas")                                                                    |
| e)  | Heroína (también llamada "smack", "junk", "hero" o "dope")                                                                                                                        |
| f)  | Metanfetaminas (también llamadas "meta", "speed", "meta en cristal", "crank" o "hielo")                                                                                           |
| g)  | Éxtasis (también llamado "MDMA", "Molly", "X", o tacha)                                                                                                                           |
| h)  | Psilocibina (también llamada setas o hongos mágicos, "caps" o "Alice")                                                                                                            |
| i)  | Fentanilo (también llamado "fetty", "fent" o "fenty")                                                                                                                             |
| j)  | Kratom (también llamado "thang", "thom" o "biak")                                                                                                                                 |
| k)  | Productos cannabinoides intoxicantes derivados del cannabis como el THC Delta-8 y Delta-10 (también llamados delta, D8, hierba "lite" o "dietética")                              |
| l)  | Nunca he utilizado ninguna de estas drogas                                                                                                                                        |

## SALUD SEXUAL

**La siguiente sección pregunta acerca de la salud sexual. Las relaciones sexuales consensuadas significa que diste tu consentimiento y aceptaste participar libre y activamente.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 70) ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales consensuadas?                                                                                                                                                                                                                                          |
| a) Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| b) No                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 71) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (B) en #70]<br>En los últimos 3 meses, ¿has tenido relaciones sexuales consensuadas?                                                                                                                                                               |
| a) Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| b) No                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 72) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (B) en #70]<br>La última vez que tuviste relaciones sexuales consensuadas, ¿cuál de los siguientes métodos usaste tú o tu pareja para prevenir el embarazo o las infecciones de transmisión sexual (ITS)? (Selecciona todas las que correspondan.) |
| a) Píldoras anticonceptivas ( <b>no</b> tomes en cuenta anticonceptivos de emergencia como Plan B o la píldora del "día siguiente")                                                                                                                                                                   |
| b) Condones                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| c) Un DIU (como Mirena o ParaGard) o un implante (como Implanon o Nexplanon)                                                                                                                                                                                                                          |
| d) Una inyección (como Depo-Provera), un parche (como Ortho Evra) o un anillo anticonceptivo (como NuvaRing)                                                                                                                                                                                          |
| e) Anticonceptivos de emergencia (como Plan B o la píldora del "día siguiente")                                                                                                                                                                                                                       |
| f) Ningún método fue usado para prevenir el embarazo o las ITS por tu o tu pareja                                                                                                                                                                                                                     |

## NUTRICIÓN

**La siguiente sección pregunta acerca de los alimentos que comiste o bebiste durante los últimos 7 días. Piensa en todas las comidas y refrigerios que has tenido desde el momento que te levantas hasta que te vas a dormir. Asegúrate de incluir los alimentos que comiste en casa, en la escuela, en los restaurantes o en cualquier otro lugar.**

|                                                                                                                                                                              |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 73) Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces...?                                                                                                                           |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                              | 0 veces<br>durante<br>los<br>últimos 7<br>días | 1 a 3<br>veces<br>durante<br>los<br>últimos<br>7 días | 4 a 6<br>veces<br>durante<br>los<br>últimos<br>7 días | 1 vez al<br>día          | 2 veces<br>al día        | 3 veces<br>al día        | 4 veces al<br>día o más  |
| a) Comiste <b>frutas</b> ( <b>no</b> cuentes los jugos de frutas)                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Comiste <b>verduras</b> , tales como ensaladas verdes, papas, zanahorias y otras verduras ( <b>no</b> cuentes papas a la francesa, papas fritas o papas fritas en bolsa)  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Bebiste una lata, una botella o un vaso de <b>soda o gaseosa</b> , como Coca-Cola, Pepsi o Sprite ( <b>no</b> cuentes soda dietética o gaseosa dietética)                 | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74) Durante los últimos 7 días, ¿de cuáles de las siguientes bebidas, tomaste una lata, una botella o copa, una o más veces al día? (Selecciona todas las que correspondan.) |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
| a) Bebida deportiva, como Gatorade o PowerAde ( <b>no</b> cuentes bebidas deportivas bajas en calorías, como Propel o G2)                                                    |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
| b) Bebidas energéticas, como Red Bull o Monster ( <b>no</b> cuentes bebidas energéticas de dieta)                                                                            |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
| c) Otras bebidas azucaradas, como limonada, té o café endulzados, leche de sabores, Snapple o SunnyD                                                                         |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
| d) Gaseosa dietética, como Diet Coke, Diet Pepsi o Sprite Zero                                                                                                               |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
| e) Agua simple, ya sea del grifo, embotellada o agua carbonatada sin sabor                                                                                                   |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
| f) Otra cosa                                                                                                                                                                 |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
| 75) Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días comiste <b>el desayuno</b> ?                                                                                                   |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |
| a) 0 días                                                                                                                                                                    |                                                |                                                       |                                                       |                          |                          |                          |                          |

- b) 1 día
- c) 2 días
- d) 3 días
- e) 4 días
- f) 5 días
- g) 6 días
- h) 7 días

76) Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia pasaste hambre porque no había suficiente comida en tu casa?

- a) Siempre
- b) La mayor parte del tiempo
- c) A veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

## ACTIVIDAD FÍSICA

**La siguiente sección pregunta acerca de la actividad física.**

77) Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días estuviste físicamente activo durante un total de **al menos 60 minutos por día**? (Suma todo el tiempo que pasaste en cualquier tipo de actividad física que aumentó tu ritmo cardíaco y te hizo respirar fuerte parte del tiempo.)

- a) 0 días
- b) 1 día
- c) 2 días
- d) 3 días
- e) 4 días
- f) 5 días
- g) 6 días
- h) 7 días

78) En un día escolar promedio, ¿cuántas horas pasas frente a un televisor, computadora, teléfono inteligente u otro dispositivo electrónico, viendo programas o videos, jugando video juegos, accediendo a la internet o haciendo uso de las redes sociales (también se le denomina "tiempo de pantalla")? (**No** cuentes el tiempo que pasas haciendo tareas escolares.)

- a) Menos de 1 hora al día
- b) 1 hora al día
- c) 2 horas al día
- d) 3 horas al día
- e) 4 horas al día
- f) 5 o más horas al día

79) Si quisieras, ¿podrías ir caminando o en bicicleta, monopatín o patineta a la escuela?

- a) Sí
- b) No, es demasiado lejos
- c) No, no es seguro
- d) No, es demasiado lejos y no es seguro
- e) No, mi escuela no lo permite

80) *La siguiente pregunta se refiere a las conmociones cerebrales. Una conmoción cerebral es cuando un golpe o sacudida en la cabeza causa problemas como dolores de cabeza, desvanecimientos, mareos o confusión, dificultad para recordar o concentrarse, vómitos, visión borrosa o quedar inconsciente.*

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuviste una conmoción cerebral **por jugar un deporte o estar activo físicamente**?

- a) 0 veces
- b) 1 vez
- c) 2 veces
- d) 3 veces
- e) 4 veces o más

## IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

**La siguiente sección pregunta acerca de la imagen corporal y los trastornos alimentarios. Al final de la encuesta se dará información acerca de servicios de apoyo gratuitos y confidenciales. Recuerda que tus respuestas son anónimas y se mantendrán privadas. Puedes optar por no responder a alguna o a todas las preguntas.**

|                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 81) La imagen corporal es cómo te ves a ti mismo cuando te miras al espejo o cuando te imaginas en tu mente. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te has sentido seguro con tu imagen corporal?                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) La mayor parte del tiempo</li> <li>c) A veces</li> <li>d) Rara vez</li> <li>e) Nunca</li> </ul>                                                               |
| 82) Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te preocupaste por tu apariencia física más de lo deseado?                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) La mayor parte del tiempo</li> <li>c) A veces</li> <li>d) Rara vez</li> <li>e) Nunca</li> </ul>                                                               |
| 83) Durante los últimos 30 días, ¿has intentado perder peso o no engordar dejando de comer durante 24 horas o más; tomando pastillas, polvos o líquidos para adelgazar; vomitando o tomando laxantes; o saltándote comidas? |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sí</li> <li>b) No</li> </ul>                                                                                                                                                      |

## VIDA EN CASA

**La siguiente sección pregunta acerca de tu vida en casa.**

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 84) Por favor contestes lo siguiente:                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                        | Claro que sí             | Por lo general           | Rara vez                 | No en lo absoluto        |
| a) Las reglas de mi familia son claras.                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Si yo tuviera un problema personal, podría pedir ayuda a mis padres o tutores.                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Mis padres o tutores me preguntan si he terminado mi tarea.                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Mis padres o tutores me dan muchas oportunidades de hacer cosas divertidas con ellos.                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Mis padres o tutores me preguntan qué pienso antes de tomar la mayoría de las decisiones familiares que me afectan.                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Si faltaras la escuela, ¿te descubrirían tus padres o tutores?                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Te sientes seguro en tu vecindario o cerca de donde vives?                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85) Durante una semana promedio, ¿cuántos días cuidas a alguien de tu familia u hogar que tiene una enfermedad crónica (dura 3 meses o más), que es anciano o que está discapacitado con actividades que tendría dificultades para hacer por sí mismo? |                          |                          |                          |                          |
| a) No hay nadie en mi familia u hogar que tiene una enfermedad crónica, que es anciano o que está discapacitado que necesita cuidado                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |
| b) 0 días a la semana                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |
| c) 1 o 2 días a la semana                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |
| d) 3 a 5 días por semana                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |
| e) 6 o 7 días a la semana                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |

## ESCUELA Y COMUNIDAD

La siguiente sección pregunta acerca de tu escuela y comunidad.

|                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 86) ¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con que sientes que perteneces a tu escuela?                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |
| a) Totalmente de acuerdo                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |
| b) De acuerdo                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |
| c) No estoy seguro/a                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |
| d) En desacuerdo                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |
| e) Totalmente en desacuerdo                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
| 87) Pensando en el año pasado en la escuela, ¿con qué frecuencia disfrutabas de estar en la escuela?                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |
| a) Siempre                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                          |                          |
| b) La mayor parte del tiempo                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |
| c) A veces                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                          |                          |
| d) Rara vez                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
| e) Nunca                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |
| 88) Durante las <b>últimas cuatro semanas</b> , ¿cuántos días de clase enteros has perdido porque faltaste o te saliste de clases?                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |
| a) 0 días                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |
| b) 1 día                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |
| c) 2 días                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |
| d) 3 días                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |
| e) 4 a 5 días                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |
| f) 6 a 10 días                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                          |                          |
| g) 11 días o más                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |
| 89) ¿Qué tan interesantes son la mayoría de tus cursos para ti?                                                                                                                                                                       |                          |                          |                          |                          |
| a) Muy interesante                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |
| b) Bastante interesante                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |
| c) Algo interesante                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |
| d) Un poco aburrido                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |
| e) Muy aburrido                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |                          |                          |
| 90) ¿Qué tan importante crees que las cosas que estás aprendiendo en la escuela van a ser para tu vida posterior?                                                                                                                     |                          |                          |                          |                          |
| a) Muy importante                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |                          |
| b) Importante                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |
| c) No muy importante                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |
| d) Para nada importante                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |
| 91) Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia hablaste con algún miembro del personal de tu escuela sobre tus planes a futuro después de la preparatoria (high school)?                                                        |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                       | Todos los días           | Una vez a la semana      | Algunas veces al año     | Rara vez o nunca         |
| a) Consejero escolar                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Maestro                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Administrador, como un director o subdirector                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Entrenador                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Otro miembro del personal de la escuela                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 92) Por favor contestes lo siguiente:                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                       | Claro que sí             | Por lo general           | Rara vez                 | No en lo absoluto        |
| a) Me siento seguro en mi escuela.                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Mis maestros notan cuando estoy haciendo un buen trabajo y me lo hacen saber.                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) La escuela le informa a mis padres o tutores cuando he hecho algo bien.                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 93) Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia participaste en programas supervisados fuera del horario escolar (por ejemplo, antes y después del horario escolar, en verano y el quinto día en una semana escolar de 4 días)? |                          |                          |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                   | Siempre                  | La mayor parte del tiempo | A veces                  | Rara vez                 | Nunca                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Un equipo deportivo o tomar clases deportivas (en equipo o individuales)                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Programas de apoyo académico, incluyendo tutorías                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Programas o clubes como agricultura, arte, carreras profesionales y técnicas, teatro, fitness y bienestar, música y STEM (CTIM, ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Servicio comunitario o voluntariado                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Trabajo remunerado                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Trabajo no remunerado (por ejemplo, prácticas profesionales, entrenamiento)                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OTROS TEMAS DE SALUD

**La siguiente sección pregunta acerca de otros temas de salud, como el sueño, la seguridad de armas de fuego, la salud bucal, el asma y tiempo pasado en la naturaleza.**

94) Durante los últimos 30 días, ¿por lo general dónde dormiste? (Selecciona todas las que correspondan.)

- a) En la casa de mis padres o tutores
- b) En la casa de un amigo, miembro de la familia u otra persona porque tuve que dejar mi casa o mis padres o tutores no pueden costear una vivienda
- c) En un refugio o vivienda de emergencia
- d) En un motel o hotel
- e) En un automóvil, parque, campamento u otro lugar público
- f) No tengo un lugar habitual para dormir
- g) En otro lugar

95) En una noche normal de escuela, ¿cuántas horas duermes?

- a) 4 horas o menos
- b) 5 horas
- c) 6 horas
- d) 7 horas
- e) 8 horas
- f) 9 horas
- g) 10 horas o más

96) ¿Cuánto tiempo tardarías en conseguir y en estar listo(a) para disparar un arma cargada sin el permiso de tus padres o de otro adulto? El arma puede ser tuya o de otra persona.

- a) No podría conseguir un arma cargada
- b) Menos de 10 minutos
- c) 10 minutos o más, pero menos de 1 hora
- d) 1 o más horas, pero menos de 4 horas
- e) 4 o más horas, pero menos de 24 horas
- f) 24 o más horas

97) [Nota: esta pregunta se omite si se selecciona (A) en #96]

¿Cómo podrías obtener un arma cargada sin el permiso de tus padres o de otro adulto? (Selecciona todas las que correspondan.)

- a) Podría conseguir un arma en mi casa o en los alrededores
- b) Podría conseguir un arma de un amigo o compañero de clase
- c) Podría conseguir un arma de un miembro de la familia
- d) Podría comprar o negociar para conseguir un arma
- e) Podría robar un arma
- f) Podría conseguir un arma por Internet, incluidas las redes sociales
- g) De otra manera

98) En los últimos 12 meses, ¿cuál de los siguientes problemas con tu boca o dientes has experimentado? **No** incluyas problemas ocasionados por brackets o por una lesión en la boca, como la de un golpe en la boca. (Selecciona todas las que correspondan.)

- a) Dificultades al morder o masticar los alimentos
- b) Evité sonreír
- c) Sentí ansiedad o vergüenza
- d) Dejé de ir a la escuela debido al dolor o malestar
- e) Problemas para dormir
- f) Sentí dolor
- g) No he experimentado ninguno de estos problemas en mi boca o dientes

99) ¿Alguna vez te ha dicho un doctor o una enfermera que tienes asma?

- a) Sí
- b) No
- c) No estoy seguro/a

100) Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sales a pasar tiempo en la naturaleza?

- a) Todos los días
- b) Una vez a la semana
- c) Una vez al mes
- d) Algunas veces al año
- e) Rara vez o nunca

### PREGUNTAS AGREGADAS POR TU DISTRITO ESCOLAR

*La siguiente sección hace preguntas agregadas por tu distrito escolar para ayudar a comprender la salud de los estudiantes en tu comunidad.*

| 101) ¿Cuánto se arriesgan las personas de hacerse daño físico o de otras maneras si...? | Ningún riesgo            | Poco riesgo              | Riesgo moderado          | Mucho riesgo             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Toman 5 o más tragos de una bebida alcohólica una o dos veces a la semana            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Fuman uno o más paquetes de cigarrillos al día                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Usan marihuana una o dos veces a la semana (p. ej., ahumado, vapeado, comestible)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Usan medicamentos recetados que no les han recetado a ellos                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

| 102) ¿Qué tan malo creen tus padres/encargados que sería si...?        | Muy malo                 | Malo                     | Un poco malo             | Nada malo                |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Tomas uno o dos tragos de una bebida alcohólica casi todos los días | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Fumas tabaco                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Usas medicamentos recetados que no te han recetado a ti             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

| 103) ¿Qué tan malo creen tus amigos que sería si...?                   | Muy malo                 | Malo                     | Un poco malo             | Nada malo                |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Tomas uno o dos tragos de una bebida alcohólica casi todos los días | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Fumas tabaco                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Usas marihuana (p. ej., ahumado, vapeado, comestible)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Usas medicamentos recetados que no te han recetado a ti             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>104) En los últimos 30 días, ¿has usado medicamentos con receta <b>pero</b> que no te los recetaron a ti?</p> <p>a) Sí</p> <p>b) No</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>105) ¿Cuántos días tardas en sentirte recuperado(a) luego de una situación estresante?</p> <p>a. Menos de 1 día</p> <p>b. De 1 a 2 días</p> <p>c. De 3 a 4 días</p> <p>d. De 5 a 6 días</p> <p>e. 7 días o más</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>106) Siento que los adultos escuchan y respetan mis opiniones.</p> <p>a. Totalmente en desacuerdo</p> <p>b. En desacuerdo</p> <p>c. Neutral</p> <p>d. De acuerdo</p> <p>e. Totalmente de acuerdo</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>107) Siento que mi voz y opiniones son escuchadas.</p> <p>a. Totalmente en desacuerdo</p> <p>b. En desacuerdo</p> <p>c. Neutral</p> <p>d. De acuerdo</p> <p>e. Totalmente de acuerdo</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>108) ¿En cuáles de estos sitios te sientes seguro(a) pasando el rato? (Selecciona todas las que correspondan.)</p> <p>a. Casa</p> <p>b. Casa de un amigo/a</p> <p>c. Parque de la comunidad o del vecindario</p> <p>d. Biblioteca</p> <p>e. Campos deportivos</p> <p>f. Resort/áreas de recreo al aire libre</p> <p>g. Centro de recreación (rec center)</p> <p>h. Cafetería/restaurante</p> <p>i. Cine</p> <p>j. Parque de patinetas o bicicletas</p> <p>k. Espacio religioso</p> <p>l. Centro o espacio juvenil</p> <p>m. Espacio natural o lugar alejado</p> <p>n. Parada de autobús</p> <p>o. Centro comercial</p> <p>p. Espacios artísticos o creativos</p> <p>q. Algún otro lugar</p> <p>r. No me siento seguro(a) pasando el rato en ningún sitio</p> |
| <p>109) ¿Qué tipo de cosas han causado que faltes a la escuela este año? (Selecciona todas las que correspondan.)</p> <p>a. Estuve enfermo(a), enfermedad</p> <p>b. Cita médica, dental, de visión, de salud mental</p> <p>c. Alguna otra cita</p> <p>d. Acoso escolar o problemas con compañeros(as)</p> <p>e. No me sentía seguro(a)</p> <p>f. Cansancio/No dormí lo suficiente</p> <p>g. Me aburro en la escuela</p> <p>h. La escuela es demasiado estresante</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>i. Siento que no pertenezco en mi escuela</p> <p>j. Nadie me extraña si no voy</p> <p>k. Falté a alguna clase solo o con amigos(as)</p> <p>l. Transporte</p> <p>m. Trabajo</p> <p>n. Club o deportes competitivos</p> <p>o. Simplemente no quería</p> <p>p. Deportes escolares o competencias</p> <p>q. Vacaciones extendidas</p> <p>r. Necesidades familiares - cuidar a un hermano(a) o miembro de la familia, o ayudar a la familia de alguna forma</p> <p>s. No terminé mis tareas escolares</p> <p>t. No he faltado a clase este año</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>110) ¿Cuánto crees que las personas se arriesgan a hacerse daño a sí mismos (físicamente o de otras maneras) si toman una o dos bebidas alcohólicas casi todos los días?</p> <p>a. Gran riesgo</p> <p>b. Riesgo moderado</p> <p>c. Poco riesgo</p> <p>d. No hay riesgo</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>111) ¿Cuánto crees que las personas se arriesgan a hacerse daño a sí mismas (físicamente o de otras maneras) si consumen marihuana regularmente?</p> <p>a. Gran riesgo</p> <p>b. Riesgo moderado</p> <p>c. Poco riesgo</p> <p>d. No hay riesgo</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>112) Si usaste bolsitas de nicotina orales en los últimos 30 días, ¿por qué razones usaste estos productos? (Selecciona todas las que correspondan.)</p> <p>a. Una amistad o miembro de la familia los usa</p> <p>b. Para tratar de dejar otros productos de tabaco</p> <p>c. Son más baratos que otros productos de tabaco</p> <p>d. Para aliviar el estrés</p> <p>e. Para perder el apetito</p> <p>f. Me apetece</p> <p>g. Son menos dañinas que otras formas de tabaco</p> <p>h. Se pueden usar en lugares que no admiten otras formas de tabaco</p> <p>i. Es más discreto que otras formas de tabaco</p> <p>j. Es más atractivo que otras formas de tabaco</p> <p>k. Para encajar o sentirme más cómodo(a) en situaciones sociales</p> <p>l. Las usé por alguna otra razón</p> <p>m. No usé bolsitas de nicotina oral en los últimos 30 días</p> |
| <p>113) Si tuvieras un problema serio y un adulto a quien recurrir por ayuda, ¿qué tan probable es que hablaras con esa persona sobre ese problema?</p> <p>a. Poco probable</p> <p>b. Algo probable</p> <p>c. Probable</p> <p>d. Muy probable</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |