

ANEXOS

A. CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza.

Este no es un examen; no hay preguntas correctas o incorrectas, pero por favor, trabaja con cuidado. Todas las respuestas son confidenciales.

Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica exactamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso. Es posible que encuentres la misma pregunta o preguntas semejantes más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario. Por favor, pon una "X" sobre tu respuesta y no marques fuera de los recuadros.

Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada. ¡GRACIAS!

Nombre: _____				
Turno escolar: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino	Grado escolar: <input type="checkbox"/> 1°. Secundaria <input type="checkbox"/> 2°. Secundaria <input type="checkbox"/> 3°. Secundaria	Grupo: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

INSTRUCCIONES: Por favor, contesta todas las preguntas. Marca con una "X" tu respuesta		
1. ¿Eres arrogante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Discuten demasiado tus padres o tutores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Te cansas con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Te asustas con facilidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Te sientes frustrado(a) con facilidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Amenazas a otros con hacerles daño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Te sientes solo (a) la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Dices groserías o vulgaridades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Son tus amigos (as) del agrado de tus padres o tutores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente, estando bajo los efectos del alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18. ¿Tienes buena ortografía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19. ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
21. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22. ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
23. Te sientes nervioso (a) la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
24. ¿Has robado alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
25. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
26. ¿Sabes leer bien?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
27. ¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo o escuela con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
28. ¿Sientes que la gente está en contra tuya?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
29. ¿Tus amigos llevan drogas a las fiestas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
30. ¿Peleas con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

31. ¿Tienes mal genio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
32. ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
33. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
34. ¿Te dice la gente que eres descuidado (a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
35. ¿Eres terco (a) o testarudo (a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
37. ¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
38. ¿A veces te vas de las fiestas porque en ellas no hay bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
39. ¿Sabes tus padres o tutores cómo piensas o te sientes realmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
40. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
41. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
42. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
43. ¿Tienes dificultades para concentrarte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
44. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
45. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
46. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo los efectos del alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
47. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
48. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho (a) o drogado (a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
49. ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
50. ¿Has ocasionado daños a propiedad ajena intencionalmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
51. ¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
52. ¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
53. ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estabas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
54. ¿El uso del alcohol o drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste, o viceversa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
55. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
56. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
57. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
58. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
59. ¿Molestas mucho a tus amigos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
60. ¿Tienes dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
61. ¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
62. Las bebidas alcohólicas o drogas, ¿te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
63. ¿Sientes que a veces pierdes control de ti mismo(a) y terminas peleando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
64. ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
65. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
66. ¿Tienes dificultad para seguir instrucciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
67. ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
68. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
69. ¿Tienes buena memoria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
70. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
71. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben educar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
72. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
73. ¿Tus amigos faltan a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

74.	¿A veces la escuela te hace sentirte como tonto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
75.	¿Frecuentemente sientes deseos de llorar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
76.	¿Te da miedo estar con la gente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
77.	¿Tienes amigos que han robado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
78.	¿Has reprobado algún año en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
79.	¿Es difícil la escuela para ti?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
80.	¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
81.	¿Gritas mucho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

GRACIAS