



CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)

El propósito de estas preguntas es identificar la manera en que podemos apoyarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza.

Este no es un examen; no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor, trabaja con cuidado. Toda la información es confidencial.

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 COMPLETO:

ESCOLARIDAD:

GRUPO:

TURNO ESCOLAR:

EDAD:

SEXO:

GRADO:



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. ¿Saben 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