

# Encuesta pediátrica 2011-2012 del Registro de Salud del World Trade Center – Folleto para adolescentes

Esta encuesta es para la persona inscrita:

Lee las instrucciones de la encuesta en la página opuesta:

Fecha de hoy:

		/			/				
(Mes)			(Día)			(Año)			

**1** ¿Fecha de nacimiento?

		/			/				
(Mes)			(Día)			(Año)			

**2** ¿Cuál es tu sexo?

- Masculino  
 Femenino

**3** a. ¿Cuál es tu estatura sin calzado?

\_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

b. ¿Cuánto pesas sin calzado?

\_\_\_\_\_ libras

**4** En el último mes, ¿en qué medida las siguientes expresiones muestran lo que te pasa?

Información personal	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
a. Me siento contento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me siento bien conmigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me siento bien en relación con mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Recibo apoyo de familiares y amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pienso que me van a pasar cosas buenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pienso que voy a tener buena salud en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el <u>último mes</u> ...	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
g. En general, ¿cómo fue tu salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5 ¿Alguna vez has tenido silbidos o sibilancia en el pecho?  
 Sí  
 No → Ve a la pregunta 8
- 6 ¿Has tenido silbidos o sibilancia en el pecho en los últimos 12 meses?  
 Sí  
 No → Ve a la pregunta 8
- 7 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, en promedio has tenido problemas para dormir debido a los silbidos o sibilancia?  
 Nunca  
 Menos de una noche por semana  
 Una o más noches por semana
- 8 ¿Te dijo el médico alguna vez que tenías asma?  
 Sí  
 No → Ve a la pregunta 10
- 9a En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo te impidió el asma realizar tus tareas en el trabajo, en la escuela o en tu casa?  
 Todo el tiempo  
 La mayor parte del tiempo  
 Parte del tiempo  
 Muy poco tiempo  
 Nunca
- 9b Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuviste dificultades para respirar?  
 Más de una vez por día  
 Una vez al día  
 De 3 a 6 veces por semana  
 Una o dos veces por semana  
 Nunca

- 9c Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas del asma (silbidos al respirar, tos, problemas para respirar, opresión en el pecho o dolor) te despertaron por la noche o más temprano que lo habitual por la mañana?  
 4 o más noches por semana  
 2 ó 3 noches por semana  
 Una vez a la semana  
 Una o dos veces  
 Nunca
- 9d Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia utilizaste tu inhalador de rescate o nebulizador (como albuterol)?  
 3 o más veces por día  
 1 ó 2 veces por día  
 2 ó 3 veces por semana  
 Una vez por semana o menos  
 Nunca
- 9e ¿Cómo calificarías el control de tu asma durante las últimas 4 semanas?  
 Sin ningún control  
 Mal controlada  
 Algo controlada  
 Bien controlada  
 Completamente controlada

## Encuesta pediátrica 2011-2012 del Registro de Salud del World Trade Center – Folleto para adolescentes

### 10 En las últimas 4 semanas...

	Sí	No
a. ¿Te has sentido triste o deprimido con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Has estado enojado o irritable y de mal humor con frecuencia incluso con pequeñas cosas que te han hecho enojar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Te has culpado a ti mismo con frecuencia por cosas malas que sucedieron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha habido algún tiempo en que nada te resultaba divertido y no tenías interés en nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Has tenido menos energía de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Has dormido más de lo habitual durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Has sentido que no podías hacer nada bien o que no eras tan atractivo o inteligente como otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Ha habido algún tiempo en la que incluso pequeñas tareas te han hecho sentirte realmente cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Te ha parecido que no podías razonar con la claridad o la rapidez habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Con frecuencia tienes miedo de salir solo de tu casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Con frecuencia tienes miedo de estar en un lugar muy concurrido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Con frecuencia has sentido temor de viajar en automóviles, autobuses o trenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ¿Con frecuencia has sentido temor de estar en puentes o túneles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ¿Has sentido más temor que otras personas de tu edad para viajar o salir solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ¿Te has preocupado o asustado de tan solo pensar en viajar o salir de tu casa solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 11 Piensa en los problemas que pudiste haber tenido en las últimas 4 semanas. Ten en cuenta problemas en tu casa, la escuela o con otras personas debido a la forma en que te has sentido o has estado actuando. Indica si nunca has tenido estos problemas, casi nunca, a veces o muchas veces.

<b>Dada la forma en que te has sentido o actuado en las <u>últimas 4 semanas</u>.</b>	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces
a. ¿Con qué frecuencia tus padres (o tutores) se sienten preocupados por ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Con qué frecuencia tus padres (o tutores) te han enojado o molestado contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Con qué frecuencia no has podido realizar actividades o concurrir a lugares con tu familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Con qué frecuencia te has sentido mal o molesto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Con qué frecuencia no has podido realizar actividades o concurrir a lugares con otras personas de tu edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Con qué frecuencia tus maestros se han enojado o molestado contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿En qué medida has tenido dificultades con tus tareas escolares o tus calificaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Encuesta pediátrica 2011-2012 del Registro de Salud del World Trade Center – Folleto para adolescentes**

Las preguntas 12 y 13 se refieren a pensamientos o sentimientos que quizá hayas tenido con respecto a lo que sucedió en el World Trade Center (WTC) el 11 de septiembre de 2001.

**12** Piensa cuidadosamente cada respuesta. Responde con relación a cómo te has estado sintiendo o actuando en las últimas 4 semanas.

En las <u>últimas 4 semanas</u> ...	Sí	No
a. ¿Has pensado con frecuencia en el <b>desastre del WTC</b> y lo que viste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Has tenido problemas para dormir o mantenerte dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Has tenido pesadillas con respecto a lo que sucedió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Has realizado esfuerzos para tratar de no pensar en el <b>desastre del WTC</b> y no escuchar ni hablar sobre el tema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Has dejado de ir a lugares o hacer cosas que pudieran hacerte pensar en el <b>desastre del WTC</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Has tratado de mantenerte alejado de las personas que pudieran hacerte recordar el <b>desastre del WTC</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Has dejado de pensar en el futuro o en las cosas que podrías hacer cuando seas adulto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Te ha resultado difícil mantener tu mente en una cosa o concentrarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13** Piensa detenidamente en cada una de las siguientes oraciones. Responde con relación a cómo te has estado sintiendo o actuando en las últimas 4 semanas. Responde "Sí" si piensas que la afirmación es verdadera; responde "No" si piensas que no es verdadera.

En las <u>últimas 4 semanas</u> ...	Sí	No
a. Me molesto, me asusto o me pongo triste cuando algo me hace pensar en el <b>desastre del WTC</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me siento interiormente solo y lejos de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Estoy de mal humor o me enojo con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas 14 y 15 se refieren a cosas que pensaste que podrían pasar durante el desastre del WTC del 9/11/2001.

**14** ¿Pensaste que tus padres o tutores podrían resultar heridos o muertos durante el desastre del WTC?

- Sí  
 No  
 No sé

**15** ¿Pensaste que podrías resultar herido o muerto durante el desastre del WTC?

- Sí  
 No  
 No sé

**16a** Sin incluir el desastre del WTC, ¿alguna vez sufriste heridas de gravedad, pensaste que podrías haber muerto, o te sucedió algo que te alteró profundamente?

- Sí  
 No → Ve a la pregunta 17

**16b** ¿Estas situaciones o eventos ocurrieron...

- Antes del 9/11/2001  
 Después del 9/11/2001  
 Antes y después del 9/11/2001

## Encuesta pediátrica 2011-2012 del Registro de Salud del World Trade Center – Folleto para adolescentes

- 17** Para esta próxima sección, marca el casillero. No es verdadero, En parte verdadero, o Totalmente verdadero. Nos ayudaría si respondieras todos los ítems lo mejor posible aunque no estés completamente seguro(a). Responde según tu conducta durante los últimos 6 meses.

En los <u>últimos 6 meses</u> ...	No es verdadero	En parte verdadero	Totalmente verdadero
a. Trato de ser amable con otras personas; me importa lo que sienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estoy inquieto; no puedo quedarme quieto mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tengo muchos dolores de cabeza, de estómago o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Por lo general, comparto cosas con otras personas, por ejemplo, CD, juegos, comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me enoja mucho y a menudo pierdo la calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Prefiero estar solo que con personas de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Por lo general hago lo que me dicen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Me preocupo mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Soy servicial si alguien está lastimado, preocupado o se siente mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Estoy constantemente inquieto o moviéndome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tengo un buen amigo o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Peleo mucho; puedo lograr que otras personas hagan lo que yo quiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. A menudo estoy triste, deprimido o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Le agrado a otras personas de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Me distraigo con facilidad; me resulta difícil concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Me pongo nervioso en situaciones nuevas; pierdo seguridad en mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Soy amable con los niños más pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Con frecuencia me acusan de mentir o hacer trampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Otros adolescentes o jóvenes se burla de mí o me agreden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Con frecuencia me ofrezco para ayudar a los demás (padres, maestros, adolescentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Pienso antes de hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Me llevo cosas que no son más de mi casa, la escuela u otros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Me llevo mejor con los adultos que con las personas de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Tengo muchos temores; me asusto con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Termina el trabajo que estoy haciendo; mi atención es buena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El siguiente grupo de preguntas se relaciona con el uso del tabaco. Recuerda – tus respuestas no se compartirán con nadie.

- 18
- a. ¿Alguna de las personas que viven en tu hogar, fuma cigarrillos, cigarros o pipa en algún lugar dentro de tu casa? (Incluye todas las casas en las que vives.)
- Sí
- No
- b. ¿Alguna vez has tratado de fumar, aunque sea una o dos pitadas?
- Sí
- No → Ve a la pregunta 19
- c. ¿Cuántos años tenías cuando fumaste un cigarrillo entero por primera vez?
- Edad: \_\_\_\_ años de edad
- Nunca fumé un cigarrillo entero.
- d. ¿Ahora fumas cigarrillos todos los días, algunos días o no fumas?
- Todos los días
- Algunos días
- Nunca → Ve a la Pregunta 19
- e. En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumas por día aproximadamente? (si menos de uno ingrese 0)
- Indica la cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_\_

Las preguntas 19a-19d se refieren al consumo de alcohol. Recuerda – tus respuestas no se compartirán con nadie.

- 19
- Una bebida de alcohol es 1 lata o botella de cerveza, 1 copa de vino, 1 lata o botella de bebida a base de vino, 1 cóctel o 1 trago de licor.
- a. ¿Alguna vez consumiste alcohol, fuera de algunos sorbos?
- Sí
- No → Ve a la pregunta 20
- b. ¿Cuántos años tenías cuando consumiste tu primera bebida de alcohol, fuera de algunos sorbos?
- Edad: \_\_\_\_ años de edad
- c. Durante los últimos 30 días, ¿consumiste por lo menos una bebida de alcohol fuera de algunos sorbos?
- Sí
- No → Ve a la pregunta 20
- d. Durante los últimos 30 días, ¿consumiste 5 o más bebidas de alcohol seguidas, es decir, en el lapso de un par de horas?
- Sí
- No

**Encuesta pediátrica 2011-2012 del Registro de Salud del World Trade Center – Folleto para adolescentes**

**20** Las siguientes preguntas se refieren al consumo de drogas sin incluir el alcohol. Si respondes "sí" al uso de alguna de estas drogas, indica si las usaste en el último año, si las usaste en los últimos 30 días y cuántos años tenías cuando las usaste por primera vez. Recuerda – tus respuestas no se compartirán con nadie.

¿ <u>Alguna vez</u> usaste:			¿Las usaste en el <u>último</u> año?		¿Las usaste en los <u>últimos 30 días</u> ?		¿Cuántos años tenías cuando las usaste por primera vez?
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Edad
a. Marihuana (también llamada hierba, weed o pot)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Cocaína (en polvo, crack o base libre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Pegamento, pinturas, spray o aerosol para drogarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Heroína (también llamada smack, junk o China White)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Mentanfetaminas (también llamadas speed, cristal, crank o hielo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. Éxtasis (también llamada MDMA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g. Pastillas o inyecciones de esteroides sin receta médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h. Medicamentos recetados (como OxyContin, Percocet, Vicodin, codeine, Adderall, Ritalin, o Xanax) sin receta médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**21** Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días has estado físicamente activo durante un total de por lo menos 60 minutos por día? (Suma todo el tiempo que dedicaste a cualquier tipo de actividad física que aumentó tu ritmo cardíaco y te obligó a esforzarte para respirar durante parte del tiempo).

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

**Encuesta pediátrica 2011-2012 del Registro de Salud del World Trade Center – Folleto para adolescentes**

Las dos preguntas siguientes se refieren a cómo te sientes con respecto a la escuela.

**22** Durante el último mes, ¿en qué medida lo siguiente ha sido un problema para ti?

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
a. Es difícil prestar atención en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me olvido de cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tengo dificultades para mantener al día mis tareas escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Falto a la escuela porque no me siento bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Falto a la escuela para ir al médico o al hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23** Cada oración de abajo describe la forma en que algunas personas se sienten con respecto a la escuela o lo que hacen en la escuela. Elige la respuesta que te resulte más verdadera .

En el <u>último mes</u> ...	Nunca	A veces	Todo el tiempo
a. Me siento contento en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me siento aburrido en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me entusiasman las tareas escolares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me gusta estar en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me intereso en las tareas que realizo en la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mi clase es un lugar divertido para estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24** ¿Cómo se completó este folleto? Elige uno de los casilleros a continuación.

- Lo completé yo.
- Lo completé yo con ayuda de mis padres/tutores
- Junto con mis padres/tutores
- Mis padres/tutores lo completaron por mí

**Gracias por completar esta encuesta.**

**Este es el final del Folleto para adolescentes.**

Haz el favor de colocar este folleto en uno de los sobres pre impreso con la dirección y el franqueo pago y envía el sobre de vuelta. Si no te llegó el sobre o se perdió, llámanos al 866-692-9827.



**Página en blanco intencionalmente**

**Página en blanco intencionalmente**