



Encuesta breve del Programa de Prevención Universal Para mayores de 12 años

Gracias por tomarse el tiempo de completar esta encuesta voluntaria. Sus respuestas son valiosas al momento de tomar decisiones sobre los programas que ofrecemos. Por favor, complete las preguntas que aparecen **a continuación y al reverso de esta encuesta**. Seleccione la respuesta que mejor represente su opinión. No hay respuestas correctas ó incorrectas. Todas las respuestas son anónimas.

Fecha de hoy: _____ Sus iniciales: _____ Últimos cuatro dígitos del número de teléfono: _____

Subescala de factores de protección BUPPS

| Por favor, indique qué tan de acuerdo está actualmente con cada una de las siguientes afirmaciones: | | | | | | |
|---|---|---------------|-------------|----------|--------------|-----------|
| | | Para nada (1) | Un poco (2) | Algo (3) | Bastante (4) | Mucho (5) |
| 1. | Me siento optimista con respecto al futuro. | | | | | |
| 2. | Siento que formo parte de una comunidad. | | | | | |
| 3. | Sé al menos una cosa que puedo hacer para lidiar con sentimientos desagradables | | | | | |
| 4. | Sé al menos una cosa que puedo hacer para lidiar con pensamientos difíciles. | | | | | |
| 5. | Sé al menos una cosa que puedo hacer para lidiar con comportamientos desafiantes. | | | | | |
| 6. | Conozco recursos que pueden ser útiles para mí ó para alguien que quiero | | | | | |

Subescala de Bienestar WHO (su facilitador le informará si esto es aplicable)

| Por favor, indique cómo se ha sentido en las últimas dos semanas. | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| En las últimas dos semanas... | | En ningún momento (0) | Parte del tiempo (1) | Menos de la mitad del tiempo (2) | Más de la mitad del tiempo (3) | La mayor parte del tiempo (4) | Todo el tiempo (5) |
| 7. | Me he sentido alegre y de buen ánimo | | | | | | |
| 8. | Me he sentido calmado y relajado | | | | | | |
| 9. | Me he sentido activo y enérgico | | | | | | |
| 10. | Desperté sintiéndome fresco y descansado | | | | | | |
| 11. | Mi vida diaria ha estado llena de cosas que me interesan | | | | | | |

Subescala de crianza (su facilitador le informará si esto es aplicable)

| Por favor, indique qué tan de acuerdo está actualmente con cada una de las siguientes afirmaciones: | | | | | | |
|---|---|---------------|-------------|----------|--------------|-----------|
| | | Para nada (1) | Un poco (2) | Algo (3) | Bastante (4) | Mucho (5) |
| 12. | Cuido bien a mis hijos incluso cuando tengo problemas personales. | | | | | |
| 13. | En mi familia, nos tomamos el tiempo de escucharnos entre todos. | | | | | |
| 14. | Ayudo a mis hijos a que se calmen cuando están molestos. | | | | | |
| 15. | Me siento feliz cuando estoy con mis hijos. | | | | | |

Por favor, complete la página 2 al reverso →

Para uso del empleado/contratista del DMH:

| | | | |
|----------------------------------|---|---------------------------|------------------------------|
| Proveedor/ Agencia/ Facilitador: | <input type="checkbox"/> Evento único <input type="checkbox"/> Pre <input type="checkbox"/> Actualizar <input type="checkbox"/> Post | Número de sesiones: | Puntuación BUPPS (1-6): |
| Nombre del programa: | | Código de identificación: | Puntuación WHO (7-11): |
| | | | Puntuación parental (12-15): |

Información Demográfica

Si prefiere no contestar ninguna de las preguntas, marque "rechazar contestar" o deje la pregunta en blanco.

| ¿Cuál es su etnicidad? (Marque sólo una casilla. Si es multiétnico, marque "más de una etnia") | |
|--|--|
| Etnias hispanas o latinas: | |
| Caribe | |
| Centroamericano | |
| Mexicano/Mexicano-Americano/Chicano | |
| Puertorriqueño | |
| Sudamericano | |
| Otro: _____ | |
| Etnias no hispanas: | |
| Africano | |
| Asiático Indio/Sur de Asia | |
| Camboyano | |
| Chino | |
| Europeo Oriental | |
| Europeo | |
| Filipino | |
| Japonés | |
| Coreano | |
| Medio Oriente | |
| Vietnamita | |
| Otro: _____ | |
| Más de un grupo étnico | |
| Rechazar responder | |

| ¿Cuál es su raza? (Marque sólo una casilla) | |
|---|--|
| Indio Americano o Nativo de Alaska | |
| Asiático | |
| Negro o Afroamericano | |
| Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico | |
| Blanco | |
| Otro: _____ | |
| Más de una raza | |
| Rechazar responder | |

| ¿Qué idioma hablan en casa con más frecuencia? (Marque sólo una casilla) | |
|--|--|
| Árabe | |
| Armenio | |
| Camboyano | |
| Cantonés | |
| Inglés | |
| Farsi | |
| Hmong | |
| Coreano | |
| Mandarín | |
| Otros Chinos | |
| Ruso | |
| Español | |
| Tagalo | |
| Vietnamita | |
| Lenguaje de señas estadounidense | |
| Otro: _____ | |
| Rechazar responder | |

| ¿Es usted un veterano? (Marque sólo una casilla) | |
|--|--|
| Sí | |
| No | |
| Rechazar responder | |

| ¿Cuál fue su sexo designado al nacer? | |
|---|--|
| Hombre | |
| Mujer | |
| X | |
| Otra categoría (Intersexualidad): _____ | |
| Prefiero no responder | |

| Piensas en ti mismo como: | |
|---|--|
| Heterosexual | |
| Gay o Lesbiana | |
| Bisexual o pansexual | |
| Otra cosa (queer, asexual): _____ | |
| Indeciso/indeciso por el momento | |
| No estoy seguro de lo que significa esta pregunta | |
| Prefiero no responder/prefiero no etiquetar | |

| ¿Qué edad tiene? (Marque sólo una casilla) | |
|--|--|
| 0-15 (niños/jóvenes) | |
| 16-25 (jóvenes en edad de transición) | |
| 26-59 (adultos) | |
| Mayores de 60 años (adultos mayores) | |
| Rechazar responder | |

| ¿Tiene alguna discapacidad?* | |
|---|--|
| Sí | |
| No | |
| Rechazar responder | |
| Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de discapacidad tiene? (Puede marcar más de una casilla) | |
| Discapacidad mental | |
| Una discapacidad física/movilidad | |
| Condición de salud crónica (incluido el dolor crónico) | |
| Dificultad para ver | |
| Dificultad para escuchar | |
| Otra discapacidad de comunicación: _____ | |
| Otro tipo de discapacidad: _____ | |
| Rechazar responder | |
| * Para este cuestionario, la discapacidad se define como una discapacidad mental o física que dura más de 6 meses y limita la actividad principal de la vida, pero que no es el resultado de una enfermedad mental grave. | |

| ¿Cuál es tu identidad de género? | |
|---|--|
| Hombre | |
| Mujer | |
| Transgénero hombre/ Transmasculino | |
| Transgénero mujer/ Transfemenino | |
| No-binario (género queer o género expansivo): _____ | |
| Otra categoría (dos espíritus): _____ | |
| Indeciso/indeciso por el momento | |
| No se entiende el significado de esta pregunta | |
| Prefiero no responder | |