

MENTES SALUDABLES: LA EVALUACIÓN SOBRE LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO

La soledad y el aislamiento ocasionales son parte de la vida cotidiana. Cuando estos sentimientos se prolongan, crean dificultades para establecer y mantener relaciones, tienen un impacto negativo en el desempeño escolar o en la salud, o causan una baja autoestima, la soledad o el aislamiento crónicos pueden ser los culpables.

Use este formulario para determinar los factores de riesgo de su hijo/a con respecto a la soledad y el aislamiento, si está mostrando señales y síntomas y si necesita ayuda.

LOS FACTORES DE RIESGO DE LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO (Responda estas preguntas con relación a su hijo/a; marque la respuesta).

- | | | | |
|--|----|----|-------|
| 1. ¿Pasa tiempo con familiares cercanos y amigos? | Sí | No | No sé |
| 2. ¿Tiene alguna discapacidad, es LGBTQ+ o pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa? | Sí | No | No sé |
| 3. ¿Pertenece a la primera generación de inmigrantes? | Sí | No | No sé |
| 4. ¿El inglés es su primera lengua? | Sí | No | No sé |
| 5. ¿Carece de acceso a conexiones sociales? | Sí | No | No sé |

Si respondió "sí" a **ALGUNO** de estos factores de riesgo, es más probable que su hijo/a sienta soledad o aislamiento crónicos en algún momento de su vida que un niño que no tiene estos factores de riesgo.

LAS SEÑALES Y LOS SÍNTOMAS DE LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO (Hágase estas preguntas con relación a su hijo/a; marque la respuesta).

- | | | | |
|---|----|----|-------|
| 1. ¿Parece más desanimado/a, retraído/a o triste que lo habitual? | Sí | No | No sé |
| 2. ¿Es capaz de conectar con otras personas más allá del plano superficial? | Sí | No | No sé |
| 3. ¿Tiene dudas sobre sí mismo/a, su autoestima o se siente inepto/a? | Sí | No | No sé |
| 4. ¿Tiene amigos imaginarios para compensar la ausencia de amigos verdaderos? | Sí | No | No sé |
| 5. ¿Es más tímido/a o llora más que otros niños de su edad? | Sí | No | No sé |
| 6. ¿Llama mucho la atención, ya sea positiva o negativa? | Sí | No | No sé |
| 7. ¿Duerme bien? | Sí | No | No sé |
| 8. ¿Se preocupa por su aspecto? | Sí | No | No sé |
| 9. ¿Ingiere muchas comidas poco saludables? | Sí | No | No sé |
| 10. ¿Muestra desinterés o aburrimiento de la vida? | Sí | No | No sé |
| 11. ¿Tiene amigos? | Sí | No | No sé |
| 12. ¿Se niega a participar de ciertas actividades habituales para un niño de su edad? | Sí | No | No sé |

PTA
HEALTHY
LIFESTYLES

¿NECESITA AYUDA?

Si su respuesta es "sí" a ALGUNA de estas preguntas, es posible que su hijo/a necesite ver un médico, un consejero o un terapeuta. *Mentes Saludables: Get Help ofrece opciones para recibir la ayuda que su hijo/a necesita.*

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Los sentimientos de soledad o aislamiento de mi hijo/a no desaparecen. | Sí | No |
| 2. La soledad o el aislamiento de mi hijo/a interfieren con sus actividades cotidianas. | Sí | No |
| 3. La soledad o el aislamiento de mi hijo/a tiene un impacto negativo en sus relaciones. | Sí | No |
| 4. La soledad de mi hijo/a ha tenido un impacto negativo en su salud mental o física. | Sí | No |



Allstate
Foundation



NEW YORK LIFE
FOUNDATION

