





**Aquí tienes algunas preguntas sobre lo que piensas, sientes y haces en el colegio.**

Lee cada frase y elige la respuesta que mejor represente cómo te sentiste el mes pasado. Puntúalas de 1 a 4 (1: Casi nunca; 2: A veces; 3: Frecuentemente; 4: Casi siempre).

	1	2	3	4
Me entusiasma aprender cosas nuevas en clase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que pertenezco a mi escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que las cosas que hago en la escuela son importantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy un estudiante de éxito (soy un buen estudiante).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me interesan mucho las cosas que hago en la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo ser yo mismo en esta escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que la escuela importa y debe tomarse en serio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hago un buen trabajo (trabajo bien) en la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gusta trabajar en proyectos y tareas de clase.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que la gente de mi escuela se preocupa por mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que es importante rendir bien en mis clases.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hago bien las tareas (deberes) de clase.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento feliz cuando trabajo y aprendo en la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En mi escuela me tratan con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que las cosas que aprendo en la escuela me ayudarán en la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saco buenas notas en mis clases.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Responde sí o no a las siguientes preguntas (últimos 12 meses):**

	SÍ	NO
¿Regularmente no puedes pensar en otra cosa que no sea el momento de volver a utilizar las redes sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te has sentido regularmente insatisfecho/a porque quieres pasar más tiempo en las redes sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te sientes mal a menudo cuando no puedes usar las redes sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has intentado pasar menos tiempo en redes sociales sin haberlo conseguido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Descuidas otras actividades (por ejemplo, pasatiempos, deportes) por utilizar las redes sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has discutido regularmente con otros debido al uso de las redes sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has mentido a familiares o amigos sobre la cantidad de tiempo que pasas en las redes sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usas a menudo las redes sociales para escapar de los sentimientos negativos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido conflictos serios con miembros de la familia (por ejemplo, padres, hermano (s) o hermana (s), pareja) debido al uso de las redes sociales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Responde las siguientes preguntas en una escala de 5 (últimos 12 meses).**

*(1: Nunca; 2: raramente; 3: alguna vez; 4: frecuentemente; 5: muy frecuentemente)*

	1	2	3	4	5
¿Te sientes preocupado por tu comportamiento con el juego? (Algunos ejemplos: ¿Piensas en exceso cuando no estás jugando o anticipas en exceso a la próxima sesión de juego?, ¿Crees que el juego se ha convertido en la actividad dominante en tu vida diaria?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sientes irritabilidad, ansiedad o incluso tristeza cuando intentas reducir o detener tu actividad de juego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sientes la necesidad de pasar cada vez más tiempo jugando para lograr satisfacción o placer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Fallas sistemáticamente al intentar controlar o terminar tu actividad de juego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has perdido intereses en aficiones anteriores y otras actividades de entretenimiento como resultado de tu compromiso con el juego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has continuado jugando a videojuegos aun sabiendo que te estaba causando problemas con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has engañado a alguno de tus familiares, terapeutas o amigos sobre el tiempo que pasas jugando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Juegas para escapar temporalmente o aliviar un estado de ánimo negativo (por ejemplo, desesperanza, tristeza, culpa o ansiedad)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has comprometido o perdido una relación importante, un trabajo o una oportunidad educativa debido a tu actividad de juego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Responda Si/No a las siguientes preguntas.

*La sinceridad con que responda al test determinará la fiabilidad de sus resultados.*

	SÍ	NO
En los últimos 12 meses, ¿has consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos tragos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En los últimos 12 meses ¿has fumado marihuana o hachís?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En los últimos 12 meses ¿has tomado alguna otra sustancia para "colocarte" (drogas ilegales, pastillas, medicamentos o alguna sustancia esnifada o inhalada)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez has ido en un coche/moto conducido por alguien (incluido tú mismo) que hubiese bebido alcohol o consumido algún tipo de droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar en un grupo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga estando tú solo/a, sin compañía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez te has olvidado de cosas que hiciste mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez tu familia o amigos te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol o drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez te has metido en líos mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Responda Si/No a las siguientes preguntas.**

*La sinceridad con que responda al test determinará la fiabilidad de sus resultados.*

	sí	NO
¿Tienes la sensación de estar enferm@ porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Estás preocupad@ porque sientes que tienes que controlar cuanto comes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Crees que estás gord@ aunque otros digan que estás demasiado delgad@?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Dirías que la comida domina su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Responde a las siguientes preguntas, con las siguientes opciones:**

0 (No), 1 (Sí, una o dos veces), 2 (Sí, una o dos veces al mes), 3 (Sí, alrededor de una vez a la semana), y 4 (Sí, más de una vez a la semana).

	1	2	3	4	0
1. Alguien me ha golpeado, me ha pateado o me ha empujado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguien me ha insultado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alguien me ha amenazado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. He golpeado, pateado o empujado a alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. He insultado y he dicho palabras malsonantes a alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. He amenazado a alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Alguien me ha dicho palabras malsonantes o me ha insultado usando el e-mail o un SMS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Alguien ha dicho palabras malsonantes sobre mí a otros usando internet o un SMS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Alguien me ha amenazado por Internet o SMS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. He usado palabras malsonantes a alguien o les he insultado usando SMS o mensajes de Internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. He usado palabras malsonantes sobre alguien a otras personas usando mensajes de Internet o SMS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. He amenazado a alguien usando SMS o mensajes de Internet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**¿Practicas algún deporte? \*** 

- Si
- No
- No estoy seguro

**Si practicas algún deporte, ¿es un deporte de equipo? \*** 

- Si
- No
- No estoy seguro

**Si practicas algún deporte, ¿cuántas horas a la semana lo practicas? \*** 

- Menos de 1 hora
- Entre 1 y 3 horas
- Más de 3 horas

**Responda Si/No a las siguientes preguntas.**

*La sinceridad con que responda al test determinará la fiabilidad de sus resultados.*

	Sí	No
¿Te has sentido a menudo "vacío"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te has auto-agredido (por ejemplo, darte un tortazo, dar cabezazos a una pared, etc.) alguna vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Crees que has sido víctima de ataques injustos sobre tu carácter (cómo eres) o reputación (por ejemplo, que digan chismes o cotilleos sobre ti)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Dirías de ti mismo que te cuesta saber que tipo de persona quieres ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has tenido ataques de ira o enfado en el pasado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>