

## CUESTIONARIO DE VALORACIÓN

FECHA:

NOMBRE:

- 1 Del 1 al 10, califica cómo te sientes en este momento a nivel emocional:
- 2 Describe brevemente tu mayor miedo actual:
- 3 Del 1 al 10, qué puntaje le das a ese temor:
- 4 Durante el día, de 24 horas cuántas horas aproximadamente ese pensamiento o miedo ocupa tu mente:
- 5 Qué día de la semana aumenta tu temor y por qué?
- 6 Describe un suceso que sustente o fundamente tu miedo presente:
- 7 Tienes recuerdos, que repitan situaciones que generen aquello por lo que sustentas tu miedo? Describe los puntualmente.
- 8 Tienes pesadillas, de esos recuerdos? Respuesta Sí o No
- 9 Tienes pesadillas, sobre esos miedos? Respuesta Sí o No
- 10 Cómo has tratado de solucionar tus miedos? Respuesta Marca con X
- · Evitando
  - · Enfrentando
  - · Omitiendo
  - · Negando
  - · No he podido intentarlo
- 10 El pensar en tus recuerdos o miedos, qué sensación te genera?
- 11 Qué crees pueda pasar o te esté sucediendo, respecto a ese miedo que tienes?

**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN**

12 Por qué crees que viviste aquello que te afectó?

13 Qué crees que vaya a suceder a futuro, respecto a tu mayor miedo?

14 Qué piensas (positivo y negativo) de tus padres?

15 Qué piensas (positivo y negativo) de tus hermanos?

16 Qué piensas (positivo y negativo) de tu hogar actual?

17 Qué piensas (positivo y negativo) de ti mismo(a)?

18 Qué crees que tus padres, piensan de ti (positivo y negativo)?

19 Qué crees que hermanos, piensan de ti (positivo y negativo)?

20 Qué crees que tu hogar actual, piensa de ti (positivo y negativo)?

## CUESTIONARIO DE VALORACIÓN

21. Cuál es tu estado de ánimo durante la mayor parte del día a día? Respuesta Marca con X
- · Tranquilidad
  - · Felicidad
  - · Optimista
  - · Miedo
  - · Angustia
  - · Ira
  - · Culpa
  - · Vergüenza
22. Cuál es la sensación física que presentas durante el recuerdo o el miedo que presentas?
- · Dolor de estómago
  - · Jaqueca
  - · Ataque de pánico
  - · Estado de shock
  - · Mareo
  - · Taquicardia
  - · Ansiedad
23. Cuántas horas duermes al día?
24. Tienes problemas para conciliar el sueño? Respuesta Sí o No
25. Duermes con facilidad? Respuesta Sí o No
26. Te despiertas durante la noche? Respuesta Sí o No
27. Tienes problemas de apetito? Respuesta Sí o No
28. Comes en exceso o por ansiedad? Respuesta Sí o No
29. Tienes un adecuado consumo de alimentos (Cantidad y Nutrición)? Respuesta Sí o No
30. Cómo canalizas tu ansiedad, angustia o temor?
- 
31. Te concentras fácilmente? Respuesta Sí o No
32. Si pudieras cambiar el tiempo qué harías?
- 
33. Si en tu caso, hay un agresor que provoca tus temores:
-

## CUESTIONARIO DE VALORACIÓN

34 Qué crees que pueda estar haciendo esa persona para hacerte daño, próximamente?

35 Por qué crees que esa persona te hizo o hace daño?

36 Cada cuanto esa persona, invade tus pensamientos durante el día?

Respuesta Marca con X

- · Todo el día
- · La mayor parte del día
- · Algunas veces en el día
- · Esporádicamente en el día
- · Sólo en la mañana
- · Sólo en la tarde
- · Sólo en la noche

37 Del 1 al 10, califica cómo te sientes en este momento a nivel emocional:

**Gracias por responder a este cuestionario.**