ANEXOS



ANEXOS

Anexo 1
Entrevista Semiestructurada para Mujeres que viven en Situación de Violencia de Pareja
(Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1992; modificada 2006)

Nº:	Fecha:	Terapeuta:

1. Edad

Edad cronológica _____ Edad aparente _____

Edad al iniciar la relación _____ Edad al iniciar la convivencia _____

2. Estado Civil

Soltera	( )	Separada	( )	Viuda	( )
Casada	( )	Divorciada	( )	En trámites de separación	( )
Unión libre	( )				

3. Situación Familiar

Edad	Sexo	Nombre	Apellido

Relación con los padres Viven Si ( ) No ( )

Número de hermános/relación con los hermanos

Edad	Sexo	Nombre	Relación

Percepción de apoyo familiar eficaz

4. Con quién vive actualmente

5. Nivel de Estudios

Lee y escribe	( )	Bachiller/ técnica	( )
Educación primaria	( )	Universitarios	( )
Educación secundaria	( )	Otros:	

6. Profesión y/o ocupación

Entrevista Semiestructurada para Mujeres que viven en Situación de Violencia de Pareja *(continuación)*

7. Lugar y tipo de trabajo

En Casa _____

Fuera de Casa _____

Ambas

8. Nivel socioeconómico

Bajo	( )	Medio-Bajo	( )
Medio	( )	Medio-Alto	( )
Alto	( )		

9. Agresor

Pareja	( )	Hermano/a	( )
Novio	( )	Hijo/a	( )
Padre	( )	Otros:	( ) _____
Madre	( )		

10. Tipo de Abuso Experimentado: Físico/Psicológico/ Económico/Sexual

El primer incidente (especificar en relación con el tipo de maltrato)

En caso de maltrato físico ¿ha sufrido maltrato psicológico anteriormente?

En caso de maltrato físico ¿ha sufrido maltrato psicológico anteriormente?

Un incidente típico

El incidente más grave

Frecuencia del maltrato en el último año

Por día ( ) Por semana ( ) Por mes ( ) Al año ( )

El último incidente

¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo? Si ( ) No ( )

Tipo de abuso experimentado

En caso de que los malos tratos no hayan surgido desde el principio de la convivencia, ¿ha habido algún acontecimiento específico que esté asociado con la aparición de los malos tratos?

Frecuencia del maltrato en el último año

0-3 meses ( ) *3-6 meses* ( ) *más de 6 meses* ( )

Acoso en la actualidad o en el último año

¿Por qué acudes en este momento en demanda de atención psicológica?

Describa como fue (o como es) la relación de noviazgo con su pareja actual (si es la misma que ejerce violencia)

11. Actos cometidos en el Abuso

Insultos y amenazas	( )	*Fracturas*	( )	*Empujones*	( )
Humillación y desvalorización	( )	*Retención en el hogar*	( )	*Jalones de pelo*	( )
Puñetazos	( )	*Privaciones económicas o control excesivo del dinero*	( )	*Agresiones sexuales*	( )
Patadas	( )	*Mordidas*	( )	*Aislamiento familiar y social*	( )
Cachetadas	( )	*Estrangulamiento*	( )	*Otros:*	

Contra los bienes

Ha roto o destruido objetos de la casa (Pega contra la pared o puerta, rompe platos, etc.) ( ) *Tirado objetos personales (ropa, zapatos, fotos, documentos personales, el celular, etc.)* ( )

12. Medio Coactivo empleado

Arma blanca

Arma de fuego

Objeto contundente

13. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro?

En caso afirmativo, ¿Cuándo ha sido la última vez que se presentó esta circunstancia?

14. Ha asistido a algún Centro de Asistencia (para mujeres maltratadas. ¿Cuándo?

En el pasado ( ) *Al inicio de la intervención* ( ) *Durante la intervención* ( )

15. ¿Ha presentado alguna denuncia por mal trato?

Tipo de denuncia

¿Dónde?	*delito*	*falta*

DE PAREJA (CONTINUACIÓN)

Anexo 1)

Anexo 1 Entrevista Semiestructurada para Mujeres

que viven en Situación de Violencia de Pareja (continuación)

MALTRATADoR

Nombre y Apellidos:

Edad: _____ *Actividad Laboral:* _____

30. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas y/o alcohol?

31. ¿Ha tenido o tiene algún tipo de trastorno psiquiátrico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

32. ¿Tiene algún problema relacionado con los celos?

33. ¿Ha tenido o tiene problemas de tipo laboral?

34. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

35. ¿Ha sido violento con otras personas?

hIjoS

36. ¿Su pareja ha maltratado física o psicológicamente a los hijos?

Tipo de maltrato

Maltrato Directo ( ) *Testigos del Maltrato a usted u otro miembro de la familia*

Diferencia por sexo ( )

37. Si están separados, describa si ha habido problemas en las visitas a sus hijos e hijas

38. Punto de encuentro

Recogida y Entrega ( ) *Visita* ( )

39. Comportamientos agresivos reiterados (de la adolescencia en adelante). Sexo de los hijos que reproducen los comportamientos agresivos. Describir la situación y evolución a lo largo del tiempo.

ANEXO 2 INVENTARIO DE BECK BDI*

ANEXO 2

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Nombre: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio (Calle, número, Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoge una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que te SENTISTE LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierra en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que escogiste. Si varias oraciones de un grupo aplican a tu caso encierra cada una. Asegúrate de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer tu elección.

1 Yo no me siento triste

1. Me siento triste.
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2 En general no me siento descorazonada por el futuro

1. Me siento descorazonada por mi futuro.
2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3 Yo no me siento como una fracasada

0. Siento que he fracasado más que las personas en general.
1. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
2. Siento que soy un completo fracaso como persona.

4 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo

1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecha o aburrida con todo.

5 En realidad yo no me siento culpable

1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

6 Yo no me siento que esté siendo castigada

1. Siento que podría ser castigada.
2. Espero ser castigada.
3. Siento que he sido castigada.

7 Yo no me siento desilusionada de mí misma

1. Estoy desilusionada de mí misma.
2. Estoy disgustada conmigo misma.
3. Me odio.

8 Yo no me siento que sea peor que otras personas

1. Me critico a mí misma por mis debilidades o errores.
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9 Yo no tengo pensamientos suicidas

1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10 Yo no lloro más de lo usual

1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
2. Actualmente lloro todo el tiempo.
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

11 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar

1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

12 Yo no he perdido el interés en la gente

1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
3. He perdido todo el interés en la gente.

13 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho

1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
3. Ya no puedo tomar decisiones.

14 Yo no siento que me vea peor de como me veía

1. Estoy preocupada de verme vieja o poco atractiva.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractiva.
3. Creo que me veo fea.

INVENTARIO DE BECK
BDI* (CONTINUACIÓN)

15 Puedo trabajar tan bien como antes

1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
2. Tengo que obligarme para hacer algo.
3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.

16 Puedo dormir tan bien como antes

1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

17 Yo no me canso más de lo habitual

1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
2. Con cualquier cosa que haga me canso.
3. Estoy muy cansada para hacer cualquier cosa.

18 Mi apetito no es peor de lo habitual

1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
2. Mi apetito está muy mal ahora.
3. No tengo apetito de nada.

19 Yo no he perdido mucho peso últimamente

1. He perdido más de dos kilogramos.
2. He perdido más de cinco kilogramos.
3. He perdido más de ocho kilogramos.

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos

Si ( ) No ( )

20 Yo no estoy más preocupada de mi salud que antes

1. Estoy preocupada acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
3. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1. Estoy menos interesada en el sexo de lo que estaba.
2. Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM

ANEXO 3
INVENTARIO DE
ANSIEDAD DE BECK

DESESPERANZA DE BECK (HOPELESSNESS SCALE, HS)

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Nombre: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio (Calle, número, Barrio): _____

En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems atentamente, e indica cómo te has sentido y cuánto te ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1.	Torpe o entumida	☐	☐	☐	☐
2.	Acelerada	☐	☐	☐	☐
3.	Con temblor en las piernas	☐	☐	☐	☐
4.	Incapaz de relajarte	☐	☐	☐	☐
5.	Con temor a que ocurra lo peor	☐	☐	☐	☐
6.	Mareado, o que se te va la cabeza	☐	☐	☐	☐
7.	Con latidos del corazón fuertes y acelerados	☐	☐	☐	☐
8.	Inestable	☐	☐	☐	☐
9.	Atemorizada o asustada	☐	☐	☐	☐
10.	Nerviosa	☐	☐	☐	☐
11.	Con sensación de bloqueo	☐	☐	☐	☐
12.	Con temblores en las manos	☐	☐	☐	☐
13.	Inquieta, insegura	☐	☐	☐	☐
14.	Con miedo a perder el control	☐	☐	☐	☐
15.	Con sensación de ahogo	☐	☐	☐	☐
16.	Con temor a morir	☐	☐	☐	☐
17.	Con miedo	☐	☐	☐	☐
18.	Con problemas digestivos	☐	☐	☐	☐
19.	Con desvanecimientos	☐	☐	☐	☐
20.	Con rubor facial	☐	☐	☐	☐
21.	Con sudores, fríos o calientes	☐	☐	☐	☐

ANEXO 4
ESCALA DE

ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

ANEXO 5

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Nombre: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio (Calle, número, Barrio): _____

		Cierto	Falso
1.	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	☐	☐
2.	Puedo darme por vencida, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi misma	☐	☐
3.	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo asi	☐	☐
4.	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	☐	☐
5.	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	☐	☐
6.	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	☐	☐
7.	Mi futuro me parece oscuro	☐	☐
8.	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	☐	☐
9.	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	☐	☐
10.	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	☐	☐
11.	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	☐	☐
12.	No espero conseguir lo que realmente deseo	☐	☐
13.	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	☐	☐
14.	Las cosas no marchan como yo quisiera	☐	☐
15.	Tengo una gran confianza en el futuro	☐	☐
16.	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	☐	☐
17.	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	☐	☐
18.	El futuro me parece vago e incierto	☐	☐
19.	. Espero más bien épocas buenas que malas	☐	☐
20.	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	☐	☐

ANEXO 6
ESCALA DE 8 ÍTEMS
PARA LOS RESULTADOS DEL

Fecha: _____ *Edad:* _____ *Sexo:* _____ *Edo. Civil:* _____

Nombre: _____

Escolaridad: _____ *Ocupación:* _____

Domicilio (Calle, número, Barrio): _____

1.	*Preocupación somática*	0	1	2	3	4
2.	*Ansiedad psíquica*	0	1	2	3	4
3.	*Barreras emocionales*	0	1	2	3	4
4.	*Desorganización conceptual (incoherencia)*	0	1	2	3	4
5.	*Autodesprecio y sentimientos de culpa*	0	1	2	3	4
6.	*Ansiedad somática*	0	1	2	3	4
7.	*Alteraciones motoras específicas*	0	1	2	3	4
8.	*Autoestima exagerada*	0	1	2	3	4
9.	*Humor depresivo*	0	1	2	3	4
10.	*Hostilidad*	0	1	2	3	4
11.	*Suspicacia*	0	1	2	3	4
12.	*Alucinaciones*	0	1	2	3	4
13.	*Enlentecimiento motor*	0	1	2	3	4
14.	*Falta de cooperación*	0	1	2	3	4
15.	*Trastornos del pensamiento*	0	1	2	3	4
16.	*Embotamiento o trastornos afectivos*	0	1	2	3	4
17.	*Agitación psicomotriz*	0	1	2	3	4
18.	*Desorientación y confusión*	0	1	2	3	4

ANEXO 6

Quien aplica el cuestionario debe identificar qué suceso traumático es el más molesto y valorar cuánto ha molestado cada síntoma a la usuaria durante la última semana.

Acontecimiento:

---

1. *¿Has experimentado imágenes dolorosas, pensamientos o recuerdos de acontecimientos que no has podido apartar de su mente aunque quisieras?*

   0. *Nada*
   1. *Leve: raramente y/o molestos*
   2. *Moderado: por lo menos una vez a la semana y/o producen algo de estrés*
   3. *Grave: por lo menos 4 veces por semana o moderadamente estresante*
   4. *Extremadamente grave: diariamente o producen tanto estrés que no puedes trabajar o funcionar socialmente*

---

2. *¿Exponerte a un suceso que te recuerda, o se parece al acontecimiento vivido, te provoca alguna respuesta física (ej. sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, hiperventilación, mareos, etc.)?*

   0. *Nada*
   1. *Un poco: infrecuente o dudoso*
   2. *Algo: levemente estresante*
   3. *Significativo: causa mucho estrés*
   4. *Marcado: muy estresante; puede hacerte buscar ayuda debido a la respuesta física (ej., dolor torácico tan grave que estás segura de tener un ataque de corazón)*

---

3. *¿Has evitado lugares, gente, conversaciones o actividades que te recuerdan el acontecimiento (ej., películas, espectáculos de televisión, ciertos lugares, reuniones, funerales, etc.)?*

   0. *No evitas*
   1. *Leve: de dudosa significación*
   2. *Moderado: evitación clara de las situaciones*
   3. *Grave: muy incómoda y la evitación afecta tu vida de alguna manera*
   4. *Extremadamente grave: encerrada en casa, no vas a tiendas o restaurantes, restricciones funcionales mayores*

---

4. *¿Has experimentado menos interés (placer) en cosas de las que antes habitualmente disfrutabas?*

   0. *Sin pérdida de interés*
   1. *Una o dos actividades menos placenteras*
   2. *Varias actividades menos placenteras*
   3. *La mayoría de las actividades menos placenteras*
   4. *Casi todas las actividades menos placenteras*

ESCALA DE 8 ÍTEMS PARA LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL TEPT (TOP-8)

(CONTINUACIÓN)
ANEXO 7
ESCALA DE CAMBIO PERCIBIDO, (RINCÓN

5. *¿Tienes menos contacto con la gente que solías frecuentar? ¿Te sientes distanciada de la gente?*

0. *Sin problema*
1. *Sentimientos de distanciamiento/alejamiento, pero aún mantienes un grado de contacto normal con otros*
2. *Algunas veces evitas contactos en los que normalmente participarías*
3. *Claramente y usualmente evitas a la gente con la que previamente te asociabas*
4. *Rechazas absolutamente o evitas activamente todo contacto social*

---

6. *¿Puedes tener sentimientos cariñosos/sentirte cerca de otros? ¿Te sientes insensible?*

0. *Sin problema*
1. *Leve: o dudosa significación*
2. *Moderado: alguna dificultad expresando sentimientos*
3. *Grave: problemas claros para expresar sentimientos*
4. *Muy grave: no tienes sentimientos, insensible la mayor parte del tiempo*

---

7. *¿Te mantiene en estado de alerta? ¿Estás vigilante? ¿Te sientes con los nervios de punta? ¿Te sientes protegiendo tu espalda con la pared?*

0. *Sin problema*
1. *Leve: ocasional/no interfiere*
2. *Moderado: causa molestias/te sientes nerviosa o vigilante en algunas situaciones*
3. *Grave: causa molestias/te sientes nerviosa o vigilante en la mayoría de las situaciones*
4. *Extremadamente grave: causa extrema de molestias y/o altera tu vida (sentimientos constantes de alerta/socialmente incapacitada debido a tu hipervigilancia).*

---

8. *¿Te asustas fácilmente? ¿Tienes tendencia a asustarte? ¿Te asustas después de un ruido inesperado, o si usted oyes o ves algo que te recuerda tu trauma?*

0. *Sin problema*
1. *Leve: ocasional pero no interfiere*
2. *Moderado: causa claras molestias o la respuesta exagerada de susto ocurre por lo menos cada 2semanas*
3. *Grave: ocurre más de una vez por semana*
4. *Extremadamente grave: tan mal que no puedes funcionar, ni en el trabajo, ni socialmente*

Y LABRADOR 2000)

Nombre: Fecha: Sesión: Exp.:

Por favor, rodea con un círculo el número que mejor describa cómo has estado desde la última sesión que hemos tenido.

1. A diario, cuando pienso en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

2. En esta sesión, cuando he pensado en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

3. Desde el último encuentro del grupo, la cantidad de pensamientos, sueños o recuerdos desagradables acerca de lo ocurrido es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

4. En comparación con lo que hacía antes del tratamiento, intento alejarme de situaciones asociadas a lo que he vivido, en un grado que es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

5. Desde el último encuentro con el grupo, la ansiedad que experimento en mi vida cotidiana es:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

6. En general, en mi vida cotidiana, desde el último encuentro con el grupo, me he sentido:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

7. Creo que lo practicado en esta sesión me ayudará a sentirme:

1	2	3	4	5	6	7
Mucho Mayor	Bastante Mayor	Mayor	Igual	Menor	Bastante Menor	Mucho Menor

8
Formato ABC

Fase	Componente
A	
B	
C	

Anexo 9
Formato de Registro de Actividades de Autocuidado

Nombre: _____

Area	Actividad	Grado de Satisfacción
1. Sueño y descanso		
2. Alimentación		
3. Ejercicio físico		
4. Recreación		
5. Espiritualidad		

10
Solución de Problemas

Componente	
Identificación del problema	¿Cuál es la preocupación?
Selección de objetivos	¿Qué quiero?
Generación de alternativas	¿Qué puedo hacer?
Consideración de consecuencias	¿Qué podría ocurrir? Pros y contras
Toma de decisión	¿Cuál es mi decisión?
Puesta en práctica	¡Házlo ahora!
Evaluación	¿Has salido bien?

Anexo 11
Red Social

Componente	
Identificación del problema	Escasas redes de apoyo social
Selección de objetivos	Ampliar la red social familiar, social e institucional de confianza
Generación de alternativas	¿Qué puedo hacer?
Planificación de estrategias	
Puesta en práctica	¡Házlo ahora!

Anexo 12
Ideas Irracionales

1.	La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la comunidad.
2.	La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3.	La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
4.	La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5.	La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna para controlar sus penas y perturbaciones.
6.	La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto.
7.	Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8.	Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quién confiar.
9.	La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10.	Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11.	Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución no se encuentra a la mano, es catastrófico.

13
Autorregistro de Actividades Gratificantes

Nombre:

FECHA	SITUACIÓN	ACTIVIDAD	GRADO DE SATISFACCIÓN (0 -100)	OBSERVACIONES

Anexo 14
Autorregistro de Síntomas de Reexperimentación

Nombre:

FECHA	SITUACIÓN	SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN	ANSIEDAD (0-100)	OBSERVACIONES

15
Autorregistro de Situaciones Problemáticas

Nombre: _____

FEChA	SITUACIóN	PRoBLEMA	GRADo DE MALESTAR (0-100)	oBSERVACIoNES

Anexo 16
Autorregistro de Situaciones Evitadas

Nombre: _____

FEChA	SITUACIóN	PRoBLEMA	GRADo DE EVITACIóN (0-100)	oBSERVACIoNES

17
Autorregistro de Control de la Respiración

Nombre: _____

FECHA	HORA		SITUACIÓN	NIVELES DE ANSIEDAD		OBSERVACIONES
	INICIO	*FIN*		*ANTES*	*DESPUÉS*	

Anexo 18
Evaluación del Servicio

Nombre: _____

Lugar: _____ Hora: _____ Fecha: _____

Terapeuta: _____

RUBRO A EVALUAR	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
El contenido de las sesiones me pareció					
La relación de la teoría con la práctica fue					
Los conocimientos adquiridos para la práctica son					
La duración fue					
El ambiente del grupo fue					

19
PLAN DE VIDA

Personal:

¿Qué quiero?

¿Qué necesito?

¿Qué tengo?

Laboral:

¿Qué quiero?

¿Qué necesito?

¿Qué tengo?

Social:

¿Qué quiero?

¿Qué necesito?

¿Qué tengo?

20
Ficha de Seguimiento a los 3 Meses

Nombre

Edad

Fecha de terminación

Tipo de violencia

Nivel de bienestar percibido (0=ninguno a 10= mucho)

Sintomatología predominante al final del proceso

Sintomatología al inicio del proceso

Fecha del seguimiento

Número de expediente

Nivel de violencia

¿Continúa en la situación de violencia?

Entrevista presencial o telefónica

Anexo 21
Ficha de Abandono de Tratamiento

Nombre

Edad

Numero de sesiones a las que asistió

Tipo de violencia

Sintomatología predominante

Fecha

Número de expediente

Nivel de violencia

Motivo de abandono según la terapeuta