

1.4. ANEXO N° 4 Test del Árbol

Test del árbol

Los elementos que se evalúan son:

1. La posición
2. El trazo
3. El tamaño
4. El suelo
5. Las raíces
6. El tronco
7. Las ramas
8. La copa
9. Los pastos
10. El árbol como globalidad

1.5. ANEXO N° 5

Cuestionario de Funcionalidad Familiar

Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------------	--------------	---------

CECAD

1	Estoy nervioso.	<input type="radio"/>				
2	Duermo peor que antes.	<input type="checkbox"/>				
3	Me encuentro mal cuando estoy entre gente.	<input type="radio"/>				
4	Pienso en hacerme daño	<input type="checkbox"/>				
5	Tan pronto estoy de buen como de mal humor.	<input type="radio"/>				
6	Me despierto muchas veces durante la misma noche.	<input type="checkbox"/>				
7	Tengo la sensación de que me falta el aire para respirar.	<input type="radio"/>				
8	Me relajo con dificultad.	<input type="checkbox"/>				
9	Se me quedan dormidos los brazos, manos, pies o piernas.	<input type="radio"/>				
10	Me cuesta mucho dormir.	<input type="checkbox"/>				
11	Me enfado con facilidad.	<input type="radio"/>				
12	Tengo mucho sueño durante el día.	<input type="checkbox"/>				
13	Siento dolores en el pecho.	<input type="radio"/>				
14	Me siento mal en los lugares donde me es difícil escapar (ascensor, autobús, aula..).	<input type="checkbox"/>				
15	Ahora tengo menos ganas de comer que antes.	<input type="radio"/>				
16	Cuando estoy entre gente procuro marcharme a otro lugar.	<input type="checkbox"/>				
17	Lloro con facilidad	<input type="radio"/>				
18	Me preocupa perder el control de mí mismo.	<input type="checkbox"/>				
19	Los demás pueden hacer la mayoría de las cosas mejor que yo.	<input type="radio"/>				
20	Tengo una sensación de hormigueo en algunas partes del cuerpo.	<input type="checkbox"/>				
21	Creo que soy inútil.	<input type="radio"/>				

1.5. ANEXO N° 5

Cuestionario de Funcionalidad Familiar

22	Cualquier cosa me irrita mucho.	<input type="checkbox"/>				
23	Se me nubla la vista.	<input type="radio"/>				
24	Pienso que todo lo hago mal.	<input type="checkbox"/>				
25	Me vienen pensamientos molestos a mi cabeza, aunque yo no quiera.	<input type="radio"/>				
26	Tiendo a pensar lo peor.	<input type="checkbox"/>				
27	Me tiemblan las manos.	<input type="radio"/>				
28	Necesito que otros me ayuden para hacer las cosas bien.	<input type="checkbox"/>				
29	Me enfado sin motivos.	<input type="radio"/>				
30	No sirvo para nada.	<input type="checkbox"/>				
31	Tengo miedo a no saber hacer bien las cosas.	<input type="radio"/>				
32	Tengo pensamientos que no se me quitan y que me molestan.	<input type="checkbox"/>				
33	Siento una opresión en el pecho que me corta la respiración.	<input type="radio"/>				
36	Me siento preocupado por cosas que me pueden ocurrir.	<input type="checkbox"/>				
37	Cuando me levanto por las mañanas me siento cansado.	<input type="radio"/>				
38	Tengo miedo de que la gente se burle de mí.	<input type="checkbox"/>				
39	Me siento con rabia por dentro.	<input type="radio"/>				
40	Me canso más rápido que los demás.	<input type="checkbox"/>				
41	Cuando tengo que realizar una tarea dudo si hacerla de una forma o de otra.	<input type="radio"/>				
42	Quiero estar solo.	<input type="checkbox"/>				
43	Me agobio en los sitios con mucha gente (centros comerciales, cines, etc.).	<input type="radio"/>				
44	Me siento muy solo.	<input type="checkbox"/>				

1.5. ANEXO N° 5

Cuestionario de Funcionalidad Familiar

45	Aunque las cosas tengan una parte positiva y buena, yo suelo fijarme en la negativa o mala.	<input type="radio"/>				
46	Tengo pesadillas y terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>				
47	Me siento triste.	<input type="radio"/>				
48	Siento dolores por diferentes partes del cuerpo.	<input type="checkbox"/>				
49	Me siento vacío.	<input type="radio"/>				
50	Pienso que no valgo para nada.	<input type="checkbox"/>				

1.6. ANEXO N° 6 Cuestionario de Funcionalidad Familiar

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia.

Necesitamos que Ud. Clasifique, Puntúe su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi Nunca (1), Pocas Veces (2) , A Veces (3) , Muchas Veces (4) , Casi Siempre (5)

1.- Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____

2.- En mi casa predomina la armonía. _____

3.- En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____

4.- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. _____

5.- Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____

6.- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____

7.- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones
Diferentes. _____

8.- Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____

9.- Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado. _____

10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____

11.- Podemos conversar diversos temas sin temor. _____

12.- Ante una situación familiar somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____

13.- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____

14.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

PUNTUACIÓN: _____