

Encuesta a los estudiantes de 1° y 2° BGU.

Estimado/a

Estudiante:

Te invitamos a participar en esta encuesta con el fin de conocer más sobre tus experiencias y percepciones en relación con ciertas **fobias que pueden afectar tu vida académica**. Las respuestas que proporciones serán tratadas de forma **confidencial y anónima**. Por favor, responde con sinceridad.

¡Gracias por tu participación!

** Indica que la pregunta es obligatoria*

Información de la encuesta

En la siguiente encuesta abordaremos temas relacionados con diversas fobias, específicamente la fobia social, claustrofobia y ergofobia.

Datos generales:

1. Sexo *

Marca solo un óvalo.

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Prefiero no decirlo

☐ Otro: _____

2. Edad *

Marca solo un óvalo.

☐ 13

☐ 14

☐ 15

☐ 16

☐ 17

Experiencia de Fobia Social:

3. Por favor, indica en qué medida experimentas las siguientes situaciones sociales que podrían relacionarse con la fobia social. Marca las opciones que mejor describan tus sentimientos o reacciones en cada caso: *

Selecciona todos los que correspondan.

☐ Me siento incómodo/a al interactuar con compañeros en actividades grupales.

☐ Me pongo nervioso/a al realizar presentaciones en clase.

☐ Evito situaciones en las que pueda ser juzgado/a o evaluado/a negativamente por otros.

☐ Siento ansiedad al comer en la cafetería escolar.

☐ No siento ansiedad en absoluto.

☐ Otro: _____

4. Por favor, indica tu nivel de participación en clases: *

Marca solo un óvalo.

☐ No participo.

☐ No participo, aunque tenga conocimiento del tema.

☐ Participo ocasionalmente.

☐ Participo regularmente.

Experiencia de Claustrofobia (Miedo a los espacios cerrados):

Indica en qué medida experimenta ansiedad en las siguientes situaciones relacionadas con espacios cerrados o confinados:

5. Situaciones: *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Durante exámenes en aulas cerradas.
- ☐ En pasillos estrechos o abarrotados.
- ☐ Al estar en lugares como ascensores o baños cerrados.
- ☐ En lugares donde no pueda salir fácilmente.
- ☐ No siento Claustrofobia en absoluto.
- ☐ Otro: _____

6. Síntomas: *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Sudoración
- ☐ Mareos
- ☐ Taquicardia (Aumento de la frecuencia cardíaca)
- ☐ Sensación de desmayo.
- ☐ Ninguna
- ☐ Otro: _____

7. ¿Qué dificultades has experimentado en la escuela debido a tu claustrofobia? *
Por favor, selecciona todas las opciones que apliquen:

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Dificultad para concentrarme en clase debido a la ansiedad.
- ☐ Evitar ciertas actividades escolares que involucren espacios cerrados.
- ☐ Ausentismo escolar debido a la ansiedad por la claustrofobia.
- ☐ Impacto en el rendimiento académico debido a la ansiedad en situaciones de espacios cerrados.
- ☐ Dificultades en las relaciones sociales con compañeros de clase.
- ☐ Otro: _____

Experiencia de Testofobia (Fobia a los Exámenes):

Marca el grado de **ansiedad** que experimentas antes y durante los exámenes:

8. **Antes de los exámenes:** *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siento una ligera ansiedad.
- ☐ Experimento una ansiedad moderada.
- ☐ Experimento una ansiedad alta.
- ☐ Experimento una ansiedad muy alta.
- ☐ No siento ansiedad en absoluto.

9. Puedes indicar qué factores pueden causarte miedo o ansiedad antes de un examen. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ No haberme preparado adecuadamente para la evaluación.
- ☐ Sentir inseguridad acerca de mis conocimientos.
- ☐ No tengo claras las razones de por qué me siento ansioso.
- ☐ No siento ansiedad en absoluto.

10. Durante los exámenes: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siento una ligera ansiedad.
- ☐ Experimento una ansiedad moderada.
- ☐ Experimento una ansiedad alta.
- ☐ Experimento una ansiedad muy alta.
- ☐ No siento ansiedad en absoluto.

11. ¿Cómo ha sido su calificación después de que haya experimentar la ansiedad durante los exámenes? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy mala 1-5
- ☐ Mala 6
- ☐ Aceptable 7
- ☐ Buena 8
- ☐ Muy buena 9-10
- ☐ No siento ansiedad en absoluto.

12. Cree usted que la ansiedad o el miedo a los exámenes puede afectar a su nota final. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No estoy segura/o.
- ☐ Muy posiblemente.

Comentarios Adicionales:

13. ¿Hay algo más que quieras compartir sobre tus experiencias con las fobias en el entorno escolar? Por favor, siéntete libre de hacer comentarios adicionales.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

