

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES PARA PAREJAS

Las preguntas que siguen a continuación tienen el objetivo de reunir la información más pertinente sobre diferentes áreas de su vida en la actualidad que pueden influir en su relación de pareja. Con el fin de tener una apreciación completa y precisa sobre su situación actual, es de gran importancia que responda a este Cuestionario de la forma más sincera, clara y detallada que le sea posible. A través de estos datos, es posible determinar con mayor precisión la naturaleza de la ayuda que más le conviene y, por lo tanto, cumplir con los objetivos de esta asesoría profesional de un modo más eficiente.

Puede tener la absoluta seguridad de que, al igual que toda la información que se discuta en el ámbito profesional, los datos que Usted proporcione aquí son **estrictamente confidenciales** y están amparados por el **secreto profesional**. Ninguna persona podrá tener acceso a esta información sin su autorización por escrito. Si alguna de las Secciones de este Cuestionario [v.gr., Información Laboral o Información Académica] no es pertinente en su caso particular, continúe con la siguiente. Puede escribir en el reverso de las hojas si desea ampliar sus respuestas.

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre\_\_\_\_\_
2. Dirección Domicilio\_\_\_\_\_ 3. Teléfono \_\_\_\_\_
4. Dirección Oficina\_\_\_\_\_ 5. Teléfono \_\_\_\_\_
6. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ 7. Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Día Mes Año
8. Fecha de Matrimonio \_\_\_\_\_ 9. Ocupación \_\_\_\_\_  
Día Mes Año
10. ¿Quién le sugirió consultar?\_\_\_\_\_
11. Si ha tenido matrimonios anteriores, por favor proporcione la siguiente información

Fecha De Matrimonio	Fecha De Separación	Número De Hijos	Edades

B. ANTECEDENTES MÉDICOS

- 12.Si en la actualidad sufre, o anteriormente ha sufrido de alguna enfermedad crónica, por favor indique

Enfermedad	Fechas	Médico Tratante

- 13.Si en la actualidad se encuentra bajo algún tratamiento médico, por favor indique:

NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD

- 14.Si en la actualidad se encuentra bajo tratamiento con drogas, por favor indique

DROGAS	DOSIS	TIEMPO DE USO


15.Si ha estado en tratamiento psicológico o en terapia de pareja anteriormente, por favor indique

DOCTOR(A)	MOTIVO	TIPO DE TRATAMIENTO	FECHA

Observaciones\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. INFORMACIÓN MATRIMONIAL

Por favor incluya los siguientes datos sobre su relación matrimonial.

16.En una escala de 1 a 10 marque cuál es **su nivel general de satisfacción** en el matrimonio **en el momento actual**  
[1=Totalmente Insatisfecho[a]; 10=Totalmente Satisfecho[a]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nivel general de satisfacción en el matrimonio										

17.En una escala de 1 a 10, marque cuál es **su grado de satisfacción actual** en las siguientes **áreas específicas** de la relación matrimonial:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comunicación con su cónyuge										
Responsabilidades del hogar asumidas por su cónyuge										
Manifestaciones afectivas de su cónyuge										
Relaciones Sexuales										
Actividades Sociales compartidas										
Recreación y tiempo Libre										
Manejo de Finanzas										
Métodos de Crianza de los hijos										
Relaciones con la Familia de su conyuge										

D. INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS

18.Si tiene hijos, por favor incluya la siguiente información sobre ellos. En la última columna indique el nivel de satisfacción de la relación con cada uno de ellos [1=Totalmente Insatisfecho/a; 10=Totalmente Satisfecho/a]

NOMBRE	EDAD	ACTIVIDAD (1)	CARGO / CURSO (2)	SATISFACCIÓN

<sup>1</sup>Colegio si se encuentran estudiando

<sup>2</sup>Curso si se encuentran estudiando

Observaciones

E. INFORMACIÓN FAMILIAR

19. Por favor escriba los siguientes datos sobre sus padres y hermanos e indique en la última columna el nivel de relación con cada uno de ellos en una escala de 1 a 10 [1= Totalmente Insatisfecho; 10 = Totalmente Satisfecho]

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	SATISFACCIÓN
Padre					
Madre					

20. Si existen o han existido problemas mentales o emocionales en su familia, por favor descríbalos

21. ¿Cómo describiría el tipo de relaciones que predominan en su familia? [es una familia unida, independiente, conflictiva, afectuosa, etc.]

F. INFORMACIÓN RELIGIOSA

22. Por favor, indique a cuál religión pertenece

23. n una escala de 1 a 10, donde 1 = nada y 10 = totalmente; indique por favor.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué tan creyente es usted?										

24. En una escala de 1 a 10, donde 1 = nunca y 10 = siempre; indique por favor.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué tan practicante es usted?										

G. AMBIENTE SOCIAL

25. ¿Qué personas son importantes para Usted? Por favor, incluya aquí a las personas fuera de su familia con quienes actualmente tiene alguna relación continua o permanente.

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN (1)

26. En una escala de 1 a 10, donde 1 = nunca y 10 = frecuentemente; indique por favor.

12345678910

¿Con qué frecuencia participa usted en actividades sociales. (reuniones con amigos, fiestas, paseos, etc.)?

27.En una escala de 1 a 10, donde 1 = muy malo y 10 = excelente; indique por favor.

12345678910

¿Cuál es su nivel actual de satisfacción en sus actividades sociales?

Observaciones

H. INFORMACIÓN ACADÉMICA

28. Por favor, describa en orden cronológico los colegios en los cuales ha estudiado.

EDAD	FECHA	COLEGIO	CURSOS

29. Por favor, describa en orden cronológico sus estudios.

EDAD	FECHA	UNIVERSIDAD	CARRERA

30. En una escala de 1 a 10, donde 1 = muy malo y 10 = excelente; indique por favor.

12345678910

¿Cómo es o fue, en general su desempeño académico?

31.En una escala de 1 a 10, donde 1 = muy malo y 10 = muy alto; indique por

12345678910

¿Cómo es o fue, en general su desempeño académico?

Observaciones

I. INFORMACIÓN LABORAL

Si en la actualidad está trabajando, por favor incluya la siguiente información. De lo contrario, continúe con la siguiente sección.

32. ¿Cuál es su trabajo actual?

33. Entidad/Empresa

34. Cargo

35. Por favor, describa con precisión lo que hace, incluyendo funciones específicas.

36. ¿Cuál es su horario de trabajo?

37. ¿Qué trabajos ha desempeñado anteriormente?

ENTIDAD	CARGO	MOTIVO DE RETIRO	FECHA

38. En una escala de 1 a 10, indique cuál es su nivel de satisfacción actual en las siguientes áreas de su trabajo o actividad

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desarrollo Personal										
Remuneración										
Relaciones Laborales										

39. En una escala de 1 a 10, donde 1 = ninguno y 10 = máximo; indique por favor.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cuál es el nivel de tensión y estrés generado por su trabajo?										

Observaciones

J. AFICIONES, INTERESES Y RECREACIÓN

40. Por favor escriba a continuación el tipo de actividades a las que se dedica actualmente en su tiempo libre, es decir, cuando no tiene que desempeñar ninguna obligación [v.g., lectura, música, arte, deportes, juegos, cine, teatro, etc.]. En la columna de **Frecuencia**, por favor marque en una escala de 1 a 5 la frecuencia con la que la realiza [Diariamente = 5; Dos veces por semana = 4; Semanalmente = 3; Dos veces al mes = 2; Mensualmente o menos = 1]. En la columna de **Satisfacción**, por favor anote en una escala de 1 a 5 el grado de satisfacción que le produjo esa actividad.

TIPO DE ACTIVIDAD	FRECUENCIA	SATISFACCIÓN

41. ¿Qué tipo de aficiones o intereses tenía en el pasado y actualmente ya no tiene [v.g., lectura, música, arte, deportes, juegos, cine, teatro, etc.]? Por favor, indique la frecuencia anterior y el grado estimado de satisfacción que le producía.

TIPO DE ACTIVIDAD	FRECUENCIA	SATISFACCIÓN

42. ¿Qué tipo de aficiones o actividades de recreación que no está realizando en la actualidad le gustaría desarrollar en el futuro?

TIPO DE ACTIVIDAD	FRECUENCIA	SATISFACCIÓN

43. En una escala de 1 a 10, donde 1 = muy bajo y 10 = muy alto; indique por favor.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cuál es su nivel de satisfacción actual en sus aficiones, intereses y recreación?										

Observaciones

K. AUTODESCRIPCIÓN

44.Describa su aspecto físico. ¿Cómo es Usted?

45.¿Cuáles son sus preferencias? ¿Que le gusta? ¿Qué cosas, personas, situaciones o actividades le producen agrado o placer?

46.¿Qué cosas, personas, situaciones o actividades específicas le producen nervios, incomodidad, tensión o tristeza?

47. ¿Qué tipo de reacciones tiene Usted cuando está de mal genio? ¿Que cosas hace?

48.¿Qué tipo de reacciones tiene Usted cuando está nervioso/a o tenso/a?

49.Generalmente ¿Qué hace y cómo reacciona cuando está triste?

50.¿Cuáles son sus cualidades personales? ¿Qué diría una persona que lo/la conoce bien si le preguntaran cuáles son sus puntos positivos? Por favor sea específico/a.

51.¿Cuáles son sus limitaciones personales? ¿Qué diría una persona que lo/la conoce bien si le preguntaran cuáles son sus principales defectos? Por favor, sea específico/a.

L. MOTIVO DE CONSULTA

52.Por favor, indique a continuación los principales problemas que ha tenido en su matrimonio. Para cada problema, por favor indique desde cuándo cree que lo tiene.

TIPO DE PROBLEMA	AÑOS	MESES

53.¿A qué cree que se deben estos problemas ?

54. Usted mencionó algunos problemas en su matrimonio. Puede pensar que es necesario que Usted, su pareja, o ambos necesiten cambiar para solucionar estos problemas. Por favor, enumere las conductas que Usted desea que **su pareja** cambie.

1.
2.
3.
4.

55. En los espacios a continuación, por favor enumere las conductas que cree que **Usted** debe cambiar para mejorar la situación de su matrimonio.

1.
2.
3.
4.

OTRAS ÁREAS DE AJUSTE

56. ¿Tiene o ha tenido dificultades para hacerse respetar y para hacer valer sus derechos, o para expresar desacuerdo o resentimiento cuando es apropiado, o para impedir que otras personas se aprovechen de Usted? Por favor, explique.

57.¿Tiene o ha tenido períodos de profunda tristeza o depresión en los que no siente ánimo para desempeñar ninguna actividad? Por favor, explique

58.¿Ha tenido o tiene actualmente dificultades de tipo sexual?

59.¿Tiene o ha tenido alguna dificultad en establecer o mantener relaciones satisfactorias de amistad con otras personas? Por favor, explique detalladamente

- 60.¿Tiene o ha tenido alguna dificultad para establecer relaciones afectivas con otras personas? Por favor, explique.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
61. ¿Tiene o ha tenido algún tipo de temor muy intenso ante alguna situación u objeto que interfiera con su actividad normal?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
62. ¿Tiene dolores de cabeza con frecuencia
- \_\_\_\_\_
- 63.¿Tiene o ha tenido problemas para controlar su consumo de bebidas alcohólicas? Por favor, explique.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 64.¿Ha probado alguna vez marihuana, cocaína, drogas heroicas, u otras sustancias no prescritas médicamente? Por favor, explique.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 65.¿Qué espera obtener de la presente terapia de pareja?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 66.¿Qué otra información que no haya estado incluida en el presente cuestionario considera que podría ser útil para el tratamiento?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_