



Cuestionario para participantes en el CURSO DE TERAPIA DE ARRAIGO SEXUAL®

El siguiente cuestionario ayuda al equipo de Terapeutas de la Terapia de Arraigo Sexual® a darse cuenta si tu deseo de participar de todo el proceso encaja con lo que te ofrecemos en el Curso de Terapia Arraigo Sexual®. También te ayuda a ti a ir entrando en el delicado tema de la sexualidad. Nos gustaría saber si no hay objeciones a tu participación.

SOLO PARA MUJERES

1. ¿Estas embarazada? En caso afirmativo, ¿en qué mes?

PARA TODAS LAS PERSONAS

2. ¿Tienes o has tenido problemas con:

a) ¿Corazón? En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas?

b) ¿Presión sanguínea? En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas?

c) ¿Epilepsia?

d) ¿Espalda? En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas?

e) ¿Depresión? En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas?

f) ¿Traumas sexuales en la infancia tales como abuso sexual? En caso afirmativo, ¿has hecho proceso terapéutico sobre ese tema? ¿De qué manera y con cuáles resultados?

g) ¿Problemas en el parto?

h) ¿Problemas tempranos de aceptación para estar en este mundo?

i) ¿Otros traumas infantiles?

j) ¿Tienes algún tipo de adicción?

k) ¿Otros estados físicos o mentales que merezcan ser nombrados, por ejemplo, extremas sensaciones de ansiedad o angustia en la infancia? En caso afirmativo explícalo.

3. ¿Tienes alguna enfermedad en los genitales? En caso afirmativo ¿qué enfermedad?

4. ¿Tienes alguna enfermedad contagiosa? En caso afirmativo ¿qué enfermedad?

5. ¿Usas medicamentos para esta enfermedad o para alguna otra molestia física? En caso afirmativo ¿qué medicamentos? ¿Con qué finalidad?

6. ¿Has estado hospitalizado? En caso afirmativo ¿por qué motivo?

7. ¿Usas drogas suaves o fuertes, psicodélicos o alcohol? En caso afirmativo ¿con qué propósito? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué cantidad?

8. ¿Estuviste o estás recibiendo algún Tratamiento Psiquiátrico? En caso afirmativo ¿de qué tipo? ¿Para qué? ¿Cuándo? ¿Con qué resultados?
9. ¿Estuviste o estás recibiendo Psicoterapia? En caso afirmativo ¿de qué tipo? ¿Qué método? ¿Para qué? Cuándo? ¿Con qué resultados?
10. ¿Tienes experiencia en trabajar tus problemas psicológicos en grupo? En caso afirmativo ¿qué experiencia has tenido, con qué métodos? ¿Con qué resultados?
11. ¿Hay alguna otra problemática física, mental o emocional que el equipo terapéutico deba conocer con relación a este Curso? En caso afirmativo explícalo
12. ¿Tienes problemas o tienes previsión de tener problemas a nivel físico, psicológico o económico que te impedirían completar todo el Curso? En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas?
13. ¿Estas casado(a), viviendo en pareja, viviendo solo(a), viviendo en un triangulo, etc.? Coméntalo
14. ¿Tienes hijos, hijas?
15. ¿Tienes niños(as) menores de 5 años? En caso afirmativo, sabiendo que en este Curso no se permite ninguna ausencia, por ningún motivo ¿tienes quién cuide a los(as) niños(as) durante tu participación en todo el Curso?
16. ¿Cuál es la edad de tu Padre? ¿Se encuentra en buen estado de salud?
17. ¿Cuál es la edad de tu Madre? ¿Se encuentra en buen estado de salud?
18. ¿Tienes hermanas y/o hermanos? En caso afirmativo cuántos?
19. Escribe sus nombres y edades incluyéndote a ti
20. Descríbete a ti misma(o) como niña(o) sexual alrededor de 4 a 6 años de edad?
21. ¿Cuál fue tu comportamiento sexual con otra(o)s niña(o)s de la familia?
22. Describe tu comportamiento en la relación triangular papá, mamá y niño(a) poniendo atención al aspecto genital, al aspecto del corazón y a la moral sexual de tu familia
23. Describe brevemente otras relaciones triangulares en tu infancia, con hermanos o hermanas y mamá o papá por ejemplo
24. Cómo influyó lo que narras arriba respecto a tu desarrollo sexual en tu familia de origen en tu vida sexual actual con relación a ti mismo(a), a tu pareja, y a tu contexto social?
25. Escribe algo sobre tu experiencia en relaciones triangulares.
26. ¿Cómo son tus relaciones triangulares en este momento actual de tu vida, tanto en la realidad como en tu fantasía o imaginación? Reflexiona en términos de tener una relación con otra persona además de tu pareja o tener relaciones sexuales con varias personas al mismo tiempo. Considera el:
 - a) aspecto genital
 - b) aspecto del corazón
 - c) aspecto moral y espiritual
 - d) aspecto de la fantasía
 - e) aspecto del anhelo
27. ¿Cuál sería tu problemática sexual en tus propias palabras?
28. ¿Cuándo la has experimentado por primera vez?
29. ¿Cuánto tiempo la has experimentado?

30. ¿Ha habido algún cambio en la problemática desde cuando comenzó hasta ahora?
31. ¿Qué hiciste con relación a la problemática y cuál fueron los resultados?
32. ¿Es la primera vez que quieres hacer Terapia Corporal para trabajar asuntos relacionados con tu sexualidad?
33. ¿Tienes experiencias de trabajo en grupo relacionados con la sexualidad?
34. ¿Para qué quieres participar en este Curso?
35. Cuáles son tus expectativas con relación a:
- a) ¿Tu vida sexual?
- b) ¿Tu vida amorosa? ¿Tu vida espiritual?
36. ¿Tienes en este momento amigos o parientes que te puedan dar apoyo emocional en caso de necesidad? Sí... En caso negativo ¿qué haces frente a tus crisis emocionales?
37. ¿Con quién debemos contactarnos en caso de emergencia? Nombre Completo, Dirección y Teléfono
38. ¿Cómo te enteraste de este Curso
39. Si tienes pareja ¿qué piensa ella/él de tu participación en este Curso?
40. ¿Has reservado el tiempo necesario para este Curso? En caso de que no lo hayas hecho, ten en cuenta que en este Curso no se permite ningún retraso y ninguna ausencia para atender a otros compromisos pues tu ausencia afectaría a tu proceso y el proceso de las demás personas participantes.
- 41 ¿Tienes otros motivos para asistir a este Curso que todavía no mencionas?

Doy fe de hablar con la verdad. Fecha.....Lugar.....

Nombre

Fecha de Nacimiento

Edad

Dirección

Colonia

Código Postal

Estado

País

Profesión

Función

Tel. trabajo

Tel. casa

Celular

E-mail

Foto



¹ Todos los derechos por todos los títulos, ilustraciones y texto son reservados. Terapia de Arraigo Sexual® es una marca registrada.

