

Cuestionario de Bienestar y Wellness

Nombre:	Fecha:
---------	--------

I. Estado Físico:

<i>Indica la frecuencia con la que cada uno de los siguientes enunciados se da en tu vida.</i>	Casi Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Constantemente
1. Presencia de dolor físico (cuello ,espalda, piernas, brazos, etc.).	1	2	3	4	5
2. Sensación de tensión, rigidez o falta de flexibilidad en la columna.	1	2	3	4	5
3. Incidencia de fatiga o falta de energía.	1	2	3	4	5
4. Incidencia de resfríos o gripe.	1	2	3	4	5
5. Incidencia de dolores de cabeza de cualquier tipo.	1	2	3	4	5
6. Incidencia de nauseas o estreñimiento	1	2	3	4	5
7. Incidencia de cólicos menstruales.	1	2	3	4	5
8. Incidencia de alergias o manchas en la piel.	1	2	3	4	5
9. Incidencia de mareos.	1	2	3	4	5
10. Incidencia de accidentes, caídas, golpes o traumas físicos.	1	2	3	4	5

II. Estado Emocional/Mental

<i>Indica la frecuencia con la que cada uno de los siguientes enunciados se da en tu vida.</i>	Casi Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Constantemente
1. Si sientes dolor, ¿Cuánta preocupación te produce?	1	2	3	4	5
2. Presencia de sentimientos negativos o críticos sobre ti mismo.	1	2	3	4	5
3. Experimentas momentos de cólera, rabia, furia o mal humor.	1	2	3	4	5
4. Experimentas momentos de depresión o falta de interés por participar en la vida.	1	2	3	4	5
5. Sientes demasiada preocupación por cosas pequeñas	1	2	3	4	5
6. Dificultad para pensar, concentrarte o tomar decisiones.	1	2	3	4	5
7. Sientes miedos vagos o ansiedad.	1	2	3	4	5
8. Estás inquieto(a) o es difícil sentirte tranquilo(a).	1	2	3	4	5

III. Evaluación de Estrés:

<i>Evalúa tu nivel de estrés en relación a lo siguiente:</i>	Nada	Ligero	Moderado	Pronunciado	Extremo
1. Familia.	1	2	3	4	5
2. Relación de pareja.	1	2	3	4	5
3. Salud.	1	2	3	4	5
4. Finanzas.	1	2	3	4	5
5. Vida Sexual.	1	2	3	4	5
6. Trabajo.	1	2	3	4	5
7. Escuela/Estudios.	1	2	3	4	5
8. Lidar con los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
9. Bienestar emocional.	1	2	3	4	5
10. Bienestar en general.	1	2	3	4	5

IV. Goce de Vida:

<i>Marca en una escala del 1-5</i>	Nada en absoluto	Ligero (Leve)	Moderado	Considerable	Extremo
1. Estás dispuesto a escuchar o ser guiado por tu “voz interna, tu intuición”.	1	2	3	4	5
2. Experimentas relajamiento, tranquilidad, paz.	1	2	3	4	5
3. Presencia de sentimientos positivos sobre ti mismo.	1	2	3	4	5
4. Interés en mantener un sano estilo de vida(régimen Alimenticio, ejercicios, etc.)	1	2	3	4	5
5. Te sientes abierto(a), consciente y conectado en tu relación con otras personas.	1	2	3	4	5
6. Nivel de confianza en tu propia habilidad para manejar la adversidad.	1	2	3	4	5
7. Nivel de compasión hacia otras personas y aceptación hacia otras personas.	1	2	3	4	5
8. Satisfecho(a) con el nivel de recreación en tu vida.	1	2	3	4	5
9. Incidencia de sentimientos de alegría y felicidad.	1	2	3	4	5
10.Satisfecho(a) con tu vida sexual.	1	2	3	4	5
11.Tiempo dedicado a las cosas que tú disfrutas.	1	2	3	4	5

V. La Calidad de Vida en General:

<i>Evalúa tus sentimientos en relación a tu calidad de vida</i>	Terrible	Infeliz	Insatisfecho	Confundido	Satisfecho	Me Gusta	Me Encanta
1. Tu vida personal.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tu pareja.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tu vida romántica.	1	2	3	4	5	6	7
4. Tu trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tus colegas y compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Lo que haces en tu trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
7. El manejo de los problemas en tu vida.	1	2	3	4	5	6	7
8. Lo que estas realmente produciendo en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tu apariencia física: Cómo otros te ven.	1	2	3	4	5	6	7
10.Tu habilidad para adaptarte a los cambios en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
11.Tu vida en sí.	1	2	3	4	5	6	7
12.¿Estás contento(a) con tu vida en general?	1	2	3	4	5	6	7
13.¿Hasta qué punto tu vida ha sido lo que tú has querido que sea?	1	2	3	4	5	6	7

LUNDGREN LIFE CENTRE

Calle Monte grande 109 Of. 503,
Chacarilla, Surco, Lima 33, Perú.
T. +51(1) 372-4233 C. 99166-1057
www.lundgrenlifecentres.com
info@lundgrenlifecentres.com

