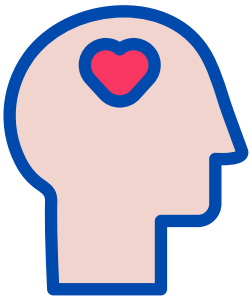

PRACTICANDO MIS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Nombre:_____

Fecha	Habilidad de afrontamiento practicada	Recompensa	¿Como te sentiste despues?
			☐ Mas relajado/a ☐ Igual ☐ Menos relajado/a
			☐ Mas relajado/a ☐ Igual ☐ Menos relajado/a
			☐ Mas relajado/a ☐ Igual ☐ Menos relajado/a
			☐ Mas relajado/a ☐ Igual ☐ Menos relajado/a
			☐ Mas relajado/a ☐ Igual ☐ Menos relajado/a
			☐ Mas relajado/a ☐ Igual ☐ Menos relajado/a