

Un cuestionario sobre usted y sobre cómo se siente – ahora que está recibiendo terapia

Pregunta 1

a Éste es el problema que nos dijo que más le preocupaba la 1ª vez que le preguntamos. (Terapeuta- escriba abajo.)

b ¿Cuánto le ha afectado este problema en la última semana? (Por favor, marque en una de las casillas de abajo.)

Nada 0 1 2 3 4 5 Extremadamente

Pregunta 2

a Éste es el otro problema que nos dijo que le preocupaba la 1ª vez que le preguntamos. (Terapeuta- escriba abajo.)

b ¿Cuánto le ha afectado este problema en la última semana? (Por favor, marque en una de las casillas de abajo.)

Nada 0 1 2 3 4 5 Extremadamente

Pregunta 3

a Ésto es lo que nos dijo que le resultaba difícil de hacer la 1ª vez que le preguntamos. (Terapeuta - escriba abajo.)

b ¿Qué dificultad ha tenido para realizar esta actividad en la última semana? (Por favor, marque en una de las casillas.)

Ninguna dificultad 0 1 2 3 4 5 Mucha dificultad

Pregunta 4

a Ahora que está recibiendo terapia, puede haber notado que otros problemas han cobrado importancia. Si este es su caso, describa el que más le preocupa en el recuadro inferior; o déjelo en blanco si ningún otro problema es importante.

b ¿Cuánto le han afectado estos problemas en la última semana?

(Por favor, marque en una de las casillas de abajo, o déjelas en blanco si ningún otro problema ha cobrado importancia.)

Nada 0 1 2 3 4 5 Extremadamente

Pregunta 5

¿Cómo se ha sentido en la última semana? (Por favor, marque en una de las casillas de abajo.)

Muy bien 0 1 2 3 4 5 Muy mal



Hoja de Evaluación del terapeuta –Durante la terapia

A completar por el terapeuta

Clínica /centro de salud	xx

Nº de identificación o iniciales del usuario	xx

Edad o fecha de nacimiento del usuario	xx

Nº de colegiado del terapeuta	xx

Sexo del usuario	H/M

Número de sesiones de terapia realizadas	xx

Día/Mes/Año

Fecha propuesta de finalización de terapia	

Día/Mes/Año

Fecha en que se completó el cuestionario PSYCHLOPS durante la terapia	