

Un cuestionario sobre usted y sobre cómo se siente – ahora que está acabando la 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 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 dijo que le resultaba difícil de hacer la 1ª vez que le preguntamos. (Terapeuta – escriba abajo.)

b ¿Qué dificultad ha tenido para realizar esa 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

Mientras ha estado recibiendo terapia, otros problemas pueden haber cobrado importancia. Si éste es su caso, ¿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

Pregunta 6

¿Cómo se describiría a sí mismo ahora que está acabando el curso de terapia? (Por favor, marque en una de las casillas de abajo.)

Mucho mejor Bastante mejor Un poco mejor Más o menos igual Un poco peor Mucho peor

0 1 2 3 4 5



Hoja de evaluación del terapeuta – después de 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				
Fecha de finalización de terapia				DD/MM/YY				
Fecha en que se completó el cuestionario PSYCHLOPS después de la terapia				DD/MM/YY				

Pregunta de validación

¿Ahora que ha acabado la terapia, cómo describiría al usuario en general? (Marque en una de las casilla de abajo.)

Mucho mejor	Bastante mejor	Un poco mejor	Más o menos igual	Un poco peor	Mucho peor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5