

# Un cuestionario sobre usted y sobre cómo se siente – ahora que va a empezar la terapia

## Pregunta 1

a Elija el problema que más le preocupa. (Por favor, descríballo en el recuadro inferior.)

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  
                       

c ¿Hace cuánto tiempo empezó a preocuparle este problema? (Por favor, marque en una de las casillas de abajo.)

Menos de un mes    Entre uno y tres meses    Mas de tres meses pero menos de un año    De uno a cinco años    Más de cinco años  
               

## Pregunta 2

a Elija otro problema que le preocupa. (Por favor, descríballo en el recuadro inferior.)

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  
                       

c ¿Hace cuánto tiempo empezó a preocuparle? (Por favor, marque en una de las casillas de abajo.)

Menos de un mes    Entre uno y tres meses    Mas de tres meses pero menos de un año    De uno a cinco años    Más de cinco años  
               

## Pregunta 3

a Elija algo que le resulte difícil de hacer debido a su problema (o problemas). (Descríballo en el recuadro inferior.)

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

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

Muy bien    0    1    2    3    4    5    Muy mal  
                       



Este cuestionario se llama "Psychological Outcome Profiles questionnaire", (PSYCHLOPS), versión 3. Lo han escrito profesionales de salud mental que trabajan con grupos de usuarios.

Todos los derechos reservados © 2008, Departamento de Medicina General y Atención Primaria, King's College London

# Hoja de Evaluación del terapeuta –Previa a 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		
Fecha de derivación		Día/Mes/Año			
Fecha de evaluación		Día/Mes/Año			
Fecha en que se completó el cuestionario PSYCHLOPS previo a la terapia		Día/Mes/Año			

### ¿Con qué grupo étnico se identifica el usuario?

*(Por favor, marque en una de las casillas inferiores)*

#### Asiático o británico de origen asiático

- Bangladesí
- Indio
- Paquistaní
- Asiático de distinto origen (por favor, especifique)

#### Chino u otro grupo étnico

- Chino
- Otro grupo étnico (por favor, especifique)

#### Blanco

- Británico
- Irlandés
- Blanco de distinto origen (por favor, especifique)

#### De raza negra o británico de raza negra

- Caribeño
- Africano
- Raza negra de distinto origen (por favor, especifique)

#### Mestizo

- Blanco y asiático
- Blanco y africano de raza negra
- Blanco y caribeño de raza negra
- Mestizo de distinto origen (por favor, especifique)

#### Lengua materna

--

Información personal adicional