

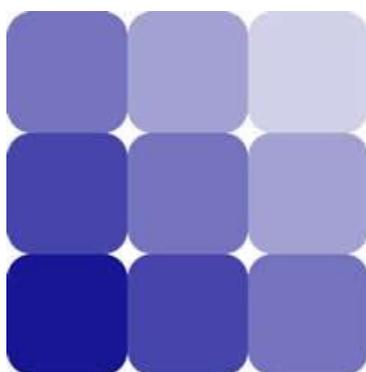
FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN
EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD

▪ CLINICA MIRAPEIX

▪ UNIDAD de PSICOTERAPIA

CUESTIONARIO DE RESULTADOS

(OQTM -45.2)*



Instrucciones:

Para ayudarnos a entender cómo se ha estado sintiendo, básiense en los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las siguientes frases y seleccione la categoría que mejor describa su situación. En este cuestionario el término “trabajo” se refiere al empleo, la escuela, el hogar, el trabajo voluntario, etcétera.

Por favor, no escriba en las áreas oscuras.

De vuelta a la hoja y marque siguiendo las instrucciones.

Gracias por su colaboración.

(*) **Outpatient Questionnaire**

Desarrollado por Michael Lambert. Brigham Young University. U.S.A.

Autorizado para su aplicación al Instituto de Estudios Psicoterapeúticos.

**FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA Y
PERSONALIDAD**

Plaza del Cuadro 3, 3º B y C SANTANDER 39004 ESPAÑA

Teléfono: 942223301 / Fax : 942223894 / www.fundipp.org / secretaria@fundipp.org

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi Siempre	SD	IR	SR
1. Me llevo bien con otros.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
2. Me canso rápidamente.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
3. Nada me interesa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
5. Me siento culpable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
6. Me siento irritado, molesto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
7. No me siento contento con mi matrimonio/pareja	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
8. Pienso en quitarme la vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
9. Me siento débil.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
10. Me siento atemorizado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
11. Después de haber bebido mucho alcohol, a la mañana siguiente he de beber de nuevo para poder comenzar el día” Si Ud. no bebe marque “nunca”)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/escuela	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
13. Soy una persona feliz	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
14. Trabajo/estudio demasiado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
15. Me siento inútil.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
16. Me preocupan los problemas de familia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
17. Mi vida sexual no me llena.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
18. Me siento solo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
19. Discuto frecuentemente.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
20. Me siento querido y deseado.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
21. Disfruto mi tiempo libre.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
22. Me cuesta concentrarme.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
23. No tengo esperanza alguna en el futuro.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
24. Estoy contenta conmigo mismo.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
25. Tengo pensamientos perturbantes de los que no me puedo deshacer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
26. Me molestan las persona que me critican porque bebo (o uso drogas) (Si no bebe o usa drogas marque nunca).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
27. Tengo molestias en el estómago.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
28. No trabajo/estudio tan bien como lo hacía.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
29. Tengo palpitaciones.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
30. Me resulta difícil llevarme bien con amigos y conocidos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
31. Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si no bebe o usa drogas marque nunca).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
34. Tengo dolores musculares.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
35. Situaciones como estar en espacios abiertos, conducir o estar dentro de un autobus, viajar en el metro, etc, me atemorizan.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
36. Me siento nervioso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
37. Mis relaciones con mis seres queridos me satisfacen.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
38. Siento que no me va bien en el trabajo/escuela.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
39. En el trabajo/escuela tengo demasiados desacuerdos enfrentamientos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
40. Siento que algo funciona mal en mi mente.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
41. Tengo dificultades para conciliar el sueño, en general no duermo bien.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
42. Me siento triste.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
44. En el trabajo/clase estoy tan cabreado que podría hacer algo de lo que después me arrepentiría.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
45. Me dan dolores de cabeza.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
						+	+	
						TOTAL=		