

## Sucesos y efectos negativos del tratamiento psicológico

Durante un tratamiento puede haber sucesos y efectos que se interpretan tanto de manera positiva como negativa. Queremos que usted piense en lo que sucedió durante el período en que realizó el tratamiento y que considere negativo o indeseable. Lea las siguientes afirmaciones e indique si usted experimentó algunos de estos sucesos o efectos. Indique luego cuán negativamente lo han influido y si cree que fueron causados durante el tratamiento que realizó o por otras circunstancias que tuvieron lugar durante el mismo período del tratamiento.

	Sucesos y efectos:	¿Experimentó esto?		Si responde Sí – influyó negativamente de esta manera en mí:					Fue causado probablemente por:	
		No	Sí	Nada	Algo	Moderadamente	Mucho	De manera extrema	El tratamiento que realicé	Otras circunstancias
1.	Tuve problemas considerables con mi sueño	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Me sentí más estresado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sentí más angustia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Estuve más preocupado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Sentí mayor desesperación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Experimenté varios sentimientos desagradables	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Sentí que el motivo por el cual busqué ayuda se agravó	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Sentí que retornaban viejos recuerdos desagradables	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Sentí temor de que otras personas pensarán que yo estaba realizando un tratamiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Pensé que sería mejor que yo no estuviera más aquí o que debería quitarme la vida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Comencé a avergonzarme ante otras personas porque realicé un tratamiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Dejé de creer que las cosas podían mejorar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Comencé a creer que el motivo por el cual buscaba ayuda no mejoraría	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Me parece que he desarrollado una dependencia de mi tratamiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sucesos y efectos:

¿Experimentó esto?

Si responde Sí – influyó negativamente de esta manera en mí:

Fue causado probablemente por:

	No	Sí	Nada	Algo	Moderadamente	Mucho	De manera extrema	El tratamiento que realicé	Otras circunstancias
15. No siempre comprendo mi tratamiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. No siempre comprendo a mi terapeuta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. No tenía confianza en mi tratamiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Sentí que el tratamiento no daba resultado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. No sentí que mis expectativas en el terapeuta obtuvieran respuestas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Pensé que el tratamiento no era motivante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otros - describa con sus propias palabras si hubo otros sucesos o efectos negativos y qué los caracterizó

---



---



---



---



---



---



---



---