

NOMBRE/ID

FECHA:

**Estamos interesados en sus propias creencias acerca de sus experiencias inusuales o únicas. NO nos interesa lo que los demás desean que usted crea.**

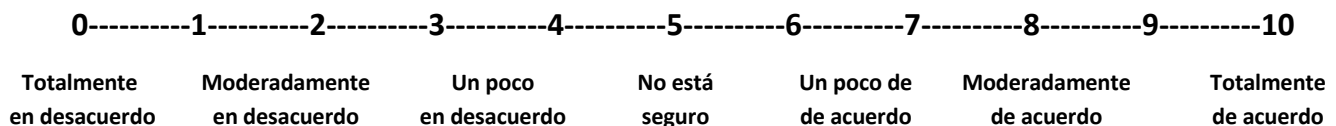
**Indique si alguna vez ha tenido alguna de las siguientes experiencias inusuales o únicas leyendo las siguientes preguntas y circulando SI o NO.**

	Si	No
A) ¿Alguna vez ha tenido visiones o ha visto cosas que nadie más podía ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Alguna vez ha temido que alguien, alguna fuerza o entidad le estuviera persiguiendo o quisiera hacerle daño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Alguna vez ha recibido mensajes especiales, solo para usted, del periódico, la TV, la radio o cualquier otro aparato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿Alguna vez ha recibió mensajes especiales, solo para usted, de algún extraño en la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ¿Alguna vez ha tenido dones o habilidades especiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Alguna vez ha podido leer la mente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Alguna vez ha sentido que otros pueden leer sus pensamientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Alguna vez ha sentido que sus pensamientos estaban siendo grabados para que otras personas los escucharan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) ¿Alguna vez ha tenido una relación especial con Dios más allá de lo que una persona promedio podría tener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) ¿Alguna vez se ha comunicado con seres espirituales, como ángeles o demonios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) ¿Alguna vez se ha comunicado con extraterrestres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) ¿Alguna vez se ha sentido excesivamente culpable? O como si hubiera hecho algo muy malo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) ¿Alguna vez ha sentido que sus pensamientos o acciones estaban siendo controlados por una fuerza externa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) ¿Alguna vez se ha sentido poseído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) ¿Alguna vez ha sentido que algo de su cuerpo cambió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) ¿Alguna vez ha sentido que su cuerpo o alguna parte de su cuerpo estuviera enferma, pudriéndose o muriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

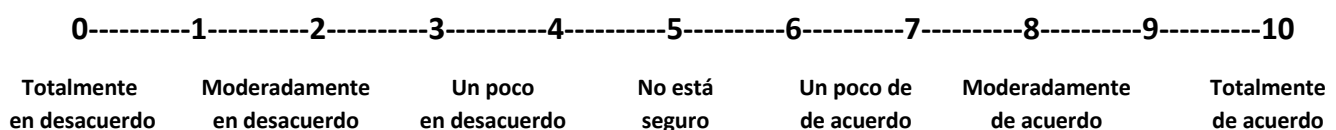
**Elija el ejemplo MÁS INTENSO de arriba escribiendo la letra que le corresponda aquí \_\_\_\_\_.**

**Indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está en el momento actual con cada una de las siguientes afirmaciones circulando el número apropiado.**

1) Mis experiencias inusuales o únicas se deben a mi enfermedad mental.



2) Mis experiencias inusuales o únicas son REALES independientemente de lo que otras personas piensen de ellas.



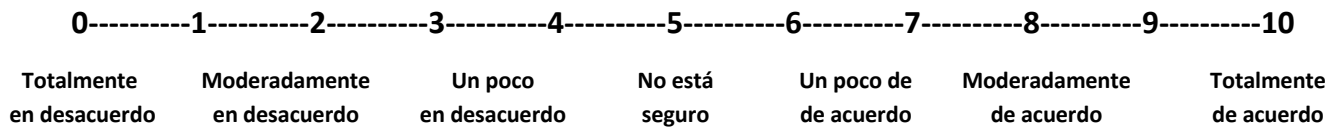
Indique si alguna vez ha tenido la siguiente experiencia inusual o única leyendo la siguiente pregunta y circulando SI o NO.

	Si	No
¿Alguna vez ha escuchado voces o sonidos que nadie más podía oír?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

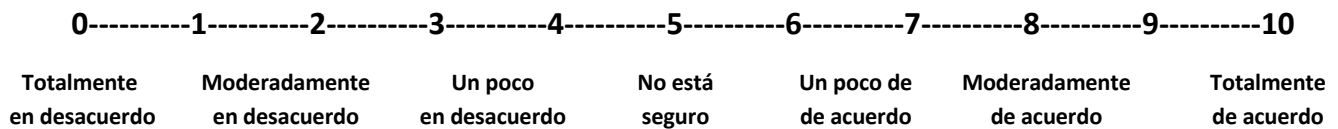
En caso NEGATIVO, pase a la siguiente página.

En caso AFIRMATIVO, indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está en el momento actual con cada una de las siguientes afirmaciones circulando el número apropiado.

3) Las voces que otras personas no pueden escuchar son REALES independientemente de lo que el médico, mi familia o amigos piensen.



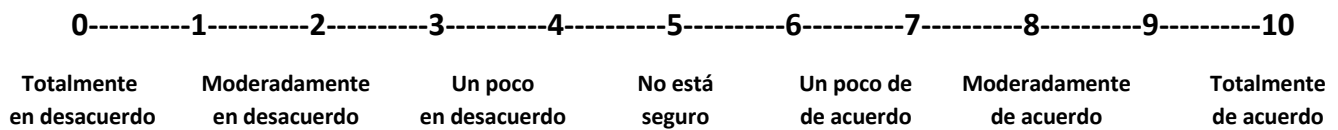
4) Mi enfermedad mental es la que hace que escuche voces que otras personas no pueden oír.



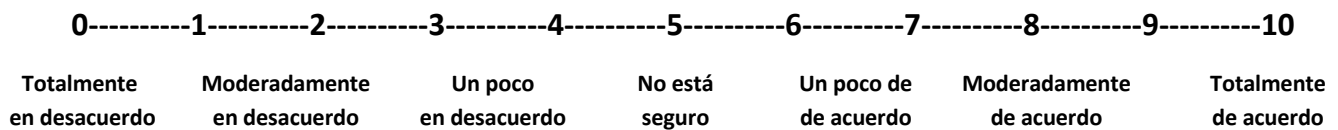
**POR FAVOR PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA**

Indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está en el momento actual con cada una de las siguientes afirmaciones circulando el número apropiado.

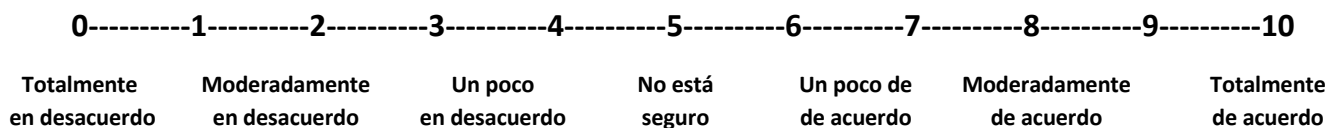
5) Mi enfermedad mental es la que hace que escuche voces que otras personas no pueden oír.



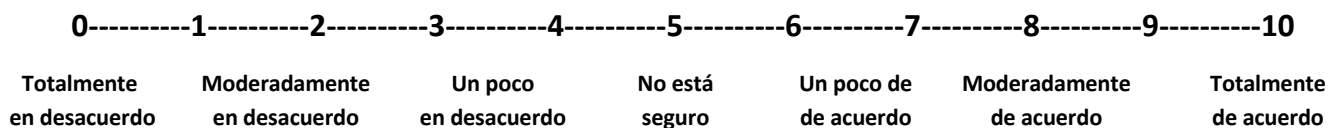
6) Definitivamente NECESITO tratamiento con medicamento antipsicótico.



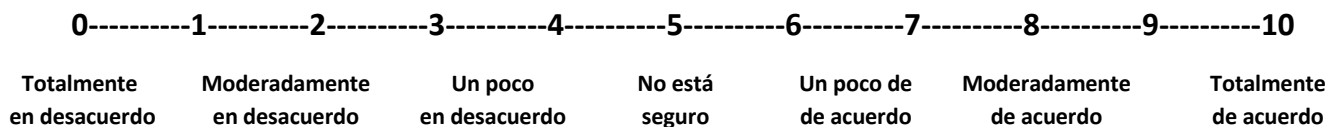
7) Siempre he estado mentalmente sano.



8) Debería dejar de tomar o evitar tomar medicamentos antipsicóticos.

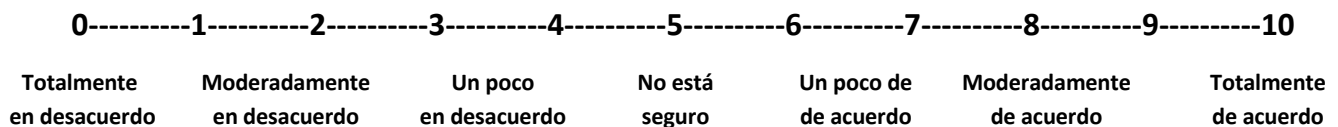


9) Mis experiencias inusuales o únicas me han traído consecuencias negativas a mi vida (hospitalización, problemas en el trabajo, con la familia o problemas sociales).



10) El medicamento antipsicótico ha reducido la intensidad de mis experiencias inusuales o únicas.

No aplica ya que NUNCA he tomado medicamentos antipsicóticos.



NOMBRE/ID

FECHA:

Categoría de Conciencia	Cálculo	Calificación
<b>Conciencia de Enfermedad</b>	$Q5\_\_\_ + (10 - Q7\_\_\_)$ $\div \text{número total de respuestas } \_\_\_$	
<b>Atribución de los Síntomas</b>	$Q1\_\_\_ + (10 - Q2\_\_\_) + (10 - Q3\_\_\_) +$ $Q4\_\_\_$ $\div \text{número total de respuestas } \_\_\_*$ <p>*Excluya las preguntas indicadas como N/A</p>	
<b>Conciencia de la Necesidad de tratamiento</b>	$Q6\_\_\_ + (10 - Q8\_\_\_) + Q10$ $\div \text{número total de respuestas } \_\_\_*$ <p>*Excluya las preguntas indicadas como N/A</p>	
<b>Conciencia de consecuencias negativas</b>	$Q9\_\_\_$	
	<p style="text-align: center;">Subtotal (Sumatoria de las calificaciones de subescalas)</p>	
<b>Puntuación Total VAGUS-SR</b>	$\text{Subtotal} \div \_\_\_$	