

NOMBRE/ID

NOMBRE DEL EVALUADOR:

FECHA:

**Lea la siguiente oración (en letra cursiva) al paciente y posteriormente realice las siguientes preguntas para obtener la información necesaria para completar la Escala VAGUS-CR de Insight.**

*“Estoy interesado en su propia comprensión de sus experiencias inusuales o únicas **en el momento actual**. **NO** me interesa lo que otras personas desean que usted crea acerca de sus experiencias”*

1) Describa sus experiencias inusuales o únicas. Por ejemplo,

	Si	No
A) ¿Alguna vez ha escuchado voces o sonidos que nadie más podía oír?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Alguna vez ha tenido visiones o ha visto cosas que nadie más podía ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Alguna vez ha temido que alguien, alguna fuerza o entidad le estuviera persiguiendo o quisiera hacerle daño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿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"/>
E) ¿Alguna vez ha recibido mensajes especiales, solo para usted, de algún extraño en la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Alguna vez ha tenido dones o habilidades especiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Alguna vez ha podido leer la mente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Alguna vez ha sentido que otros pueden leer sus pensamientos o 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 o extraterrestres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) ¿Alguna vez se ha sentido excesivamente culpable? O como si hubiera hecho algo muy malo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) ¿Alguna vez ha sentido que sus pensamientos o acciones estaban siendo controlados por una fuerza externa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) ¿Alguna vez se ha sentido poseído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) ¿Alguna vez ha sentido que su cuerpo o alguna parte de su cuerpo estuviera enferma, pudriéndose o muriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) ¿Cómo explicaría sus experiencias inusuales o únicas? En la **actualidad**, cuál considera que es la causa de estas experiencias?

3) **Actualmente** considera que tiene una enfermedad mental o trastorno psiquiátrico, como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión con psicosis, etc.? Por favor explique.

4) ¿Piensa que sus experiencias inusuales o únicas requieren tratamiento? ¿NECESITA medicamentos antipsicóticos? Por favor explique.

5) Ha tenido consecuencias negativas debido a sus experiencias inusuales o únicas? ¿O como resultado de su problema emocional o problemas psiquiátricos? (hospitalización, disfunción ocupacional o social).