Versión para el paciente (VAGUS-SR)

NOMBRE/ID

FECHA:

VAGUS©

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 visones o ha visto cosas que nadie más podía ver?	☐	☐
B)	¿Alguna vez ha temido que alguien, alguna fuerza o entidad le estuviera persiguiendo o quisiera hacerle daño?	☐	☐
C)	¿Alguna vez ha recibido mensajes especiales, solo para usted, del periódico, la TV, la radio o cualquier otro aparato?	☐	☐
D)	¿Alguna vez ha recibió mensajes especiales, solo para usted, de algún extraño en la calle?	☐	☐
E)	¿Alguna vez ha tenido dones o habilidades especiales?	☐	☐
F)	¿Alguna vez ha podido leer la mente?	☐	☐
G)	¿Alguna vez ha sentido que otros pueden leer sus pensamientos?	☐	☐
H)	¿Alguna vez ha sentido que sus pensamientos estaban siendo grabados para que otras personas los escucharan?	☐	☐
I)	¿Alguna vez ha tenido una relación especial con Dios más allá de lo que una persona promedio podría tener?	☐	☐
J)	¿Alguna vez se ha comunicado con seres espirituales, como ángeles o demonios?	☐	☐
K)	¿Alguna vez se ha comunicado con extraterrestres?	☐	☐
L)	¿Alguna vez se ha sentido excesivamente culpable? O como si hubiera hecho algo muy malo?	☐	☐
M)	¿Alguna vez ha sentido que sus pensamientos o acciones estaban siendo controlados por una fuerza externa?	☐	☐
N)	¿Alguna vez se ha sentido poseído?	☐	☐
O)	¿Alguna vez ha sentido que algo de su cuerpo cambió?	☐	☐
P)	¿Alguna vez ha sentido que su cuerpo o alguna parte de su cuerpo estuviera enferma, pudriéndose o muriendo?	☐	☐
Q)	Otro: _____	☐	☐

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.

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	**Moderadamente en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**No está seguro**	**Un poco de de acuerdo**	**Moderadamente de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

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

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	**Moderadamente en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**No está seguro**	**Un poco de de acuerdo**	**Moderadamente de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

Indique si <u>alguna vez</u> 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?	☐	☐

☐ **En caso NEGATIVO, pase a la siguiente página.**

☐ **En caso AFIRMATIVO, indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está en el <u>momento actual</u> 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.

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	No está seguro	Un poco de de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

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

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	No está seguro	Un poco de de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

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 oir.

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	**Moderadamente en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**No está seguro**	**Un poco de de acuerdo**	**Moderadamente de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

6) Definitivamente NECESITO tratamiento con medicamento antipsicótico.

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	**Moderadamente en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**No está seguro**	**Un poco de de acuerdo**	**Moderadamente de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

7) Siempre he estado mentalmente sano.

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	**Moderadamente en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**No está seguro**	**Un poco de de acuerdo**	**Moderadamente de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

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

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	**Moderadamente en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**No está seguro**	**Un poco de de acuerdo**	**Moderadamente de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

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).

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	**Moderadamente en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**No está seguro**	**Un poco de de acuerdo**	**Moderadamente de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

10) El medicamento antipsicótico ha reducido la intensidad de mis experiencias inusuales o únicas.
□ No aplica ya que NUNCA he tomado medicamentos antipsicóticos.

0----------1----------2----------3----------4----------5----------6----------7----------8----------9----------10

Totalmente en desacuerdo	**Moderadamente en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**No está seguro**	**Un poco de de acuerdo**	**Moderadamente de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**

NOMBRE/ID
FECHA:

VAGUS©

Categoría de Conciencia	Cálculo	Calificación
Conciencia de Enfermedad	Q5___ + (10 - Q7___) ÷ número total de respuestas ___	
Atribución de los Síntomas	Q1___ + (10 – Q2___) + (10 – Q3___) + Q4___ ÷ número total de respuestas ___* *Excluya las preguntas indicadas como N/A	
Conciencia de la Necesidad de tratamiento	Q6___ + (10 – Q8___) + Q10 ÷ número total de respuestas ___* *Excluya las preguntas indicadas como N/A	
Conciencia de consecuencias negativas	Q9___	
	Subtotal (Sumatoria de las calificaciones de subescalas)	
Puntuación Total VAGUS-SR	Subtotal ÷ ___	