

Lea la declaración inicial (cursiva) al participante o paciente y luego haga las siguientes preguntas para reunir información para completar la escala de percepción VAGUS-CR.

*“Me interesa conocer su propia comprensión de sus experiencias únicas o inusuales **en este momento. NO** me interesa lo que las demás personas puedan querer que usted crea sobre sus experiencias”.*

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

	Sí	No
A) ¿Alguna vez ha escuchado voces o sonidos que otras personas no pueden escuchar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Alguna vez tuvo visiones o vio cosas que otras personas no pueden ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Alguna vez temió que alguien, alguna fuerza o entidad lo persiguiera, lo buscara o fuera a lastimarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿Alguna vez recibió mensajes especiales solo para usted en el periódico, la televisión, la radio u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ¿Alguna vez recibió mensajes especiales solo para usted de personas extrañas en la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Alguna vez tuvo algún don o alguna habilidad especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Alguna vez pudo leer mentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Alguna vez sintió que otras personas podían leer sus pensamientos o que sus pensamientos eran transmitidos para que otras personas los escucharan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) ¿Alguna vez tuvo una relación especial con Dios más allá de la que tiene una persona promedio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) ¿Alguna vez se comunicó con seres espirituales, como ángeles o demonios o alienígenas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) ¿Alguna vez se sintió excesivamente culpable o sintió que hizo algo muy malo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) ¿Alguna vez sintió que alguna fuerza exterior controlaba sus pensamientos o acciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) ¿Alguna vez sintió que estaba poseído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) ¿Alguna vez sintió que su cuerpo o parte de su cuerpo estaba enfermo, pudriéndose o que estaba muriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) ¿Cómo explica sus experiencias únicas o inusuales? **En este momento**, ¿cuál cree que es la causa de estas experiencias?

3) ¿Cree **actualmente** que tiene una enfermedad mental o un trastorno psiquiátrico, como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión con psicosis, etc.? Proporcione más detalles.

4) ¿Opina que sus experiencias únicas o inusuales requieren tratamiento? ¿NECESITA un medicamento antipsicótico? Proporcione más detalles.

5) ¿Alguna vez experimentó alguna consecuencia negativa como resultado de sus experiencias únicas o inusuales? ¿O como resultado de sus problemas emocionales o psiquiátricos? (P. ej. hospitalizaciones, disfunción ocupacional u social).

Indique en qué medida está o no de acuerdo en este momento con cada una de las siguientes declaraciones en relación con el participante o el paciente que está calificando. Encierre en un círculo el número apropiado para cada declaración. Base sus respuestas en la entrevista estructurada.

- 1) El sujeto cree que tiene una enfermedad/un trastorno mental (p. ej. esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión con psicosis, etc.).

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

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	No estoy seguro	Un poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

- 2) El sujeto consciente de que sus alucinaciones auditivas (pasadas o presentes) se deben a su enfermedad mental.

No corresponde ya que el participante nunca tuvo alucinaciones auditivas.

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

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	No estoy seguro	Un poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

- 3) El sujeto es consciente de que sus delirios (pasados o presentes) se deben a su enfermedad mental.

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

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	No estoy seguro	Un poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

- 4) El sujeto cree que debe interrumpir los medicamentos antipsicóticos o debe evitar tomarlos.

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

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	No estoy seguro	Un poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

- 5) El sujeto cree que su enfermedad mental le ha traído consecuencias negativas en su vida (p. ej. hospitalizaciones, disfunciones familiares, sociales o laborales).

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

Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	No estoy seguro	Un poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

Categoría de conciencia	Cálculo	Puntaje ¹
Conciencia de la enfermedad	P1____	
Atribución de síntomas	$\frac{P2___ + P3___}{\div \text{cant. total de respuestas}___ *}$ <p>*Excluir las preguntas que se indican como N/C</p>	
Conciencia de la necesidad de tratamiento	10 – P4____	
Conciencia de las consecuencias negativas	P5____	
	Subtotal (suma de los puntajes)	
Puntaje total de VAGUS-CR ²	Subtotal ÷ ____	

¹El puntaje de cada Categoría de conciencia debe quedar en blanco si NO se completó ningún elemento para dicha categoría.

²El cálculo del Puntaje total debe ser el Subtotal ÷ 4 o la cantidad de Categorías de conciencia para las que podría calcularse un puntaje.