

Nos interesa conocer su opinión acerca de sus experiencias únicas o inusuales. NO nos interesa lo que otras personas puedan querer que usted crea.

Indique si alguna vez tuvo algunas de las siguientes experiencias únicas o inusuales, lea las preguntas y marque en Sí o No.

	Sí	No
A) ¿Alguna vez tuvo visiones o vio cosas que otras personas no pueden ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Alguna vez temió que alguien, alguna fuerza o entidad lo persiguiera o fuera a lastimarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Alguna vez recibió mensajes especiales solo para usted en el periódico, la televisión, la radio u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿Alguna vez recibió mensajes especiales solo para usted de personas extrañas en la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ¿Alguna vez tuvo algún don o alguna habilidad especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Alguna vez pudo leer mentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Alguna vez sintió que otras personas podían leer sus pensamientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Alguna vez sintió 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) ¿Alguna vez se comunicó con seres extraterrestres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) ¿Alguna vez se sintió excesivamente culpable? ¿O sintió que hizo algo muy malo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) ¿Alguna vez sintió que sus pensamientos o acciones eran controlados por alguna fuerza externa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) ¿Alguna vez sintió que estaba poseído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) ¿Alguna vez tuvo la sensación de que algo en su cuerpo cambió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) ¿Alguna vez sintió que su cuerpo o parte de su cuerpo estaba enfermo o que estaba muriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elija la experiencia única o inusual más intensa de las opciones anteriores.

Escriba la letra que corresponde aquí _____.

Indique en qué medida está o no de acuerdo en este momento con cada una de las siguientes declaraciones encerrando en un círculo el número apropiado. Tenga en cuenta su experiencia más intensa.

1) Mis experiencias únicas o inusuales 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 estoy seguro Un poco de acuerdo Moderadamente de acuerdo Totalmente de acuerdo

2) Mis experiencias únicas o inusuales son REALES independientemente de lo que otras personas puedan pensar de ellas. (p. ej. médicos, familiares, amigos, etc.).

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

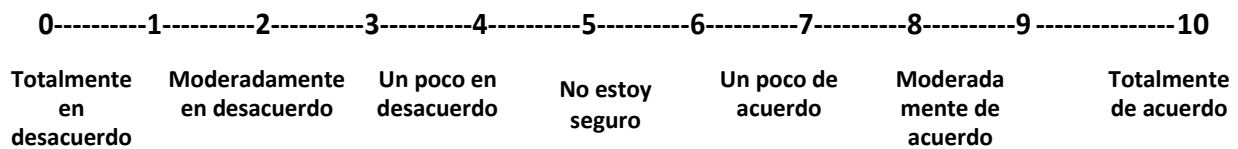
Totalmente en desacuerdo Moderadamente en desacuerdo Un poco en desacuerdo No estoy seguro Un poco de acuerdo Moderadamente de acuerdo Totalmente de acuerdo

Indique si alguna vez tuvo algunas de las siguientes experiencias únicas o inusuales, lea las preguntas y marque en Sí o No.

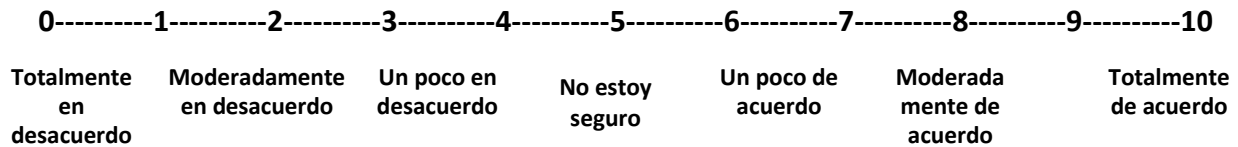
	Sí	No
¿Alguna vez ha escuchado voces o sonidos que otras personas no pueden escuchar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si la respuesta es "NO", avance a la siguiente página.
- Si la respuesta es "SÍ", indique en qué medida está o no de acuerdo en este momento con cada una de las siguientes declaraciones encerrando en un círculo el número apropiado.

3) Las voces que las otras personas no pueden escuchar son REALES, independientemente de lo que mi médico, familiares o amigos creen.



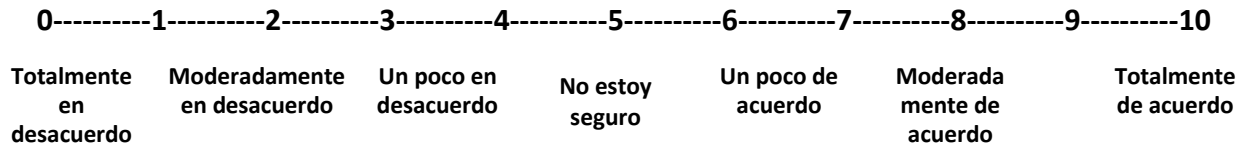
4) Mi enfermedad mental me ha ocasionado escuchar voces que otras personas no pueden escuchar.



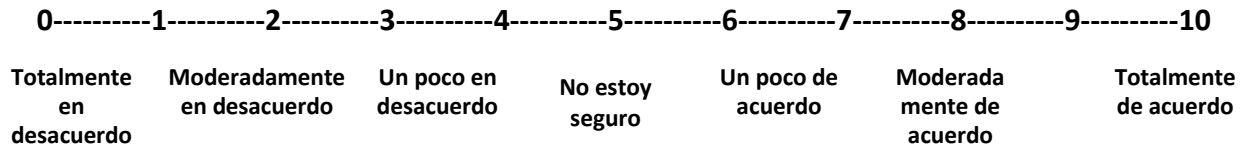
AVANCE A LA SIGUIENTE PÁGINA.

Indique en qué medida está o no de acuerdo en este momento con cada una de las siguientes declaraciones encerrando en un círculo el número apropiado.

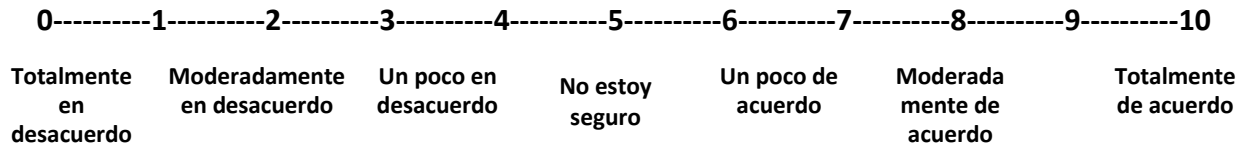
- 5) Verdaderamente creo que tengo una enfermedad/un trastorno mental (p. ej. esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión con psicosis, etc.).



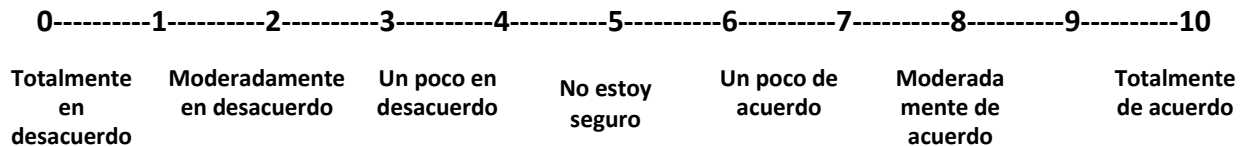
- 6) Definitivamente NECESITO tratamiento con un medicamento antipsicótico.



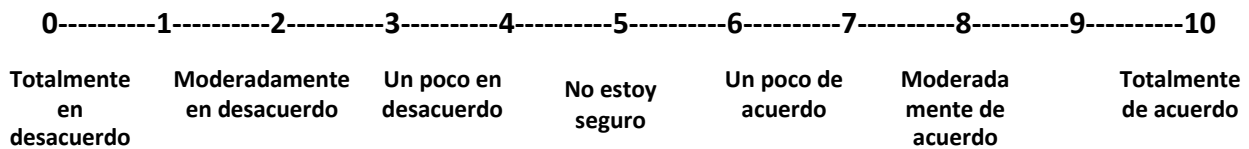
- 7) Siempre fui una persona mentalmente sana.



- 8) Debo dejar de tomar o debo evitar tomar medicamentos antipsicóticos.

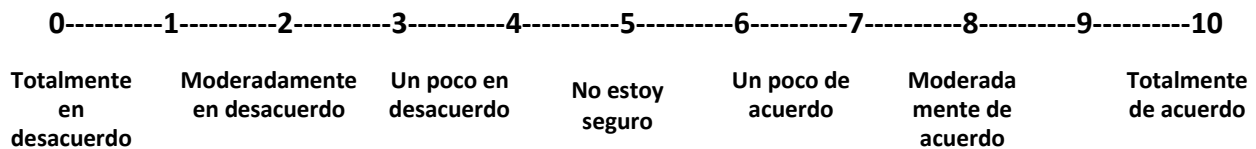


- 9) Mis experiencias únicas o inusuales han traído consecuencias negativas en mi vida (p. ej. hospitalizaciones, problemas familiares, sociales o laborales).



- 10) Los medicamentos antipsicóticos disminuyeron la intensidad de mis experiencias únicas o inusuales.

No corresponde ya que nunca tomé medicamentos antipsicóticos con anterioridad.



FIN