

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 visones 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).

NOMBRE/ID

NOMBRE DEL EVALUADOR:

FECHA:

**Por favor indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones en el momento actual en relación con el sujeto de estudio o paciente que está valorando. Circule el número apropiado para cada enunciado. Base sus respuestas en la entrevista estructurada**

1) El sujeto cree tener una enfermedad/trastorno mental (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 está seguro	Un poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

2) El sujeto es consciente de que las alucinaciones auditivas (pasadas o presentes) son debido a su enfermedad mental.

No aplica. El sujeto nunca ha tenido alucinaciones auditivas.

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 acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

3) El sujeto es consciente de que los delirios (pasados o presentes) son debido 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 está seguro	Un poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

4) El sujeto cree que 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 acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

5) El sujeto cree que su enfermedad mental le han traído consecuencias negativas a su vida (hospitalización, disfunción laboral, familiar o social).

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 acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

NOMBRE/ID

NOMBRE DEL EVALUADOR:

FECHA:

<b>Categoría de Conciencia</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Calificación</b>
<b>Conciencia de Enfermedad</b>	Q1___	
<b>Atribución de los Síntomas</b>	$\frac{Q2\_ + Q3\_}{\div \text{número total de respuestas } \_\_}$ *Excluya las preguntas indicadas como N/A	
<b>Conciencia de la Necesidad de tratamiento</b>	10 – Q4___	
<b>Conciencia de consecuencias negativas</b>	Q5___	
	Subtotal (Sumatoria de las calificaciones de subescalas)	
<b>Puntuación Total VAGUS-SR</b>	Subtotal ÷ ___	