

Indique si ha tenido los siguientes pensamientos, sentimientos y experiencias en el último mes marcando “SÍ” o “NO” para cada elemento. No incluya experiencias que ocurran solo bajo la influencia de alcohol, drogas o medicamentos que no le hayan recetado.

Si responde “SÍ” a un elemento, también indique que angustioso ha sido esa experiencia para usted.

**¿Los alrededores familiares le parecen a veces extraños, confusos, amenazantes o irreales?**

● SÍ ● NO

En caso de SÍ: Cuando esto sucede, me siento asustado, preocupado o me causa problemas:

● Totalmente en desacuerdo ● en desacuerdo ● neutral ● de acuerdo ● totalmente de acuerdo

**¿Ha sentido que no tiene el control de sus propias ideas o pensamientos?**

● SÍ ● NO

En caso de SÍ: Cuando esto sucede, me siento asustado, preocupado o me causa problemas:

● Totalmente en desacuerdo ● en desacuerdo ● neutral ● de acuerdo ● totalmente de acuerdo

**¿Le preocupa a veces que algo pueda estar mal en su mente?**

● SÍ ● NO

En caso de SÍ: Cuando esto sucede, me siento asustado, preocupado o me causa problemas:

● Totalmente en desacuerdo ● en desacuerdo ● neutral ● de acuerdo ● totalmente de acuerdo●

**¿Ha estado confundido si una experiencia fue real o imaginaria?**

● SÍ ● NO

En caso de SÍ: Cuando esto sucede, me siento asustado, preocupado o me causa problemas:

● Totalmente en desacuerdo ● en desacuerdo ● neutral ● de acuerdo ● totalmente de acuerdo●

**¿Son sus pensamientos a veces tan fuertes que casi puede oírlos?**

En caso de SÍ: Cuando esto sucede, me siento asustado, preocupado o me causa problemas:

● Totalmente en desacuerdo ● en desacuerdo ● neutral ● de acuerdo ● totalmente de acuerdo●