**PQ-B** Rachel Loewy, PhD y Tyrone D. Cannon, PhD ©Universidad de California   Mayo 2010

Por favor indique si ha tenido o no los siguientes pensamientos, sentimientos y experiencias **en el último mes**, al marcar “sí” o “no” para cada elemento. **No debe incluir experiencias que ocurrieron sólo mientras estaba bajo la influencia del alcohol, drogas o medicamentos que no le fueron recetados a usted.** Si responde “SÍ” a cualquier pregunta también indique qué tan difícil ha sido esa experiencia para usted.

1. **¿Los lugares familiares algunas veces le parecen extraños, confusos, amenazantes o irreales?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Ha escuchado sonidos inusuales como estallidos, crujidos, pitidos, aplausos o zumbidos en sus oídos?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Las cosas que usted ve parecen diferentes de como las veía usualmente (más brillantes o pálidas, más grandes o pequeñas, o distorsionadas de alguna otra forma)?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Ha tenido experiencias con telepatía, fuerzas psíquicas o ver en el futuro?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Tiene dificultades para hablar con claridad o ser entendido, debido a que divaga o se sale del tema al hablar?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Siente o cree firmemente que usted tiene un don o un talento inusual en cualquier sentido?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Siente que otras personas le observan o hablan sobre usted?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |
|  |  |  |  |  |

1. **¿Algunas veces tiene sensaciones extrañas sobre o justo por debajo de la piel, como si tuviera insectos caminando?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Algunas veces se siente distraído(a) súbitamente por sonidos distantes de los cuales normalmente no está consciente?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Ha tenido la percepción de que alguna persona o fuerza está a su alrededor aunque no pueda ver a nadie?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Le preocupa a veces que algo puede estar mal con su mente?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Hay un momento en que se siente como no existe, que no existe el mundo, o que se siente muerto(a)?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Se le ha confundido a veces si algo ha experimentado era real o imaginario?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Tiene usted creencias que otras personas encontrarían inusuales o extrañas?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Se siente como cualquier parte de su cuerpo ha cambiado de alguna manera, o si alguna parte de su cuerpo funciona de una manera diferente?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Son sus pensamientos a veces tan fuerte que casi se puede oírlos?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Se encuentra usted sentirse desconfiada o sospechosa de otras personas?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Ha visto cosas inusuales como destellas, llamas, luz cegadora, o figuras geométricas?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿Ha visto cosas que otras personas no pueden ver o no parecen ver?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |

1. **¿La gente a veces les resulta difícil entender lo que está diciendo?**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞎 SÍ** | **🞎 NO** |

***Si contestó SÍ:*** Cuando esto sucede, me siento asustado o preocupado, o causa problemas para mí:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎** totalmente en desacuerdo | **🞎** en desacuerdo | **🞎** neutral | **🞎** de acuerdo | **🞎** totalmente de acuerdo |