

**Número de Asociado**:

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN VÁLIDA EN SU CASO. SELECCIONE TANTAS COMO SEA NECESARIO. POR FAVOR PIENSE MUY BIEN SUS RESPUESTAS TRATE DE SER LO MAS CONCISO POSIBLE.

**PARTE I . TORTURA ELECTRONICA SIN CONTACTO.**

1.- ¿Cuánto tiempo hace que es consciente de ser víctima de cibertortura? Años

Con respecto a la respuesta de la pregunta anterior seleccione una opción:

a) Menos de un año.

 b) Entre 1 y 5 años.

c) Entre 5 y 15 años.

d) Más de 15 años.

2.-¿Cómo lo supo?

a) Fue informado por mismos agresores vía telepatía sintética.

 b) Fue informado por otra víctima .

 c) Lo dedujo usted mismo.

d) Otra vía.

Especifique:

3.-¿Ha notado usted que los agresores tienen acceso y manipulan alguna de estas funciones vitales? MARQUE TANTOS COMO SEA NECESARIO.

a) Pensamientos conscientes.

b) Memoria.

c) Miedos inconscientes o traumas.

d) Lo que usted ve.

e) Lo que usted escucha.

f) Su habla articulada.

h) Sueños. Amenazas, sueños vívidos, pesadillas.

i )Movimientos reflejos tales como:

* Retirar la mano cuando nos quemamos.
* Llorar.
* Parpadear.
* Dilatación de la pupila.
* Mover la pierna al darse un golpe en el ligamento rotuliano.
* Aumento o disminución del ritmo cardíaco (velocidad del latido del corazón)
* Aumento o disminución del ritmo respiratorio.
* Eyaculación u orgasmo .
* Sobrestimulación de las glándulas sudoríparas.
* Aumento o disminución de la producción de saliva.
* Funciones corporales del sistema parasimpático. ( Son las responsable de la regulación de los órganos internos que intervienen en procesos como la respiración, digestión estomacal e intestinal, movimientos intestinales, defecación, micción y otras funciones corporales involuntarias )

g) Otro. Especifique:

4.-¿Recibe o ha recibido usted algún tipo de frecuencia o estimulación neuronal remota que perciba como sonidos, ruidos, conversaciones o palabras, no perceptibles para las personas a su alrededor?

* Si
* No

5.- ¿Le han inducido la visión de imágenes? En caso afirmativo, seleccione tantas opciones como sea necesario.

a) Dormido.

b) Despierto.

c) Duermevela (Semidormido)

 En caso de haber contestado afirmativamente seleccione el tipo de imágenes que le han inducido.

a) Imágenes borrosas.

b) Imágenes nítidas, como si estuviera viendo una película.

c) Imágenes nítidas inmersivas, como si estuviera usted participando una situación real. Muy semejantes a la realidad cotidiana.

d) Imágenes oníricas, semejantes a los sueños, alucinaciones, experiencias místicas o apariciones de seres sobrenaturales.

6.-¿Escucha usted zumbidos o pitidos en los oídos? En caso afirmativo, seleccione:

a) A veces, o muy esporádicamente.

b) Siempre y de manera constante.

c) Siempre pero con volumen e intensidad variable.

d) Por períodos de tiempo. (Años meses, días)

7.-¿Le someten a descargas de corrientes eléctricas por diversas partes del cuerpo, sin estímulo eléctrico visible?

* Si
* No

En caso afirmativo seleccione con una X como las percibe usted: PUEDE MARCAR TANTAS COMO HAYA EXPERIMENTADO

a) Cómo un suave estímulo eléctrico parecido al método conocido como Electroestimulación de gimnasia pasiva.

b) Cómo una fuerte descarga eléctrica.

c) Como calambrazos

d) Como un fuerte dolor paralizante en la columna vertebral.

e) Todas las anteriores.

 f) Otra. Especifique:

 8.-¿Ha experimentado usted parestesia? (Es una sensación de quemadura o de pinchazos que se suele sentir en las manos, brazos, piernas o pies y a veces en otras partes del cuerpo. Puede ser percibida como una sensación de hormigueo o adormecimiento, como que algo le caminara por la piel o como picazón o prurito. )

* Si
* No
* No está seguro o no lo ha notado.

9.- ¿ Ha sufrido parálisis del sueño? La parálisis del sueño es un fenómeno en el cual usted despierta pero no puede moverse ni hablar. Durante un episodio de parálisis del sueño usted está totalmente consciente de lo que está pasando.

* Si
* No
* No está seguro o no lo ha notado.

10.- ¿Le producen vibraciones en alguna zona específica del cuerpo?

* Si
* No
* No está seguro o no lo ha notado.

En caso afirmativo, ¿cuándo le sucede?

* Durante la noche, ¿ la vibración lo ha despertado?
* Si
* No
* En cualquier momento.
* No está seguro o no lo ha notado.
* Otro. Especifique:

11.- ¿Le producen, o le han causado en el pasado, alguno de los siguientes efectos? MARQUE CON UNA X TANTOS COMO SEA NECESARIO.

* Espasmos al Dormir
* Privación del Sueño
* Alteración o disrupción del sueño
* Ansiedad y Angustia
* Fatiga Constante sin causa física real
* Pinchazos en la piel.
* Calor en áreas específicas del cuerpo
* Problemas en las articulaciones
* Ardor/dolor en estómago, pulmones, etc.
* Quemaduras en la piel
* Erupciones y/o problemas de piel
* Alteraciones en el funcionamiento del intestino y/o vejiga
* Incontinencia urinaria eventual
* Sensación de pinchazos o dolor en dientes o en encías
* Aumento o disminución de la producción de saliva
* Aftas, llagas, úlceras, o quemaduras en la boca
* Disfagia, es decir dificultad para tragar o deglutir
* Frío extremo sin relación alguna con la temperatura ambiental

12.-¿Ha notado si le bloquean el acceso a sus propios recuerdos, la comprensión lectora, el pensamiento lógico o la memoria ?

Especifique:

13.-Marque con una X los efectos que le causan:

 ¿Le alteran el habla?

* Si
* No
* No está seguro o no lo ha notado.
* 14.-En caso de que haya respondido afirmativamente a la pregunta anterior, podría especificar marcando con una X si le han causado una o varias de las siguientes situaciones:
* Le hacen tartamudear al hablar.
* En caso afirmativo del enunciado anterior, esto le sucede:
* Siempre.
* Solo cuando habla de acoso y tortura electrónica.
* Siempre que trata de hacerse entender. (Trabajo, entorno familiar, pareja, denuncias policiales, u otros.)
* Se autopercibe hablando con un acento particular.
* Otras personas notan que tiene un acento nuevo o un cambio en su tono de voz y le han hecho preguntas al respecto.
* Siente el movimiento de sus cuerdas vocales cuando piensa o lee. (Subvocalización.)
* Ha percibido movimientos inusuales de su lengua mientras duerme.
* Se escuchado a sí mismo hablando dormido o lo ha escuchado la persona que duerme con usted.
* En caso afirmativo del enunciado anterior, ha hablado en otro idioma que no ha podido identificar usted, o la persona que duerme con usted.
* Ha comenzado de pronto a hablar con alguien en un idioma desconocido para usted.
* Siente tensión excesiva en la cara, músculos faciales, boca y/o garganta cuando trata de hablar de algún tema específico.
* Se ha escuchado a sí mismo decir algo que no estaba consciente de conocer.
* Ha expresado pensamientos privados en voz alta sin intención consciente de hacerlo.
* En caso de que la anterior respuesta sea afirmativa, considera que lo dijo le perjudica de alguna forma o le causa problemas personales con la familia, vecinos o compañeros de trabajo.
* Le producen afasia o se la han producido en el pasado. ( La **afasia** es un trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje. Puede dificultar la lectura, la escritura y expresar lo que se desea decir)
* En caso afirmativo, por indique las formas marcando con una X las que considere aplican en su caso.

 a.-Afasia expresiva: Usted sabe lo que quiere decir, pero tiene dificultad para decirlo o escribirlo

 b.-Afasia receptiva: Escucha lo que se dice o puede leer material impreso, pero no le encuentra sentido a lo que lee o escucha

 c.-Afasia anómica: Tiene dificultad para usar las palabras correctas para describir objetos, lugares, conceptos o eventos

 d.- Afasia global: No puede hablar en absoluto, entender lo que se le dice, ni leer o escribir.

En este último caso, ha sido:

 a.- Constante hasta ahora.

b.- Durante un período de tiempo y luego desapareció.

c.-Sucede por períodos, desaparece y vuelve a aparecer.

5.-¿Le han deformado y/o alterado la expresión facial?

* Si
* No
* No está seguro o no lo ha notado.

16.-¿Ha notado alguna rigidez o dificultad en el movimiento de sus ojos?

* Si
* No
* No está seguro o no lo ha notado.

17.-¿Ha notado en alguna oportunidad un movimiento de uno de sus ojos hacia un lado, cómo si padeciese de estrabismo?

* Si, muchas veces.
* Si, sólo a veces.
* No
* No está seguro o no lo ha notado.

18.-¿Alguna vez le han diagnosticado estrabismo?

* Si
* No

19.-¿Le han deformado músculos y/o alterado su forma de caminar?

* Si
* No
* No está seguro o no lo ha notado.

 20.- Le han hackeado el móvil y/o el ordenador?

* Si
* No
* No está seguro o no lo ha notado.

En caso afirmativo ¿Sabe quién ?

**PARTE II. ASISTENCIA Y APOYO RECIBIDO.**

1.- ¿Ha acudido a usted a consulta médica en base a los efectos que las diversas tecnologías de vigilancia encubierta, acoso o tortura electrónica han causado en usted ?

* Si
* No

2.- Caso afirmativo, ¿Cuál ha sido la respuesta médica ?

* Le han derivado a salud mental
* Le han realizado analíticas y exámenes físicos
* El médico ha ignorado sus síntomas
* Le han prescrito calmantes.
* El médico le ha escuchado y atendido pero no ha escrito nada en su historia médica
* Le han dicho que sólo vaya a emergencias en caso de ser muy grave

3.- Ha sido víctima de alguno de los siguientes hechos:

* Diagnósticos erróneos
* Tratamientos forzados por orden judicial.
* Ingreso forzado a una institución mental.
* Tratamientos con medicamentos de uso restringido a enfermedades mentales muy graves, como Quiatepina, Paliperidona, Risperidona, Olanzapina u otros medicamentos con graves efectos secundarios.
* Especifique:

4.- En caso de haber respondido afirmativamente a alguna de las alternativas anteriores, ¿le han realizado pruebas clínicas, test psicológicos, resonancias magnéticas, o exámenes neurológicos previos que justifiquen el tratamiento indicado o forzado, o su ingreso a la institución médica ?

* Si
* No

5.- ¿Está sometido actualmente algún tratamiento forzado?

* Si
* No

6.- ¿ Lo ha estado en el pasado?

* Si
* No

5.- ¿Ha denunciado el acoso y tortura electrónica o ha solicitado auxilio ante algún ente institucional, de manera individual o en nombre de esta u otra organización civil de víctimas?

* Si
* No

7.- ¿Ha recibido respuesta?

* Si
* No

En caso afirmativo, por favor especifique:

**PARTE III. ACOSO ORGANIZADO**

1.- ¿Ha notado que le hayan seguido?

* Si
* No

2.-¿Tiene algún indicio de que entraran en su domicilio?

* Si
* No

3.-¿Ha tenido problemas con los vecinos?

* Si
* No

4.- ¿Le han acosado por la calle?

* Si
* No

5.-¿ Le sucede con mucha frecuencia encontrarse con individuos sospechosos en lugares públicos?

* Si
* No

6.- ¿Le han difamado de alguna forma, entre los vecinos, ciudadanos de su vecindario o compañeros de trabajo?

* Si
* No

En caso afirmativo de alguna de las preguntas las anteriores, ¿Ha notado si cuando sufre una de estas situaciones de acoso organizado también le producen alguna de las formas de tortura electrónica a distancia con la intención de alterarlo y aumentar la tensión durante la situación de acoso organizado? ( Por ejemplo­­: calambrazos, pinchazos, vibraciones, movimientos involuntarios, alteración de la mente)

* Si
* No

7.-¿Conoce a los criminales que le torturan a distancia y/o le acosan? (Tanto si se refiere a acoso organizado como a tortura electrónica)

* Si
* No
* Tiene sospechas

8.-¿Conoce o tiene algún indicio del motivo por el cual le acosa o torturan electrónicamente?

* Si . Especifique:­­
* No

9.- ¿Ha contado el problema a su familia/amigos?

* Si
* No

¿Le creen?

* Si
* No

10.-¿ Ha puesto alguna denuncia o se ha quejado a algún organismo policial o ente gubernamental?

* Si
* No

En caso afirmativo, ¿Tiene una copia escrita?

* Si
* No

**PARTE IV. DAÑOS ECONÓMICOS, FISICOS Y PSICOEMOCIONALES.**  POR FAVOR MARQUE CON UNA X LAS OPCIONES VERDADERAS EN SU CASO, DURANTE EL TIEMPO EN EL CUAL HA SIDO VÍCTIMA DE ACOSO Y TORTURA ELECTRÓNICA.

1. ¿Ha cambiado su situación económica a consecuencia del acoso y la/o la tortura electrónica?
* Si
* No

En caso afirmativo, seleccione la opción que más se identifique con su caso:

* Su situación económica ha mejorado
* Su situación económica ha empeorado.
* He perdido bienes materiales.
1. Ha perdido documentos importantes.
2. Le han echado de su empleo.
3. Ha renunciado a su empleo.
4. Ha sentido un impulso no racional de renunciar a su trabajo, cerrar su negocio, abandonar un cargo en una junta directiva a la que pertenezca, un cargo público u otra responsabilidad similar.
5. Ha sentido un impulso no racional de cambiar de vivienda o ciudad.
6. Se ha sentido imposibilitado física o emocionalmente a cambiar de vivienda o ciudad, aún cuando considera racionalmente que sería conveniente para usted.
7. Le han guiado para conseguir un empleo en un lugar especifico.
8. Ha sido inducido a regalar y/o a donar sus pertenecías, a pesar de no estar en capacidad económica de reponerlas.
9. Sus familiares y amigos han dejado de frecuentarle o le evitan.
10. Se ha separado de su pareja durante el tiempo durante el cual ha sido víctima.
11. Ha sido difamado en su ambiente laboral.
12. Ha sido objeto de abuso verbal o psicológico en su trabajo.
13. Ha sido objeto de abuso verbal o psicológico en su entorno familiar.
14. Ha tenido problemas familiares a causa de una herencia.
15. Se ha sentido objeto de discriminación o acoso por causa de su orientación sexual.
16. Se han dañado reiteradamente y sin causa aparente sus equipos domésticos o de trabajo, como computadores, teléfonos móviles, vehículos automotores, motores, bombas u otros tipo de maquinarias.

1. En caso afirmativo del enunciado anterior, ¿sabe si los equipos dañados tienen componentes electrónicos?
* Si
* No

**PARTE V. ACCIONES**

1.-¿ Estaría a favor de poner una denuncia colectiva como asociación?

* Si
* No

2.-¿Considera usted que falta alguna pregunta en esta encuesta? En caso afirmativo escriba la o las preguntas faltantes

* Si
* No

3.- ¿Tiene alguna propuesta o idea respecto a las acciones que se deben tomar, individualmente o en grupo?

4.- Escriba por favor el área o las actividades en la que usted puede colaborar :

5.- Añadir la víctima lo que considere conveniente.