

MINI Cuestionario (Modificado)

Número de días desde la última vez que uso alcohol e otras drogas: _____

Fecha: ____/____/____

Sección A

1. ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? SÍ _____ NO _____
2. ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? SÍ _____ NO _____
3. ¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? SÍ _____ NO _____
4. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? SÍ _____ NO _____
5. ¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, e tan lleno de energía, o tan seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.) SÍ _____ NO _____
6. ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas? SÍ _____ NO _____

Sección B

7. ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así? ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos? (Si responde NO, hágalo y continúe a la pregunta 8) SÍ _____ NO _____
8. ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: Por ejemplo: ____ estar en una multitud, ____ permanecer en fila, ____ estar solo fuera de casa, ____ cruzar un puente, ____ permanecer solo en casa, o fuera de ella, ____ viajar en autobús, tren o automóvil? SÍ _____ NO _____
9. ¿Se ha preocupado usted excesivamente o ha estado muy ansioso sobre varias cosas en los últimos 6 meses? (Si responde NO a esta pregunta, responda No a la pregunta 10 y proceda a la pregunta 11.) SÍ _____ NO _____
10. ¿Están esas preocupaciones presentes la mayor parte del tiempo? SÍ _____ NO _____

11. ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como por ejemplo: ___ el hablar en público, ___ comer en público o con otros, ___ el escribir mientras alguien le mira, ___ el estar en situaciones sociales. Sí ___ NO ___
12. ¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? Por ejemplo: ___ temor que actuaría en función de algún impulso ___ la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, ___ miedo de contaminar a otros, ___ temor de hacerle daño a alguien sin querer, ___ tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, ___ se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, ___ acumula, colecciona o amontona cosas sin control, ___ tiene obsesiones religiosas? Sí ___ NO ___
13. ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos. Sí ___ NO ___
14. ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? Ejemplos de acontecimientos traumáticos como: ___ accidentes graves, ___ Atracos físicos o sexuales, ___ atentados terroristas, ___ ser tomado de rehén, ___ secuestrado, ___ incendio, ___ descubrir un cadáver, ___ muerte súbita de alguien cercano a usted, ___ guerra, o ___ catástrofe natural. Sí ___ NO ___
15. Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa? Por ejemplo: ___ lo ha soñado, ___ ha tenido imágenes vívidas, ___ ha reaccionado físicamente ___ ha tenido memorias intensas. Sí ___ NO ___

Sección C

16. ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? Sí ___ NO ___
17. ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros? Sí ___ NO ___
18. ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? Sí ___ NO ___
19. ¿Alguna vez ha creído que recibe mensajes a través del T.V., radio, periódico?
¿Alguna vez ha creído que alguien que no conoces está interesado en usted? Sí ___ NO ___
20. ¿Alguna vez ha creído que sus familiares y amigos consideran sus pensamientos extraños o raros? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?

	SÍ _____ NO _____
21. ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	SÍ _____ NO _____
22. ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?	SÍ _____ NO _____
Sección D	
23. ¿Alguna vez ha perdido una suma considerable de dinero realizando apuestas, o ha tenido problemas en el trabajo, la escuela, con su familia o amigos, como consecuencia de sus apuestas?	SÍ _____ NO _____
Tabulacion	
Puntuación: Total de respuestas "SI": _____	
Determinación positiva = Puntuación de 6 o más - O - Pregunta 4 = "SÍ" (tendencia de suicidio) - O - Preguntas 14 y 15 = "SÍ" (trauma)	

Entrevista Neuropsiquiátrica Mini-Internacional Modificada

Alexander, M.J., Haugland G., Lin, S.P., Bertollo, D.N., y McCorry, F.A. (En la impreza). Evaluación de Salud Mental en Ambientes de Adicción, Correcciones y de Servicio Social: Validando el MMS. Diario Internacional de Adicciones.

Entrevista Neuropsiquiátrica Mini-Internacional (MINI)

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G.C. La entrevista neuropsiquiátrica mini-internacional (M.I.N.I.): el desarrollo y validación de una entrevista psiquiátrica estructurada de diagnóstico para DSM-1V y ICD-10. Diario de Psiquiatría Clínica, 59 (suplemento 20), 1998.