

## 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 esta interesado en usted? Sí \_\_\_ NO \_\_\_

20. ¿Alguna vez ha creído que sus familiares y amigos consideran sus pesamientos extraños 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 \_\_\_\_\_