

M.I.N.I.

MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

Spanish for US Translation Version 6.0.0

DSM-IV

EE.UU.: **D. Sheehan¹, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan, C. Gray.**

¹University of South Florida College of Medicine - Tampa, USA

UE: **Y. Lecrubier², E. Weiller, T. Hergueta, C. Allgulander, N. Kadri, D. Baldwin, C. Even.**

²Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris, France

© Copyright 1992-2010 Sheehan DV & Lecrubier Y

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma, o por cualquier medio, electrónico o mecánico, incluso por fotocopiado, o por cualquier sistema de recuperación o almacenamiento de información, sin el permiso por escrito del Dr. Sheehan. Los investigadores, clínicos y estudiantes que trabajan en organizaciones sin fines de lucro o en organizaciones públicas (incluyendo universidades, hospitales sin fines de lucro e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias impresas del instrumento M.I.N.I. para su uso clínico personal e investigación.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Nuestro objetivo es asistir con mayor eficacia y exactitud en la evaluación y el seguimiento de pacientes. Antes de llevar a cabo cualquier acción sobre los datos recolectados y procesados por este programa, los mismos deberán ser revisados e interpretados por un clínico certificado.

Este programa no está diseñado ni tiene como objetivo suplir una completa evaluación médica y psiquiátrica del clínico o psiquiatra calificado y certificado. Fue diseñado sólo como un instrumento para facilitar la recopilación precisa de datos y el procesamiento de síntomas obtenidos por personal capacitado.

Nombre del/de la paciente:	_____	Número del/de la paciente:	_____
Fecha de nacimiento:	_____	Hora en que empezó la entrevista:	_____
Nombre del/de la entrevistador/a:	_____	Hora en que terminó la entrevista:	_____
Fecha de la entrevista:	_____	Tiempo Total:	_____

MÓDULOS	PERÍODO DE TIEMPO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV-TR	ICD-10	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>			
	Pasado	<input type="checkbox"/>			
	Recurrente	<input type="checkbox"/>			
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x	<input type="checkbox"/>
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x	<input type="checkbox"/>
	Recurrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recurrente	F33.x	<input type="checkbox"/>
B SUICIDALIDAD	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta				
C EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>			
	Pasado	<input type="checkbox"/>			
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>			
	Pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No se investigó		
TRASTORNO BIPOLAR I	Actual	<input type="checkbox"/>	296.0x-296.6x	F30.x-F31.9	<input type="checkbox"/>
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.0x-296.6x	F30.x-F31.9	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO BIPOLAR II	Actual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8	<input type="checkbox"/>
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80	F31.9	<input type="checkbox"/>
	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.80	F31.9	<input type="checkbox"/>
D TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0	<input type="checkbox"/>
	De por vida	<input type="checkbox"/>			
E AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00	<input type="checkbox"/>
F FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)				
	Generalizada	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1	<input type="checkbox"/>
	No-Generalizada	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1	<input type="checkbox"/>
G TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8	<input type="checkbox"/>
H TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1	<input type="checkbox"/>
I DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	<input type="checkbox"/>
ABUSO DEL ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1	<input type="checkbox"/>
J DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.2X-F19.2X	<input type="checkbox"/>
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1	<input type="checkbox"/>
K TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29	<input type="checkbox"/>
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/	293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44	F32.3/F33.3/	<input type="checkbox"/>
	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.44	F30.2/F31.2/F31.5	
				F31.8/F31.9/F39	<input type="checkbox"/>
L ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0	<input type="checkbox"/>
M BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2	<input type="checkbox"/>
ANOREXIA NERVIOSA, TIPO COMPULSIVO/TIPO PURGATIVO	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0	<input type="checkbox"/>
N TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1	<input type="checkbox"/>
O SE DESCARTÓ CAUSA MÉDICA, ORGÁNICA O DE DROGA		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a			
P TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2	<input type="checkbox"/>

IDENTIFIQUE EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL MARCANDO EL RECUADRO CORRESPONDIENTE.

(¿Qué problema le preocupa más o predomina sobre los otros o empezó primero en la historia natural?) _____



La correlación de la codificación del DSM-IV-TR al ICD-10 no siempre es exacta. Para más información sobre este tema refiérase a Schulte-Markwort. Crosswalks ICD-10/DSM-IV-TR. Hogrefe & Huber Publishers 2006.

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. fue diseñada como una entrevista breve y estructurada para los trastornos psiquiátricos mayores del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validación y confiabilidad que comparan la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud). Los resultados de estos estudios muestran que la M.I.N.I. tiene características de confiabilidad y validez semejantes, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más corto (promedio de 18.7 ± 11.6 minutos, mediana 15 minutos) que los instrumentos mencionados anteriormente. Puede ser usada por clínicos después de una breve capacitación. Los entrevistadores no profesionales necesitan una capacitación más amplia.

ENTREVISTA:

Para que la entrevista sea lo más breve posible, informe al/a la paciente que va a realizar una entrevista clínica mucho más compleja de lo usual, con preguntas muy específicas sobre problemas psicológicos que requieren una respuesta de “sí” o “no”.

FORMATO GENERAL:

La M.I.N.I. está dividida en **módulos** identificados por letras que corresponden a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo de diagnóstico (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris** una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, uno o varios recuadros de diagnóstico permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENCIONES:

Las oraciones escritas en “fuente de letra normal” deben ser leídas al/a la paciente exactamente como están escritas para que la evaluación del criterio diagnóstico se estandarice.

Las oraciones escritas en “MAYÚSCULA” no deben ser leídas al/a la paciente. Son instrucciones para ayudar a la persona que haga la entrevista a establecer el puntaje de los algoritmos de diagnóstico.

Las oraciones escritas en “negrilla” indican el período de tiempo que se está investigando. La persona que haga la entrevista debe leerlas tan frecuentemente como sea necesario. Al evaluar las respuestas, sólo deben considerarse los síntomas que ocurren durante el período de tiempo indicado.

Las respuestas que tienen una flecha sobre ellas (➡) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el(los) diagnóstico(s). En este caso, el/la entrevistador/a debe ir al final del módulo, marcar con un círculo la palabra “**NO**” en todos los recuadros de diagnóstico y pasar al módulo siguiente.

Los términos separados por una *barra (/)* indican que el/la entrevistador/a debe leer sólo los síntomas que sabe que el/la paciente tiene (por ejemplo, la pregunta G6).

Las frases entre (paréntesis) son ejemplos clínicos del síntoma; se le pueden leer a el/la paciente para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN:

Todas las preguntas deben ser evaluadas. La evaluación se hace al lado derecho de cada pregunta marcando con un círculo la palabra “Sí” o “No”. La persona encargada de la evaluación debe aplicar su opinión clínica al clasificar las respuestas. Los entrevistadores deben estar conscientes de la diversidad de creencias culturales al administrar las preguntas y evaluar las respuestas. La persona encargada de la evaluación debe pedir ejemplos cuando lo considere necesario para asegurar una clasificación acertada. Se debe animar al/a la paciente a pedir que se le aclare cualquier pregunta que no esté completamente clara.

El clínico debe asegurarse de que el/la paciente tome en cuenta cada dimensión de la pregunta (por ejemplo, período de tiempo, frecuencia, gravedad y/o alternativas).

Los síntomas que se explican mejor por una causa orgánica o por el uso de alcohol o drogas no deben ser clasificados de manera positiva en la M.I.N.I.. La M.I.N.I. Plus tiene preguntas que investigan estas cuestiones.

Para cualquier pregunta, sugerencias, solicitar una sesión de capacitación o pedir información sobre las actualizaciones de la M.I.N.I., por favor comuníquese con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida College of Medicine
3515 East Fletcher Ave, Tampa, FL USA 33613-4706
tel: +1 813 956 8437; fax : +1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@health.usf.edu

Christian Even, M.D.
Centre Hospitalier Sainte-Anne
Clinique des Maladies Mentales de l'Encéphale
100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex 14, France
tel: +33 (0) 1 53 80 49 41; fax : +33 (0) 1 45 65 88 54
e-mail: even-sainteanne@orange.fr

¿CLASIFICÓ 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3) COMO SÍ Y CLASIFICÓ LA A4 COMO SÍ PARA ESE PERÍODO DE TIEMPO?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

SI CLASIFICÓ LA A5 COMO SÍ, CLASIFIQUE SÍ PARA RECURRENTE.

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>
RECURRENTE	<input type="checkbox"/>

A6 a ¿Cuántos episodios de depresión ha tenido en su vida? _____

Entre cada episodio debe haber al menos 2 meses sin ninguna depresión significativa.

B. SUICIDALIDAD (IDEACIÓN SUICIDA, COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO Y SUICIDA)

				Puntos																
En el último mes:																				
B1	¿Sufrió algún accidente? Esto incluye tomar accidentalmente más de la dosis necesaria de su medicamento. SI RESPONDIÓ NO A LA B1, PASE A LA B2; SI RESPONDIÓ SÍ, HAGA LA PREGUNTA B1a:	NO	SÍ	0																
B1 a	¿Planeó o tuvo la intención de hacerse daño en algún accidente, ya sea de forma activa o de pasiva (por ejemplo, no evitando un peligro)? SI RESPONDIÓ NO A LA B1a, PASE A LA B2; SI RESPONDIÓ SÍ, HAGA LA PREGUNTA B1b:	NO	SÍ	0																
B1 b	¿Tuvo la intención de morir como resultado de algún accidente?	NO	SÍ	0																
B2	¿Se sintió sin esperanza?	NO	SÍ	1																
B3	¿Pensó que sería mejor estar muerto/a o deseó estar muerto/a?	NO	SÍ	1																
B4	¿Pensó en lastimarse o herirse a sí mismo/a o se ha imaginado haciéndose daño, con al menos alguna intención o conciencia de que podría morir como resultado de estas acciones?	NO	SÍ	4																
B5	¿Pensó en el suicidio (en matarse)? SI RESPONDIÓ NO A LA B5, PASE A LA B7. DE LO CONTRARIO, PREGUNTE:	NO	SÍ	6																
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Frecuencia</td> <td style="width: 50%;">Intensidad</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Ocasionalmente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Leve</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Moderada</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muy frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Severa</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> </table>		Frecuencia	Intensidad	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Ocasionalmente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Leve</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Moderada</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muy frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Severa</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Severa	<input type="checkbox"/>				
Frecuencia	Intensidad																			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Ocasionalmente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Leve</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Moderada</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muy frecuentemente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Severa</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Severa	<input type="checkbox"/>								
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>																	
Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>																	
Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Severa	<input type="checkbox"/>																	
B6	¿Tiene usted dificultad para refrenarse de llevar a cabo estos impulsos?	NO	SÍ	8																
B7	¿Pensó en un método para suicidarse (por ejemplo, cómo)?	NO	SÍ	8																
B8	¿Pensó en un plan para suicidarse (por ejemplo, cuándo o dónde)?	NO	SÍ	8																
B9	¿Tuvo la intención de llevar a cabo los pensamientos de quitarse la vida?	NO	SÍ	8																
B10	¿Tuvo la intención de morir como resultado de un acto suicida?	NO	SÍ	8																
B11	¿Tomó pasos concretos en preparación para lastimarse o para un intento de suicidio en el que esperaba o intentaba morir? Esto incluye las veces en que iba a quitarse la vida, pero lo interrumpieron o se detuvo a sí mismo, antes de hacerse daño. SI RESPONDIÓ NO A LA B11, PASE A LA B12.	NO	SÍ	9																
B11 a	¿Tomó medidas activas para prepararse para quitarse la vida pero no inició el intento de suicidio?	NO	SÍ																	
B11 b	¿Inició un intento de suicidio, pero, usted se detuvo a sí mismo/a antes de hacerse daño (intento abortado)?	NO	SÍ																	
B11 c	¿Inició un intento de suicidio, pero alguien o algo le detuvo antes de hacerse daño (intento interrumpido)?	NO	SÍ																	
B12	¿Se lastimó a propósito sin tener la intención de matarse?	NO	SÍ	4																

B13 ¿Intentó suicidarse (matarse)? NO Sí 10

Un intento de suicidio significa que hizo algo, con al menos una mínima intención de morir y a causa de lo cual podría haber salido lastimado/a.
SI RESPONDIÓ NO, PASE A LA B14:

- Esperó ser rescatado/a / sobrevivir
Esperó / tuvo la intención de morir

A lo largo de su vida:

B14 ¿Alguna vez intentó suicidarse (trató de matarse)? NO Sí 4

"Un intento de suicidio es cualquier comportamiento autodestructivo, con al menos una mínima intención (> 0) de morir como resultado del mismo o si se puede inferir dicha intención, por ej. si es evidente que no ha sido un accidente o si el individuo piensa que el acto podría haber sido fatal, aunque el paciente niegue el intento".
(Definición C-CASA). Posner K et al. Am J Psychiatry 164:7, July 2007.

¿CLASIFICÓ COMO **SÍ** POR LO MENOS 1 DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES (EXCEPTO LA B1)?

SI RESPONDIÓ SÍ, SUME EL TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (B1-B14) MARCADAS COMO "SÍ" Y ESPECIFIQUE EL PUNTAJE DE LA SUICIDALIDAD TAL COMO SE INDICA EN EL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO:

EN EL ESPACIO MÁS ABAJO, HAGA CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL SOBRE SU EVALUACIÓN DE LA SUICIDALIDAD ACTUALMENTE Y EN EL FUTURO CERCANO DE ESTE/A PACIENTE:

NO	SÍ
SUICIDALIDAD ACTUAL	
1-8 puntos	Baja <input type="checkbox"/>
9-16 puntos	Moderada <input type="checkbox"/>
≥ 17 puntos	Alta <input type="checkbox"/>

	Episodio actual		Episodio pasado	
	NO	SÍ	NO	SÍ
c ¿Habló demasiado sin parar o tan rápido que los demás tuvieron dificultad para entenderle?				
d ¿Tuvo pensamientos muy rápidos?				
e ¿Se distrajo tan fácilmente que cualquier pequeña interrupción lo/la podía distraer?				
f ¿Tuvo un aumento significativo en su actividad o motivación en el trabajo, en los estudios, en su vida social o sexual, o se volvió física o mentalmente inquieto/a?				
g ¿Quiso tanto dedicarse a actividades placenteras que no hizo caso a los riesgos o consecuencias (por ejemplo, gastar mucho dinero, manejar sin precaución o actividades sexuales inapropiadas o peligrosas)?				
C3 RESUMEN: AL EVALUAR EL EPISODIO ACTUAL: SI LA C1b ES NO, ¿CLASIFICÓ 4 O MÁS RESPUESTAS C3 COMO SÍ? SI LA C1b ES SÍ, ¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS C3 COMO SÍ?				
AL EVALUAR UN EPISODIO PASADO: SI LA C1a ES NO, ¿CLASIFICÓ 4 O MÁS RESPUESTAS C3 COMO SÍ? SI LA C1a ES SÍ, ¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS C3 COMO SÍ?				
CLASIFIQUE COMO SÍ ÚNICAMENTE SI LOS 3 Ó 4 SÍNTOMAS DE ARRIBA OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO.				
REGLA: LA EUFORIA O COMUNICATIVIDAD SOLAMENTE REQUIERE TRES DE LOS SÍNTOMAS DE C3, MIENTRAS QUE EL ESTADO DE ÁNIMO IRRITABLE POR SÍ MISMO REQUIERE 4 DE LOS SÍNTOMAS DE C3.				
C4 ¿Cuál es el tiempo más largo que duraron estos síntomas?				
a) 3 días o menos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) de 4 a 6 días		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) 7 días o más		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C5 ¿Estuvo hospitalizado/a por estos problemas?				
SI RESPONDIÓ SÍ, PARE AQUÍ Y MARQUE SÍ CON UN CÍRCULO EN EL EPISODIO MANÍACO PARA ESE PERÍODO DE TIEMPO.				
C6 ¿Le causaron estos síntomas problemas significativos en su casa, en el trabajo, socialmente en sus relaciones con otras personas, en sus estudios o de otra manera importante?				

¿CLASIFICÓ COMO SÍ EL RESUMEN C3 Y LA C5 Y LA C6?

O

¿CLASIFICÓ COMO SÍ EL RESUMEN C3, LA C4c Y LA C6 Y, AL MISMO TIEMPO, CLASIFICÓ COMO NO LA C5?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

	NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO		
ACTUAL		<input type="checkbox"/>
PASADO		<input type="checkbox"/>

¿CLASIFICÓ COMO **SÍ** EL RESUMEN **C3** Y CLASIFICÓ COMO **NO** LA **C5** Y LA **C6** Y, AL MISMO TIEMPO, CLASIFICÓ COMO **SÍ** LA **C4b** O LA **C4c**?

O

¿CLASIFICÓ COMO **SÍ** EL RESUMEN **C3**, LA **C4b** Y LA **C6** Y, AL MISMO TIEMPO, CLASIFICÓ COMO **NO** LA **C5**?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

SI RESPONDIÓ **SÍ** PARA EL EPISODIO MANÍACO ACTUAL, ENTONCES CLASIFIQUE EL EPISODIO HIPOMANÍACO ACTUAL COMO **NO**.

SI RESPONDIÓ **SÍ** PARA EL EPISODIO MANÍACO PASADO, ENTONCES CLASIFIQUE EL EPISODIO HIPOMANÍACO PASADO COMO **NO SE INVESTIGÓ**.

EPISODIO HIPOMANÍACO

ACTUAL NO
 SÍ

PASADO NO
 SÍ
 NO SE INVESTIGÓ

¿CLASIFICÓ COMO **SÍ** EL RESUMEN **C3** Y LA **C4a** Y CLASIFICÓ COMO **NO** LA **C5**?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

SI RESPONDIÓ **SÍ** PARA EL EPISODIO MANÍACO ACTUAL O PARA EL EPISODIO HIPOMANÍACO ACTUAL, ENTONCES CLASIFIQUE LOS SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS ACTUALES COMO **NO**.

SI RESPONDIÓ **SÍ** PARA EL EPISODIO MANÍACO PASADO O SÍ PARA EL EPISODIO HIPOMANÍACO PASADO, ENTONCES CLASIFIQUE LOS SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS PASADOS COMO **NO SE INVESTIGÓ**.

SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS

ACTUAL NO
 SÍ

PASADO NO
 SÍ
 NO SE INVESTIGÓ

- C7
- a) SI TIENE UN EPISODIO MANÍACO ACTUALMENTE O SI LO TUVO EN EL PASADO, PREGUNTE:
¿Ha tenido 2 o más de estos episodios (maníacos) en su vida que duraran 7 días o más (**C4c**) (incluyendo el episodio actual si corresponde)?
- b) SI EL EPISODIO MANÍACO O HIPOMANIACO (ACTUAL O PASADO) SE CLASIFICÓ COMO POSITIVO, PREGUNTE:
¿Ha tenido 2 o más de estos episodios (hipomaníacos) en su vida que duraran sólo de 4 a 6 días (**C4b**) (incluyendo el episodio actual)?
- c) SI LA CATEGORÍA "SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS" PASADOS SE CLASIFICÓ COMO POSITIVA, PREGUNTE:
¿Ha tenido estos síntomas hipomaníacos 2 o más veces en su vida que duraran sólo de 1 a 3 días (**C4a**) (incluyendo el episodio actual si corresponde)?

NO SÍ

NO SÍ

NO SÍ

D. TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO)

(➡ SIGNIFICA: MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN LA D5, D6 Y D7 Y PASE A LA E1)

D1	<p>a ¿Ha tenido episodios o ataques en más de una ocasión cuando de repente se sintió ansioso/a, asustado/a, incómodo/a o preocupado/a, aun en situaciones cuando la mayoría de la gente no se sentiría de esa manera?</p>	➡ NO	SÍ
	<p>b ¿Alcanzaron los episodios su nivel máximo a los 10 minutos de empezar?</p>	➡ NO	SÍ
D2	En algún momento en el pasado, ¿tuvo inesperadamente alguno de esos episodios o ataques u ocurrieron de una manera impredecible o sin provocarlos?	➡ NO	SÍ
D3	¿Alguna vez ha tenido uno de esos ataques seguido por uno o más meses de preocupación continua de que iba a tener otro ataque, preocupación sobre las consecuencias del ataque o tuvo un cambio significativo en su comportamiento debido a los ataques (por ejemplo, solamente ir de compras si va con alguien, no querer salir de su casa, ir frecuentemente a la sala de emergencias o ver a un médico más seguido debido a los síntomas)?	NO	SÍ
D4	Durante el peor episodio que usted puede recordar:		
	a ¿Sintió que su corazón le saltaba, le latía muy rápido o muy fuerte?	NO	SÍ
	b ¿Le sudaron o se le humedecieron las manos?	NO	SÍ
	c ¿Temblaba o se sacudía?	NO	SÍ
	d ¿Le faltó el aire o tuvo dificultad para respirar?	NO	SÍ
	e ¿Tuvo la sensación de que se ahogaba o de que tenía un nudo en la garganta?	NO	SÍ
	f ¿Sintió dolor, presión o molestia en el pecho?	NO	SÍ
	g ¿Tuvo náuseas, problemas estomacales o diarrea repentina?	NO	SÍ
	h ¿Se sintió mareado/a, que tambaleaba o como que se iba a desmayar?	NO	SÍ
	i ¿Las cosas a su alrededor parecían extrañas, irreales, distantes o desconocidas, o se sintió fuera o separado/a de alguna parte o de todo el cuerpo?	NO	SÍ
	j ¿Tuvo miedo de que estuviera perdiendo el control o volviéndose loco/a?	NO	SÍ
	k ¿Tuvo miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ
	l ¿Sintió hormigueo o entumecimiento en partes del cuerpo?	NO	SÍ
	m ¿Tuvo calores (bochornos) o escalofríos?	NO	SÍ
D5	¿CLASIFICÓ COMO SÍ LA D3 Y 4 O MÁS RESPUESTAS D4 ? SI RESPONDIÓ SÍ A LA D5, PASE A LA D7.	NO	SÍ <small>TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) DE POR VIDA</small>
D6	SI LA D5 = NO , ¿CLASIFICÓ ALGUNA DE LAS RESPUESTAS D4 COMO SÍ ? ENTONCES PASE A LA E1 .	NO	SÍ <small>ATAQUES DE SÍNTOMAS LIMITADOS DE POR VIDA</small>
D7	Durante el último mes, ¿tuvo estos ataques (2 o más) repetidamente, y sintió preocupación continua de tener otro ataque, o se preocupó por las consecuencias de los ataques, o cambió su comportamiento de alguna manera debido a los ataques?	NO	SÍ <small>TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) ACTUAL</small>

E. AGORAFOBIA

E1	¿Se siente ansioso/a o preocupado/a en lugares o situaciones donde no haya ayuda disponible o donde escapar podría ser difícil: como estar en una multitud; hacer fila (cola); estar solo/a en su casa o lejos de su casa; cruzar un puente; viajar en autobús, tren o automóvil o donde pudiera tener un ataque de pánico o síntomas parecidos a los de pánico tales como los que acabamos de mencionar?	NO	SÍ
----	---	----	----

SI LA **E1** = **NO**, MARQUE **NO** CON UN CÍRCULO EN LA **E2**.

E2	¿Siente tanto miedo de estas situaciones que las evita, sufre durante ellas o necesita a alguien para enfrentarlas?	NO	SÍ <small>AGORAFOBIA ACTUAL</small>
----	---	----	--

¿CLASIFICÓ LA **E2** (AGORAFOBIA ACTUAL) COMO **SÍ**?

y

¿CLASIFICÓ LA **D7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) ACTUAL) COMO **SÍ**?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) con agorafobia ACTUAL	

¿CLASIFICÓ LA **E2** (AGORAFOBIA ACTUAL) COMO **NO**?

y

¿CLASIFICÓ LA **D7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) ACTUAL) COMO **SÍ**?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) sin agorafobia ACTUAL	

¿CLASIFICÓ LA **E2** (AGORAFOBIA ACTUAL) COMO **SÍ**?

y

¿CLASIFICÓ LA **D5** (TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO) DE POR VIDA) COMO **NO**?

NO	SÍ
AGORAFOBIA, ACTUAL sin historial de trastorno de angustia (pánico)	

F. FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)

(➔ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

F1	En el último mes, ¿tuvo un miedo continuo y una ansiedad significativa por el hecho de ser observado/a, ser el centro de atención o tuvo miedo de sentirse humillado/a o avergonzado/a? Esto incluye situaciones como hablar en público, comer en público o con otras personas, escribir mientras alguien lo/la mira o estar en situaciones sociales.	➔ NO	SÍ
----	---	---------	----

F2 ¿Es este miedo social excesivo o poco razonable y casi siempre le da ansiedad? ➔
NO SÍ

F3 ¿Tiene tanto miedo de estas situaciones sociales que las evita o sufre durante ellas la mayor parte del tiempo? ➔
NO SÍ

F4 ¿Interrumpen estos temores sociales su trabajo normal, sus estudios o su desempeño social o le causan angustia considerable?

SUBTIPOS

¿Tiene usted miedo y evita 4 o más situaciones sociales?

Si respondió SÍ Fobia social generalizada (trastorno de ansiedad social)

Si respondió NO Fobia social no generalizada (trastorno de ansiedad social)

ALGUNOS EJEMPLOS DE ESAS SITUACIONES SOCIALES TÍPICAMENTE INCLUYEN

- INICIAR O MANTENER UNA CONVERSACIÓN,
- PARTICIPAR EN GRUPOS PEQUEÑOS,
- TENER UNA CITA ROMÁNTICA (SALIR CON ALGUIEN),
- HABLAR CON PERSONAS EN POSICIÓN DE AUTORIDAD,
- ASISTIR A FIESTAS,
- HABLAR EN PÚBLICO,
- COMER DELANTE DE OTRAS PERSONAS,
- ORINAR EN UN BAÑO PÚBLICO, ETC.

NOTA AL/A LA ENTREVISTADOR/A: POR FAVOR EVALÚE SI LOS TEMORES DEL/DE LA PACIENTE SE LIMITAN A SITUACIONES SOCIALES NO GENERALIZADAS (“SÓLO 1 O VARIAS”) O INCLUYEN SITUACIONES SOCIALES GENERALIZADAS (“LA MAYORÍA”). “LA MAYORÍA” DE LAS SITUACIONES SOCIALES GENERALMENTE ES OPERACIONALIZADA PARA SIGNIFICAR 4 O MÁS SITUACIONES SOCIALES, AUNQUE EL DSM-IV NO LO DICE EXPLÍCITAMENTE.

NO	SÍ
FOBIA SOCIAL <i>(Trastorno de ansiedad social)</i> ACTUAL	
GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>
NO-GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>

G. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

(➡SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

G1	<p>En el último mes, ¿se ha sentido molesto/a con la recurrencia de pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas, de mal gusto, inapropiadas, intrusas o angustiantes? (Por ejemplo, la idea de estar sucio/a, contaminado/a o de tener gérmenes o miedo de contaminar a otras personas o miedo de lastimar a alguien aunque este pensamiento lo perturbe o angustie o miedo de dejarse llevar por algún impulso o miedo o supersticiones de que sea responsable de que las cosas salgan mal u obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales o acumular/guardarlo todo, coleccionar u obsesiones religiosas.)</p> <p>(NO INCLUYA PREOCUPACIONES EXCESIVAS SOBRE PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUYA OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, DESVIACIONES SEXUALES, APOSTAR DE MANERA PATOLÓGICA O ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, PORQUE EL/LA PACIENTE PUEDE EXPERIMENTAR PLACER AL REALIZAR ESA ACTIVIDAD Y TAL VEZ QUIERA RESISTIRSE A ELLA SÓLO DEBIDO A SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.)</p>	NO ↓ PASE A LA G4	SÍ				
G2	¿Volvían siempre a sus pensamientos aun cuando intentó ignorarlos o librarse de ellos?	NO ↓ PASE A LA G4	SÍ				
G3	¿Cree que estas obsesiones son el resultado de su propia mente y no son impuestas desde el exterior?	NO	SÍ obsesiones				
G4	En el último mes, ¿hizo algo repetidamente sin poder resistirlo, como lavarse o limpiar excesivamente, contar o revisar las cosas varias veces o repetir, coleccionar, arreglar cosas u otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones				
	¿CLASIFICÓ LA G3 O LA G4 COMO SÍ?	➡ NO	SÍ				
G5	En algún momento, ¿reconoció que estos pensamientos obsesivos o comportamientos compulsivos eran excesivos o irrazonables?	➡ NO	SÍ				
G6	En el último mes, ¿interfirieron significativamente estos pensamientos obsesivos y/o comportamientos compulsivos con su rutina habitual, su trabajo o estudios, sus actividades sociales cotidianas, sus relaciones o le tomaron más de una hora al día?	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: middle;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: middle;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">T.O.C ACTUAL</td> </tr> </table>		NO	SÍ	T.O.C ACTUAL	
NO	SÍ						
T.O.C ACTUAL							

H. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(➡SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

H1	¿Alguna vez ha experimentado o ha sido testigo o ha tenido que enfrentar un acontecimiento extremadamente traumático que incluyó una muerte real, una amenaza de muerte o lesiones serias a usted o a otra persona?	➡ NO	SÍ
	ALGUNOS EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS INCLUYEN: ACCIDENTES SERIOS, UN ATAQUE SEXUAL O FÍSICO, UN ATAQUE TERRORISTA, SER TOMADO/A COMO REHÉN, SECUESTRADO/A, UN INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, UNA GUERRA O DESASTRE NATURAL, VER LA MUERTE VIOLENTA O REPENTINA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, O UNA ENFERMEDAD QUE PONE LA VIDA EN PELIGRO.		
H2	¿Reaccionó con miedo extremo, impotencia u horror?	➡ NO	SÍ
H3	En el último mes, ¿ha experimentado nuevamente el acontecimiento de manera angustiante (como en sueños, recuerdos intensos, sensación repentina de revivir lo sucedido o reacciones físicas) o sintió una angustia intensa cuando le recordaron el acontecimiento o vivió un evento similar?	➡ NO	SÍ

H4 En el último mes:

a	¿Ha evitado pensar o hablar sobre el acontecimiento?	NO	SÍ
b	¿Ha evitado actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento?	NO	SÍ
c	¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante de lo sucedido?	NO	SÍ
d	¿Ha perdido mucho el interés en pasatiempos o actividades sociales?	NO	SÍ
e	¿Se ha sentido distante o alejado/a de los demás?	NO	SÍ
f	¿Ha notado que sus sentimientos están como adormecidos?	NO	SÍ
g	¿Ha sentido que su vida se va a acortar o que se va a morir antes que los demás?	NO	SÍ
	¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS H4 COMO SÍ?	➡ NO	SÍ

H5 En el último mes:

a	¿Ha tenido dificultad para dormir?	NO	SÍ
b	¿Ha estado especialmente irritable o tuvo arranques de rabia?	NO	SÍ
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ
d	¿Ha estado nervioso/a o constantemente a la defensiva?	NO	SÍ
e	¿Se sobresaltó fácilmente?	NO	SÍ
	¿CLASIFICÓ 2 O MÁS RESPUESTAS H5 COMO SÍ?	➡ NO	SÍ

H6 En el último mes, ¿interfirieron estos problemas considerablemente con su trabajo, sus estudios o actividades sociales o le causaron mucha angustia?

NO SÍ

**TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

I. DEPENDENCIA / ABUSO DEL ALCOHOL

(➔SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN TODOS LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

11	En los últimos 12 meses , ¿se ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en 3 o más ocasiones?	➔ NO	SÍ
----	---	---------	----

12 En los últimos 12 meses:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | ¿Necesitó tomar más para obtener el mismo efecto que tenía cuando apenas empezaba a tomar o tuvo un efecto menor con el consumo de la misma cantidad? | NO | SÍ |
| b | Cuando redujo su consumo de alcohol, ¿le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado/a? ¿Bebió para evitar estos síntomas (por ejemplo, temblores, sudor o agitación) o para evitar la resaca (la cruda)?
SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO SÍ. | NO | SÍ |
| c | En las ocasiones en que tomó alcohol, ¿terminó bebiendo más de lo que planeó cuando empezó? | NO | SÍ |
| d | ¿Ha tratado de reducir su consumo de alcohol o dejar de tomar pero no ha podido? | NO | SÍ |
| e | En los días en que tomó, ¿pasó mucho tiempo tratando de obtener alcohol, tomando o recuperándose de los efectos del alcohol? | NO | SÍ |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos o compartiendo con los demás debido al alcohol? | NO | SÍ |
| g | ¿Ha seguido tomando a pesar de saber que el alcohol le causó problemas de salud física o mental? | NO | SÍ |

¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS 12 COMO SÍ?

* SI RESPONDIÓ SÍ, NO HAGA LAS PREGUNTAS 13 Y PASE AL SIGUIENTE MÓDULO. "LA DEPENDENCIA IMPLICA EL ABUSO" EN EL DSM IV TR.

NO	SÍ *
DEPENDENCIA DEL ALCOHOL ACTUAL	

13 En los últimos 12 meses:

- | | | | |
|---|---|----|----|
| a | ¿Ha estado intoxicado/a, borracho/a o con resaca (crudo/a) más de una vez cuando tenía otras responsabilidades de estudio, de trabajo o del hogar? ¿Le causó esto algún problema?
(CLASIFIQUE COMO SÍ SÓLO SI ESTO CAUSÓ PROBLEMAS.) | NO | SÍ |
| b | ¿Estuvo intoxicado/a más de una vez en una situación de peligro físico, por ejemplo, manejar un automóvil, una moto o un bote, usar maquinaria, etc.? | NO | SÍ |
| c | ¿Tuvo problemas legales más de una vez debido al alcohol, por ejemplo, un arresto o alteración del orden público? | NO | SÍ |
| d | Si su consumo de alcohol le causó problemas con su familia o con otras personas, ¿siguió bebiendo a pesar de esto? | NO | SÍ |

¿CLASIFICÓ 1 O MÁS RESPUESTAS 13 COMO SÍ?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

J. DEPENDENCIA / ABUSO DE SUSTANCIAS (NO ALCOHOL)

(➔ SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN TODOS LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

Ahora le voy a mostrar / leer una lista de drogas de la calle o medicamentos.				
J1	a	En los últimos 12 meses, ¿usó alguna de estas drogas más de una vez, para sentirse drogado/a, eufórico/a, alegre o para cambiar su estado de ánimo?	➔ NO	SÍ

MARQUE CON UN CÍRCULO CADA DROGA QUE TOMÓ:

Estimulantes: anfetaminas, “speed”, crystal meth, “crank”, “rush”, Dexedrina, Ritalina, pastillas para adelgazar.

Cocaína: por la nariz, intravenoso, “freebase”, crack, “speedball”.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, Darvon, codeína, Percodan, Vicoden, OxyContin.

Alucinógenos: LSD (“ácido”), mescalina, peyote, psilocibina, STP, “hongos”, “éxtasis”, MDA, MDMA.

Fenciclidina: PCP (“Angel Dust”, “PeaCe Pill”, “Tranq”, “Hog”), o ketamina (“special K”).

Inhalantes: “pegamento”, cloruro etílico, “rush”, óxido nitroso (“gas de la risa”), nitrato de amilo o butilo (“poppers”).

Cannabis: marihuana, hachís (“hash”), THC, “mota”, “porro”, “macoña”, “hierba”, “caño”.

Tranquilizantes: Quaalude, Seconal (“reds”), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halcion, barbitúricos, Miltown, GHB, Roofinol, “Roofies”.

Otras sustancias: Esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Medicina para la tos? ¿Cualquier otra?

ESPECIFIQUE LA DROGA O DROGAS MÁS USADAS: _____

¿QUÉ DROGA(S) CAUSA(N) LOS MAYORES PROBLEMAS? _____

PRIMERO INVESTIGUE LA DROGA QUE CAUSA LOS MAYORES PROBLEMAS Y QUE MEJOR CORRESPONDA AL CRITERIO DE DEPENDENCIA/ABUSO.

SI CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ABUSO O DEPENDENCIA, PASE AL SIGUIENTE MÓDULO. DE OTRA MANERA, INVESTIGUE LA SIGUIENTE DROGA MÁS PROBLEMÁTICA.

J2 Tomando en cuenta su uso de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

a	¿Ha notado que necesitó usar mucho más (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener el mismo efecto que tenía cuando apenas empezaba a usarla?	NO	SÍ
---	---	----	----

b	Cuando redujo su consumo o dejó de usar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), ¿tuvo síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarrea, náuseas, sudores, latidos fuertes del corazón, dificultad para dormir o se sintió agitado/a, ansioso/a, irritable o deprimido/a)? ¿Usó alguna droga para no sentirse mal (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ
---	--	----	----

SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO SÍ.

c	¿Ha notado a menudo que cuando usó (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), acabó usando más de lo que planeaba?	NO	SÍ
---	---	----	----

- | | | | |
|---|---|----|----|
| d | ¿Ha tratado de reducir su consumo o de dejar de usar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero no ha podido? | NO | SÍ |
| e | En los días en que usó (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), ¿pasó mucho tiempo (>2 HORAS) tratando de obtener, usando o recuperándose de los efectos de la droga o pensando en ella? | NO | SÍ |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos o compartiendo con familia o amigos debido a la droga? | NO | SÍ |
| g | Si (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) le causó problemas de salud física o mental, ¿lo/la siguió tomando a pesar de esto? | NO | SÍ |

¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS J2 COMO SÍ?

ESPECIFIQUE LA(S) DROGA(S): _____

* SI RESPONDIÓ SÍ, NO HAGA LAS PREGUNTAS J3, PASE AL SIGUIENTE TRASTORNO. "LA DEPENDENCIA IMPLICA EL ABUSO" EN EL DSM IV TR.

NO	SÍ *
DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS ACTUAL	

Tomando en cuenta su uso de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|----|---|--|----|----|
| J3 | a | ¿Ha estado intoxicado/a, drogado/a o con resaca (crudo/a) después de usar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) más de una vez cuando tenía otras responsabilidades de estudio, de trabajo o del hogar?
¿Le causó esto algún problema? | NO | SÍ |
| | | (CLASIFIQUE COMO SÍ SÓLO SI ESTO CAUSÓ PROBLEMAS.) | | |
| | b | ¿Estuvo drogado/a o intoxicado/a después de usar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) más de una vez en una situación de peligro físico (por ejemplo, manejar un automóvil, una moto o un bote, usar maquinaria, etc.)? | NO | SÍ |
| | c | ¿Tuvo problemas legales más de una vez debido a la(s) droga(s), por ejemplo, un arresto o alteración del orden público? | NO | SÍ |
| | d | Si (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGA SELECCIONADA) le causó problemas con su familia u otras personas, ¿lo/la siguió tomando a pesar de esto? | NO | SÍ |

¿CLASIFICÓ 1 O MÁS RESPUESTAS J3 COMO SÍ?

ESPECIFIQUE LA(S) DROGA(S): _____

NO	SÍ
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	

K. TRASTORNOS PSICÓTICOS Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA QUE CONTESTE AFIRMATIVAMENTE. CLASIFIQUE COMO **SÍ** SÓLO SI LOS EJEMPLOS MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CLASIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO “EXTRAÑAS”.

LAS IDEAS DELIRANTES SON “EXTRAÑAS” SI: SON CLARAMENTE INVEROSÍMILES, ABSURDAS, INCOMPRESIBLES Y NO PUEDEN PROVENIR DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SE CLASIFICAN COMO “EXTRAÑAS” SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O COMPORTAMIENTO DE LA PERSONA O CUANDO DOS O MÁS VOCES HABLAN ENTRE ELLAS. EL PROPÓSITO DE ESTE MÓDULO ES EXCLUIR A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS. ESTE MÓDULO REQUIERE EXPERIENCIA.

Ahora le voy a preguntar sobre experiencias poco usuales que algunas personas tienen.

				EXTRAÑA
K1	a	¿Alguna vez ha pensado que la gente lo/la espía, que alguien está tramando algo en contra de usted o tratando de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR ACOSO REAL.	NO SÍ	SÍ
	b	SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA: ¿actualmente cree estas cosas?	NO SÍ	SÍ ↳K6
K2	a	¿Alguna vez ha creído que alguien le leía la mente o podía oír sus pensamientos o que usted podía leer la mente de alguien u oír lo que alguien pensaba?	NO SÍ	SÍ
	b	SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA: ¿actualmente cree estas cosas?	NO SÍ	SÍ ↳K6
K3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o alguna fuerza externa le ponía pensamientos en la mente que no eran suyos o le hacía actuar de manera que usted no actuaría normalmente? ¿Alguna vez ha sentido que estaba poseído/a (endemoniado/a)? CLÍNICO: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO SÍ	SÍ
	b	SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA: ¿actualmente cree estas cosas?	NO SÍ	SÍ ↳K6
K4	a	¿Alguna vez ha creído que le estaban mandando mensajes especiales a través de la televisión, la radio, el Internet, los periódicos, los libros o las revistas o que alguien que usted no conocía personalmente estaba especialmente interesado/a en usted?	NO SÍ	SÍ
	b	SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA: ¿actualmente cree estas cosas?	NO SÍ	SÍ ↳K6
K5	a	¿Sus parientes o amigos han considerado alguna de sus creencias extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. SÓLO CLASIFIQUE COMO SÍ EN CASO DE QUE LOS EJEMPLOS SEAN CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO INVESTIGADAS EN LAS PREGUNTAS K1 A K4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS O RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, DE CELOS, DE CULPA, RUINA O POBREZA EXTREMA, ETC.	NO SÍ	SÍ
	b	SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA: ¿consideran ellos actualmente que sus creencias son raras?	NO SÍ	SÍ
K6	a	¿Alguna vez ha oído cosas que los demás no oían, como voces? SI RESPONDIÓ SÍ A LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS: ¿Oyó una voz que hacía comentarios sobre sus pensamientos o comportamiento o escuchó dos o más voces hablando entre ellas?	NO SÍ	SÍ
	b	SI RESPONDIÓ SÍ O SÍ EXTRAÑA A LA K6a: ¿Ha oído sonidos / voces durante el último mes? SI RESPONDIÓ SÍ A LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS: ¿Oyó una voz que hacía comentarios sobre sus pensamientos o comportamiento o escuchó dos o más voces hablando entre ellas?	NO SÍ	SÍ ↳K8b

K7 a ¿Alguna vez ha tenido visiones cuando estaba despierto/a o ha visto cosas que otras personas no pueden ver? NO SÍ
CLÍNICO: VERIFIQUE SI SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

b **SI RESPONDIÓ SÍ:** ¿ha visto estas cosas durante el último mes? NO SÍ

OPINIÓN DEL CLÍNICO

K8 b ¿EL/LA PACIENTE ACTUALMENTE MUESTRA INCOHERENCIA, UNA PÉRDIDA MARCADA DE ASOCIACIONES O HABLA DESORGANIZADAMENTE? NO SÍ

K9 b ¿EL/LA PACIENTE ACTUALMENTE MUESTRA COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? NO SÍ

K10 b ¿ESTÁN PRESENTES DE MANERA PROMINENTE DURANTE LA ENTREVISTA SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA, POR EJEMPLO, CARENCIA SIGNIFICATIVA DE EXPRESIÓN AFECTIVA, POBREZA EN EL LENGUAJE (ALOGIA) O INCAPACIDAD PARA INICIAR O CONTINUAR CON ACTIVIDADES QUE SE ORIENTEN AL CUMPLIMIENTO DE UNA META (FALTA DE VOLICIÓN)? NO SÍ

K11 a ¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS “a” DE LA K1a A LA K7a COMO **SÍ O SÍ EXTRAÑA** Y ES:

¿EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL, RECURRENTE O PASADO)?

¿EPISODIO MANÍACO O HIPOMANÍACO (ACTUAL O PASADO) CLASIFICADO **SÍ**?

NO SÍ
↳K13

SI RESPONDIÓ NO A LA K11a, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN LOS DOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO “TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS” Y PASE A LA K13.

b Usted dijo anteriormente que tuvo período(s) en que se sintió (deprimido/a o en estado eufórico o continuamente irritable).

¿Son las creencias y experiencias que acaba de describir (SÍNTOMAS CLASIFICADOS COMO **SÍ** DE LA K1a A K7a) limitadas exclusivamente a momentos en que se sintió deprimido/a o en estado eufórico o irritable?

SI EL/LA PACIENTE TUVO ALGUNA VEZ UN PERÍODO DE POR LO MENOS 2 SEMANAS CON ESTAS CREENCIAS O EXPERIENCIAS (SÍNTOMAS PSICÓTICOS) CUANDO NO ESTABA DEPRIMIDO/A O EN ESTADO EUFÓRICO O IRRITABLE, CLASIFIQUE ESTE TRASTORNO COMO NO.

SI RESPONDIÓ NO PARA ESTE TRASTORNO, TAMBIÉN MARQUE NO CON UN CÍRCULO PARA LA K12 Y PASE A LA K13.

NO SÍ

**TRASTORNO DEL ESTADO
DE ÁNIMO CON
SÍNTOMAS PSICÓTICOS**

DE POR VIDA

K12 a ¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS “b” DE LA K1b A LA K7b COMO **SÍ O SÍ EXTRAÑA** Y ES:

¿EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)?

¿EPISODIO MANÍACO O HIPOMANÍACO (ACTUAL) CLASIFICADO **SÍ**?

NO SÍ

**TRASTORNO DEL ESTADO
DE ÁNIMO CON
SÍNTOMAS PSICÓTICOS**

ACTUAL

SI RESPONDIÓ SÍ PARA ESTE TRASTORNO (DE POR VIDA O ACTUAL), ENCIERRE NO PARA LA K13 Y LA K14 Y PASE AL SIGUIENTE MÓDULO.

K13 ¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS “b” DE LA K1b A LA K6b COMO SÍ EXTRAÑA?
O
¿CLASIFICÓ 2 O MÁS PREGUNTAS “b” DE LA K1b A LA K10b COMO SÍ (EN LUGAR DE SÍ EXTRAÑA)?
¿Y POR LO MENOS DOS DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 1 MES?

NO	SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL	

K14 ¿CLASIFICÓ LA K13 COMO SÍ?
O
¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS “a” DE LA K1a A LA K6a COMO SÍ EXTRAÑA?
O
¿CLASIFICÓ 2 O MÁS PREGUNTAS “a” DE LA K1a A LA K7a COMO SÍ(EN LUGAR DE SÍ EXTRAÑA)?
¿Y POR LO MENOS DOS DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 1 MES?

NO	SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA	

L. ANOREXIA NERVIOSA

(➔ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

L1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pulg.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cm.
	b	¿Cuál fue su peso más bajo durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg.
	c	¿ES EL PESO DEL/DE LA PACIENTE IGUAL O MÁS BAJO QUE EL LÍMITE QUE LE CORRESPONDE CON BASE EN SU ESTATURA? (VEA LA TABLA A CONTINUACIÓN)	➔ NO	SÍ	

En los últimos 3 meses:

L2	A pesar de su peso bajo, ¿ha intentado no subir de peso?	➔ NO	SÍ
L3	¿Ha tenido un miedo intenso de subir de peso o engordar, aunque esté por debajo de peso?	➔ NO	SÍ
L4	a ¿Se ha considerado demasiado grande o gordo/a o que parte de su cuerpo era demasiado grande o gorda?	NO	SÍ
	b ¿Ha influido el peso o la forma de su cuerpo de gran manera en el modo en que se sentía sobre sí mismo/a?	NO	SÍ
	c ¿Ha pensado que su bajo peso actual era normal o excesivo?	NO	SÍ
L5	¿CLASIFICÓ 1 O MÁS PREGUNTAS DE LA L4 COMO SÍ?	➔ NO	SÍ
L6	SÓLO PARA MUJERES: en los últimos 3 meses, ¿dejó de tener todos sus períodos menstruales cuando debería haberlos tenido (no estando embarazada)?	➔ NO	SÍ

PARA MUJERES: ¿CLASIFICÓ LA L5 Y LA L6 COMO SÍ?

PARA HOMBRES: ¿CLASIFICÓ LA L5 COMO SÍ?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA DE ESTATURA / PESO CORRESPONDIENTE AL LÍMITE DE IMC (ÍNDICE DE MASA CORPORAL) DE 17.5 KG./M²

Estatura/Peso		4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10
pies/pulg.															
libras		81	84	87	89	92	96	99	102	105	108	112	115	118	122
cm.		145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
Kg.		37	38	39	41	42	43	45	46	48	49	51	52	54	55

Estatura/Peso		5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
pies/pulg.						
libras		125	129	132	136	140
cm.		180	183	185	188	191
Kg.		57	59	60	62	64

Estos límites de peso fueron calculados usando un índice de masa corporal (IMC) igual o menor que 17,5 Kg./m² con respecto a la estatura del/de la paciente. Estas son las directrices/pautas correspondientes a los límites de peso por debajo de los cuales una persona se considera por debajo del peso recomendado por los Criterios de Diagnóstico para la Investigación de Anorexia Nerviosa del DSM-IV y la CIE-10.

M. BULIMIA NERVIOSA

(➡ SIGNIFICA: VAYA A LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN TODOS LOS RECUADROS DE DIAGNÓSTICO, Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

M1	En los últimos 3 meses, ¿tuvo atracones de comida o comió muchísima comida en un período de 2 horas?	➡ NO	SÍ
M2	En los últimos 3 meses, ¿tuvo atracones de comida tan frecuentes como dos veces a la semana?	➡ NO	SÍ
M3	Durante estos atracones, ¿sintió que su manera de comer estaba fuera de control?	➡ NO	SÍ
M4	¿Hizo algo para compensar o evitar subir de peso como consecuencia de estos atracones como vomitar, ayunar, hacer ejercicio o usar laxantes, enemas, diuréticos (píldoras para la retención de líquido) u otro medicamento?	➡ NO	SÍ
M5	¿Influye el peso o la forma de su cuerpo de gran manera en el modo en que se siente sobre sí mismo/a?	➡ NO	SÍ
M6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL/DE LA PACIENTE CON LOS CRITERIOS PARA LA ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SÍ
		↓ Pase a la M8	
M7	¿Tiene estos atracones solamente cuando está por debajo de (_____ libras/Kg.)? <small>ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA ENTRE LOS PARÉNTESIS DE ARRIBA EL LÍMITE DE PESO PARA LA ESTATURA DE ESTE/A PACIENTE DE LA TABLA DE ESTATURA/PESO EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.</small>	NO	SÍ

M8 ¿CLASIFICÓ LA M5 COMO SÍ Y LA M6 O M7 COMO NO?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CLASIFICÓ LA M7 COMO SÍ?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA <i>Tipo compulsivo/Tipo purgativo</i> ACTUAL	

N. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(➔ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO Y PASE AL MÓDULO SIGUIENTE)

N1	a	¿Se ha preocupado excesivamente o ha estado ansioso/a por varias cosas ordinarias en los últimos 6 meses? SI EL/LA PACIENTE NO ENTIENDE LO QUE USTED QUIERE DECIR, INVESTIGUE PREGUNTANDO (¿Cree que los demás lo/la consideran una persona que se preocupa demasiado?) Y PIDA EJEMPLOS.	➔ NO	SÍ
	b	¿Están presentes estas ansiedades y preocupaciones la mayoría de los días?	➔ NO	SÍ
		¿ESTÁN LA ANSIEDAD Y LAS PREOCUPACIONES DEL/DE LA PACIENTE EXCLUSIVAMENTE RESTRINGIDAS A, O SE EXPLICA MEJOR POR CUALQUIER TRASTORNO ANTERIOR A ESTE PUNTO?	➔ NO	SÍ
N2	¿Nota que es difícil controlar sus preocupaciones?	➔ NO	SÍ	
N3	PARA LO SIGUIENTE, CLASIFIQUE COMO NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A CARACTERÍSTICAS DE ALGÚN TRASTORNO INVESTIGADO ANTERIORMENTE. Cuando estuvo ansioso/a en los últimos 6 meses, la mayoría del tiempo usted:			
	a	¿Se sintió inquieto/a, nervioso/a o con los nervios de punta?	NO	SÍ
	b	¿Sintió tensión muscular?	NO	SÍ
	c	¿Se sintió cansado/a, débil o exhausto/a fácilmente?	NO	SÍ
	d	¿Tuvo dificultad para concentrarse o se dio cuenta de que su mente se quedaba en blanco?	NO	SÍ
	e	¿Se sintió irritable?	NO	SÍ
	f	¿Tuvo dificultad para dormir (dificultad para dormirse, se despertaba durante la noche, muy temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ
		¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS N3 COMO SÍ?	➔ NO	SÍ
N4	¿Interfieren estas ansiedades y preocupaciones en su funcionamiento usual en su trabajo, sus estudios o vida social o le causan angustia significativa?			

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

O. DESCARTE CAUSAS MÉDICAS, ORGÁNICAS O DE DROGAS PARA TODOS LOS TRASTORNOS

SI EL/LA PACIENTE CLASIFICÓ COMO SÍ PARA ALGÚN TRASTORNO ACTUAL, PREGUNTE:

Justo antes de que empezaran estos síntomas:

- O1 a ¿Estaba tomando alguna droga o medicamento? No Sí No estoy seguro/a
- O1 b ¿Tenía alguna enfermedad? No Sí No estoy seguro/a
- EN LA OPINIÓN DEL CLÍNICO: ¿ES ALGUNA DE ÉSTAS LA POSIBLE CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO DEL/DE LA PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ABIERTAS ADICIONALES.
- O2 **RESUMEN:** ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? No Sí No estoy seguro/a

P. TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

(➡ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DE DIAGNÓSTICO Y MARQUE NO CON UN CÍRCULO)

P1 Antes de los 15 años de edad:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | ¿Repetidamente faltaba a la escuela o se escapaba de la casa durante la noche? | NO | SÍ |
| b | ¿Repetidamente mentía, hacía trampa, estafaba o robaba? | NO | SÍ |
| c | ¿Empezaba peleas, intimidaba o amenazaba a los demás? | NO | SÍ |
| d | ¿Destruía cosas o iniciaba incendios a propósito? | NO | SÍ |
| e | ¿Maltrataba animales o a personas a propósito? | NO | SÍ |
| f | ¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted? | NO | SÍ |
| | ➡ | | |
| | ¿CLASIFICÓ 2 O MÁS RESPUESTAS P1 COMO SÍ? | NO | SÍ |

NO CLASIFIQUE LOS COMPORTAMIENTOS SIGUIENTES COMO SÍ SI SON MOTIVADOS EXCLUSIVAMENTE POR POLÍTICA O RELIGIÓN.

P2 Desde los 15 años de edad:

- | | | | |
|---|---|----|----|
| a | ¿Se ha comportado repetidamente de manera considerada irresponsable por los demás, como no pagar sus deudas, ser impulsivo/a a propósito o deliberadamente no trabajar para mantenerse? | NO | SÍ |
| b | ¿Ha hecho cosas ilegales aunque no lo/la descubrieran (por ejemplo, destruir cosas, robar en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer un delito)? | NO | SÍ |
| c | ¿Ha tenido peleas físicas repetidamente (incluso peleas físicas con su esposo/a o sus hijos)? | NO | SÍ |
| d | ¿Frecuentemente ha mentido o estafado a otras personas para obtener dinero o placer o ha mentido simplemente por diversión? | NO | SÍ |
| e | ¿Ha puesto a otras personas en peligro sin importarle? | NO | SÍ |
| f | ¿No ha tenido remordimientos después de lastimar, maltratar, mentir o robar a otras personas o después de dañar la propiedad ajena? | NO | SÍ |

¿CLASIFICÓ 3 O MÁS RESPUESTAS P2 COMO SÍ?

NO

SÍ

**TRASTORNO DE
PERSONALIDAD
ANTISOCIAL
DE POR VIDA**

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

REFERENCES

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*, 1998; 59 (suppl 20):22-23.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

Scientific committee for the M.I.N.I. 6.0.0:

A.Carlo Altamura, Milano, Italy
Cyril Hoschl, Praha, Czech Republic
George Papadimitriou, Athens, Greece
Hans Ågren, Göteborg, Sweden
Hans-Jürgen Möller, München, Germany
Hans-Ulrich Wittchen, Dresden, Germany
István Bitter, Budapest, Hungary
Jean-Pierre Lépine, Paris, France
Jules Angst, Zurich, Switzerland
Julio Bobes, Oviedo, Spain
Luciano Conti, Pisa, Italy
Marelli Colon-Soto MD, Puerto Rico, United States
Michael Van Amerigen MD, Toronto, Canada
Rosario Hidalgo MD, Tampa, United States
Siegfried Kasper, Vienna, Austria
Thomas Schlaepfer, Bonn, Germany

Translations

Afrikaans
Arabic
Bengali
Braille (English)
Brazilian Portuguese
Bulgarian
Chinese

Czech
Danish
Dutch/Flemish
English

Estonian
Farsi/Persian
Finnish
French
German
Greek

Gujarati
Hebrew
Hindi
Hungarian
Icelandic

M.I.N.I. 4.4 or earlier versions

R. Emsley, W.Maartens

P. Amorim
L.G. Hranov

P. Bech
E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan,
E. Knapp, M. Sheehan

M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, I. Bonora, P.Amorim, J.P. Lepine
I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
S. Beratis

J. Zohar, Y. Sasson

I. Bitter, J. Balazs

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 and M.I.N.I. Screen 5.0:

O. Osman, E. Al-Radi
H. Banerjee, A.Banerjee

P. Amorim

L. Caroll, Y-J. Lee, Y-S. Chen, C-C. Chen, C-Y. Liu,
C-K. Wu, H-S. Tang, K-D. Juang, Yan-Ping Zheng.
P. Svlosky
P.Bech, T. Schütze
I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
D.Sheehan, R.Baker, J. Janavs, K.Harnett-Sheehan,
M.Sheehan
J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
K. Khooshabi, A. Zomorodi
M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
T. Calligas, S. Beratis, GN Papidimitriou, T Matsoukas,
CR Soldatos
M. Patel, B. Patel, Organon
R. Barda, I. Levinson, A. Aviv
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir, Organon
I. Bitter, J. Balazs
J.G. Stefansson

Italian	I. Bonora, L. Conti, M. Piccenelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller.	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japanese		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima.
Kannada		Organon
Korean		K.S. Oh and Korean Academy of Anxiety Disorders
Latvian	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Lithuanian		A. Bacevicius
Luganda		WW. Muhweziosal, H. Agren
Malayalam		Organon
Marathi		Organon
Norwegian	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polish	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portuguese	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romanian		O. Driga
Russian		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky, L. Shumyak, M. Klisinska.
Serbian	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana	K. Ketlogetswe	
Slovenian	M. Kocmur	
Spanish	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes- Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze, C. Santana, R. Hidalgo
Swedish	M. Waern, S. Andersh, M. Humble	C. Allgulander, H. Agren M. Waern, A. Brimse, M. Humble.
Tamil		Organon
Telugu		Organon
Thai		P. Kittirattanapaiboon, S. Mahatnirunkul, P. Udomrat, P. Silpakit, M. Khamwongpin, S. Srikosai.
Turkish	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner, A. Engeler
Urdu		S. Gambhir
Yiddish		J. Goldman, Chana Pollack, Myrna Mniewski

A validation study of this instrument was made possible, in part, by grants from SmithKline Beecham and the European Commission. The authors are grateful to Dr. Pauline Powers for her advice on the modules on Anorexia Nervosa and Bulimia.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO

Consulte los módulos: A Episodio depresivo mayor
 C Episodios (hipo)maníacos
 K Trastornos psicóticos

MÓDULO K:

1a ¿CLASIFICÓ LA K11b COMO SÍ?	NO	SÍ
1b ¿CLASIFICÓ LA K12a COMO SÍ?	NO	SÍ

MÓDULOS A y C:

	Actual	Pasado
2 a MARQUE SÍ CON UN CÍRCULO SI SE IDENTIFICÓ UNA IDEA DELIRANTE EN LA A3e	SÍ	SÍ
b MARQUE SÍ CON UN CÍRCULO SI SE IDENTIFICÓ UNA IDEA DELIRANTE EN LA C3a	SÍ	SÍ

c ¿Clasificó como SÍ el Episodio Depresivo Mayor (actual o pasado)?
y
 ¿Clasificó como NO el Episodio Maníaco (actual y pasado)?
y
 ¿Clasificó como NO el Episodio Hipomaniaco (actual y pasado)?
y
 ¿Clasificó como NO los “Síntomas Hipomaniacos” (actual y pasado)?

Especifique:

- Si el episodio depresivo es **actual** o **pasado** o ambos
- **Con síntomas psicóticos** actuales: si la 1b o la 2a (actual) = SÍ
 Con síntomas psicóticos pasados: si la 1a o la 2a (pasado) = SÍ

**TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR**

	actual	pasado
TDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con síntomas psicóticos		
Actual	<input type="checkbox"/>	
Pasado	<input type="checkbox"/>	

d ¿Clasificó como Sí el Episodio Maníaco (actual o pasado)?

Especifique:

- Si el Trastorno Bipolar I es **actual** o **pasado** o ambos
- Con un **Episodio Maníaco Único**: si el episodio maníaco (actual o pasado) = Sí y el Episodio Depresivo Mayor (actual y pasado) = NO
- Con **Síntomas Psicóticos** Actuales: si la 1b o la 2a (actual) o 2b (actual) = Sí
Con Síntomas Psicóticos Pasados: si la 1a o la 2a (pasado) o 2b (pasado) = Sí
- Si el **episodio más reciente** fue maníaco, depresivo, mixto o hipomaníaco o no especificado (todos se excluyen mutuamente)
- **No especificado** si el Episodio Maníaco Pasado clasificó como Sí Y el Episodio Actual (en el Resumen C3 Y la C4a Y la C6 Y la O2) clasificó como Sí

	actual	pasado
TRASTORNO BIPOLAR I		
Trastorno Bipolar I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodio maníaco único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con síntomas psicóticos		
Actual	<input type="checkbox"/>	
Pasado	<input type="checkbox"/>	
Episodio más reciente		
Maníaco	<input type="checkbox"/>	
Depresivo	<input type="checkbox"/>	
Mixto	<input type="checkbox"/>	
Hipomaníaco	<input type="checkbox"/>	
No especificado	<input type="checkbox"/>	

e ¿Clasificó como Sí el Episodio Depresivo Mayor (actual o pasado)?

y

¿Clasificó como Sí el Episodio Hipomaníaco (actual o pasado)?

y

¿Clasificó como NO el Episodio Maníaco (actual y pasado)?

Especifique:

- Si el Trastorno Bipolar es **actual** o **pasado** o ambos
- Si el episodio de estado de ánimo más reciente es **hipomaníaco** o **depresivo** (se excluyen mutuamente)

	actual	pasado
TRASTORNO BIPOLAR II		
Trastorno Bipolar II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodio más reciente		
Hipomaníaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f ¿Clasificó como NO el Episodio Depresivo Mayor (actual y pasado)?

y

¿Clasificó como NO el Episodio Maníaco (actual y pasado)?

y

¿Clasificó como Sí la C4b en el período de tiempo correspondiente?

y

¿Clasificó la C7b como Sí?

o

¿Clasificó como NO el Episodio Maníaco (actual y pasado)?

y

¿Clasificó como NO el Episodio Hipomaníaco (actual y pasado)?

y

¿Clasificó como Sí la C4a en el período de tiempo correspondiente?

y

¿Clasificó la C7c como Sí?

	actual	pasado
TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO		
Trastorno bipolar no especificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique si el Trastorno Bipolar No Especificado es **actual** o **pasado** o ambos.

M.I.N.I. PLUS

Los siguientes módulos sombreados son módulos adicionales que están disponibles en la M.I.N.I. Plus además de los que se pueden encontrar en la M.I.N.I. estándar. Los módulos que no están sombreados pertenecen a la M.I.N.I. estándar.

Estos módulos de la M.I.N.I. Plus se pueden incluir o usar en lugar de los módulos de la M.I.N.I. estándar, según las necesidades específicas del estudio.

MÓDULOS	PERÍODO DE TIEMPO
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas) Pasado Recurrente
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas) Pasado Recurrente
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Actual (2 semanas)
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS CATATÓNICAS	Actual (2 semanas)
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS	Actual (2 semanas)
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual Pasado
TRASTORNO DEPRESIVO MENOR (TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO)	Actual (2 semanas) Pasado Recurrente
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual (2 semanas) Pasado
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual (2 semanas) Pasado
AY TRASTORNO DISTÍMICO	Actual
B SUICIDALIDAD (IDEACIÓN SUICIDA, COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO Y SUICIDA)	Actual (último mes) <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta
C EPISODIO MANÍACO	Actual Pasado
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual Pasado
TRASTORNO BIPOLAR I	Actual Pasado
TRASTORNO BIPOLAR II	Actual Pasado
TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	Actual Pasado
TRASTORNO BIPOLAR I CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual Pasado
EPISODIO MANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual (2 semanas) Pasado
EPISODIO HIPOMANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual (2 semanas) Pasado
EPISODIO MANÍACO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual (2 semanas) Pasado

	EPISODIO HIPOMANIÁCO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual (2 semanas) Pasado
	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO NO ESPECIFICADO	De por vida
D	TRASTORNO DE ANGUSTIA (PÁNICO)	Actual (último mes) De por vida
	TRASTORNO DE ANSIEDAD CON ATAQUES DE PÁNICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual
	TRASTORNO DE ANSIEDAD CON ATAQUES DE PÁNICO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual
E	AGORAFOBIA	Actual
F	FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes) Generalizada No-Generalizada
FA	FOBIA ESPECÍFICA	Actual
G	TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	Actual (último mes)
	TOC DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual
	TOC DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual
H	TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)
HL	TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	De por vida
I	DEPENDENCIA DEL ALCOHOL ABUSO DEL ALCOHOL	Últimos 12 meses Últimos 12 meses
IL	DEPENDENCIA DEL ALCOHOL ABUSO DEL ALCOHOL	De por vida De por vida
J	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol) ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses Últimos 12 meses
JL	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol) ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	De por vida De por vida
K	TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida Actual
	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual
	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	De por vida
	ESQUIZOFRENIA	Actual De por vida
	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Actual De por vida
	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Actual De por vida
	TRASTORNO PSICÓTICO BREVE	Actual De por vida
	TRASTORNO DELIRANTE	Actual De por vida
	TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual De por vida
	TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual De por vida

	TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO	Actual De por vida
L	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)
M	BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)
	BULIMIA NERVIOSA TIPO PURGATIVO	Actual
	BULIMIA NERVIOSA TIPO NO PURGATIVO	Actual
	ANOREXIA NERVIOSA, TIPO COMPULSIVO/TIPO PURGATIVO	Actual
	ANOREXIA NERVIOSA, TIPO RESTRICTIVO	Actual
N	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL	Actual
	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO A SUSTANCIAS	Actual
O	TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN	Actual De por vida
P	HIPOCONDRÍA	Actual
Q	TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Actual
R	TRASTORNO POR DOLOR	Actual
S	TRASTORNO DISOCIAL	Actual (últimos 12 meses)
T	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	Actual (últimos 6 meses) (Niños/Adolescentes)
	TDAH COMBINADO	
	TDAH INATENTO	
	TDAH HIPERACTIVO / IMPULSIVO	
TA	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	Actual (últimos 6 meses) (Adultos)
	TDAH COMBINADO	
	TDAH INATENTO	
	TDAH HIPERACTIVO / IMPULSIVO	
U	TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	Actual
V	TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO	Actual
W	TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual
X	SE DESCARTÓ CAUSA MÉDICA, ORGÁNICA O DE DROGA	
Y	TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL	De por vida