

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Versión en español 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

Spanish version translated by :
L.Ferrando, L.Franco-A, M.Soto, J.Bobes, O Soto, L. Franco, J.Gibert
Instituto IAP – Madrid - SPAIN

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Este documento no puede ser reproducido o transmitido, ni total, ni parcialmente, en forma alguna, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas (como universidades, hospitales, organismos gubernamentales) pueden hacer copias simples del M.I.N.I. con el fin de utilizarlo en el marco estricto de sus actividades clínicas y de investigación.

NOMBRE DEL PACIENTE : _____	PROTOCOLO NÚMERO : _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	Hora de comienzo: _____
ENTREVISTA REALIZADA POR : _____	Hora final: _____
FECHA DE LA ENTREVISTA: _____	DURACION TOTAL: _____

M.I.N.I. 5.0.0 /versión en español / DSM-IV / actual

MODULOS	PERIODOS EXPLORADOS	
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 últimas semanas) + vida entera	
A'. EDM con rasgos melancólicos	Actual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Actual (2 últimos años)	
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	
D. EPISODIO (HIPO-)MANIACO	Actual + vida entera	
E. TRASTORNO POR ANGUSTIA	Actual (último mes) + vida entera	
F. AGORAFOBIA	Actual	
G. FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	
H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)	
I. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<u>Opcional</u>
J. ALCOHOL (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
K. DROGAS (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
L. TRASTORNOS PSICÓTICOS	Actual + vida entera	
M. ANOREXIA NERVIOSA	Actual (3 últimos meses)	
N. BULIMIA	Actual (3 últimos meses)	
O. ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (6 últimos meses)	
P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	Vida entera	<u>Opcional</u>

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. \pm 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva.

• Entrevista :

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de si o no.

• Presentación :

La M.I.N.I. esta dividida en **módulos** identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del modulo «Trastornos psicóticos»), se presentan en un recuadro gris, una o varias **pregunta(s) / filtro(s)** correspondientes a los criterios principales del trastorno.
- Al final de cada modulo, una o varias casillas **diagnósticas**, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

• Acuerdos :

Las frases escritas en «letras minúsculas» deben leerse al paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.

Las frases escritas en «MAYUSCULAS» no deben de leerse al paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.

Las frases escritas en «negrita» indican el periodo de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

Las frases escritas entre (paréntesis) son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Cuando los terminos estan separados por una *barra (/)*, se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente (por ej. pregunta A3).

Las respuestas con una flecha (→) encima, indican, que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnostico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar «NO» en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al modulo siguiente.

• Instrucciones para la anotación :

Todas las preguntas efectuadas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de cada una de las preguntas, enmarcando SI o NO en función de la respuesta del paciente.

El clínico debe asegurarse de que cada uno de los terminos formulados en la pregunta ha sido tenido en cuenta por el sujeto en su respuesta (en particular: los criterios de duración, frecuencia y las alternativas y / o).

Los síntomas imputables a una enfermedad física o al consumo de medicamentos, drogas o alcohol, no deben codificarse SI. La M.I.N.I. Plus que es una versión más detallada, explora estos diferentes aspectos.

Si usted tiene preguntas o sugerencias, si desea ser informado de la utilización de la M.I.N.I. o si quiere estar informado de las actualizaciones, puede contactar con:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, Boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
USA

phone: +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Laura FERRANDO
Instituto de Investigación y
Asistencia Psiquiátrica –IAP
Velázquez 156,
28.002 MADRID
ESPAÑA

Tel: + 91 5644718
Fax: + 91 4115432
e-mail: iap@teleline.es

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto , casi todos los días?	NO	SI	1
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿ A1 <u>o</u> A2 SE HAN CODIFICADO SI ?	→ NO	SI	
A3	En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:			
a	¿Se ha modificado su apetito notablemente, <u>o</u> ha ganado o perdido peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)? CODIFICAR SI , SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	3
b	¿Casi todas las noches, ha tenido problemas de sueño, (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se ha sentido agitado(a) y ha tenido dificultades para permanecer quieto?	NO	SI	5
d	¿ Casi todos los días, se ha sentido fatigado(a), sin energía?	NO	SI	6
e	¿ Casi todos los días, se ha sentido sin valor o culpable?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿Ha tenido en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?	NO	SI	9
A4	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A3 ? (o 4 si A1 <u>o</u> A2 SE HAN CODIFICADO NO) SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:	NO SI EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL		
A5a	¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?	→ NO	SI	10
b	¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?	NO	SI	11
	¿ A5b SE HA CODIFICADO SI ?	NO SI EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO		

A'. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON RASGOS MELANCÓLICOS (opcional)

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A4 = SI), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A6 a	¿A2 SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	12
b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, ha perdido la capacidad de respuesta ante las cosas que previamente le agradaban o le animaban?	NO	SI	13
	SI NO : ¿Cuando ha sucedido algo agradable, le ha hecho sentirse mejor aunque solo fuera temporalmente?			
	¿A6a <u>Q</u> A6b SE HAN CODIFICADO SI?	→ NO	SI	

En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:

A7 a	¿Se ha sentido deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted ha fallecido?	NO	SI	14
b	¿Generalmente y casi todos los días, se ha sentido peor por la mañana?	NO	SI	15
c	¿Casi todos los días, se ha despertado, al menos 2 horas antes de su hora habitual, y ha tenido dificultades para volver a dormirse?	NO	SI	16
d	¿A3c SE HA CODIFICADO SI ?	NO	SI	17
e	¿A3a SE HA CODIFICADO SI ?	NO	SI	18
f	¿Se ha sentido culpable en exceso o de forma desproporcionada con la situación real?	NO	SI	19

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A7 ?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR con Rasgos Melancólicos ACTUAL	

B. DISTIMIA

NO EXPLORAR ESTE MODULO SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

B1	¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo?	→ NO	SI	20
B2	¿Durante este periodo, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más?	NO	→ SI	21
B3	Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Ha cambiado su apetito significativamente?	NO	SI	22
b	¿Ha tenido dificultades para dormir o sueño excesivo?	NO	SI	23
c	¿Se ha sentido fatigado o sin energía?	NO	SI	24
d	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	NO	SI	25
e	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	26
f	¿Se ha sentido desesperanzado?	NO	SI	27
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN B3 ?	→ NO	SI	
B4	¿Estos síntomas depresivos le causaron malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o en alguna otra área importante?	→ NO	SI	28
	¿B4 SE HA CODIFICADO SI ?			

NO SI

***DISTIMIA
ACTUAL***

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

C1	¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	3
C4	¿Ha planeado suicidarse?	NO	SI	4
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	5

A lo largo de su vida:

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	6
----	--------------------------------------	----	----	---

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI?

Si **SI**, ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO COMO SIGUE:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO**
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO**
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO**

NO	SI
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL	
LIGERO	
MODERADO	
ALTO	

D. EPISODIO (HIPO-) MANIACO

D1 a ¿Ha tenido alguna vez, un periodo de tiempo en el que se sintiera con el ánimo tan exaltado o eufórico, o tan lleno de energía, o tan seguro de usted mismo que le supusiera problemas, o bien, en el que otras personas pensarán que no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)

NO SI 1

SI EL PACIENTE NO ENTIENDE BIEN LA PREGUNTA ACLARARLA:
 "Es decir, tenía el humor elevado, mayor energía, menos necesidad de dormir, pensamientos rápidos, estaba lleno de ideas, aumentó su productividad, su creatividad, su motivación o su comportamiento impulsivo"

SI SI

b ¿Se siente, en este momento, exaltado(a) o lleno(a) de energía

NO SI 2

D2 a ¿Ha tenido alguna vez, irritabilidad persistente durante varios días, de tal forma que tenía discusiones, peleas, o discutía con personas ajenas a su familia? ¿Habían notado, usted o los demás, que estaba más irritable o que reaccionaba exageradamente, en comparación con otros, en situaciones que usted creía justificadas? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)

NO SI 3

SI SI

b ¿Actualmente, se siente excesivamente irritable?

NO SI 4



¿D1a O D2a SE HAN CODIFICADO SI?

NO SI

D3 SI D1B O D2B = SI : EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
 SI D1B Y D2B = NO: EXPLORAR EL EPISODIO MÁS GRAVE

Quando se sentía exaltado(a), lleno de energía / irritable :

a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer?

NO SI 5

b ¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?

NO SI 6

c ¿Hablaba demasiado, sin parar o tan rápido que los demás tenían dificultades para comprenderle?

NO SI 7

d ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que no podía seguirlos bien?

NO SI 8

e ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que pensaba o hacía?

NO SI 9

f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás estaban preocupados por usted?

NO SI 10

g

¿Deseaba tanto involucrarse en actividades placenteras que olvidaba sus riesgos y consecuencias (ej. gastos innecesarios, conducción arriesgada o actividades sexuales no habituales?)

NO SI 11

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN D3 O 4 SI D1a = NO (ÉPISODIO PASADO) O D1b = NO (EPISODIO ACTUAL) ?

➔
NO SI

D4 ¿Estos síntomas duraron al menos una semana y le causaron problemas que no pudo controlar, en casa, el trabajo, los estudios, o en sus relaciones con los demás, o tuvo que ser hospitalizado(a) a causa de estos problemas?

NO SI 12

CODIFICAR SI, SI LA RESPUESTA ES SI EN UNA U OTRA

¿D4 HA CODIFICADO NO?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO SI

**EPISODIO
HIPOMANIACO**

ACTUAL —

PASADO —

¿D4 HA CODIFICADO SI ?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO SI

EPISODIO MANIACO

ACTUAL —

PASADO —

E. TRASTORNO POR ANGUSTIA

E1	¿Ha tenido en más de una ocasión crisis o ataques, en los que súbitamente , se haya sentido ansioso(a), asustado(a), incómodo(a) o inquieto(a) en situaciones en las que la mayor parte de gente no se sentiría así? ¿Estas crisis alcanzaron su máximo nivel dentro de los primeros 10 minutos?	→ NO	SI	1
CODIFICAR SI, SÓLO SI SE ALCANZÓ EL PAROXISMO ANTES DE 10 MINUTOS				

SI **E1** = **NO**, ENMARCAR **NO** EN **E5**, Y PASAR DIRECTAMENTE A **F1**

E2	¿Alguna vez, estas crisis aparecieron inesperadamente o sucedieron de manera impredecible o espontánea o sin ser provocadas?	NO	SI	2
----	--	----	----	---

SI **E2** = **NO**, ENMARCAR **NO** EN **E5**, Y PASAR DIRECTAMENTE A **F1**

E3	¿Ha tenido alguna vez, una de estas crisis seguidas de un mes o más tiempo en que sentía miedo persistente a tener otra crisis, o estaba preocupado(a) por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	3
----	--	----	----	---

SI **E3** = **NO**, ENMARCAR **NO** EN **E5**, Y PASAR DIRECTAMENTE A **F1**

E4	Durante la peor crisis que puede recordar:			
a	¿Su corazón latía muy fuerte o más rápido?	NO	SI	4
b	¿Tenía las manos sudorosas, o frías y húmedas?	NO	SI	5
c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	6
d	¿Tenía dificultades para respirar o la impresión de asfixiarse?	NO	SI	7
e	¿Tenía la impresión de ahogarse o de tener un nudo en la garganta?	NO	SI	8
f	¿Notaba dolor, presión o una molestia en el pecho?	NO	SI	9
g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina?	NO	SI	10
h	¿Se sentía aturdido(a), inestable, mareado(a) o a punto de desvanecerse?	NO	SI	11
i	¿Sentía las cosas que le rodeaban extrañas, irreales, desconocidas o lejanas, o se sentía fuera o alejado, de parte o de todo su cuerpo?	NO	SI	12
j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	13
k	¿Tenía miedo de morir?	NO	SI	14
l	¿Tenía estremecimientos o entumecimientos?	NO	SI	15
m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SI	16

E5	¿HAY AL MENOS 4 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?	NO	SI	
SI E5 = NO , PASAR A E7				

Trastorno por Angustia Vida entera

E6	¿En el transcurso de este mes ha tenido estas crisis en varias ocasiones (al menos 2 veces) seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	17
SI E6 = SI , PASAR A F1				

Trastorno por Angustia Actual

E7	¿HAY 1, 2 O 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?	NO	SI	18
----	--	----	----	----

Ataques Paucisintomáticos Vida ent

→: **IR DIRECTAMENTE** A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), **ENMARCAR NO** EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

F. AGORAFOBIA

F1	¿Se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o en situaciones de las que es difícil escapar, o donde no es posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo y lejos de casa o solo en casa, o cruzando un puente, o viajando en autobús, tren, coche, etc.?	NO	SI	19
----	---	----	----	----

Si **F1 = NO**, ENMARCAR **NO** EN **F2**

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita compañía para afrontarlas?	NO	SI	20
----	---	----	----	----

Agorafobia Actual

¿**F2** (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO **NO**
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
TRASTORNO POR ANGUSTIA sin Agorafobia ACTUAL	

¿**F2** (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO **SI**
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO **SI**?

NO	SI
TRASTORNO POR ANGUSTIA con Agorafobia ACTUAL	

¿**F2** (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO **SI**
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO **NO**?

NO	SI
AGORAFOBIA sin antecedentes de Trastorno por Angustia ACTUAL	

G. FOBIA SOCIAL

G1	¿Durante el último mes, ha estado temeroso o incómodo por ser el foco de atención o ha temido ser humillado? Esto incluye situaciones como hablar en público, comer con otros o en público, escribir mientras alguien mira o estar en situaciones sociales	→ NO	SI	1
G2	¿Es este miedo excesivo o irrazonable?	→ NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre en ellas?	→ NO	SI	3
G4	¿Este miedo dificulta su trabajo normal, sus funciones sociales o le produce un malestar significativo?	NO	SI	4

¿G4 HA CODIFICADO SI ?

NO SI

**FOBIA SOCIAL
ACTUAL**

H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

H1	¿Durante el último mes, le han molestado pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes indeseados, desagradables, inadecuados, intrusivos o molestos? (ej: la idea de que estaba sucio, contaminado o tenía gérmenes, o el temor de contaminar a otros, o el miedo de hacer daño a alguien sin querer, o el temor de actuar en función de algún impulso, o miedos o supersticiones de ser responsable de cosas erróneas, u obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, u obsesiones de atesorar, coleccionar o religiosas)	NO	SI	1
----	--	----	----	---

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NI OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION, LA CONDUCTA SEXUAL, EL JUEGO PATOLOGICO O EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, YA QUE EL PACIENTE PUEDE OBTENER PLACER DE ESTAS ACTIVIDADES Y PUEDE QUERER EVITARLAS SÓLO POR SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)

SI **H1** = NO, PASAR **H4**

H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aunque trataba de ignorarlos o librarse de ellos?	NO	SI	2
----	--	----	----	---

SI **H2** = NO, PASAR **H4**

H3	¿Piensa que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no son impuestos desde el exterior?	NO	SI	3
----	--	----	----	---

H4	¿Durante el último mes, ha hecho algo repetidamente, sin poder evitarlo, como lavar o limpiar en exceso; contar o verificar cosas una y otra vez; repetir, almacenar u ordenar cosas u otros rituales supersticiosos	NO	SI	4
----	--	----	----	---

¿**H3** o **H4** HAN CODIFICADO SI ?

→
NO SI

H5	¿Piensa que estas ideas obsesivas y/o las conductas repetitivas son irrazonables, absurdas o desproporcionadas?	→ NO	SI	5
----	---	---------	----	---

H6	¿Estas obsesiones o compulsiones interfieren en su rutina normal, sus actividades cotidianas, sus actividades sociales, o en sus relaciones o le ocupaban más de una hora diaria?	NO	SI	6
----	---	----	----	---

¿**H6** HA CODIFICADO SI ?

<p>NO SI</p> <p>TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO ACTUAL</p>

I. TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	¿En alguna ocasión se ha enfrentado o ha experimentado un acontecimiento extremadamente traumático, en el curso del cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física EJ. DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTE GRAVE, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO, INCENDIO, DESCUBRIMIENTO DE UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA EN EL ENTORNO, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL.	→ NO	SI	1
I2	¿Durante el último mes, ha revivido de manera penosa este acontecimiento (ej: sueños, recuerdos intensos, visiones o reacciones físicas)?	→ NO	SI	2

I3 Durante el último mes:

a	¿Ha evitado pensar en este acontecimiento o en las cosas que se lo pudiesen recordar?	NO	SI	3
b	¿Se siente mal al recordar alguna parte importante de lo que sucedió?	NO	SI	4
c	¿Ha disminuido su interés en cosas que le agradaban o en actividades sociales?	NO	SI	5
d	¿Se siente alejado o extraño con respecto a los demás?	NO	SI	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos se han bloqueado?	NO	SI	7
f	¿Ha sentido como si su vida se hubiese empobrecido, debido a este trauma?	NO	SI	8
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN I3 ?	→ NO	SI	

I4 Durante el último mes:

a	¿Ha tenido dificultades para dormir?	NO	SI	9
b	¿Ha estado especialmente irritable o ha tenido crisis de enfado?	NO	SI	10
c	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	NO	SI	11
d	¿Ha estado nervioso o en alerta constante?	NO	SI	12
e	¿Se sobresaltaba por cualquier cosa?	NO	SI	13
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN I4 ?	→ NO	SI	

I5	¿Durante el último mes, estos problemas han interferido en su trabajo o sus actividades sociales o le han causado un profundo malestar?	NO	SI	14
----	---	----	----	----

¿I5 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO ACTUAL	

J. DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL

J1	¿Durante los últimos 12 meses ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en menos de 3 horas en 3 o más ocasiones?	→ NO	SI	1
J2	Durante los últimos 12 meses:			
a	¿Ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI	2
b	¿Cuando ha reducido la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Ha bebido para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, p. ej. temblores, sudor, agitación? CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA	NO	SI	3
c	¿Cuando ha bebido alcohol, ha terminado bebiendo más de lo que en un principio se había planteado?	NO	SI	4
d	¿Ha intentado reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI	5
e	¿Los días en los que ha bebido, ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo o recuperándose de sus efectos?	NO	SI	6
f	¿Debido a la bebida, ha empleado menos tiempo, trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás?	NO	SI	7
g	¿Ha seguido bebiendo a pesar de saber que la bebida le causa problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN J2 ?			
	¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA?			
J3	Durante los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado intoxicado, embriagado o con “resaca”, en más de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios, trabajo, casa? ¿Esto le ha ocasionado algún problema? CODIFICAR SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS	NO	SI	9

NO	SI
DEPENDENCIA ALCOHOLICA ACTUAL	

→: **IR DIRECTAMENTE** A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), **ENMARCAR NO** EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico, ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.? | NO | SI | 10 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal por haber bebido? (ej. arrestos o conductas delictivas) | NO | SI | 11 |
| d | ¿Ha seguido bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno? | NO | SI | 12 |

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN J3 ?

NO **SI**
ABUSO DE ALCOHOL
ACTUAL

LISTA DE SUSTANCIAS

ANFETAMINA

CANNABIS

CAPTAGON

CATOVIT

COCAINA

CODEINA

PEGAMENTO

CRACK

EXTASIS

GASOLINA

ETHER

HOJA DE COCA

HACHIS

HEROÍNA

L.S.D.

MARIHUANA

MESCALINA

METADONA

MORFINA

NIEVE

OPIO

PALFIUM

RITALINA

SHIT

TEMGESIC

TOLUENO

TRICLOROTILENO

M.I.N.I.

K. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NO ALCOHOLICAS)

K1 Ahora voy a enseñarle/ leerle (ENSEÑAR LA LISTA DE SUSTANCIAS/ LEER LA SIGUIENTE LISTA), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicará si en el transcurso de los últimos 12 meses ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor o cambiar de humor.

→
NO SI

ENMARCAR CADA PRODUCTO CONSUMIDO:

Estimulantes : anfetaminas, «speed», Ritalín, píldoras adelgazantes.

Cocaína : cocaína, «coke», crack, «speedball».

Opiáceos : heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanil.

Alucinógenos : L.S.D., «ácido», mescalina, PCP, «polvo de ángel», «hongos», éxtasis.

Inhalantes : «cemento», pegamento, éther.

Cannabinoides : hachis, «hasch», THC, cannabis, «hierba», «shit», mota, grifa, pasto, etc.

Tranquilizantes : Valium, Trankimazín, Halción, Lexatín, Orfidal, barbitúricos, Rohypnol (“reina”).

Varios: Anabolizantes, Esteroides. ¿Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (O LAS) SUBSTANCIA(S) MÁS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR LO QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

- SI CONSUME VARIAS SUBSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE): CADA SUBSTANCIA O CLASE DE SUBSTANCIAS POR SEPARADO, UNICAMENTE LA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS) MÁS CONSUMIDA. —
- SI SOLO CONSUME UNA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS), UNICAMENTE UNA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS) —

K2 **Considerando su consumo de [NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS], en el transcurso de los 12 últimos meses:**

- | | | | | |
|---|---|----|----|---|
| a | ¿Ha constatado que necesitaba tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla? | NO | SI | 1 |
| b | ¿Cuando reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)?
¿Utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal (SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor?
CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA | NO | SI | 2 |
| c | ¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más cantidad de lo que era su intención? | NO | SI | 3 |

- | | | | | |
|---|---|----|----|---|
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de consumir (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) pero no lo ha conseguido? | NO | SI | 4 |
| e | ¿Los días que ha consumido (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) ha empleado mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, tomar esta sustancia, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Ha tenido menos tiempo para trabajar, disfrutar de sus distracciones, o estar con su familia o amigos por consumir droga? | NO | SI | 6 |
| g | ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales? | NO | SI | 7 |

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN K2 ?

ESPECIFICAR LA (S) SUBSTANCIA(S) :

NO	SI
DEPENDENCIA de SUBSTANCIA(S) ACTUAL	

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA A SUBSTANCIA(S) ?

	→
NO	SI

K3 En el transcurso de los 12 últimos meses:

- | | | | | |
|---|--|----|----|----|
| a | ¿Ha estado intoxicado, embriagado, con resaca, a causa de (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades académicas, laborales o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?
CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA | NO | SI | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.)? | NO | SI | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal por consumir (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS), ej. arrestos o conductas delictivas? | NO | SI | 10 |
| d | ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas? | NO | SI | 11 |

¿HAY AL MENOS 1 SI EN K3 ?

ESPECIFICAR LA (LAS) SUBSTANCIA(S) :

NO	SI
ABUSO DE SUBSTANCIA(S) ACTUAL	

L. TRASTORNOS PSICÓTICOS

PEDIR UN EJEMPLO EN CADA PREGUNTA RESPONDIDA AFIRMATIVAMENTE SÓLO ANOTAR **SI**, SI LOS EJEMPLOS MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGAR SI LOS DELIRIOS SE CALIFICAN COMO “EXTRAÑOS”

LOS DELIRIOS SON “EXTRAÑOS” SI SON: CLARAMENTE IMPOSIBLES, ABSURDOS, INVEROSÍMILES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA HABITUAL.

LAS ALUCINACIONES SE ANOTAN COMO “EXTRAÑAS” SI: UNA VOZ COMENTA SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA O CUANDO DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE ELLAS

Ahora voy a preguntarle acerca de experiencias inhabituales o extrañas que pueden sucederles a algunas personas:

			EXTRAÑA		
L1 a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que la gente le espiaba, o que alguien conspiraba contra usted, o trataba de hacerle daño?	NO SI	SI	SI	1
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO SI	SI	SI → L6a	2
L2 a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien estaba leyendo su mente o podía escuchar sus pensamientos o de que usted podía leer o escuchar lo que otras personas están pensando?	NO		SI	3
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO		SI → L6a	4
L3 a	¿Alguna vez, ha creído que alguien o alguna fuerza ajena a usted ponía en su mente, pensamientos que no eran suyos, o le hacían actuar de una manera que no era habitual en usted? ¿Ha tenido alguna vez la impresión de estar poseído?	NO		SI	5
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO		SI → L6a	6
L4 a	¿Alguna vez, ha creído que le enviaban mensajes especiales a través de la televisión, la radio o los periódicos, o que una persona que no conocía personalmente estaba interesada particularmente en usted?	NO SI	SI	SI	7
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO SI	SI	SI → L6a	8
L5 a	¿Alguna vez, allegados o amigos suyos, han considerado alguna de sus ideas extrañas o inhabituales? IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, EJ: GRANDIOSIDAD, RUINA, CULPA,	NO SI	SI	SI	9
b	SI SI : ¿Actualmente, consideran extrañas sus ideas?	NO SI	SI	SI	10
L6 a	¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como por ejemplo, voces? LAS ALUCINACIONES SE CODIFICAN COMO EXTRAÑAS SÓLO SI EL PACIENTE RESPONDE SI A LO SIGUIENTE: ¿Oía voces comentando sus pensamientos o su conducta, u oía voces hablando entre ellas?	NO SI	SI	SI	11
b	SI SI : ¿Le ha sucedido esto durante el último mes?	NO SI	SI	SI → L8b	12

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?
 CODIFICAR **SI** ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

NO SI 13

b **SI SI** : ¿Ha visto estas cosas durante el último mes?

NO SI 14

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR :

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD INCOHERENCIAS, DISCURSO DESORGANIZADO O UNA MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?

NO SI 15

L9 b PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD CONDUCTA DESORGANIZADA O CATATÓNICA?

NO SI 16

L10b ¿ HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA: POBREZA DE LENGUAJE (ALOGIA), APLANAMIENTO AFECTIVO O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN UNA ACTIVIDAD CON UNA FINALIDAD DETERMINADA, EVIDENTES DURANTE LA ENTREVISTA?

NO SI 17

L11 ¿DE L1 A L10, HAY AL MENOS
 UNA PREGUNTA «b» CODIFICADA **SI** EXTRAÑO
 O
 DOS PREGUNTAS «b» CODIFICADAS **SI** (NO EXTRAÑO) ?

NO	SI
<i>SINDROME PSICÓTICO ACTUAL</i>	

L12 DE L1 A L7, HAY AL MENOS
 UNA PREGUNTA «a» CODIFICADA **SI** EXTRAÑO
 O
 DOS PREGUNTAS «a» CODIFICADAS **SI** (NO EXTRAÑO) ?
 (VERIFICAR QUE LOS 2 SINTOMAS HAN APARECIDO AL MISMO TIEMPO)
 O
 L11 SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
<i>SINDROME PSICÓTICO VIDA ENTERA</i>	

L13a SI L11 SE HA CODIFICADO **SI** O SI HAY AL MENOS UN **SI** DE L1 A L7:

EL PACIENTE PRESENTA
 UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL O PASADO)
 O
 UN EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO) ?

→
 NO SI

b Si L13a CODIFICA **SI** :
 Anteriormente, me ha dicho que había tenido un periodo(s) en que se había sentido deprimido(a) / exaltado(a) / particularmente irritable. Las ideas o impresiones de las que estamos hablando (CITAR LOS SINTOMAS CODIFICADOS SI DE L1 A L7) han aparecido únicamente durante estos periodos en los que estaba deprimido(a)/ exaltado(a)/ irritable?

NO SI 18

¿L13b HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
<i>TRASTORNO DEL HUMOR CON RASGOS PSICÓTICOS ACTUAL</i>	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

M. ANOREXIA NERVIOSA

M1 a	¿Cuanto mide usted?	_ _ _ cm		
b	¿Durante los 3 últimos meses, cuál ha sido su peso mínimo? /_/_/_/	_ _ _ kg		
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MINIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA? VER TABLA DE CORRESPONDENCIAS AL FINAL DE LA PÁGINA	→ NO SI		1

Durante los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, ha evitado engordar?	→ NO SI		2
M3	¿Ha tenido miedo de ganar peso o de llegar a estar más gordo(a)?	→ NO SI		3
M4 a	¿Se ha considerado gordo o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO SI		4
b	¿Influye mucho su peso o su figura en la opinión o la estima que usted tiene de si mismo?	NO SI		5
c	¿Ha pensado que su bajo peso actual era normal o excesivo?	NO SI		6
M5	¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN M4 ?	→ NO SI		
M6	SÓLO PARA LAS MUJERES: ¿Durante los últimos tres meses, ha perdido todos sus periodos menstruales, aunque debiera de haberlos tenido (no estaba embarazada)?	→ NO SI		7

PARA LAS MUJERES : M5 Y M6 HAN CODIFICADO SI ?
PARA LOS HOMBRES : M5 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA DE CORRESPONDENCIAS TALLA – UMBRAL DE PESO MINIMO (SIN CALZADO , SIN ROPA)

TALLA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Mujeres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hombres	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(REDUCCION DE UN 15% EN RELACIÓN CON EL PESO NORMAL)

N. BULIMIA

N1	¿Durante los 3 últimos meses, ha tenido crisis durante las que ha comido grandes cantidades de alimentos, en menos de 2 horas?	→ NO	SI	
N2	¿Durante los 3 últimos meses, se ha dado al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SI	9
N3	¿Durante estas crisis ha sentido que su apetito estaba fuera de control?	→ NO	SI	10
N4	¿Ha hecho cualquier cosa para compensar o evitar ganar peso por estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos, píldoras adelgazantes u otras medicaciones?	→ NO	SI	11
N5	¿La opinión que tiene de sí mismo, está muy influida por su peso o sus formas corporales?	→ NO	SI	12
N6	¿PRESENTA EL PACIENTE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SI	13
SI N6 = NO, PASAR A N8				
N7	¿Estos atracones aparecen siempre que está por debajo de ____ kg* ? * CONSIDERAR EL UMBRAL DE PESO MÍNIMO DEL PACIENTE EN LA TABLA DEL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA EN FUNCION DE SU TALLA	NO	SI	14
N8	N5 HA CODIFICADO SI Y N7 HA CODIFICADO NO (O NO CODIFICADA)?	NO SI BULIMIA ACTUAL		
	N7 HA CODIFICADO SI ?	NO SI ANOREXIA MENTAL Compulsiva / Purgativa ACTUAL		

O. ANSIEDAD GENERALIZADA

O1 a	¿Durante los 6 últimos meses, ha estado excesivamente preocupado o ansioso por varias cosas de la vida cotidiana, en el trabajo, en casa, en su círculo más próximo?	→ NO	SI	1
	NO CODIFICAR SI SI LA ANSIEDAD SE DEBE A UN TIPO DE ANSIEDAD YA EXPLORADA ANTERIORMENTE, COMO MIEDO A TENER UNA CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO POR ANGUSTIA), DE PONERSE EN EVIDENCIA EN PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE CONTAMINARSE (TOC), DE AUMENTAR DE PESO (ANOREXIA NERVIOSA) ETC.	→ NO	SI	2
b	¿Estas preocupaciones están presentes la mayoría de los días?	NO	SI	2

O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o le interfieren para concentrarse en lo que debe de hacer?	→ NO	SI	3
----	--	---------	----	---

DE O3a A O3f, CODIFICAR NO SI LOS SÍNTOMAS SÓLO APARECEN EN EL MARCO DE TRASTORNOS EXPLORADOS PRECEDENTEMENTE

O3 Durante estos 6 últimos meses en los que ha estado ansioso casi cada día:

a	¿Se ha sentido inquieto, desasosegado o nervioso?	NO	SI	4
b	¿Se ha sentido tenso?	NO	SI	5
c	¿Se ha sentido cansado, débil o se ha agotado fácilmente?	NO	SI	6
d	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o su mente se ha quedado en blanco?	NO	SI	7
e	¿Se ha sentido irritable?	NO	SI	8
f	¿Ha tenido dificultades con el sueño (dificultad para dormirse, se ha despertado a media noche o demasiado temprano, ha dormido en exceso)?	NO	SI	9

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN O3?

NO	SI
ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL (OPCIONAL)

P1 ¿Antes de los 15 años:

a	¿Con frecuencia faltaba al colegio o se escapaba de casa por las noches?	NO	SI	1
b	¿Con frecuencia mentía, engañaba a otros o robaba	NO	SI	2
c	¿Provocaba peleas o riñas, amenazando o intimidando a otros?	NO	SI	3
d	¿Destruía deliberadamente cosas o provocaba incendios?	NO	SI	4
e	¿Hería deliberadamente a animales o a personas?	NO	SI	5
f	¿Forzó sexualmente a alguien?	NO	SI	6
		→		
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN P1?	NO	SI	

P2 NO CODIFICAR SI LAS RESPUESTAS SIGUIENTES, SI LOS COMPORTAMIENTOS ESTAN SOLO PRESENTES EN CONTEXTOS POLITICOS O RELIGIOSOS

Después de los 15 años:

a	¿Se ha conducido repetidamente y de forma deliberada de una manera que otros consideraban irresponsable, como dejar de pagar sus deudas, ser impulsivo o no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que eran ilegales aunque no fuese descubierto (ej: destruir propiedades, hurtar, robar, vender droga o cometer delitos)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo peleas físicas con su pareja o hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o engañado a otras personas para obtener dinero o placer o simplemente para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a un peligro sin importarle las consecuencias?	NO	SI	11
f	¿ Se ha sentido sin culpa por hurtar, maltratar, mentir o robar a otros, o después de dañar propiedades?	NO	SI	12

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN P2?

NO SI

**TRASTORNO DE LA
PERSONALIDAD
ANTISOCIAL
VIDA ENTERA**

REFERENCIAS

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 interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora 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.

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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

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.

Las versiones originales francesas e inglesas del M.I.N.I. / DSM-IV se han traducido y pueden ser solicitadas a los autores (ver página 3). Una version CIE-10 del M.I.N.I. esta tambien disponible en francés, inglés, danés y español.

Traducciones	M.I.N.I. 4.4 y versiones anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Allemand	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brésilien	P. Amorim	P. Amorim
Bulgare		L.G. Hranov
Catalan		En préparation
Chinois		L. Caroll
Croate		En préparation
Danois	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Español	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Perse		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen
Gallois		En préparation
Grecque	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italien	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonais		H. Watanabe
Lituanien	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Néerlandais/ Flamand	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugais	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres
Punjabi		S. Gambir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Serbe	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène	M. Kocmur	M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Tchèque	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. a été rendu possible grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE. 6 DE abril DE 2009

M.I.N.I. 5.0.0 versión en español/ DSM-IV / actual : (enero 1998)