

MINI DSM-IV: FICHA DIAGNOSTICA ABREVIADA

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE LA ENTREVISTA:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

Episodio Depresivo Mayor

¿En las dos últimas semanas, ha estado Vd. notablemente triste o con el ánimo bajo, la mayor parte del día, casi todos los días? NO SI → A

¿En las dos últimas semanas, ha perdido el interés por muchas cosas o ha disfrutado menos de cosas que habitualmente le agradaban? NO SI → A

Distimia

¿En el transcurso de los dos últimos años, se ha sentido Vd. triste y con poco interés por las cosas, la mayor parte del tiempo? NO SI → B

Episodio (Hipo-) Maniaco

¿Alguna vez se ha sentido Vd., excesivamente feliz, eufórico o lleno de energía, sin que hubiese una causa que lo justificase y esto le ha ocasionado problemas, u otras personas han pensado que Vd. no estaba en su estado habitual? NO SI → C

¿Ha estado Vd. alguna vez irritado de tal manera que gritaba o iniciaba peleas o discusiones con otras personas fuera de su familia? NO SI → C

Trastorno por Angustia

¿En más de una ocasión, ha notado Vd. que se ponía extremadamente nervioso o asustado de forma repentina, sin estar en una situación que lo justificase? NO SI → D

Agorafobia

¿Alguna vez se ha encontrado muy nervioso por estar en situaciones o lugares en los que fuera difícil obtener ayuda. Como sitios en los que hubiese mucha gente, lejos de su domicilio, cruzando un puente, o viajando en autobús, tren o coche? NO SI → E

Fobia Social

¿ En el último mes se ha sentido nervioso por miedo a comportarse de manera embarazosa, estando delante de otras personas?. Esto incluye cosas como hablar en público, usar baños públicos, escribir mientras alguien le mira, o estar en situaciones sociales NO SI → F

MINI DSM-IV: FICHA DIAGNOSTICA ABREVIADA

Trastorno Obsesivo - Compulsivo

- ¿En el último mes, ha estado Vd. molesto por pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseados, desagradables, inapropiados, intrusos o angustiosos (ej: la idea de que estaba sucio o tenía gérmenes, o de dañar a alguien a pesar de que Vd. pensaba que no quería) NO SI → G
- ¿En el último mes, hizo Vd. algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavarse excesivamente, contar o verificar cosas una y otra vez? NO SI → G

Trastorno por Ansiedad Generalizada

- ¿Ha estado Vd. excesivamente preocupado ó ansioso, por dos o más cosas (ej: finanzas, la salud de los niños, desgracias), en los 6 últimos meses?
 ¿Más de lo que la mayoría de otras personas lo estarían? ¿Están presentes estas preocupaciones la mayor parte de los días?
 ¿Le han dicho los demás que Vd. se preocupa demasiado? NO SI → H

Trastornos relacionados con Alcohol

- ¿En los últimos 12 meses, bebió más del equivalente a una botella de vino en 3 ó más ocasiones (comidas, fiestas, reuniones)? NO SI → I

Trastornos relacionados con Sustancias Psicoactivas
 (mostrar relación sustancias psicotrópicas)

- ¿En los últimos 12 meses, tomó más de una vez una de estas drogas para "colocarse", sentirse mejor o cambiar su humor? NO SI → J

Anorexia Nerviosa

- ¿Cuál es su peso actual? /_/_/_ Kg ¿Cuánto mide Vd.? /_/_/_ cm.
 ¿Es el peso del paciente inferior al umbral mínimo para su altura? NO SI → L

TALLA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Mujeres	38	40	43	45	47	49	51	53	55	57	60
Hombres	36	39	43	46	49	52	55	58	62	65	68

Bulimia Nerviosa

- ¿Alguna vez se ha dado atracones de comida, durante los cuales come grandes cantidades de alimentos en poco tiempo? NO SI → M
- ¿En el transcurso de los tres últimos meses, ha tenido Vd. al menos dos atracones por semana? NO SI → M