



First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /

(affix patient label here)

## Resultados: Inventario de Salud Mental (MHI)

- El MHI hace preguntas sobre cómo se siente el cliente y cómo afronta las actividades de su vida cotidiana. Ofrece información mensurable sobre el bienestar del cliente.
- Lleva tiempo completarlo.
- El cuestionario puede ofrecerse cuando el cliente inicia los servicios públicos de atención de la salud mental, en las revisiones periódicas durante el tratamiento, y al finalizar el tratamiento.
- El MHI completo presenta al clínico de salud mental más información de la que puede obtener solamente en una entrevista.
- La información obtenida con los cuestionarios será analizada y los resultados estarán a disposición del cliente.
- Los resultados de los cuestionarios completados en diversos momentos del tratamiento se pueden comparar, lo que es una buena manera de ver cambios en el curso de la recuperación.
- Si necesitara más comentarios dirijase al personal.

El clínico de salud mental:

- se mostrará genuinamente interesado en las respuestas a los cuestionarios
- seguirá el cuestionario con una invitación a conversar sobre las respuestas y discutir cómo lo hizo sentir
- conversará con usted sobre los resultados del cuestionario del cliente y del cuestionario del clínico
- usará los resultados de los cuestionarios cuando discuta la formulación de un plan de tratamiento individual.
- Es importante que el cliente llene el cuestionario por sí solo. Si necesitara apoyo o ayuda, dirijase al personal.
- Lea cada pregunta y marque con una "X" el casillero de UNA frase que sea la mejor descripción de cómo anduvieron las cosas PARA USTED durante el último mes. No hay respuestas correctas o incorrectas.

**1 Durante el último mes, ¿qué tan feliz, satisfecho/a o complacido/a se ha sentido con su vida personal? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- 1  Muy contento/a, no podría estar más complacido/a o satisfecho/a
- 2  Muy feliz la mayor parte del tiempo
- 3  Generalmente satisfecho/a, complacido/a
- 4  A veces un poco satisfecho/a, a veces bastante desdichado/a
- 5  Generalmente insatisfecho/a, desdichado/a
- 6  Muy insatisfecho/a, desdichado/a la mayor parte del tiempo



First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth: / /   
(affix patient label here)

**2** *Durante el último mes, ¿cuánto tiempo, durante el último mes, se ha sentido solo/a? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                           |                            |                  |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> | Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> | La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> | Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca            |

**3** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió nervioso/a o agitado/a cuando se enfrentó a situaciones emocionantes o imprevistas? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                  |                            |            |
|----------------------------|------------------|----------------------------|------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> | A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> | Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> | Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> | Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca      |

**4** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia sintió que veía al futuro con optimismo y esperanza? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                           |                            |                  |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> | Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> | La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> | Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca            |

**5** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia su vida cotidiana ha estado llena de cosas interesantes? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                           |                            |                  |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> | Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> | La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> | Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca            |

First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

**6** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió relajado y sin tensiones? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**7** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha disfrutado generalmente de las cosas que hace? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**8** *Durante el último mes, ¿ha tenido alguna razón para preguntarse si está perdiendo la razón, o perdiendo el control de sus acciones, conversaciones, pensamientos, sentimientos o memoria? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- 1  Para nada
- 2  Tal vez un poco
- 3  Sí, pero no tanto como para preocuparme o inquietarme por ello
- 4  Sí, y me ha preocupado un poco
- 5  Sí, y me preocupa bastante
- 6  Sí, y estoy muy preocupado/a por ello



First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /

(affix patient label here)

**9 Durante el último mes, ¿se ha sentido deprimido/a? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- 1  Sí, al punto que durante días, no me importaba nada
- 2  Sí, muy deprimido/a casi todos los días
- 3  Sí, bastante deprimido/a varias veces
- 4  Sí, un poco deprimido/a de vez en cuando
- 5  No, nunca me he sentido deprimido/a

**10 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido amado/a y querido/a? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**11 Durante el último mes, ¿se ha sentido usted muy nervioso? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**12 Durante el último mes, ¿al despertarse, con qué frecuencia esperaba que tendría un día interesante? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> Nunca      |



First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

**13** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió usted tenso/a? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                           |                            |                  |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> | Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> | La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> | Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca            |

**14** *Durante el último mes, ¿se ha sentido en control de su comportamiento, pensamientos, emociones o sentimientos? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                    |                            |                           |
|----------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sí, muy en control | 4 <input type="checkbox"/> | No, no muy bien           |
| 2 <input type="checkbox"/> | Sí, en general     | 5 <input type="checkbox"/> | No, y me molesta un tanto |
| 3 <input type="checkbox"/> | Sí, creo que sí    | 6 <input type="checkbox"/> | No, y me molesta mucho    |

**15** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le temblaban las manos cuando intentaba hacer algo? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                  |                            |            |
|----------------------------|------------------|----------------------------|------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> | A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> | Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> | Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> | Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca      |

**16** *Durante el último mes, con qué frecuencia sintió que no había nada para usted en el futuro? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                  |                            |            |
|----------------------------|------------------|----------------------------|------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> | A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> | Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> | Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> | Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca      |

First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth: / /   
(affix patient label here)

**17 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió usted tranquilo/a y en paz? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**18 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido emocionalmente estable? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**19 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido descorazonado/a y triste? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**20 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido ganas de llorar? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> Nunca      |

**21 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que los demás estarían mejor si usted estuviera muerto/a? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> Nunca      |



First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /

(affix patient label here)

**22 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia pudo relajarse sin dificultad? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**23 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió totalmente satisfecho/a con sus relaciones emocionales, amar y ser amado/a? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**24 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia sintió que nada le ha salido como usted quería? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> Nunca      |

**25 Durante el último mes, ¿cuánto le han molestado los nervios? (marque con X la respuesta más apropiada)**

- 1  Sumamente, al punto que no podía encargarme de nada
- 2  Muchísimo
- 3  Los nervios me molestaron bastante
- 4  De vez en cuando, al punto de notarlo
- 5  Los nervios me molestaron un poco
- 6  No me molestaron para nada



First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth: / /   
(affix patient label here)

**26** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le ha parecido que la vida es una aventura maravillosa? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**27** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido tan miserable que nada lograba animarle? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> Nunca      |

**28** *Durante el último mes, ¿ha pensado en quitarse la vida? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Sí, muy seguido      | 4 <input type="checkbox"/> Sí, en una ocasión |
| 2 <input type="checkbox"/> Sí, bastante seguido | 5 <input type="checkbox"/> No, nunca          |
| 3 <input type="checkbox"/> Sí, un par de veces  |   |

**29** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido inquieto/a, agitado/a o impaciente? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**30** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido de mal humor o melancólico? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |



First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth:  /  /   
(affix patient label here)

**31** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido alegre y sin preocupaciones? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                           |                            |                  |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> | Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> | La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> | Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca            |

**32** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido fuera de control, aturdido/a o agitado/a? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                  |                            |            |
|----------------------------|------------------|----------------------------|------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> | A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> | Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> | Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> | Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca      |

**33** *Durante el último mes, ¿se ha sentido ansioso/a o preocupado/a? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |  |                            |  |
|----------------------------|--|----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | Sí, sumamente, al punto de sentirme enfermo o casi enfermo | 4 <input type="checkbox"/> | Sí, un poco, suficiente como para molestarme |
| 2 <input type="checkbox"/> | Sí, mucho  | 5 <input type="checkbox"/> | Sí, un poco                                  |
| 3 <input type="checkbox"/> | Sí, bastante   | 6 <input type="checkbox"/> | No, para nada                                |

**34** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió feliz? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |                            |                           |                            |                  |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> | Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> | La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> | Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> | Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> | Nunca            |

First Name: \_\_\_\_\_

Last Name: \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female  Unknown

Date of Birth: / /   
(affix patient label here)

**35** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se encontró tratando de calmarse? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre          | 4 <input type="checkbox"/> A veces    |
| 2 <input type="checkbox"/> Muy seguido      | 5 <input type="checkbox"/> Casi nunca |
| 3 <input type="checkbox"/> Bastante seguido | 6 <input type="checkbox"/> Nunca      |

**36** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió con poco ánimo? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Todo el tiempo            | 4 <input type="checkbox"/> Parte del tiempo |
| 2 <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo | 5 <input type="checkbox"/> Pocas veces      |
| 3 <input type="checkbox"/> Buena parte del tiempo    | 6 <input type="checkbox"/> Nunca            |

**37** *Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se despertó sintiéndose fresco/a y descansado/a? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Siempre, todos los días | 4 <input type="checkbox"/> Algunos días, pero en general no                      |
| 2 <input type="checkbox"/> Casi todos los días     | 5 <input type="checkbox"/> Casi nunca  |
| 3 <input type="checkbox"/> La mayoría de los días  | 6 <input type="checkbox"/> Nunca me desperté sintiéndome fresco/a y descansado/a |

**38** *Durante el último mes, ¿se ha sentido bajo mucha presión, estrés o demandas? (marque con X la respuesta más apropiada)*

- 1  Sí, casi más de lo que puedo tolerar
- 2  Sí, bastante presión
- 3  Sí, más que de costumbre
- 4  Sí, un poco, pero más o menos normal
- 5  Sí, un poco
- 6  No, para nada

Fecha en que llenó el cuestionario: / /

**Muchas gracias por su ayuda**

© RAND Corporation (permission granted)