



DEPARTAMENTO DE JUSTICIA JUVENIL

CUESTIONARIO M.A.Y.S.I. en Español

PRUEBA PRELIMINAR DE DETECCIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL

Nombre: _____

Fecha: _____

Para cada pregunta, por favor marque "sí" o "no" respecto a si la pregunta ha sido cierta para usted en los últimos meses. Por favor, conteste estas preguntas lo más honestamente que pueda.

- Sí No 1. ¿Has tenido muchos problemas intentando dormir o quedándote dormido?
- Sí No 2. ¿Has perdido tu temperamento fácilmente o has tenido un "fusible corto"?
- Sí No 3. ¿Has tenido preocupaciones o sentimientos que te han impedido hacer cosas que quieres hacer?
- Sí No 4. ¿Has tenido muchos problemas concentrándote o manteniendo atención?
- Sí No 5. ¿Has disfrutado pelear o te excita pelear?
- Sí No 6. ¿Te has enojado fácilmente?
- Sí No 7. ¿Has pensado mucho en vengarte en contra de alguien con quien estas enojado?
- Sí No 8. ¿Has estado muy asustadizo o hiperactivo?
- Sí No 9. ¿Has visto cosas que otras personas dicen no están ahí?
- Sí No 10. ¿Has hecho algo que hayas deseado no haber hecho cuando estabas embriagado o endrogado?
- Sí No 11. ¿Has deseado estar muerto?
- Sí No 12. ¿Has estado soñando despierto mucho durante las clases en la escuela?
- Sí No 13. ¿Has estado de mal humor frecuentemente?
- Sí No 14. ¿Has tenido pesadillas que son tan malas que te da miedo dormirte?
- Sí No 15. ¿Te has sentido muy cansado para divertirte?
- Sí No 16. ¿Has sentido que la vida no vale la pena vivirla?
- Sí No 17. ¿Te has sentido solo con mucha frecuencia?
- Sí No 18. ¿Has sentido la necesidad de hacerte daño?
- Sí No 19. ¿Tus padres o amigos piensan que tus bebes mucho?

- Sí No 20. ¿Has oído voces que otras personas no pueden oír?
- Sí No 21. ¿Has sentido que siempre alguna parte de tu cuerpo te duele?
- Sí No 22. ¿Has sentido deseos de suicidarte?
- Sí No 23. ¿Te has metido en problemas cuando has estado endrogado o has estado bebiendo?
- Sí No 24. Si contestaste que sí, ¿estuviste peleando?
- Sí No 25. ¿Otras personas han podido controlar tu mente o lo que piensas?
- Sí No 26. ¿Has tenido la sensación de que las cosas no son reales, como si estuvieras soñando?

Cuando te has sentido nervioso o ansioso:

- Sí No 27. ¿Te has sentido tembloroso?
- Sí No 28. ¿Tu corazón ha palpitado rápidamente?
- Sí No 29. ¿Te has sentido corto de respiración?
- Sí No 30. ¿Has sentido tus manos sudadas?
- Sí No 31. ¿Has tenido malestar estomacal?
- Sí No 32. ¿Has logrado que otras personas hagan algo con tan solo pensarlo?
- Sí No 33. ¿Has usado drogas o has tomado alcohol para sentirte mejor?
- Sí No 34. ¿Te sientes que ya no te diviertes con tus amigos?
- Sí No 35. ¿Te has sentido enojado frecuentemente?
- Sí No 36. ¿Has sentido que no quieres ir a la escuela nunca más?
- Sí No 37. ¿Has estado endrogado o embriagado en la escuela?
- Sí No 38. ¿Has sentido que no puedes hacer nada correctamente?
- Sí No 39. ¿Te sientes frustrado frecuentemente?
- Sí No 40. ¿Has usado alcohol y drogas a la misma vez?

- Sí No 41. ¿Ha sido difícil para ti el sentirte cercano a personas fuera de tu familia?
- Sí No 42. ¿Cuándo te enojas, te quedas enojado por mucho tiempo?
- Sí No 43. ¿Has tenido fuertes dolores de cabeza?
- Sí No 44. ¿Has dañado o has roto algo a propósito solo porque estabas enojado?
- Sí No 45. ¿Has estado tan endrogado o embriagado que no te acuerdas que paso?
- Sí No 46. ¿La gente habla mucho de ti cuando tu no estas presente?
- Sí No 47. ¿Has perdido la esperanza en la vida?
- Sí No 48. ¿Alguna vez DURANTE TODA TU VIDA te ha pasado algo muy malo o aterrador?
- Sí No 49. ¿Has sido alguna vez herido de gravedad, o has estado en peligro de ser herido de gravedad o en peligro de muerte?
- Sí No 50. ¿Has sido víctima de violación física o has estado en peligro de ser violado?
- Sí No 51. ¿Has tenido alguna vez muchos malos pensamientos o pesadillas sobre algún evento malo o escalofriante que te haya sucedido?
- Sí No 52. ¿Has visto alguna vez a alguien ser herido de gravedad o asesinado? (en persona- no en las películas o en televisión)