

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DEL HUMOR (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

1	¿Alguna vez ha pasado por un período en el que se sentía que no era la misma persona de siempre, y...	SI	NO
	... se sintió tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... tenía mucha más energía que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre, por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... el gasto de dinero le creó problemas a usted o a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Si usted marcó SÍ en más de una de las preguntas anteriores, ¿algunas de estas situaciones ocurrieron durante el mismo período de tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Hasta qué punto alguna de estas situaciones le causó problemas (como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicarse en discusiones o peleas)? Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta. Ningún problema/ Pequeños problemas/ Problemas moderados/ Problemas graves		