

5.10. Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

Instrucciones: Por favor, responda cada pregunta lo mejor que pueda.

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
1. ¿Ha tenido alguna vez algún período de tiempo en el que no estaba en su estado habitual y... ... se sintiera tan bien o tan hiperactivo que otras personas han pensado que no estaba en su estado normal o que estaba tan hiperactivo que tenía problemas? ... estaba tan irritable que gritaba a la gente o se ha peleado o discutido? ... se sentía mucho más seguro que normalmente? ... dormía mucho menos de lo habitual y creía que realmente no era importante? ... estaba más hablador y hablaba mucho más rápido de lo habitual? ... sus pensamientos iban más rápidos en su cabeza o no podía frenar su mente? ... se distraía fácilmente por las cosas de alrededor o ha tenido problemas para concentrarse o seguir el hilo? ... tenía mucha más energía de la habitual? ... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo habitual? ... era mucho más social o extrovertido de lo habitual, por ejemplo, llamaba a los amigos en plena noche? ... tenía mucho más interés de lo habitual por el sexo? ... hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas, estúpidas o arriesgadas? ... ha gastado dinero que le trajera problemas a usted o a su familia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Si ha respondido SÍ a más de una de las cuestiones anteriores, ¿han ocurrido varias de éstas durante el mismo período?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuánto problema le han causado alguna de estas cosas: en el trabajo; problemas con la familia, el dinero o legales; metiéndose en discusiones o peleas? Por favor señale una sola respuesta <input type="checkbox"/> Sin problema <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Serio		
4. ¿Ha tenido alguno de sus parientes (p. ej., hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) una enfermedad de tipo maníaco-depresiva o trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional de la salud que usted tiene una enfermedad maníaco-depresiva o un trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>