

# Cuestionario sobre su estado de ánimo

## Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

Nombre:	Edad:	Fecha:
---------	-------	--------

<b>1</b>	¿Le sucedió alguna vez que por un cierto período de tiempo usted comenzó a sentirse o actuar diferente de cómo era, y...	Sí	No	
	... se sintió bien o con el ánimo tan elevado, o tan “hiperactivo”, que algunos pensaron que usted no era la misma persona de siempre; o estuvo tan animado o “hiperactivo”, que se metió en problemas o en dificultades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... estaba tan irritable, que le gritaba a la gente; o iniciaba peleas o discusiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... se sentía mucho más seguro de sí mismo que otras veces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... dormía mucho menos que de costumbre, pero notaba que no sentía falta de sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... hablaba mucho más, o mucho más rápido que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... le pasaban las ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía pensar lentamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... se distraía muy fácilmente por las cosas que sucedían a su alrededor, al punto de que necesitaba hacer un gran esfuerzo en concentrarse o en continuar lo que estaba haciendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... tenía más energía que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... era socialmente mucho más activo y comunicativo, al punto de que –por ejemplo– telefoneaba a amistades en medio de la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... se interesaba en el sexo más que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... hacía cosas que no eran comunes en usted, o que la gente podía haber considerado excesivas, tontas o arriesgadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... el gastar dinero le causó problemas a usted o su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Sí	No	
<b>2</b>	Si usted marcó <b>Sí</b> más de una vez, ¿ocurrieron varias de esas situaciones juntas en un mismo período de tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3</b>	¿Cuántas dificultades le causaron cualquiera de las situaciones mencionadas (por ejemplo, no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales; enfrascarse en discusiones o peleas)? Por favor marque sólo una de las siguientes respuestas:			
	<input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Problema menor	<input type="checkbox"/> Problema moderado	<input type="checkbox"/> Problema serio
		Sí	No	
<b>4</b>	¿Alguno de sus familiares directos (es decir, hijos, hermanos, padres, abuelos, tíos) padeció alguna vez de un trastorno maníaco-depresivo o bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Sí	No	
<b>5</b>	¿Le ha dicho alguna vez un profesional médico que usted padece de un trastorno maníaco-depresivo o bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

# Cuestionario sobre su estado de ánimo

## Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

---

Screening bipolaridad es Positivo con:

- 1 Marcar 7 o más respuestas "sí" en ítem 1
- 2 Marcar "sí" que los síntomas ocurrieron al mismo tiempo en ítem 2
- 3 Marcar que el deterioro psicosocial fue determinado como "problema moderado o severo"