

ESCALA DE INTERFERENCIA DE LA ANSIEDAD INFANTIL-VERSIÓN PADRES

El nombre del niño:	Fecha de nacimiento del niño:
Tu nombre:	El día de hoy:
Su relación con el niño:	

NOTA: En cada respuesta debe tenerse en consideración lo que es apropiado a la edad de su hijo/a. Por favor, mientras esté completando este cuestionario, piense en los comportamientos de su hijo/a durante los últimos 6 meses.

1. Los miedos y preocupaciones, ¿en qué grado afectan o molestan a su hijo/a?

Casi nada Muy poco Algunas veces Bastante Muchísimo
0 1 2 3 4

2. ¿Cuánto interfieren los miedos o preocupaciones en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?	Casi nada	Muy poco	Algunas veces	Bastante	Muchísimo
a. En llevarse bien con los padres	0	1	2	3	4
b. En llevarse bien con los hermanos/as	0	1	2	3	4
c. En estar con los amigos/as fuera del colegio	0	1	2	3	4
d. En su rendimiento en la escuela	0	1	2	3	4
e. En la relación con los compañeros/as en el patio y en el comedor	0	1	2	3	4
f. En la práctica del deporte	0	1	2	3	4
g. En las actividades agradables (fiestas, cine, vacaciones)	0	1	2	3	4
h. En las actividades diarias (irse a la cama, hacer deberes, ir al colegio, jugar)	0	1	2	3	4

3. ¿Cuánto interfieren los miedos o preocupaciones de su hijo/a en la vida diaria de usted en las siguientes áreas?	Casi nada	Muy poco	Algunas veces	Bastante	Muchísimo
a. En las relaciones de usted con su pareja o posible pareja	0	1	2	3	4
b. En las relaciones de usted con el resto de la familia extensa(abuelos, primos)	0	1	2	3	4
c. En el tiempo dedicado a sus amigos/as personales	0	1	2	3	4
d. En su carrera profesional (en el tipo de trabajo, en su horario laboral, en si falta al trabajo algunas horas)	0	1	2	3	4
e. En la posibilidad de salir a actividades o eventos <u>sin</u> su hijo/a	0	1	2	3	4
f. En la posibilidad de salir a actividades o eventos <u>con</u> su hijo/a	0	1	2	3	4
g. En el nivel de estrés que usted padece	0	1	2	3	4