

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 |