AUTOINFORME DE TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SCAReD\*)

|  |
| --- |
| **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número de expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Unidad Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: Cédula Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Esta es una lista de cosas que describe cómo se siente usted, por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda:

Marque **0** si casi nunca o nunca es cierto.

Marque **1** si es cierto algunas veces.

Marque **2** si casi siempre o siempre es cierto.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Cuando tengo miedo no puedo respirar bien. | 0 | 1 | 2 |
| 2. | Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza. | 0 | 1 | 2 |
| 3. | No me gusta estar con personas que no conozco bien. | 0 | 1 | 2 |
| 4. | Cuando duermo en una casa que no es la mía me siento con  miedo. | 0 | 1 | 2 |
| 5. | Me preocupa saber si le caigo bien a la gente. | 0 | 1 | 2 |
| 6. | Cuando tengo miedo siento que me voy a desmayar. | 0 | 1 | 2 |
| 7. | Soy una persona nerviosa. | 0 | 1 | 2 |
| 8. | Sigo a mis padres a donde ellos van. | 0 | 1 | 2 |
| 9. | La gente me dice que me veo nervioso o nerviosa. | 0 | 1 | 2 |
| 10. | Me pongo nervioso o nerviosa cuando estoy con personas que no  conozco bien. | 0 | 1 | 2 |
| 11. | Cuando estoy en la escuela me duele el estómago (panza) | 0 | 1 | 2 |
| 12. | Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a  enloquecer. | 0 | 1 | 2 |
| 13. | Me preocupo cuando tengo que dormir solo o sola. | 0 | 1 | 2 |
| 14. | Me preocupo de ser tan bueno o buena como los otros niños (por  ejemplo, en mis estudios o deportes). | 0 | 1 | 2 |
| 15. | Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales. | 0 | 1 | 2 |
| 16. | En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres. | 0 | 1 | 2 |
| 17. | Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela. | 0 | 1 | 2 |
| 18. | Cuando tengo mucho miedo el corazón me late muy rápido. | 0 | 1 | 2 |
| 19. | Yo tiemblo. | 0 | 1 | 2 |
| 20. | En las noches tengo pesadillas que me va a pasar algo. | 0 | 1 | 2 |
| 21. | Me preocupa pensar cómo me van a salir las cosas. | 0 | 1 | 2 |
| 22. | Sudo mucho cuando tengo miedo. | 0 | 1 | 2 |
| 23. | Me preocupo demasiado. | 0 | 1 | 2 |
| 24. | Me preocupo sin motivo. | 0 | 1 | 2 |
| 25. | Me da miedo estar solo o sola en la casa. | 0 | 1 | 2 |
| 26. | Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco. | 0 | 1 | 2 |
| 27. | Cuando tengo miedo, siento como si me ahogara o no pudiera  respirar. | 0 | 1 | 2 |
| 28. | Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado. | 0 | 1 | 2 |
| 29. | No me gusta estar lejos de mi familia. | 0 | 1 | 2 |
| 30. | Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico). | 0 | 1 | 2 |
| 31. | Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres. | 0 | 1 | 2 |
| 32. | Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco. | 0 | 1 | 2 |
| 33. | Me preocupa qué me pasará cuando sea grande. | 0 | 1 | 2 |
| 34. | Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar. | 0 | 1 | 2 |
| 35. | Me preocupa saber si hago las cosas bien. | 0 | 1 | 2 |
| 36. | Tengo miedo de ir al colegio. | 0 | 1 | 2 |
| 37. | Me preocupan las cosas que ya han pasado. | 0 | 1 | 2 |
| 38. | Cuando tengo miedo, me siento mareado o mareada. | 0 | 1 | 2 |
| 39. | Me siento nervioso o nerviosa cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar,  jugar) | 0 | 1 | 2 |
| 40. | Me siento nervioso o nerviosa de ir a fiestas, bailes o alguna parte donde hay gente que no conozco. | 0 | 1 | 2 |
| 41 | Soy tímido o tímida. | 0 | 1 | 2 |

SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS, Hecho por Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlne Culy, M.Ed., David A. Brent, M.D. and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Pitsburgh (11/95).