

MENTES SALUDABLES: LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Las preocupaciones o el estrés ocasionales son partes normales de la vida cotidiana. Cuando estas preocupaciones conducen a dificultades en casa, en la escuela y con los amigos o si causan ataques de pánico, puede ser señal de que su hijo/a esté sufriendo de ansiedad.

El objetivo de este formulario es ayudarle a evaluar los factores de riesgo de su hijo/a con relación a la ansiedad, buscar señales y síntomas de ansiedad y determinar si su hijo/a necesita ayuda profesional.

LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ANSIEDAD (Hágase estas preguntas con relación a su hijo/a; marque la respuesta).

- | | | | |
|--|----|----|-------|
| 1. ¿Tiene familiares directos con un historial de trastorno de ansiedad? | Sí | No | No sé |
| 2. ¿Padece una enfermedad crónica o grave? | Sí | No | No sé |
| 3. ¿Ha experimentado algún trauma? | Sí | No | No sé |
| 4. ¿Tiene alguna discapacidad, es LGBTQ+ o pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa? | Sí | No | No sé |

Si respondió "sí" a ALGUNO de estos factores de riesgo, es más probable que su hijo/a desarrolle ansiedad en algún momento de su vida que un niño que no tiene estos factores de riesgo.

LAS SEÑALES Y LOS SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD (Hágase estas preguntas con relación a su hijo/a; marque la respuesta).

- | | | | |
|---|----|----|-------|
| 1. ¿Expresa preocupación, terror, pánico, sensación de catástrofe, miedo o ansiedad? | Sí | No | No sé |
| 2. ¿Tiene problemas para dormir? | Sí | No | No sé |
| 3. ¿Tiene pensamientos desenfrenados o problemas de concentración? | Sí | No | No sé |
| 4. ¿Parece irritable, molesto/a o se enfada fácilmente? | Sí | No | No sé |
| 5. ¿Es nervioso/a o le cuesta quedarse quieto/a? | Sí | No | No sé |
| 6. ¿Tienes muchos dolores de estómago o de cabeza? | Sí | No | No sé |
| 7. ¿Inventa motivos para no ir a la escuela? | Sí | No | No sé |
| 8. ¿Se resiste a hacer la tarea o se reacciona de forma emocional cuando se le presiona para que la haga? | Sí | No | No sé |
| 9. ¿Se abruma con las actividades cotidianas? | Sí | No | No sé |
| 10. ¿Hace rabietas? | Sí | No | No sé |
| 11. ¿Tiene amigos? | Sí | No | No sé |
| 12. ¿Se niega a participar de ciertas actividades porque le da miedo? | Sí | No | No sé |
| 13. ¿Es más pegajoso/a que otros niños o tiene miedo de que le aparten de usted? | Sí | No | No sé |
| 14. ¿Es más tímido/a, ansioso/a o preocupado/a que otros niños de su edad? | Sí | No | No sé |
| 15. ¿Su hijo/a ha tenido ataques de pánico? | Sí | No | No sé |

¿NECESITA AYUDA?

Si su respuesta es "sí" a ALGUNAS de estas preguntas, es posible que su hijo/a necesite ver un médico, un consejero o un terapeuta.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Mi hijo/a muestra tres o más señales y síntomas de ansiedad. | Sí | No |
|---|----|----|

PTA
HEALTHY
LIFESTYLES

2. Mi hijo/a no puede controlar su preocupación, terror, pánico, sensación de catástrofe, miedo o ansiedad extremos. Sí No
3. La ansiedad de mi hijo/a interfiere con sus actividades cotidianas o sus interacciones sociales.
Sí No
4. Los sentimientos ansiosos de mi hijo/a aparecen frecuentemente o no se le van nunca.
Sí No

Mentes Saludables: Get Help ofrece opciones para recibir la ayuda que su hijo/a necesita.

