

1.1. Cuestionario de Síntomas *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)

Pregunta	Sí	No
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		

Determinación de la puntuación:

Se suman las respuestas afirmativas.

- a) Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 o
- b) si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí)

se debe hacer evaluación por el médico.

Además, si el comportamiento de una persona entrevistada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

1.2. Cuestionario CIE 10 para ansiedad

¿Durante el último mes ha tenido cualquiera de las siguientes quejas la mayoría del tiempo?

- I. ¿Se ha venido sintiendo tenso o ansioso?
- II. ¿Ha estado usted muy preocupado acerca de cosas?

Si contesta SI a alguna de las preguntas anteriores continúe con las siguientes:

1. Ha experimentado en el último mes:
 - a. ¿Miedo a morir?
 - b. ¿Miedo a perder el control (descontrolarse)?
 - c. ¿Palpitaciones?
 - d. ¿Sudoración?

- e. ¿Temblor?
 - f. ¿Opresión en el pecho y dificultad para respirar?
 - g. ¿Mareo, sensación de desmayo?
 - h. ¿Sensación de hormigueo o adormecimiento de partes del cuerpo?
 - i. ¿Sentimientos de desrealización (ver el mundo como si fuera un sueño o una película)?
 - j. ¿Nauseas?
2. Ha experimentado estos síntomas cuando:
- a. ¿va a lugares desconocidos?
 - b. ¿Viaja solo (por ejemplo en transporte público)?
 - c. ¿Se encuentra en multitudes/lugares cerrados/lugares públicos?
 - d. ¿está en un ascensor?
3. Miedo/ Ansiedad en situaciones sociales:
- a. ¿Hablar en público?
 - b. ¿Eventos sociales?
 - c. ¿Comer delante de otras personas?
 - d. ¿Preocupación/tensión/sentimientos de temor?
- i. **Durante el último mes se ha visto limitado en una o más de las siguientes áreas de su vida la mayoría del tiempo:**
- a. ¿Autocuidado (bañarse, vestirse, comer)?
 - b. ¿Relaciones familiares (con el cónyuge, hijos, familiares)?
 - c. ¿Ir a trabajar o a estudiar?
 - d. ¿Hacer las labores domésticas?
 - e. ¿Asistir a actividades sociales (verse con amigos, aficiones)?
 - f. ¿Recordar cosas (problemas de memoria)?
- ii. **Debido a estos problemas durante el último mes:**
- a. ¿Cuántos días fue usted incapaz de llevar a cabo sus labores diarias?
 - b. ¿Cuántos días pasó en cama para descansar?

Sí I o II son positivos pero 1, 2 y 3 son negativos indica **Ansiedad Generalizada**.

Sí I es afirmativo y 1 son positivos indica **Trastorno de Pánico**.

Sí I y 2 son afirmativos indica **Agorafobia**.

Sí I y 3 son afirmativos indica **Fobia Social**.

En todos los casos anteriores la persona debe ser valorada por el médico.