

Nombre:

Fecha:

 / /

La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
b No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
c Preocuparse demasiado por diferentes cosas	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
d Dificultad para relajarse	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
e Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
f Molestarse o ponerse irritable fácilmente	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
g Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

- Nada en absoluto**
- Algo difícil**
- Muy difícil**
- Extremadamente difícil**