

# Q - Generic - GAD-7 Anxiety

Record ID

Cuestionario - Metadatos

ID de Sesión

Inicio del Cuestionario

Finalización del Cuestionario

Duración del Cuestionario (segundos)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

|  | Nunca                 | Varios días           | Más de la mitad de los días | Casi todos los días   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta.           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación.      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Preocuparse demasiado por diferentes cosas.                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Dificultad para relajarse.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Molestarse o ponerse irritable fácilmente.                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar.                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

¿Qué tan difícil le ha hecho hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

- ☐ No ha sido difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ Extremadamente difícil