

#### 8.4.4. Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7)

| Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: | Nunca | Menos de la mitad de los días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|-------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado  | 0     | 1                             | 2                           | 3                   |
| No ha podido dejar de preocuparse   | 0     | 1                             | 2                           | 3                   |
| Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas                                   | 0     | 1                             | 2                           | 3                   |
| Ha tenido dificultad para relajarse   | 0     | 1                             | 2                           | 3                   |
| Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto                             | 0     | 1                             | 2                           | 3                   |
| Se ha irritado o enfadado con facilidad   | 0     | 1                             | 2                           | 3                   |
| Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible                               | 0     | 1                             | 2                           | 3                   |