

7.21. Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson

Iniciales	<input type="text"/>	DNI o N.º ID	<input type="text"/>	Visita	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protocolo número:	<input type="text"/>								
<p><i>Instrucciones:</i> Estas cuestiones son para preguntarle sobre cosas que puede haber sentido la mayoría de los días en los últimos 6 meses.</p>									
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	1. La mayoría de los días me siento nervioso/a						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	2. La mayoría de los días me preocupo por muchas cosas						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	3. La mayoría de los días no puedo parar de preocuparme						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	4. La mayoría de los días me resulta difícil controlar mis preocupaciones						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	5. Me siento inquieto/a, intranquilo/a, o con los nervios de punta						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	6. Me siento cansado/a fácilmente						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	7. Tengo problemas para concentrarme						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	8. Me enfado o irrito fácilmente						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	9. Mis músculos están tensos y agarrotados						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	10. Tengo problemas de sueño						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	11. Las cosas que ha señalado anteriormente, ¿afectaron a su vida diaria (en el hogar, en el trabajo o en su tiempo libre) o le causaron mucho malestar?						
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____	12. Las cosas que ha señalado anteriormente, ¿fueron suficientemente molestas como para que pensara en buscar ayuda para ellas?						