

ANSIEDAD GENERALIZADA CHECKLIST



FECHA _____

Nº	ACTIVITIES	<input checked="" type="checkbox"/>
1	Se siente nervioso, ansioso o desesperado la mayoría del tiempo	
2	Tiene problemas para controlar sus preocupaciones	
3	Se preocupa demasiado acerca de varios aspectos de su vida (salud, finanzas, relaciones, trabajo)	
4	Presenta dificultad para relajarse	
5	Se siente cansado constantemente o encuentra desafiante mantenerse en pie	
6	Se irrita fácilmente o se siente desesperado	
7	Ha experimentado tensión muscular o señales físicas de ansiedad	
8	Se fatiga constantemente o se siente con poca energía	
9	Tiene dificultad para concentrarse o siente que su mente se queda en blanco con frecuencia	

ANSIEDAD GENERALIZADA CHECKLIST



FECHA _____

Nº	ACTIVITIES	☑
10	Presenta trastornos del sueño, como dificultad para quedarse dormido o mantener el sueño, sensación de poco descanso cuando se levanta, o poco sueño	
11	Tiene excesiva preocupación por eventos futuros o situaciones, incluso cuando no tiene o tiene pocas razones para preocuparse	
12	Esta constantemente preocupado con potenciales resultados negativos o escenarios de y si pasa algo	
13	Siente la sensación de estar pendiendo de un hilo, o miedo constante o de que algo malo va a pasar	
14	Ha experimentado síntomas físicos como dolores de cabeza, dolor de estomago, o otros dolores que puede sentir conectados con ansiedad	
15	Su ansiedad interviene con actividades de su vida diaria como su funcionamiento en la escuela o el trabajo	
16	Ha experimentado estos síntomas por un periodo de 6 meses	
17	Ha buscado ayuda o consejo profesional por sus síntomas de ansiedad	
18	Ha experimentado síntomas como ataques de pánico, palpitaciones cardiacas fuertes, falta de aire, o sentimientos de fatalidad inminente	

ANSIEDAD GENERALIZADA CHECKLIST



FECHA _____



№	ACTIVITIES	
19	Ha notado comportamientos de evitación, como evitar reuniones sociales, o lugares que disparan su ansiedad	
20	Ha experimentado un repentino aumento de ansiedad o síntomas de pánico que le han causado un estrés significativo en las ultimas 2 semanas	



**IMPORTANTE TENER EN CUENTA PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE ESTA HERRAMIENTA**

PARA HABLAR DE UN INICIO DE ANSIEDAD, AL MENOS 10 DE
ESTOS CRITERIOS SE DEBEN ESTAR PRESENTANDO EN UNA
BASE DE 1 SEMANA POR MES.

ADMINISTRE ESTA HERRAMIENTA DESDE LA OBSERVACIÓN
DIARIA POR AL MENOS 2 SEMANAS. SI NO ES USTED MISMO,
PUEDE HACER ESTAS PREGUNTAS A LA PERSONA QUE LE
PREOCUPA.

ENTREGUE LOS RESULTADOS A SU PROFESIONAL EN
PSICOLOGÍA O PSIQUIATRÍA DE CONFIANZA PARA
GARANTIZAR LOS RESULTADOS Y ENTERARSE CÓMO
PROCEDER

TOME NOTA DE CUALQUIER SUCESO QUE CONSIDERE DE
INTERÉS PARA EL PROFESIONAL

**ESTE CUESTIONARIO PUEDE ADMINISTRARSE EN CUALQUIER
PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS**