

Escala de adaptación familiar - Ansiedad (FASA)

Participación en síntomas relacionados a las conductas en el último mes

	Nunca	1-3 veces por mes	1-2 veces por semana	3-6 veces por semana	A diario
1) ¿Con cuanta frecuencia tranquiliza a su hijo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) ¿Con que frecuencia proporcionó elementos que su hijo/a necesitaba por la ansiedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) ¿Con qué frecuencia participó en conductas relacionadas a la ansiedad de su hijo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) ¿Con qué frecuencia ayudo a su hijo/a a evitar las cosas que le producían ansiedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) ¿Ha evitado hacer cosas, ir a sitios o gente por la ansiedad de su hijo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modificación del funcionamiento durante el último mes

	Nunca	1-3 veces por mes	1-2 veces por semana	3-6 veces por semana	A diario
6) ¿Ha modificado la rutina de su familia por los síntomas de su hijo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) ¿Ha tenido que hacer cosas que usualmente serían la responsabilidad de su hijo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) ¿Ha modificado su horario de trabajo por la ansiedad de su hijo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) ¿Ha modificado sus actividades de ocio por la ansiedad de su hijo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angustia y consecuencias

	No	Leves	Moderadas	Severas	Extremas
10) ¿El ayudar a su hijo/a de estas maneras le causa angustia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) ¿Se ha angustiado su hijo/a cuando no le ha proporcionado asistencia? ¿En que grado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12)					

¿Su hijo/a se ha enfadado o
vuelto abusivo cuando no le ha
proporcioando asistencia? ¿En
qué grado?

☐☐☐☐☐

13) ¿La ansiedad de su hijo/a ha
empeorado cuando no le ha
proporcionado asistencia?
¿Cuánto peor?

☐☐☐☐☐