

Cuestionario de resultados percibidos por la familia (FROM-16)[©]

Las siguientes preguntas tratan sobre cómo se ve afectada **su vida en este momento** por la enfermedad de su familiar.

Marque una casilla en cada una de las 16 preguntas.

Responda a las siguientes preguntas:

¿Qué edad tiene usted? ____

¿Qué sexo tiene usted? Masculino / Femenino

¿Cuál es su relación con el/la paciente? _____

¿Cuál es el diagnóstico de/de la paciente? _____

Parte 1. Emocional

Debido a la enfermedad de mi familiar...	Nada	Un poco	Mucho
1. Siento preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Siento enfado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siento tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Siento frustración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me resulta difícil encontrar a alguien con quien hablar de lo que pienso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me resulta difícil cuidar de mi familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Vida personal y social

Debido a la enfermedad de mi familiar...	Nada	Un poco	Mucho
7. Me cuesta encontrar tiempo para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mis desplazamientos diarios se ven afectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mis hábitos de comidas se ven afectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mis actividades familiares se ven afectadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tengo problemas para ir de vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mi vida sexual se ve afectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi vida laboral o académica se ve afectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mis relaciones con otros miembros de la familia se ven afectadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Los gastos de mi familia han aumentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mis hábitos de sueño se ven afectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compruebe que haya respondido a todas las preguntas. Gracias.

Solo para el personal del centro Puntuación de la parte 1 (de 12): ____ Puntuación de la parte 2 (de 20): ____ Puntuación total (de 32): ____