

Escala de calidad de vida familiar

Cuidadores principales de personas con discapacidad intelectual

2006

Ivan Brown
Roy I. Brown
Nehama T. Baum
Barry J. Isaacs
Ted Myerscough
Shimshon Neikrug
Dana Roth
Jo Shearer
y Mian Wang

Traducción al español: Fabián Sainz y Miguel Ángel Verdugo
INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad)
<http://inico.usal.es>

Surrey Place Centre, Toronto, Canadá



Escala de Calidad de Vida Familiar: Cuidadores principales de personas con discapacidad intelectual.
Ivan Brown, Roy I. Brown, Nehama T. Baum, Barry J. Isaacs, Ted Myerscough, Shimshon Neikrug,
Dana Roth, Jo Shearer y Mian Wang (trad. Fabián Sainz y Miguel Ángel Verdugo)

© 2006. Ivan Brown, Roy I. Brown, Nehama T. Baum, Barry J. Isaacs, Ted Myerscough,
Shimshon Neikrug, Dana Roth, Jo Shearer y Mian Wang.
Todos los derechos reservados.
Primera impresión Enero 2006.
Versión en español: 2007

Reproducción y Condiciones de Uso:

La *Escala de calidad de vida familiar: Cuidadores principales de personas con discapacidad intelectual* está pensada para su uso internacional y puede imprimirse o copiarse con fines educativos, de servicios o de investigación sin permiso de los autores. De cualquier modo, los autores aprecian y animan vivamente a los educadores e investigadores a informarles de los usos que se den a la *Escala de calidad de vida familiar: Cuidadores principales de personas con discapacidad intelectual*, y les invitamos a compartir los datos y análisis. Cualquier otro uso o adaptaciones de la escala requieren permiso escrito de Barry J. Isaacs en la dirección indicada abajo.

Sugerencia de cita (formato APA)

Brown, I., Brown, R. I., Baum, N. T., Isaacs, B. J., Myerscough, T., Neikrug, S., Roth, D., Shearer, J. y Wang, M. (2006). *Family Quality of Life Survey: Main caregivers of people with intellectual disabilities* (trad. **Fabián Sainz y Miguel Ángel Verdugo**). Toronto, ON, Canada: Surrey Place Centre.

Disponibilidad del Paquete de la Escala

El *Paquete de la Escala de calidad de Vida Familiar* está actualmente disponible en inglés y puede descargarse sin coste alguno en <http://www.surreyplace.on.ca/Education-and-Research/research-and-evaluation/Pages/International-Family-Quality-of-LifeProject.aspx>

El Paquete de la Escala incluye la Escala de Calidad de Vida Familiar con instrucciones, un manual del administrador, una codificación de variables y archivos de datos en SPSS y formatos de texto delimitados. Se desarrollarán y estarán disponibles traducciones del paquete. Accedan a la página Web del Surrey Place para más detalles y descargas.

Correspondencia e información

Para consultas generales:

Barry J. Isaacs
Surrey Place Centre
2 Surrey Place
Toronto, Ontario
M5S 2C2
barry.isaacs@surreyplace.on.ca

Para compartir datos:

Dana Roth
Head of Research Department
Beit Issie Shapiro
Issie Shapiro Street
P. O. Box 29 Raanana
43100 Israel
danar@beitissie.org.il

Para su aplicación en España:

Fabián Sainz Modinos
INICO
Fac. de Psicología
Avda. de la Merced 109-131
37005 Salamanca
ESPAÑA
fsainz@usal.es

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer el apoyo de sus instituciones y organizaciones en el desarrollo de la escala: Beit Issie Shapiro, Israel, Down Syndrome Research Foundation, Canada, Flinders University, Australia, MukiBaum Treatment Centres, Canada, Rowan University, U.S.A., Surrey Place Centre, Canada, The College of Judea & Samaria, Israel, University of Toronto, Canada, y University of Victoria, Canada. Muchas personas revisaron esta escala durante sus etapas de desarrollo y les agradecemos sus contribuciones.

Escala de Calidad de Vida Familiar

Cuidadores Principales de Personas con Discapacidad Intelectual

¿Qué es la Escala de Calidad de Vida Familiar?

La *Escala de Calidad de Vida Familiar* (Escala CVF) es un método para centrarse en la calidad de vida de las familias que tienen uno o más miembros con discapacidad intelectual. Es una forma de atender al grado en que la calidad de vida de una familia es agradable, significativa y apoyada por los tipos de recursos que son importantes para los miembros de la familia, así como una forma de tener en cuenta las dificultades que afrontan las familias.

¿Cómo debería emplearse la Escala CVF?

La Escala CVF está pensada para dos usos. Primero, puede ser útil para profesionales de servicios y familiares como parte de una evaluación general de las necesidades de apoyo y diseño de programas. Segundo, puede emplearse como instrumento para describir y medir la calidad de vida familiar, dentro de las limitaciones de su conceptualización, con propósito de investigación o evaluación.

Estructura de la Escala CVF

Hay muchas formas de ver la calidad de vida familiar. La Escala CVF contempla aspectos de la vida familiar que consideramos cruciales basándonos en la investigación y práctica previas.

La Escala CVF tiene varias partes:

- La primera parte, *Sobre tu familia*, presenta a los miembros de tu familia.
- Las siguientes 9 partes atienden a áreas específicas de la vida familiar: salud, bienestar económico, relaciones familiares, apoyo de otros, apoyo de servicios, influencia de valores, carreras, ocio y recreo e integración en la comunidad. Cada una de estas 9 partes tiene 2 secciones. La sección A tiene preguntas que recogen información general y proporcionan contexto. La Sección B contiene preguntas relacionadas con 6 conceptos clave: importancia, oportunidades, iniciativa, logro, estabilidad y satisfacción. Estas preguntas pueden parecer algo repetitivas. Se pretende que sean así, pues hacen la misma pregunta sobre cada una de las 9 áreas de vida distintas.
- La parte final breve de la ECVF pregunta sobre impresiones generales de la calidad de vida familiar.

¿Cómo debería administrarse la Escala CVF?

La Escala CVF puede ser completada por el cuidador principal (autoadministración) o por un investigador o profesional con el cuidador principal (administración cara a cara). Cuando es autoadministrada, debería darse una forma de contactar con alguien que conozca la escala a los cuidadores principales que tengan preguntas.

Debería obtenerse siempre consentimiento informado por escrito de la persona que responde a la escala.

En algunos casos, los investigadores encuentran útil completar la información recogida de la escala con una entrevista personal.

Confidencialidad y cuestiones éticas

La Escala CVF contiene información confidencial. Cuando es empleada por organizaciones que prestan servicios para evaluar las necesidades de apoyo y diseñar programas, deberían seguirse todas las políticas y pautas establecidas sobre la información confidencial.

Cuando se emplea la Escala de CVF con propósitos de investigación o evaluación, debería mantenerse anónima toda la información personal de familias e individuos con discapacidad intelectual, y sólo debería hacerse informe de datos agrupados o ejemplos de casos anónimos. Quienes empleen esta escala deberían cumplir los requisitos éticos de sus universidades, organizaciones u organismos gubernamentales pertinentes.

Uso del término “Discapacidad Intelectual”

Empleamos el término “Discapacidad Intelectual” en esta escala internacional para denotar dificultades en el desarrollo cognitivo o deficiencia cognitiva por varias causas porque es el término aceptado y usado internacionalmente. Muchos países emplean otros términos que se refieren a la misma condición (i.e., retraso mental en Estados Unidos, discapacidades del aprendizaje en el Reino Unido y discapacidades del desarrollo en Canadá).

Traducción

La *Escala de Calidad de Vida Familiar: Cuidadores Principales de personas con discapacidad intelectual* se desarrolló en inglés. Es nuestro deseo traducir la escala a otros idiomas, y tener las versiones traducidas disponibles en nuestra página Web. Si quisiera traducir la escala a su idioma para usarla en su país, le agradeceríamos que contactara con nosotros para que podamos trabajar juntos para que esté disponible.

¿Tiene dificultades al descargar la Escala de CVF?

Si encuentra dificultades al descargar la escala o para obtener una copia con el formato adecuado, por favor contacte con Barry Isaacs: barry.isaacs@surreyplace.on.ca.

Instrucciones para completar la Escala de CVF

¿Quién responde las preguntas de la escala?

La *Escala de Calidad de Vida Familiar* debe ser completada por el cuidador principal del miembro de la familia con discapacidad intelectual. El cuidador principal puede ser un padre, un hermano, un esposo o pareja, u otro miembro de la familia como se define en la sección "Sobre tu familia" (pág. 1). No está pensada para ser completada por el miembro de la familia con discapacidad intelectual o un miembro de la familia que puede ayudar en el cuidado pero que no es el cuidador principal.

Al completar esta escala

1. Por favor responda cada pregunta de la forma más completa posible.
2. Escriba cualquier información o comentario adicional que pudieran ayudarnos a comprender mejor la situación de su familia en los espacios junto a las preguntas.
3. Si una pregunta no es aplicable, por favor indíquelo y explique por qué.
4. Completar la escala lleva alrededor de una hora.

Sólo para la organización

Identificación del participante:		
Lugar de la evaluación:		
Fecha:		
País:		
Forma de aplicación:		
<input type="checkbox"/>	Autoadministrada por el cuidador principal	
<input type="checkbox"/>	Cara a cara / Administración telefónica	
	Entrevistador:	
	Ocupación:	
	Lugar de estudio/trabajo:	
<input type="checkbox"/>	¿Ha habido entrevista de seguimiento?(marcar ✓ si la ha habido)	

Sobre su familia

Las personas piensan de forma diferente sobre sus familias a lo largo del mundo. Al completar esta escala, le pedimos que piense en su familia cercana – aquellas personas estrechamente implicadas en los asuntos cotidianos de su casa. Los miembros de la familia pueden estar relacionados por consanguinidad o por relaciones personales estrechas.

1. ¿Cuál es su relación con el miembro (los miembros) de su familia con discapacidad intelectual?

(Por ejemplo: madre, hermano/a, esposo/a, pareja)

PERSONA(S) CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

2. Por favor indique el género y edad de todos los miembros de la familia con discapacidad intelectual:

(Utilice el espacio a la derecha de la tabla para añadir otros si es necesario)

		Género	Edad	¿Vive en casa con usted? (marque ✓ si lo hace)
Persona 1	1	Hombre		
	2	Mujer		
Persona 2	1	Hombre		
	2	Mujer		
Persona 3	1	Hombre		
	2	Mujer		

3a. A continuación se encuentran algunos de los diagnósticos específicos o razones que pueden asociarse con discapacidad intelectual. Por favor marque (✓) cualquiera que se aplique al miembro (los miembros) de su familia con discapacidad intelectual.

Persona 1	Persona 2	Persona 3	
			Discapacidad intelectual (causa desconocida)
			Trastorno del Espectro Autista
			TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo)
			Síndrome de Down
			Síndrome de Prader-Willi
			Síndrome de X frágil
			Síndrome de Williams
			Síndrome de Rett
			PKU (Fenilcetonuria)
			Diagnóstico dual (discapacidad intelectual y trastorno mental)
			Parálisis Cerebral
			Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal
			Otra (especifique por favor)
			Otra (especifique por favor)

3b. A menudo las personas con discapacidad intelectual tienen otros problemas asociados. Por favor marque (✓) las que se apliquen al miembro(los miembros) con discapacidad intelectual de su familia.

Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	
			Problemas conductuales
			Problemas de ansiedad, expresión/trastornos del ánimo
			Trastornos psiquiátricos severos (esquizofrenia u otras formas de psicosis)
			Problemas generales de control/coordinación motora
			Convulsiones
			Enfermedad de Alzheimer u otros tipos de demencia
			Deficiencia visual grave
			Deficiencia auditiva grave
			Deficiencia de integración sensorial
			Dificultades del habla o lenguaje
			Dificultades para comer o alimentarse (sondas, alergias y sensibilidades graves, etc.)
			Problemas de corazón
			Asma u otras enfermedades respiratorias
			Problemas gastrointestinales/digestivos/de estómago
			Otra (especifique por favor)
			Otra (especifique por favor)

3c. Por favor describa la condición (las condiciones) marcadas

4. ¿Qué nivel de Apoyo Relacionado con la Discapacidad (ARD) necesita el miembro (los miembros) de su familia con discapacidad intelectual?

(Marque ✓ una opción para cada miembro de la familia con discapacidad intelectual. Añada otros si es necesario)

Persona 1	Persona 2	Persona 3	
			No requiere ARD
			Requiere ARD para unos pocos aspectos de su vida
			Requiere ARD para la mayoría, no todos, los aspectos de su vida
			Requiere ARD para casi todos los aspectos de su vida

5. ¿Qué nivel de comunicación describe mejor al miembro (los miembros) de su familia con discapacidad intelectual?

(Marque ✓ una opción para cada miembro con discapacidad intelectual. Añada otros si es necesario)

Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	
			Capaz de com. sobre una amplia variedad de temas de forma significativa
			Capaz de com. en un rango limitado de temas de forma significativa
			Capaz de com. necesidades, deseos y algunas ideas de forma significativa
			Capaz de comunicar necesidades y deseos
			Muy poca comunicación significativa

6. ¿Hay alguna cosa más que le gustaría contarnos sobre el (los) miembro(s) de su familia con discapacidad intelectual?

10. Por favor enumere a cualquier otra persona que considere que son miembros de su familia nuclear y no estén enumerados anteriormente.

Relación con el miembro (los miembros) de la familia con discapacidad intelectual (abuela, cuidador que vive en la misma casa, etc.)	Edad	¿Vive en casa con usted? (marque ✓ si lo hace)	¿Actúa como cuidador? (marque ✓ si lo hace)

11. ¿Qué miembro(s) está(n) más implicado(s) en la vida cotidiana del miembro(los miembros) de su familia con discapacidad intelectual? (marque ✓ una opción)

- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Madre y padre
- 4 Hermanos/as
- 5 Padres y hermanos/as
- 6 Padres y otros miembros de la familia
- 7 Padres, hermanos/as y otros miembros
- 8 Otros miembros de la familia (por ejemplo: abuelos, tía, primo)

12. ¿Cuánta responsabilidad cree usted que tiene personalmente en los asuntos cotidianos de su familia? (marque ✓ una opción)

- 1 Mucha más responsabilidad de la que me gustaría
- 2 Más responsabilidad de la que me gustaría
- 3 Sobre la cantidad de responsabilidad que me gusta
- 4 Menos responsabilidad de la que me gustaría
- 5 Mucha menos responsabilidad de la que me gustaría

13a. ¿Cuánta responsabilidad relacionada con el miembro(s) de su familia con discapacidad tiene personalmente? (marque ✓ una opción)

- 1 Mucha más responsabilidad de la que me gustaría
- 2 Más responsabilidad de la que me gustaría
- 3 Aproximadamente la cantidad de responsabilidad que me gusta
- 4 Menos responsabilidad de la que me gustaría
- 5 Mucha menos responsabilidad de la que me gustaría

13b. Comentarios:

1. Salud de la familia

En esta sección, se le pide que tenga en cuenta la salud general de su familia. A veces uno o más miembros de la familia tienen problemas de salud y estos problemas afectan a los demás miembros de la familia. Al responder a las siguientes preguntas, piense en su familia como grupo.

Sección A

1a. ¿Tiene el miembro (los miembros) su familia con discapacidad intelectual problemas graves de salud física y/o mental?

- 1 Sí
- 2 No

1b. Si los hay, por favor descríbalos:

2a. ¿Tienen otros miembros de su familia problemas graves de salud física y/o mental?

- 1 Sí
- 2 No

2b. Si los hay, por favor descríbalos:

<i>¿Quién? (Relación con el miembro (los miembros) de la familia con discapacidad intelectual)</i>	<i>Problema de salud:</i>

3. ¿Qué obstáculos tiene su familia para acceder a atención sanitaria? (marque ✓ todos los que corresponda)

- 1 Espera larga para atención
- 2 No hay tratamiento conocido para el problema
- 3 No hay servicios disponibles en mi zona
- 4 El transporte es un problema
- 5 No podemos ir con facilidad a las citas, tenemos problemas para desplazarnos
- 6 No sabemos dónde acudir para recibir los servicios de atención sanitaria
- 7 No comprendemos con facilidad los que nos dicen los profesionales de la salud
- 8 Tratamiento de mala calidad por parte de los profesionales de la salud
- 9 Tenemos creencias diferentes sobre la atención sanitaria
- 10 Otros (especificar) _____
- 11 Otros (especificar) _____

Sección B

1. **¿Qué importancia tiene la salud de su familia para la calidad de vida de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucha importancia
- 4 Bastante importancia
- 3 De cierta importancia
- 2 Poca importancia
- 1 No tiene apenas importancia

2. **¿Hay oportunidades en su zona para atender a las necesidades sanitarias de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimas
- 4 Muchas
- 3 Algunas
- 2 Unas pocas
- 1 Casi ninguna

3. **¿Se esfuerzan los miembros de su familia para mantener o mejorar su salud, como hacer ejercicio habitualmente, o prestar atención a la dieta?** (marque ✓ una)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

4. **¿Tienen los miembros de su familia buena salud?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

5a. **En el futuro próximo, es probable que el nivel de salud de su familia ...** (marque ✓ una opción)

- 5 Mejore mucho
- 4 Mejore
- 3 Permanezca similar
- 2 Empeore
- 1 Empeore mucho

5b. **Si mejora o empeora, ¿por qué?**

6. **Teniendo en cuenta todo, ¿cuán satisfecho está usted con la salud de su familia?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. **Por favor, añada cualquier información o explicaciones adicionales que desee.**

2. Bienestar Económico

En esta sección, se le pide que piense sobre cómo se maneja su familia económicamente. Cada miembro de su familia gana diferentes cantidades de dinero y tiene necesidades económicas diferentes, pero al responder a las preguntas que siguen, piense en la situación de su familia como grupo.

Sección A

1. **En su país, ¿cómo se describirían los ingresos totales de su familia, incluidas todas las pensiones?** (marque ✓una opción)

- 5 Bastante por encima de la media
 4 Por encima de la media
 3 En la media
 2 Por debajo de la media
 1 Bastante por debajo de la media

2. **Cuando piensa en los ingresos familiares totales, incluyendo todas las pensiones, considera que su familia está** (marque ✓una opción):

- 5 Muy bien
 4 Nos manejamos bien, con algún extra
 3 Bien
 2 Nos arreglamos
 1 Con dificultades

3. **¿Recibe su familia algún apoyo económico de fuentes diferentes al trabajo (como donaciones, pensiones, inversiones...)?** (Por favor, enumere)

4. **¿Qué porcentaje de sus ingresos familiares totales, incluyendo todas las pensiones, gasta al mes su familia, de media, en el cuidado especial, medicación, apoyo o equipamiento para el miembro (los miembros) de la familia con discapacidad intelectual?**

- 5 Ninguno
 4 Menos del 10%
 3 Del 10% al 25%
 2 Del 26% al 50%
 1 51% o más

5. **¿Cuántas de las necesidades básicas de su familia (por ejemplo, comida, ropa, vivienda) cubren sus ingresos familiares?** (marque ✓ una opción)

- 5 Todas
- 4 La mayor parte
- 3 Algunas
- 2 Unas pocas
- 1 Ninguna

6a. **Después de pagar todos los gastos necesarios a final de mes, ¿le queda dinero para hacer lo que quiera con él?** (marque ✓ una opción)

- 1 Sí
- 2 No

6b. **Si no es así, ¿supone esto un problema económico para su familia?** (marque ✓ una opción)

- 1 Sí
- 2 Algo
- 3 No

Sección B

1. **¿Cuánta importancia tiene el bienestar económico para la calidad de vida de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucha importancia
- 4 Bastante importancia
- 3 Alguna
- 2 Poca
- 1 Casi ninguna

2. **¿Hay oportunidades para que los miembros de su familia ganen bastante dinero para hacer las cosas que quiere su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimas
- 4 Muchas
- 3 Algunas
- 2 Pocas
- 1 Casi ninguna

3. **¿Se esfuerzan los miembros de su familia para mantener o mejorar la situación económica de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada

4. **¿Hasta qué punto responde la situación económica de su familia a las expectativas de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 En gran medida
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada

5a. **En el futuro próximo, es probable que la situación económica de su familia...** (marque ✓ una opción)

- 5 Mejore mucho
- 4 Mejore
- 3 Siga parecida
- 2 Empeore
- 1 Empeore mucho

5b. **Si mejora o empeora, ¿por qué?**

6. **Teniendo en cuenta todo, ¿cuál es su grado de satisfacción con el bienestar económico de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. **Por favor, añada cualquier información o explicación adicional que desee.**

3. Relaciones Familiares

En esta sección, piense en el tono o sentimiento general que esté presente de forma habitual en su familia. Un individuo en una familia podría llevarse mejor con unos miembros que con otros, pero aquí nos interesa la atmósfera que surge de todas las relaciones en su familia como grupo.

Sección A

1. ¿Quién asume la responsabilidad de que funcionen los asuntos cotidianos en su familia?

(marque ✓ una opción)

- 1 Todos ayudan en la medida de sus posibilidades
- 2 Unos hacen más que otros
Por favor especifique quién hace más _____
- 3 La mayor parte de responsabilidad es de una o dos personas
Por favor especifique quién hace más _____
- 4 Las cosas simplemente se resuelven

2. ¿Quién asume la MAYOR responsabilidad de cada uno de estos nueve aspectos de la vida de su familia? Si se comparten las responsabilidades enumere a todos los implicados.

(marque ✓ quienes corresponda)

	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Hermanos</i>	<i>Otros</i>
a. Compra de alimentos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Cocinar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Cuidado de la persona con discapacidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Cuidado de otros niños	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. Cuidado del jardín	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. Limpieza de la casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g. Lavandería	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
h. Ganar dinero	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
i. Mantenimiento y reparaciones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
j. Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
k. Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

3. ¿Hasta que punto en su familia...? (marque ✓ una respuesta para cada ítem)

	<i>Mucho</i>	<i>Bastante</i>	<i>Algo</i>	<i>No mucho</i>
a. Se ayudan a hacer cosas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Van a los sitios juntos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Disfrutan de la compañía de los otros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Se apoyan en tiempos de problemas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. Ayudan a resolver problemas familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. Confían unos en otros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g. Trabajan juntos por las metas familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
h. Tienen un sentimiento de pertenencia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
i. Tienen generalmente valores similares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
j. Hacen las cosas como una familia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Sección B

1. **¿Qué importancia tienen para la calidad de vida de su familia las relaciones familiares?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Mucha
- 4 Bastante
- 3 Alguna
- 2 Poca
- 1 Casi ninguna

2. **¿Tienen los miembros de su familia oportunidades de mantener y mejorar las buenas relaciones entre ellos?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimas
- 4 Muchas
- 3 Algunas
- 2 Unas pocas
- 1 Casi ninguna

3. **¿Se esfuerzan los miembros de su familia para mantener buenas relaciones entre ellos?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

4. **¿Disfrutan los miembros de su familia de buenas relaciones entre sí?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

5a. **En el futuro próximo, es probable que las relaciones de su familia...** (marque ✓ una opción)

- 5 Mejoren mucho
- 4 Mejoren
- 3 Permanezcan similares
- 2 Empeoren
- 1 Empeoren mucho

5b. **Si mejoran o empeoran, ¿por qué?**

6. Teniendo en cuenta todo, cómo de satisfecho está con las relaciones en su familia?

(marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. Por favor, añada toda la información o explicaciones adicionales que desee.

4. Apoyo de Otras Personas

Las familias a veces reciben apoyo práctico y emocional de otras personas, como parientes, amigos, vecinos u otros. En esta sección, se le pide que piense en el apoyo que recibe su familia de otras personas.

Sección A

1a. **¿Cuánto le ayudan los parientes (distintos a los que ha identificado como familia nuclear) con asuntos prácticos, como cuidar de miembros de la familia, comprar o cuidar la casa?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

1b. **¿ Cuántas horas semanales, en total, dedican sus parientes a estas cosas?**

_____ horas

2a. **¿Cuánto apoyo emocional dan a tu familia los parientes (distintos de quienes has identificado como tu familia nuclear), como hablar con ustedes, escucharles o animarles?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

2b. **¿Cuántas horas semanales, en total, dedican sus parientes a estas cosas?**

_____ horas

3a. **¿Cuánto ayudan los amigos y vecinos a su familia a hacer cosas prácticas, como cuidar de los miembros de la familia, hacer la compra o cuidar de la casa?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

3b. **¿ Cuántas horas semanales, en total, dedican sus amigos y vecinos a esas cosas?**

_____ horas

4a. ¿Cuánto apoyo emocional le dan a su familia sus amigos y vecinos, como hablar con ustedes, escucharles o animarles? (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

4b. ¿Cuántas horas semanales, en total, dedican sus amigos y vecinos a esas cosas?
_____ horas

5a. ¿Cómo describiría su propia vida social personal fuera de su familia? (marque ✓ una opción)

- 1 Como yo quisiera que fuera.
- 2 Algo peor de lo que yo quisiera que fuera
- 3 Mucho peor de lo que me gustaría que fuera

5b. Por favor explíquelo:

Sección B

1. **¿Cuánta importancia para la calidad de vida de su familia tiene el apoyo práctico y emocional que recibe de otras personas, excluyendo a los prestadores de servicios?** (marque ✓ una opción)
- 5 Mucha importancia
 4 Bastante importancia
 3 Algo de importancia
 2 Poca importancia
 1 Casi ninguna importancia
2. **¿Hay oportunidades de recibir apoyo práctico y emocional que su familia podría necesitar de otras personas, excluyendo a quienes prestan servicios?** (marque ✓ una opción)
- 5 Muchísimas
 4 Muchas
 3 Algunas
 2 Unas pocas
 1 Casi ninguna
3. **¿Se esfuerzan los miembros de su familia para conseguir apoyo práctico y emocional de otras personas, excluyendo a los prestadores de servicios?** (marque ✓ una opción)
- 5 Mucho
 4 Bastante
 3 Algo
 2 Poco
 1 Casi nada
4. **¿Hasta qué punto recibe su familia apoyo práctico y emocional de otras personas, excluyendo a los prestadores de servicios?** (marque ✓ una opción)
- 5 Mucho
 4 Bastante
 3 Algo
 2 Poco
 1 Casi nada
- 5a. **En el futuro próximo, es probable que el apoyo práctico y emocional que recibe de otras personas, excluyendo a prestadores de servicios, ...** (marque ✓ una opción)
- 5 Mejore en gran medida
 4 Mejore
 3 Permanezca similar
 2 Empeore
 1 Empeore mucho

5b. Si mejora o empeora, ¿por qué?

6. Teniendo en cuenta todo, ¿cómo de satisfecho está con el apoyo práctico y emocional que su familia recibe de otras personas, excluyendo a prestadores de servicios (marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. Por favor, añada cualquier información o explicación adicional que desee.

5. Apoyo de Servicios Relacionados con la Discapacidad

En esta sección se le pide que piense en el apoyo que recibe de los servicios relacionados con la discapacidad. Aunque estos servicios se dirigen a menudo a la persona con discapacidad intelectual, a menudo afectan a la familia como grupo.

Sección A

1. Indique cuál de estos servicios, si hay alguno, está disponible en su zona. (marque ✓ las que correspondan)

- 1 Prestaciones y financiación especiales
- 2 Coordinación de servicios / trabajo social
- 3 Trabajador de apoyo individual / familiar
- 4 Cuidador pagado
- 5 Servicio de respiro
- 6 Atención sanitaria domiciliaria
- 7 Servicios de defensa
- 8 Educación especial
- 9 Empleo con apoyo
- 10 Empleo protegido
- 11 Programas/ actividades diarias
- 12 Vivienda con apoyo / vivienda hogar
- 13 Vida independiente con apoyo
- 14 Institución, hospital residencia u otro servicio institucional a gran escala
- 15 Médico de familia
- 16 Pediatra
- 17 Médico(s) especialista(s) (por favor especifique): _____
- 18 Psiquiatra
- 19 Psicólogo
- 20 Servicios de la vista (además de los rutinarios)
- 21 Servicios de audición (además de los rutinarios)
- 22 Servicios de nutrición
- 23 Servicios de audición y lenguaje
- 24 Apoyo conductual
- 25 Terapia ocupacional
- 26 Fisioterapia
- 27 Consejo psicológico / psicoterapia
- 28 Otros (por favor especifique): _____
- 29 Otros (por favor especifique): _____

2. ¿Cuáles de estos servicios ha utilizado usted o los miembros de su familia? (marque ✓ las que correspondan)

- 1 Prestaciones y financiación especiales
- 2 Coordinación de servicios / trabajo social
- 3 Trabajador de apoyo individual / familiar
- 4 Cuidador pagado
- 5 Servicio de respiro
- 6 Atención sanitaria domiciliaria
- 7 Servicios de defensa

- 8 Educación especial
- 9 Empleo con apoyo
- 10 Empleo protegido
- 11 Programas/ actividades diarias

- 12 Vivienda con apoyo / vivienda hogar
- 13 Vida independiente con apoyo
- 14 Institución, hospital residencia, u otro servicio institucional a gran escala

- 15 Médico de familia
- 16 Pediatra
- 17 Médico(s) especialista(s) medico(s) (por favor especifique) _____
- 18 Psiquiatra
- 19 Psicólogo

- 20 Servicios de la vista (además de los rutinarios)
- 21 Servicios de audición (además de los rutinarios)

- 22 Servicios de nutrición
- 23 Servicios de audición y lenguaje
- 24 Apoyo conductual
- 25 Terapia ocupacional
- 26 Fisioterapia
- 27 Consejo psicológico / psicoterapia

- 28 Otros (por favor especifique): _____
- 29 Otros (por favor especifique): _____

3a. ¿Hay servicios relacionados con la discapacidad que necesite y no reciba actualmente? (marque ✓ una opción)

- 1 Sí
- 2 No

Si ha respondido “No”, por favor vaya a la sección B de la página 22.

Si ha respondido “Sí”, continúe con las preguntas 3b y 3c en la página siguiente.

3b. Si hay servicios relacionados con la discapacidad que necesite y no esté recibiendo, por favor enumérelas.

3c. ¿Por qué no recibe los servicios relacionados con la discapacidad que necesita? (marque ✓ las que correspondan)

- 1 Espera larga para el servicio
- 2 Los servicios que utilizamos no ayudan lo suficiente
- 3 Servicios no disponibles en mi zona (por favor especifique) _____
- 4 El transporte es un problema
- 5 No podemos conseguir citas con facilidad, tenemos problemas para desplazarnos
- 6 No sabemos dónde recibir los servicios
- 7 Nos cuesta comprender lo que dicen las personas de los servicios
- 8 Tratamiento de mala calidad del personal
- 9 Tenemos creencias diferentes sobre los servicios de apoyo
- 10 Otras (especificar) _____
- 11 Otras (especificar) _____

Sección B

1. **¿Cuánta importancia tiene para la calidad de vida de su familia el apoyo de los servicios relacionados con la discapacidad intelectual?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucha importancia
- 4 Bastante importancia
- 3 Algo de importancia
- 2 Poca importancia
- 1 Casi ninguna importancia

2. **¿Hay oportunidades en su zona de recibir los servicios relacionados con la discapacidad intelectual que necesita su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimas
- 4 Muchas
- 3 Algunas
- 2 Pocas
- 1 Casi ninguna

3. **¿Se esfuerzan los miembros de su familia para obtener los servicios relacionados con la discapacidad que necesitan?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada

4. **¿Hasta qué punto son atendidas en su zona las necesidades de su familia, relacionadas el miembro (los miembros) con discapacidad intelectual de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada

5a. **En el futuro próximo, es probable que el apoyo que su familia recibe de los servicios relacionados con la discapacidad...** (marque ✓ una opción)

- 5 Mejore mucho
- 4 Mejore
- 3 Permanezca igual
- 2 Empeore
- 1 Empeore mucho

5b. Si mejora o empeora, ¿por qué?

6. Teniendo en cuenta todo, ¿cómo de satisfecho está con los servicios relacionados con la discapacidad que recibe su familia? (marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. Por favor, añade cualquier información o explicaciones adicionales que desee.

6. Influencia de Valores

Muchas personas obtienen realización y guía de los valores que sostienen. Dichos valores pueden surgir de estándares personales de conducta, creencias basadas en la espiritualidad, la religión o el entorno cultural. Para la mayoría de las personas los valores surgen de una combinación de estas fuentes. En esta sección, se le pide que piense en el grado en que su familia es influida por valores personales, espirituales, religiosos y culturales, y que considere su impacto en su familia como grupo.

Sección A

1a. ¿Son los valores de su familia...? (marque ✓ todas las que correspondan)

- 1 Personales
- 2 Espirituales
- 3 Religiosos
- 4 Culturales

1b. Por favor explique: _____

2. ¿En qué medida acepta la comunidad religiosa, espiritual o cultural la discapacidad del miembro (los miembros) de su familia? (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada
- 0 No estamos muy implicados en una comunidad espiritual/cultural

3. ¿Hasta qué punto ayudan las personas en su comunidad religiosa, espiritual/cultural de forma práctica en cuanto a las necesidades relacionadas con la discapacidad de su familia? (marque ✓ una)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada
- 0 No estamos muy implicados en una comunidad espiritual/cultural

4. **¿En qué medida ayudan las personas en su comunidad religiosa, espiritual/cultural a su familia de forma emocional en cuanto a las necesidades relacionadas con la discapacidad?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimo
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada
- 0 No estamos muy implicados en una comunidad espiritual/cultural

5. **¿En qué medida ayudan los valores personales, espirituales, religiosos y/o culturales ayudan a los miembros de su familia a aceptar y afrontar la discapacidad?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimo
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada
- 0 No tenemos valores personales, espirituales o culturales fuertes

Sección B

1. **¿Cuán importantes son para la calidad de vida de su familia los valores personales, espirituales, religiosos y/o culturales?** (marque ✓ una opción)
 - 5 Muy importantes
 - 4 Bastante importantes
 - 3 Algo importantes
 - 2 Poco importantes
 - 1 Casi sin importancia

2. **¿Hay oportunidades para los miembros de su familia de desarrollar y sostener valores personales, espirituales, religiosos y/o culturales que puedan contribuir a la calidad de vida de su familia?** (marque ✓ una opción)
 - 5 Muchísimas
 - 4 Muchas
 - 3 Algunas
 - 2 Pocas
 - 1 Casi ninguna

3. **¿Se esfuerzan los miembros de su familia en mantener o reforzar los valores personales, espirituales, religiosos y/o culturales que contribuyen a la calidad de vida de su familia?** (marque ✓ una opción)
 - 5 Mucho
 - 4 Bastante
 - 3 Algo
 - 2 Un poco
 - 1 Casi nada

4. **¿Hasta qué punto mantienen los miembros de su familia valores personales, espirituales, religiosos y/o culturales que contribuyen a la calidad de vida de su familia?** (marque ✓ una opción)
 - 5 Mucho
 - 4 Bastante
 - 3 Algo
 - 2 Un poco
 - 1 Casi nada

5a. **En el futuro próximo, es probable que los valores personales, espirituales, religiosos y/o culturales que contribuyen a la calidad de vida de su familia ...** (marque ✓ una opción)

- 5 Mejoren mucho
- 4 Mejoren
- 3 Permanezcan igual
- 2 Empeoren
- 1 Empeoren mucho

5b. **Si mejoran o empeoran, ¿por qué?**

6. **Teniendo en cuenta todo, ¿cuán satisfecho está con el grado en que los valores personales, espirituales, religiosos y/o culturales contribuyen a la calidad de vida de su familia?** (marque ✓ una)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. **Por favor, añada cualquier información o explicación adicional que desee.**

7. Profesiones y Preparación para las Profesiones

Parte de la vida de una persona adulta es trabajar. De forma similar, parte de la vida de un niño es aprender para el futuro. En esta sección, piense en su familia como grupo.

Sección A

1. Haga una lista de cada miembro de su familia nuclear por roles (por ejemplo, madre, hermanastro), incluyendo al miembro (los miembros) de la familia con discapacidad, y marque (✓) la actividad ocupacional apropiada. Describa brevemente el trabajo o escuela a que asiste.

Miembro de la familia	Jubilado	Sin empleo	Empleado a jornada completa	Empleado a tiempo parcial	Estudiante a tiempo completo	Estudiante a tiempo parcial	Describa el trabajo o escuela o por qué no trabaja

- 2a. Participa el miembro (los miembros) de su familia con discapacidad en las actividades diarias que quiere?

Persona 1 Persona 2 Persona 3

1	1	1	Sí
2	2	2	Algo
3	3	3	No
4	4	4	No se aplica

- 2b. Si no, ¿por qué?

2c. ¿En qué actividades cotidianas participa el miembro (los miembros) de la familia con discapacidad intelectual? (marque ✓ todas las que correspondan para cada miembro con discapacidad intelectual de la familia.)

Persona 1 Persona 2 Persona 3

1	1	1	Empleo pagado en la comunidad
2	2	2	Empleo con apoyo en la comunidad (remunerado o no)
3	3	3	Autoempleo
4	4	4	Trabajo voluntario
5	5	5	Empleo protegido
6	6	6	Formación profesional
7	7	7	Escuela
8	8	8	Programas de día
9	9	9	Otros
10	10	10	No participa en actividades formativas o educativas

3. ¿Ha dejado algún miembro de su familia su trabajo o formación para cuidar al miembro(s) con discapacidad de su familia?

- 1 Sí
 2 No

Si ha respondido “No”, por favor pase a la sección B en la página 30.

Si ha respondido “Sí”, continúe con la pregunta 4.

4a. ¿Quién en su familia ha dejado su carrera profesional o formación para cuidar al miembro (los miembros) con discapacidad de su familia?

4b. Por favor hablemos de ello: _____

5a. ¿La retomarán en un futuro próximo?

- 1 Sí
 2 Quizá
 3 No

5b. Por favor, explíquelo: _____

6. ¿Qué impacto ha tenido esto en su familia?

Sección B

1. **¿Cuánta importancia tiene para la calidad de vida de su familia que los miembros de su familia ejerzan o se formen para las carreras profesionales que quieren?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucha importancia
- 4 Bastante importancia
- 3 Algo de importancia
- 2 Poca importancia
- 1 Casi ninguna importancia
- 0 No se aplica a mi familia

2. **¿Hay oportunidades para los miembros de su familia de ejercer o formarse para las carreras profesionales que quieren y asistir a las escuelas que quieren?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimas
- 4 Muchas
- 3 Algunas
- 2 Pocas
- 1 Casi ninguna
- 0 No se aplica a mi familia

3. **¿Se esfuerzan los miembros de su familia para desarrollar su formación o carreras profesionales?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimo
- 4 Mucho
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada
- 0 No se aplica a mi familia

4. **¿En qué medida han podido los miembros de su familia prepararse y tener la formación y carreras profesionales que querían?** (marque ✓ una opción)

- 5 En gran medida
- 4 Mucho
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada
- 0 No se aplica a mi familia

5a. **En el futuro próximo, es probable que la capacidad de su familia para ejercer y prepararse para las carreras profesionales que quieren...** (marque ✓ una opción)

- 5 Mejore mucho
- 4 Mejore
- 3 Permanezca similar
- 2 Empeore
- 1 Empeore mucho
- 0 No se aplica a mi familia

5b. **Si mejora o empeora, ¿por qué?**

6. **Teniendo en cuenta todo, ¿cuán satisfecho está usted con las carreras profesionales de su familia y su capacidad para prepararse para esas carreras?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho
- 0 No se aplica a mi familia

7. **Por favor, añada cualquier información o explicaciones adicionales que desee.**

8. Ocio y Tiempo Libre

En esta sección, tenga en cuenta las actividades de ocio y tiempo libre de su familia como un todo.

Sección A

1. ¿Qué cosas hacen los miembros de su familia juntos en grupos de 2 o más personas en los momentos de ocio y tiempo libre?

¿Qué 2 o más miembros de la familia? (i.e.: madre, padre, hermanos, persona con disc.)	Actividades que realizan juntos

2. ¿Qué cosas hacen los miembros de su familia de forma individual en los momentos de ocio y tiempo libre?

¿Qué miembro de la familia? (por ej.: madre, padre, hermanos, persona con discapacidad)	Actividades que realiza de forma individual

3. ¿En qué medida está el/los miembro/s de su familia implicado en sus actividades familiares de ocio y tiempo libre?

- 5 En gran medida
- 4 Mucho
- 3 Algo
- 2 Un poco
- 1 Casi nada

Sección B

1. **¿Cuánta importancia tienen el ocio y tiempo libre en la calidad de vida de su familia?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Mucha importancia
- 4 Bastante importancia
- 3 Alguna importancia
- 2 Poca importancia
- 1 Casi ninguna importancia

2. **¿Hay oportunidades para los miembros de su familia participen en actividades de ocio y tiempo libre?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimas
- 4 Muchas
- 3 Algunas
- 2 Pocas
- 1 Casi ninguna

3. **¿Se esfuerzan los miembros de su familia para participar en actividades de ocio y tiempo libre?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimo
- 4 Mucho
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada

4. **¿En qué medida participan los miembros de su familia en actividades de ocio y tiempo libre?** (marque ✓ una opción)

- 5 En gran medida
- 4 Mucho
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada

5a. **En el futuro próximo, es probable que el ocio y tiempo libre de su familia...**
(marque ✓ una)

- 5 Mejore mucho
- 4 Mejore
- 3 Permanezca similar
- 2 Empeore
- 1 Empeore mucho

5b. **Si mejora o empeora, ¿por qué?**

6. **Teniendo en cuenta todo, ¿cuán satisfecho está con el ocio y tiempo libre de su familia?**
(marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. **Por favor, añada cualquier información o explicación adicional que desee. En concreto, por favor explique si los miembros de su familia no son capaces de participar en actividades de ocio y tiempo libre en el grado en que les gustaría.**

9. Interacción Comunitaria

La comunidad es un sentido de unión con las personas y lugares en su zona. En esta sección, tenga en cuenta la interacción comunitaria de su familia como grupo.

Sección A

1. ¿En qué grupos, clubes u organizaciones comunitarias participan los miembros de su familia, incluidos los miembros con discapacidad intelectual?

<i>Miembro de la familia</i>	<i>Grupo, club u organización</i>

- 2a. ¿Ha experimentado su familia algún tipo de discriminación en su comunidad?

- 1 Sí
 2 No

- 2b. Si es que sí, por favor explíquelo

3. ¿En qué tipo de comunidad vive usted? (marque ✓ una opción)

- 1 Gran ciudad
 2 Pequeña ciudad
 3 Pueblo pequeño
 4 Rural
 5 Otros (por favor, especifique) _____

4. ¿Le gusta vivir en esta comunidad?

- 1 Sí
 2 Algo
 3 No

Sección B

1. **¿Cuánta importancia tiene para la calidad de vida de su familia tiene la interacción de los miembros de su familia con personas y lugares de su comunidad?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucha importancia
- 4 Bastante importancia
- 3 Algo de importancia
- 2 Poca importancia
- 1 Casi sin importancia

2. **¿Hay oportunidades para los miembros de su familia de interactuar con personas y lugares de su comunidad?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muchísimas
- 4 Muchas
- 3 Algunas
- 2 Pocas
- 1 Casi ninguna

3. **¿Se esfuerzan los miembros de su comunidad en interactuar con las personas y lugares de su comunidad?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada

4. **¿En qué grado interactúa su familia con las personas y lugares de su comunidad?** (marque ✓ una opción)

- 5 Mucho
- 4 Bastante
- 3 Algo
- 2 Poco
- 1 Casi nada

5a. **En el futuro próximo, es probable que la interacción de su familia con las personas y lugares de su comunidad...** (marque ✓ una opción)

- 5 Mejore mucho
- 4 Mejore
- 3 Permanezca similar
- 2 Empeore
- 1 Empeore mucho

5b. **Si mejora o empeora, ¿por qué?**

6. **Teniendo en cuenta todo, ¿cuán satisfecho está con la interacción de su familia con las personas y lugares de su comunidad?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. **Por favor, añada cualquier información o explicaciones adicionales que desee.**

10. Calidad de vida familiar general

1. ¿Hay experiencias cotidianas que *aportan* la calidad de vida de su familia que no hayamos cubierto en esta encuesta?

2. ¿Hay experiencias cotidianas que *roban* la calidad de vida de su familia que no hayamos cubierto en esta encuesta?

3. ¿Hay algo más sobre la estructura y/o organización de su familia que sea importante para la calidad de vida de su familia y que no le hayamos preguntado en esta encuesta?

4. ¿Hay algo más que sea importante para la calidad de vida de su familia sobre lo que no le hayamos preguntado en esta encuesta?

5. **En general, ¿cómo describiría usted la calidad de vida de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Excelente
- 4 Muy buena
- 3 Buena
- 2 Aceptable
- 1 Pobre

6. **En general, ¿cuán satisfecho está con la calidad de vida de su familia?** (marque ✓ una opción)

- 5 Muy satisfecho
- 4 Satisfecho
- 3 Ni satisfecho ni insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 1 Muy insatisfecho

7. **Finalmente, ¿qué cosas cree que podrían mejorar la calidad de vida de su familia?**

Gracias por completar esta Encuesta de Calidad de Vida Familiar.