

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR DE MENORES DE 18 AÑOS VERSIÓN REVISADA



DISCAPACITAT I QUALITAT DE VIDA
ASPECTES EDUCATIUS



Blanquerna

UNIVERSITAT RAMON LLULL

Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE MADRID



**Plena
inclusión**

Cómo citar la escala:

Giné. C., Mas, J. M., Balcells-Balcells, A., Baqués, N. y Simón, C. (2018). *Escala de Calidad de Vida Familiar para familias con hijos/as menores de 18 años con discapacidad intelectual y/o en el desarrollo. Versión Revisada. CdVF-ER (<18)*. Madrid: Plena inclusión.

ISBN: 978-84-09-06338-3

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder contextualizar la información de la Escala, a continuación, encontrará un grupo de preguntas referidas a:

- Información sobre la persona que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (DID en adelante).

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación no se ajuste a las respuestas facilitadas, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

FECHA:

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE CONTESTA LA ESCALA

Relación con la persona con DID (por favor, marque solo una casilla):

- Padre
- Madre
- Hermano/a
- Otro miembro de la familia (por favor, especifique):

Edad (por favor, marque solo una casilla):

- 18-19 años
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79
- 80 en adelante

Sexo:

- Hombre
- Mujer

¿Es usted el cuidador principal?

- Sí
- No

INFORMACIÓN SOBRE EL FAMILIAR CON DID

1 Edad (por favor, marque solo una casilla):

- 0-11 meses
- 12-23 meses
- 24-35 meses
- 3-5 años y 11 meses
- 6-8 años y 11 meses
- 9-11 años y 11 meses
- 12-15 años y 11 meses
- 16-17 años y 11 meses

2 Sexo:

- Hombre
- Mujer

3 Porcentaje de discapacidad (según certificado oficial):

- 33 al 64%
- 65 al 74%
- Mayor al 75%
- En trámite
- No pedido

4 Servicios que recibe actualmente la persona con DID:

- Atención temprana
- Escuela
- Formación ocupacional
- Empleo con apoyo
- Centro de día
- Ocio
- Residencia
- Servicio de vivienda
- Otros: _____

5 Trastornos asociados

- Trastorno del Espectro Autista (TEA)
- Discapacidad auditiva
- Trastorno del lenguaje
- Trastorno por Déficit de Atención (TDAH)
- Salud (especifique): _____
- Trastornos de conducta
- Discapacidad visual
- Discapacidad física
- Trastorno mental
- Otros (especifique): _____

CdVF-ER (<18).

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR PARA FAMILIARES CON DID MENORES DE 18 AÑOS. VERSION REVISADA.

La presente escala tiene por objetivo conocer la opinión de las familias de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (DID) con respecto a su calidad de vida familiar, con el fin de contribuir a la mejora de los servicios y de la atención que éstas reciben.

De acuerdo con Poston, et al. (2003) se entiende por familia “a las personas que piensan en sí mismas como parte de la familia, ya estén relacionadas por sangre o matrimonio o no, y que se apoyan entre sí”.

La escala debe ser respondida por padres, madres, hermanos/as o tutores legales de personas con DID. En cualquier caso, siempre debe reflejar la opinión familiar. Es importante responder a todas las preguntas. La información que nos proporcione será confidencial⁵.

Para responder correctamente la escala, debe:

- 1 Leer cada afirmación.
- 2 Marcar en la primera columna la frecuencia en que se da la situación descrita en cada frase.

- Si marca el **1**, significa que la situación descrita en la frase **nunca** se da.
- Si marca el **2**, significa que la situación descrita en la frase **raramente** se da.
- Si marca el **3**, significa que la situación descrita en la frase se da **a veces**.
- Si marca el **4**, significa que la situación descrita en la frase se da **a menudo**.
- Si marca el **5**, significa que la situación descrita en la frase se da **siempre**.

En la página siguiente se muestra un ejemplo de cómo puede responder a la escala.

Muchas gracias por su colaboración.



¹ Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de datos

Por favor, indique con qué frecuencia se da cada una de las siguientes situaciones en su familia:

		-					+				
		Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre					
1	Como pareja estamos de acuerdo en relación al cuidado y educación del familiar con DID	1	2	3	4	5					
2	Mi familia puede hacer frente económicamente a las necesidades de todos sus miembros	1	2	3	4	5					
3	Disponemos de tiempo para la vida en pareja	1	2	3	4	5					

Ejemplo **1**

Como pareja estamos de acuerdo en relación al cuidado y educación del familiar con DID

- Si considera que como pareja están de acuerdo en relación al cuidado y educación del familiar con DID **a veces**, deberá seleccionar el nº **3**.

Ejemplo **2**

Mi familia puede hacer frente económicamente a las necesidades de todos sus miembros

- Si considera que su familia **a menudo** puede hacer frente económicamente a las necesidades de todos sus miembros, pero no en todas las ocasiones, deberá seleccionar el nº **4**.

Ejemplo **3**

Disponemos de tiempo para la vida en pareja


- Si considera que **raramente** disponen de tiempo para la vida en pareja, deberá seleccionar el nº **2**.

CdVF-ER (<18).

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR
PARA FAMILIARES CON DID MENORES DE 18 AÑOS.
VERSION REVISADA.**

PAG 1 DE 4


Por favor, indique con qué frecuencia se da cada una de las siguientes situaciones en su familia:

						
		Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
1	Como pareja estamos de acuerdo en relación al cuidado y educación del familiar con DID.	1	2	3	4	5
2	Mi familia puede hacer frente económicamente a las necesidades de todos sus miembros.	1	2	3	4	5
3	Disponemos de tiempo para la vida en pareja.	1	2	3	4	5
4	Mi familia tiene en cuenta la opinión o las preferencias del familiar con DID en la toma de decisiones.	1	2	3	4	5
5	Mi familia está tranquila porque observa que el familiar con DID va progresando.	1	2	3	4	5
6	Todos los miembros de mi familia tienen la confianza suficiente para pedirse ayuda cuando lo necesitan.	1	2	3	4	5
7	Mi familia puede afrontar los gastos derivados de la participación del familiar con DID en actividades sociales de ocio y tiempo libre (campamentos, excursiones, etc).	1	2	3	4	5
8	Mi familia goza de un ambiente de paz y tranquilidad.	1	2	3	4	5

CdVF-ER (<18).

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR
PARA FAMILIARES CON DID MENORES DE 18 AÑOS.
VERSION REVISADA.**

PAG 2 DE 4

						
		Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
9	Mi familia sale con el familiar con DID (a dar una vuelta, a tomar algo, de excursión...)	1	2	3	4	5
10	Mi familia siente que va superando los temores iniciales relacionados con el familiar con DID	1	2	3	4	5
11	Las dificultades con las que nos hemos encontrado nos han unido como familia	1	2	3	4	5
12	Mi familia goza de un equilibrio económico suficiente para encarar el futuro con tranquilidad	1	2	3	4	5
13	Mi familia se organiza teniendo en cuenta las necesidades del familiar con DID	1	2	3	4	5
14	Mi familia se adapta a las necesidades del familiar con DID	1	2	3	4	5
15	Mi familia tiene una buena comunicación con el familiar con DID	1	2	3	4	5
16	Todos los miembros de mi familia consiguen mantener la calma y tratarse con respeto incluso en los momentos tensos	1	2	3	4	5
17	Mi familia puede permitirse algunos caprichos	1	2	3	4	5
18	Todos los miembros de nuestra familia llevamos a cabo nuestros proyectos de vida personales y profesionales	1	2	3	4	5

CdVF-ER (<18).

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR
PARA FAMILIARES CON DID MENORES DE 18 AÑOS.
VERSION REVISADA.**

PAG 3 DE 4

		-					+
		Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre	
19	Nuestros familiares y amigos aceptan que el familiar con DID pueda tener un comportamiento distinto	1	2	3	4	5	
20	Mi familia sobrelleva bien los cambios que realiza para responder a las necesidades que van presentando el familiar con DID a medida que pasa el tiempo	1	2	3	4	5	
21	Todos los miembros de mi familia, incluidos los hermanos y familiares, intentan crear un entorno familiar agradable	1	2	3	4	5	
22	Mi familia tiene recursos suficientes para superar los momentos críticos y difíciles	1	2	3	4	5	
23	Mi familia se siente cómoda entre la gente cuando sale con el familiar con DID	1	2	3	4	5	
24	El familiar con DID respeta a los demás cuando va por la calle	1	2	3	4	5	
25	Mi familia se siente bien tratada por los profesionales del ámbito sanitario	1	2	3	4	5	
26	Mi familia resuelve de manera adecuada los conflictos que puedan ocasionarse entre nosotros	1	2	3	4	5	
27	Mi familia puede pagar los gastos derivados de la necesidades básicas (alimentación, ropa, etc.)	1	2	3	4	5	

**CdVF-ER (<18).
 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR
 PARA FAMILIARES CON DID MENORES DE 18 AÑOS.
 VERSION REVISADA.**

PAG 4 DE 4

		-					+				
		Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre					
28	Mi familia puede hacer lo que hacen el resto de las familias	1	2	3	4	5					
29	Mi familia recibe la atención médica que necesita	1	2	3	4	5					
30	Todos los miembros de mi familia se muestran afecto y cariño	1	2	3	4	5					
31	El familiar con DID dispone de los bienes materiales adecuados a su edad (juegos, material de uso diario...)	1	2	3	4	5					
32	Todos los miembros de mi familia hablamos abiertamente sobre los temas que nos preocupan	1	2	3	4	5					
33	Mi familia consigue comprender la discapacidad del familiar	1	2	3	4	5					
34	Todos los miembros de mi familia pueden desahogarse cuando lo necesitan	1	2	3	4	5					
35	Todos los miembros de mi familia participan en la decisiones sobre el familiar con DID	1	2	3	4	5					

Muchas gracias por su colaboración y su tiempo.

