Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

ANEXO

INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA

NOMBRE: _____
EDAD: _____
SEXO: _____
COD SERIAL: _____

Sección 1. INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA

1. INFORMACION GENERAL

1.1 Tipo de domicilio donde vive la persona con discapacidad

Vivienda familiar __ Institución __

1.2. Si su familiar asiste a alguna institución para personas con discapacidad, escriba:

Nombre de la institución: _____
Ciudad: _____ Localidad o Comuna: _____

2. INFORMACION SOBRE USTED

2.1. ¿Cuál es su género?
Masculino__ Femenino __

2.2. ¿Cuál es su edad?_____

2.3. ¿Qué tipo de parentesco lo une a la persona con discapacidad?

Padre___ madre___ Hermano___ Otro parentesco (Especificar) _____

2.5 ¿Cuál es su estado civil?
Viudo___ Casado___ Soltero___ Divorciado___ Separado___ Otros___

2.6 ¿Cuál es su situación laboral?

Trabajo tiempo completo ___ Trabajo tiempo parcial ___ Desempleado pero buscando trabajo ___
Inactivo (por ejemplo, atiende las labores de casa, pensionado, discapacidad) ___

2.7. ¿En qué trabaja? (Especificar) _____

2.8. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado?
Sin estudios___ Bachillerato o estudios secundarios___ Estudios Primarios___ Estudios superiores (técnico o tecnológico, universitario, postgrado) ___

2.9. Personas que viven en su mismo hogar, incluyéndose usted.

1. Mama___ 2. Papa ___ 3. Hermanos____ 4. pareja____ 5. hijos____
6. otro, cual: _____

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

2.10. ¿Cuáles son los ingresos mensuales en su hogar, tenga en cuenta a todas las personas que viven en su mismo hogar? Asegúrese de incluir los ingresos de todas las fuentes (Como pensiones o apoyo a la discapacidad).

Menos de un salario mínimo legal vigente SMLV ___
Un salario mínimo legal vigente SMLV ___
Entre dos y tres salarios mínimos legales vigentes SMLVs ___
Entre cuatro y cinco salarios mínimos legales vigentes SMLVs ___
Más de cinco salarios mínimos legales vigentes SMLVs ___

2.11. ¿Con que frecuencia convive con su familiar con discapacidad?

Fines de semana___ Diariamente ___ Otra___ Cuál?: _____

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

SECCION 2. APOYOS Y SERVICIOS

1. Por favor liste cuales son los servicios que el sistema de salud debería ofrecerle para alcanzar la satisfacción de los usuarios:

2. En los últimos tres (3) meses cuál de estos servicios ha recibido. Por favor cuéntenos sobre el tipo de servicios que su familiar con discapacidad necesita y recibe.

De la siguiente lista de servicios INDIQUE…	**Priorice** los servicios que usted cree que necesita	su familiar **ha recibido en** los últimos 3 meses estos servicios		En caso de contestar si **¿qué cantidad de servicio recibe?**		
		No	**si**	**Alguno**	**Alguno, pero no suficiente**	**suficiente**
1. Equipo especial para ayudar a su familiar con discapacidad a vivir(ayudas técnicas y de comunicación)						
2. Servicios de salud (evaluaciones médicas, nutrición, enfermería)						
3. Servicios de audición y/o vista						
4. Fisioterapia o terapia ocupacional						
5. Servicios del habla o lenguaje						
6. Servicios de educación especial						
7. Servicios de orientación y psicológicos						
8. Apoyo conductual (modificación de conductas problemáticas)						
9. Servicios de transporte y movilidad						
10. Entrenamiento de habilidades de auto- cuidado (ejemplo: ayuda con el vestido o uso del baño)						
11. Coordinación entre diferentes servicios (Equipo interdisciplinario)						
12. Servicios de orientación vocacional o profesional						
13. Servicios de empleo o formación para el empleo						
14. Otros (por favor descríbalos):						

B. Por favor cuéntenos sobre el tipo de servicios que su **familia** necesita y recibe.

De la siguiente lista de servicios INDIQUE…	Si su familia **lo necesita en la actualidad**		**En caso de contestar si ¿qué cantidad de servicio recibe?**		
Servicios para su familia	**Si**	**No**	**Ninguno**	**Alguno, pero no suficiente**	**Suficiente**
15. Una persona de la familia o externo que los remplace en el cuidado de la persona con discapacidad					

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

16. Cuidador de la persona con discapacidad					
17. Dinero para ayudar a pagar los servicios o los apoyos requeridos para el familiar con discapacidad					
18. Servicios de ayuda al mantenimiento de la casa, apoyo doméstico (empleada)					
19. Transporte					
20. Grupos de apoyo					
21. Orientación con relación a la atención a la discapacidad					
22. Apoyo a los hermanos de la persona con discapacidad					
23. Formación a los padres o a la familia					
24. Información específica sobre la discapacidad					
25. Información sobre donde conseguir servicios para su familiar con discapacidad					
26. Información sobre donde conseguir servicios para su familia					
27. Información sobre derechos legales					
28. Otros (Por favor descríbalos):					

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Sección 3. CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

SEÑALAR CON UN CIRCULO LA PUNTUACION ADECUADA	Que tan importante es que…	Que tan satisfecho estoy yo con ello…
Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia tenga esperanza en el futuro.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr las metas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia conversemos abiertamente unos con otros.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia resuelva los problemas juntos.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, etc)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia estemos orgullosos unos de los otros.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares y de formación.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en el trabajo de la casa.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los adultos en mi familia conozcamos otras personas en la vida de los niños (amigos, profesores, etc.)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los adultos en mi familia tengamos la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los adultos en mi familia enseñemos a los niños a tomar buenas decisiones.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia sea físicamente sana.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia obtenga servicio médico cuando lo necesita.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia obtenga servicio odontológico cuando lo necesita.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia sea emocionalmente saludable.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno está enfermo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia se sienta segura en casa, el trabajo, el colegio y en nuestro vecindario.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia se realice chequeos médicos regulares.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia reciba ayuda externa para las tareas rutinarias y los mandados cuando lo necesita.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia cuenten con recursos para desplazarse hacia los sitios donde necesitan estar.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia se sienta apoyada por nuestros grupos sociales, espirituales o culturales.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Mi familia disponga de ayuda externa para que podamos cuidar de las necesidades individuales de toda la familia.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia tenga el apoyo que nosotros necesitamos para bajar el estrés.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia tenga su manera de controlar los gastos.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia tengamos amigos u otros que nos den apoyo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los miembros de mi familia tengamos algo de tiempo para perseguir nuestros intereses individuales.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia tenga apoyo para conseguir los beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mi familia tenga una buena relación con los profesionales de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra familia con discapacidad	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

#	IMPORTANCIA	SATISFACCION
1	Poco importante	Muy insatisfecho
2	Algo importante	Insatisfecho
3	Medianamente importante	Neutral
4	Muy importante	Satisfecho
5	Crucialmente importante	Muy satisfecho

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

MAPA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Neutral	Satisfecho	Muy satisfecho
Poco importante	Interacción Rol parental Salud/Seguridad Recursos Apoyo a la discapacidad					
Algo importante	Interacción Rol parental Salud/Seguridad Recursos Apoyo a la discapacidad					
Medianamente importante	Interacción Rol parental Salud/Seguridad Recursos Apoyo a la discapacidad					
Muy importante	Interacción					
	Rol parental					
	Salud/Seguridad					
	Recursos					
	Apoyo a la discapacidad					
Crucialmente importante	Interacción					
	Rol parental					
	Salud/Seguridad					
	Recursos					
	Apoyo a la discapacidad					

FAMILIA:_____ **Fecha:** _____

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 23/08/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.