

ANEXOS

ÍNDICE

6.1. ESCALAS DE MEDICIÓN:	2
6.1.1. ESCALA ZARIT	2
6.1.2. CUESTIONARIO APGAR	4
6.1.3. ESCALA FUMAT	5
6.1.4. ESCALA BURNOUT.....	6
6.1.5. ESCALA GENCAT	10
6.2. REALIZADOS PARA ESTE TRABAJO:	13
6.2.1. CUESTIONARIO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI)	13
6.2.2. ENTREVISTA.....	19

6.1. ESCALAS DE MEDICIÓN:

6.1.1. ESCALA ZARIT

PREGUNTAS A REALIZAR	PUNTUACIÓN
1 ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2 ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3 ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4 ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6 ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8 ¿Siente que su familiar depende de usted?	
9 ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10 ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11 ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12 ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	

13 ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14 ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15 ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16 ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17 ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18 ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19 ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20 ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21 ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22 En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así según frecuencia y puntuación:

Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

6.1.2. CUESTIONARIO APGAR

INSTRUCCIONES: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

6.1.3. ESCALA FUMAT

Procedimiento para maximizar la habilidad y validez del instrumento.

DIMENSIONES	INDICADORES
AUTODETERMINACION (ADT)	Autonomía, decisiones, elecciones, metas y preferencias personales
DERECHOS (DER)	Conocimiento, ejercicio y defensa de derechos, información, respeto, intimidad, responsabilidad, dignidad, derechos legales
BIENESTAR EMOCIONAL (BE)	Ausencia de estrés y sentimientos negativos, estabilidad emocional (salud mental), autoconcepto, satisfacción
INCLUSION SOCIAL (IS)	Integración, participación, apoyos
DESARROLLO PERSONAL(DP)	Educación, oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales y académicas
RELACIONES INTERPERSONALES (RI)	Relaciones de pareja, familiares, sociales, tiene amigos claramente identificados, contactos sociales positivos y gratificantes
BIENESTAR MATERIAL (BM)	Ingresos, posesiones, condiciones de la vivienda, del lugar de trabajo, del servicio, empleo, jubilación, ahorros
BIENESTAR FISICO (BF)	Salud general, atención sanitaria, memoria, dolor, sueño, visión, audición, movilidad, mediación, acceso a ayudas técnicas, actividades de la vida diaria.

6.1.4. ESCALA BURNOUT

INSTRUCCIONES: En cada frase debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado

	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Alguna vez al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	A diario
	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							

5. Creo que trato a pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento "quemado" por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							

13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							

20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.						
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.						
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.						

6.1.5. ESCALA GENCAT

INSTRUCCIONES: Se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que se está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que mejor describa a dicha persona y no deje ninguna en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.
ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, accesibilidad...)	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.					

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.

ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomará. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.

ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

6.2. REALIZADOS PARA ESTE TRABAJO:

6.2.1. CUESTIONARIO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI)

El objetivo de este cuestionario es conocer cómo se desarrollan las capacidades personales de los niños y niñas con discapacidad intelectual, atendiendo su entorno más cercano, siendo la escuela y el hogar.

Marque con una X en la casilla que más asemeje con su situación.

DATOS PERSONALES

DE LA PERSONA QUE RELLENA EL CUESTIONARIO				
1. SEXO	MASCULINO		FEMENINO	
2. EDAD				
3. ESTUDIOS FINALIZADOS	PRIMARIA	SECUNDARIA	ESTUDIOS SUPERIORES	
4. TRABAJA ACTUALMENTE	SI		NO	
5. PROFESIÓN				
6. RELACION CON LA PERSONA DI	PADRE	MADRE	TUTOR	FAMILIAR

DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD					
7. SEXO	MASCULINO		FEMENINO		
8. EDAD					
9. N° HERMANOS					
10. JERARQUÍA EN LOS HERMANOS					
11. N° HERMANOS CON DI					
12. GRADO DE DISCAPACIDAD	LEVE	MODERADA	SEVERA	PROFUNDA	
13. COLEGIO					
PREGUNTAS					
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
14. Me encuentro fatigado/a cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo					
15. Siento que no tengo tiempo personal debido al tiempo que dedico a mi familia					
16. Siento vergüenza cuando voy con mi familiar con discapacidad					

17. Me siento agobiado/a al ver que mi familiar con discapacidad depende mucho de mi					
18. Me siento agobiado/a al tener que estar siempre al cuidado de mi familiar con discapacidad					
19. Me siento incómodo/a cuando viene gente a casa, debido a mi familiar					
20. Siento temor por el futuro que le espera a mi familiar con discapacidad					
21. Me siento arropado/a por mi familia					
22. La familia ha aceptado en todo momento su discapacidad					
23. Mi vivienda se encuentra adaptada					
24. Dispongo de una ayuda que mejora las instalaciones de adaptabilidad de la vivienda					
25. Mi vivienda impide llevar un estilo de vida saludable					

26. Necesito apoyo externo para las labores domesticas (hacer la compra, la comida, limpiar,...)					
27. Requiero una ayuda varias horas por semana para el cuidado de mi familiar con discapacidad (levantarle, vestirle, llevarlo al colegio,...)					
28. Mi familiar con discapacidad necesita medicación recetada					
29. Dispongo de una ayuda económica para la dependencia suficiente para cubrir las necesidades básicas de mi familiar con discapacidad					
30. Dedica su tiempo libre a estar con su familiar					

LA PERSONA DISCAPACITADA...

31. Los castigos u obligaciones que se le dan en la escuela continúan en casa					
---	--	--	--	--	--

32. Es visible la evolución realizada tanto en la escuela como en el hogar acerca de sus habilidades sociales como es la comunicación a la hora de transmitir lo que quiere o lo que necesita.					
33. Muestra los mismos problemas de conducta en el hogar que en la escuela					
34. Tiene acceso a nuevas tecnologías para mejorar la comunicación. ¿Cuáles?					
35. Se aísla al encontrarse en el mismo espacio que otras personas que no conoce					
36. Muestra dificultad para adaptarse a las nuevas situaciones					
37. Se relaciona sin problema con gente con discapacidad					

38. Realiza actividades con gente sin discapacidad. ¿Cuáles?					
39. Mantiene buena relación con sus profesores					
40. Desarrolla labores en casa que promueven su autonomía (ducharse, limpiar, sacar la basura, ir a por la compra,...)					
41. Realiza actividades que desarrollan su memoria, atención, lenguaje, etc. (como actividades que hacen en la escuela)					
42. Acude a un centro que promueva su independencia fuera de la escuela					
43. Asiste a algún centro de estimulación sensorial					
44. Hace actividades fuera de la escuela que promueven su integración social (suponiendo una normalización). ¿Dónde?					
45. Le gusta no quedarse en casa y salir o acudir a sitios externos. ¿Cuáles?					

6.2.2. ENTREVISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:

CARGO:

FECHA:

OBJETIVOS:

- Conocer el criterio que desarrolla un profesional que interactúa con personas con discapacidad intelectual acerca de la educación de los mismos desde su trabajo.
- Saber la importancia que dan los padres a los profesionales
- Investigar más a fondo la situación de las familias desde el punto de vista profesional, tratando de establecer las diferencias entre familias con diferentes niveles adquisitivos
- Apreciar la relevancia de que una persona con DI acuda a un centro aparte fuera de la escuela en el que se trate de mejorar sus habilidades sociales y comunicativas.

PREGUNTAS:

1. ¿Cuál es tu función cuando interactúas con personas con DI? ¿De qué manera lo realizas?
2. ¿Son muchos los padres y madres con los que has hablado o visto sobrecargados o cansados con el cuidado de sus hijos? ¿Cómo lo has notado?
3. ¿Los padres o madres te han pedido ayuda a la hora de educar a su hijo, como por ejemplo cuando no hacen caso, malas conductas, actividades a realizar, etc.?
4. ¿Siguen las pautas que les dan con sus hijos? ¿Hay diferencia de los que siguen las mismas pautas que los que no?
5. ¿Es diferente el progreso de las personas con DI en función de su nivel de vida?
6. ¿Qué aporta un centro de ocio para personas con DI? ¿Se realiza un seguimiento en el cual se aprecia una evolución de las habilidades y capacidades en el mismo?