

Estudio sobre la situación de las personas con daño cerebral residentes en el Medio Rural

CUESTIONARIO DIRIGIDO PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL

ATENCIÓN: antes de completar el cuestionario, lea las siguientes INSTRUCCIONES:

- Marque con X la opción que mejor refleje la situación y/u opinión respecto a cada una de las preguntas.
- Anote las respuestas de la manera más precisa posible.
- Sólo puede marcar una opción en cada pregunta, a no ser que se le indique lo contrario.
- Deje en blanco las preguntas que no pueda o no desee contestar.
- Utilizaremos las siglas DC para referirnos al Daño Cerebral.

Siempre que sea posible, solicitamos que sea la propia persona con daño cerebral quien responda el cuestionario, con los apoyos necesarios de acuerdo con su grado de autonomía. En el caso excepcional de que el informante sea un familiar o un/a asistente, ha de responder de acuerdo con los datos de la persona con daño cerebral. Recuerde que todas las preguntas, salvo que se especifique lo contrario, se refieren a la persona con daño cerebral, no a sus familiares.

La participación en este estudio es anónima y confidencial. Los datos personales no serán grabados y los cuestionarios, una vez grabados, serán destruidos. Muchas gracias, su participación es muy importante.

Para cualquier duda o cuestión, puede contactar con InterSocial, Consultora que realiza el estudio por email o teléfono: intersocial@intersocial.es / 91 4052950.

Muchas gracias.

A) DATOS DE LA PERSONA QUE CONTESTA EL CUESTIONARIO

P.1. Por favor, indique qué persona contesta el cuestionario: (v1)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| La persona con daño cerebral por sus propios medios | <input type="checkbox"/> | 1 |
| La persona con daño cerebral con apoyo de un asistente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Un informante (familiar, asistente personal, tutor, etc.) | <input type="checkbox"/> | 3 |

B) DATOS PERSONALES. (Recuerde que las preguntas se refieren exclusivamente a la persona con daño cerebral).

P.2. Edad: _____ (años) (v2)

P.3. Sexo: (v3)

- | | | |
|-------|--------------------------|---|
| Mujer | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Varón | <input type="checkbox"/> | 2 |

P.4. Municipio de residencia: _____ (v4)

P.5. Tamaño del municipio en el que reside. (v5)

Más de 50.000 habitantes	<input type="checkbox"/>	1
Entre 10.000 y 50.000 habitantes	<input type="checkbox"/>	2
Entre 2.000 y 10.000 habitantes	<input type="checkbox"/>	3
Menos de 2.000 habitantes	<input type="checkbox"/>	4

P.6. ¿Qué tipo de daño ha tenido? (v6)

Traumatismo craneoencefálico (fractura de cráneo, golpe en cabeza, contusión en cabeza,...)	<input type="checkbox"/>	1
Accidente cerebrovascular (ictus, derrame cerebral, aneurisma)	<input type="checkbox"/>	2
Anoxia (por parada cardiorrespiratoria)	<input type="checkbox"/>	3
Tumor cerebral	<input type="checkbox"/>	4
Otros (indique cuáles) _____ (v7)	<input type="checkbox"/>	5

P.6.1. Por favor indique el año en que se produjo la lesión. _____ (v8)

P.7. A consecuencia del daño cerebral, ¿se encuentra en situación de Síndrome de Vigilia sin Respuesta? (v9)

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	2

P.8. ¿Cuáles de las siguientes áreas han quedado afectadas a consecuencia del daño cerebral? (puede marcar varias).

Física/motora (desplazamiento, habla. etc.) (v10)	<input type="checkbox"/>
Psíquica-cognitiva (memoria, nivel de alerta, concentración, lenguaje, etc.) (v11)	<input type="checkbox"/>
Emocional-conductual (ansiedad, depresión, conducta, etc.) (v12)	<input type="checkbox"/>
Orgánica (control de esfínteres, problemas vasculares, digestivos, etc.) (v13)	<input type="checkbox"/>
Vista (v14)	<input type="checkbox"/>
Oído (v15)	<input type="checkbox"/>
Falta de sensibilidad (calor/frío) (v16)	<input type="checkbox"/>
Dolor (v17)	<input type="checkbox"/>
Otras (v18) (indique cuáles: _____ (v19))	<input type="checkbox"/>

P.9. Por favor, indique aquellas actividades para las que necesita ayuda frecuentemente, como consecuencia del daño cerebral. (puede marcar varias).

Movilidad (cambiar postura, mantener posición del cuerpo, desplazarse) (v20)	<input type="checkbox"/>
Comunicación (hablar, conversar, entender mensajes, ...) (v21)	<input type="checkbox"/>
Aprendizaje y aplicación del conocimiento (estudiar, leer, mantener la atención) (v22)	<input type="checkbox"/>
Autocuidado (Asearse, vestirse, ...) (v23)	<input type="checkbox"/>
Vida doméstica (cocinar, limpiar, ...) (v24)	<input type="checkbox"/>
Interacciones y relaciones personales (hacer amigos, relaciones, ...) (v25)	<input type="checkbox"/>
Transportes y desplazamientos en el entorno (v26)	<input type="checkbox"/>
Actividad educativa o laboral (v27)	<input type="checkbox"/>
Ocio y tiempo libre (v28)	<input type="checkbox"/>

P.10. ¿Cómo es su salud en general? (v29)

Muy buena	<input type="checkbox"/>	1
Buena	<input type="checkbox"/>	2
Regular	<input type="checkbox"/>	3
Mala	<input type="checkbox"/>	4
Muy Mala	<input type="checkbox"/>	5

C) APOYOS Y ASISTENCIA PERSONAL, AYUDAS TÉCNICAS Y PRESTACIONES: a continuación, indique con qué productos de apoyo cuenta actualmente y cómo ha accedido a ellos: (recuerde que las preguntas se refieren exclusivamente a la persona con daño cerebral).

P.11. ¿Podría señalar las características del entorno residencial en el que vive actualmente? (v30)

En domicilio particular, de forma independiente (solo, con pareja, etc.)	<input type="checkbox"/>	1
En domicilio particular, con personas a cargo (hijos, etc.)	<input type="checkbox"/>	2
En domicilio particular, a cargo de otras personas (padres, etc.)	<input type="checkbox"/>	3
En piso tutelado o con apoyos	<input type="checkbox"/>	4
En residencia	<input type="checkbox"/>	5
Otros (especifique): _____ (v31)	<input type="checkbox"/>	6

P.12. ¿Cuántas personas viven en la actualidad en el hogar en que reside? _____ (v32)

P.13. ¿Considera que los productos de apoyo o ayudas técnicas que utiliza actualmente satisfacen sus necesidades? (v33)

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No, son insuficientes	<input type="checkbox"/>	2
No utilizo productos de apoyo, aunque los necesito	<input type="checkbox"/>	3
No necesito productos de apoyo	<input type="checkbox"/>	4

P.14. Marque las personas de las que recibe apoyo en su vida diaria con mayor frecuencia.

No necesita apoyo (Pase a la pregunta 15) (v34)	<input type="checkbox"/>
Familiares residentes en el hogar (v35)	<input type="checkbox"/>
Familiares no residentes en el hogar (v36)	<input type="checkbox"/>
Profesional del ámbito social y/o sanitario (fisioterapeuta, psicólogo, etc.) (v37)	<input type="checkbox"/>
Profesional no especializado (asistente personal, auxiliar enfermería, empleado/a hogar, etc.) (v38)	<input type="checkbox"/>
Un/a allegado/a, vecino o amigo (v39)	<input type="checkbox"/>
Una persona mediante labor voluntaria (v40)	<input type="checkbox"/>

P.14.1. Señale el número promedio de horas de apoyo o asistencia personal que tiene al día: _____ horas. (v41)

P.14.2. La persona que principalmente le presta apoyo o asistencia personal es:

(v42)

Mujer	<input type="checkbox"/>	1
Varón	<input type="checkbox"/>	2

P.14.3. La edad de la persona que principalmente le presta ese apoyo es de:
_____ (años). (v43)

P.15. ¿Posee certificado de discapacidad? (conocido anteriormente como de minusvalía).
(v44)

Sí (Indique más abajo el porcentaje) 1
No (Pase a la pregunta 17) 2

P.16. ¿Qué grado de DISCAPACIDAD tiene valorado en su certificado oficial? _____ %
(v45)

P.17. ¿Ha tramitado, si procede, la valoración del grado de dependencia? (v46)

Sí, ya dispongo de la valoración 1
La he solicitado, pero está en proceso de tramitación 2
No (Pase a la pregunta 18) 3

P.17.1. ¿En qué grado y nivel ha sido valorada su dependencia? (v47)

Moderada (Grado I) 1
Severa (Grado II) 2
Gran dependencia (Grado III) 3

P.17.2. Especifique los servicios o prestaciones que recibe a cargo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD): (marque todas las que correspondan).

Aún no he recibido ningún servicio a cargo del SAAD (v48)
Servicio de Ayuda a Domicilio (v49)
Servicio de Centro de Día o Centro de Noche (v50)
Servicio Residencial (v51)
Prestación económica vinculada al servicio (v52)
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (v53)
Otros. (v54) Especificar: _____ (v55)

P.17.3. En caso de recibir recursos residenciales (Centro de Día o Centro de Noche, Residencia o una Prestación económica vinculada a este tipo de servicios), ¿debe desplazarse fuera de su localidad de residencia para recibir estos servicios? (v56)

Sí
No

P.17.4. ¿Cuántos kilómetros?: _____ (v57)

D) RECURSOS Y SERVICIOS (Recuerde que las preguntas se refieren exclusivamente a la persona con daño cerebral).

P.18. ¿Ha recibido durante el último año alguno de los siguientes servicios sanitarios?

(Marque los que corresponda).

- | | |
|--|--------------------------|
| Atención Primaria- consulta ambulatoria (v58) | <input type="checkbox"/> |
| Cuidados de enfermería (v59) | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalización (v60) | <input type="checkbox"/> |
| Rehabilitación funcional (fisioterapia, terapia ocupacional) (v61) | <input type="checkbox"/> |
| Rehabilitación del lenguaje/ Logopedia (v62) | <input type="checkbox"/> |
| Atención psicológica y/o salud mental (v63) | <input type="checkbox"/> |
| Otros. (v64) Especificar: (v65) _____ | <input type="checkbox"/> |
| Ninguno (v66) | <input type="checkbox"/> |

P.19. ¿Está satisfecho con la atención sanitaria que recibe? (v67)

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| Sí | <input type="checkbox"/> | 1 |
| No | <input type="checkbox"/> | 2 |

P.19.1. ¿Por qué? _____ (v68)

P.20. Marque los servicios de rehabilitación que recibe en la actualidad. (puede marcar varias).

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Médico rehabilitador (v69) | <input type="checkbox"/> |
| Neurólogo (v70) | <input type="checkbox"/> |
| Fisioterapia (v71) | <input type="checkbox"/> |
| Logopeda (v72) | <input type="checkbox"/> |
| Terapia ocupacional (v73) | <input type="checkbox"/> |
| Neuropsicología (v74) | <input type="checkbox"/> |
| Psiquiatría (v75) | <input type="checkbox"/> |
| Otros. (v76) Especificar: _____ (v77) | <input type="checkbox"/> |

P.21. Indique el lugar en el que recibe rehabilitación.

- | | |
|--|--------------------------|
| Centro especializado en DC (v78) | <input type="checkbox"/> |
| Centro ambulatorio u hospital de día (v79) | <input type="checkbox"/> |
| Asociaciones (v80) | <input type="checkbox"/> |
| Otros (v81). Especificar: _____ (v82) | <input type="checkbox"/> |

P.22. Señale cómo se financia este tratamiento (puede marcar varias).

- | | |
|--|--------------------------|
| Seguridad Social (v83) | <input type="checkbox"/> |
| Mutua (v84) | <input type="checkbox"/> |
| Seguro privado de salud | <input type="checkbox"/> |
| Pago directo por la personas con daño cerebral o su familia(v85) | <input type="checkbox"/> |
| Otros. (v86) Especificar: _____ (v87) | <input type="checkbox"/> |

P.23. ¿Debe desplazarse fuera de su localidad de residencia para recibir rehabilitación?

(v88)

Sí

No

P.23.1. ¿Cuántos kilómetros?: _____ (v89)

P.24. ¿Necesita ir acompañado? (v90)

Sí 1

No 0

No sabe / No contesta 99

P.25. Indique cuáles de los siguientes recursos y servicios de atención a personas con discapacidad ha utilizado la persona con daño cerebral. (Puede señalar más de uno).

Valoración y diagnóstico (Centros Base o centros privados) (v91)

Atención temprana (v92)

Educación especial y apoyo o refuerzo educativo (v93)

Empleo (Centro Ocupacional, Empleo con Apoyo, SIL, CEE, etc.) (v94)

Transporte adaptado o asistido

Ocio y tiempo libre (actividades recreativas y deportivas) (v95)

Servicios residenciales (v96)

Servicios de tratamiento, habilitación y/o rehabilitación (v97)

Servicios de Centro de Día (v98)

Orientación y apoyo a las familias (v99)

Otros (v100) Especificar: _____ (v101)

E) INCLUSIÓN SOCIAL (Recuerde: las preguntas se refieren exclusivamente a la persona con daño cerebral).

P.26. Por favor, señale su nivel de estudios: (v102)

Sin estudios terminados 1

Educación Primaria o similar (Graduado Escolar, Escolaridad, Grado Elemental...) 2

Educación Secundaria, Bachillerato o similar (incluye FP Básica y de Grado Medio) 3

Estudios superiores (Universitarios, FPI de Grado Superior, Estudios de Postgrado) 4

P.27. Por favor, señale su situación de actividad actualmente

Trabajando 1

Desempleado/a 2

Estudiando 3

Realiza principalmente labores del hogar 4

Jubilado/a o pensionista 5

Otros (especifique): (v103) _____ 6

P.28. ¿Necesita desplazarse fuera de su municipio de residencia para realizar su actividad educativa o laboral? (v104)

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	0
No sabe / No contesta	<input type="checkbox"/>	99

P.28.1. ¿Cuántos kilómetros?: _____ (v105)

P.29. Indique cuáles de los siguientes recursos y servicios de uso general ha utilizado durante el último año la persona con daño cerebral. (Puede señalar más de uno).

Servicios sociales generales (v106)	<input type="checkbox"/>
Recursos educativos (v107)	<input type="checkbox"/>
Oficinas de Atención al Ciudadano (v108)	<input type="checkbox"/>
Oficinas de Información al Consumidor (v109)	<input type="checkbox"/>
Bibliotecas, Centros Culturales y otros recursos culturales (v110)	<input type="checkbox"/>
Recursos de ocio y tiempo libre (ludotecas, talleres...) (v111)	<input type="checkbox"/>
Servicios de empleo (SEPE, bolsas de empleo públicas...) (v112)	<input type="checkbox"/>
Centros de Salud (v113)	<input type="checkbox"/>
Instalaciones deportivas (v114)	<input type="checkbox"/>
Otras (v115). Especifique (v116) _____	<input type="checkbox"/>

P.30. Actualmente, ¿cómo considera que es su situación en cada una de las siguientes áreas?

	Muy mala		Mala		Insuficiente		Suficiente		Buena		Muy buena	
Atención a su discapacidad (v117)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Situación laboral (v118)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Situación económica (v119)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Vivienda (v120)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Situación familiar y personal (v121)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Situación educativa (v122)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Acceso a los recursos públicos (v123)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Salud (v124)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
Ocio y tiempo libre (v125)	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

P.31. ¿Con qué frecuencia se ha sentido solo/a durante el último año? (v126)

Nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	0
Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1
Bastantes veces	<input type="checkbox"/>	2
Siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	3
No sabe / No contesta	<input type="checkbox"/>	99

