

PROYECTO DE INCLUSION SOCIAL
PROGRAMA DE LA SOCIEDAD DE DESARROLLO SOCIAL – SERIE DE CUESTIONARIOS
(SDPP Project-Meso Questionnaire: “You and Your Family”
CUESTIONARIO “MESO”: TU Y TU FAMILIA

Descripción: Este cuestionario, creado para padres de familia, facilita la identificación de dificultades en el hogar y asuntos familiares. **Dado que las respuestas a este cuestionario no son enviadas electrónicamente, sus respuestas no están siendo recopiladas.** Sin embargo, existe la opción de “imprimir” en la parte inferior de la página, la cual se puede usar para imprimir los resultados de su cuestionario una vez haya contestado todas las preguntas.

- ❖ Sección A: Situaciones Difíciles y Fuentes de Estrés
- ❖ Sección B: Problemas de Comunicación
- ❖ Sección C: Estilo de Vida
- ❖ Sección D: Ayuda y Soporte
- ❖ Sección E: Servicios y Programas Comunitarios
- ❖ Imprima sus Respuestas

INTRODUCCION

A través de varios estudios y múltiples conversaciones con padres de familia y profesionales, hemos aprendido mucho acerca de la importancia de la relación entre los padres de un niño en riesgo de retraso en el desarrollo y los profesionales que trabajan con estos niños. Contestando las preguntas de esta sección del cuestionario, usted estará ayudando a aquellos que trabajan con niños en riesgo de retraso en el desarrollo a determinar qué es importante en la relación padre-profesional. Usted también estará ayudando a estos profesionales a determinar algunas de las razones detrás de la marginación de algunos niños con necesidades especiales de ciertos programas comunitarios.

Estos cuestionarios son completamente anónimos. Sin embargo, al hacer clic en el enlace correspondiente a su comunidad, nosotros podemos tratar de determinar dónde podrían originarse algunas de las dificultades que usted está viviendo.

Si usted tiene razones para preocuparse por el desarrollo de su hijo, el siguiente cuestionario le ayudará a identificar qué es lo que le preocupa específicamente. También le dará una guía sobre qué ayuda profesional es la más apropiada en su caso y/o qué agencias debería contactar.

Este cuestionario empieza con preguntas generales acerca del desarrollo de su hijo y termina con preguntas acerca de áreas específicas del desarrollo.

SECCION A: SITUACIONES DIFICILES Y FUENTES DE ESTRES

Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que usted podría estar experimentando como miembro de una familia con un niño con retraso en el desarrollo o en riesgo de retraso. Por favor indique si está de acuerdo o no con cada uno de los siguientes enunciados señalando la opción que encuentre más apropiada.

| PREGUNTA: Me afecta o me siento estresado por: | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dificultades financieras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 2. Dificultades para obtener fondos (Ej. no conseguir suficientes fondos para darle a mi hijo lo que necesitará para funcionar bien dentro de la sociedad) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 3. No tener suficiente tiempo para mi pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 4. No tener suficiente tiempo para mi hijo(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 5. No saber qué decirle a los demás acerca de la condición del desarrollo de mi hijo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 6. Las reacciones de los otros a la condición del desarrollo de mi hijo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 7. La gran cantidad de información que necesito saber para poder hacerme cargo de mi hijo en casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |

PREGUNTA: Me afecta o me siento estresado por:

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. No sentirme seguro de poder proveerle a mi hijo de todas las necesidades especiales para brindarle el mejor cuidado posible en casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 9. No siempre saber qué hacer con mi hijo en casa (Ej. Cómo entretenerlo, cómo usar nuestro tiempo para estimular el desarrollo de algunas de las habilidades que está aprendiendo en durante sus sesiones de terapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 10. Todo lo que ha pasado en mi vida desde que mi hijo fue diagnosticado (Ej. Todas las citas a las que he tenido que ir, todas las personas nuevas que conocido, todos los ajustes que he tenido que hacer...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |

SECCION B: PROBLEMAS DE COMUNICACION

A través de múltiples reuniones y conversaciones con padres de familia de niños con necesidades especiales o en riesgo de retraso en el desarrollo, se volvió evidente que tener un hijo con necesidades especiales o en riesgo de retraso en el desarrollo puede hacer que la comunicación entre miembros de la familia o entre la familia y otros se vuelva tensa. Por favor indique si está de acuerdo o no con esto, señalando la opción que encuentre más apropiada para cada uno de los siguientes enunciados:

| PREGUNTA: Tengo dificultades comunicándome o llevándome bien con: | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Mi pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 12. Mis otros hijos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 13. Otros miembros de mi familia o de la familia de mi pareja (Ej. Mis padres, mis suegros...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 14. Los profesionales que trabajan con mi hijo (Ej. Fonoaudiólogo, asesor en Programas de Desarrollo Infantil, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, personal del plantel escolar...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 15. Mis colegas o compañeros de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |

SECCION C: ESTILO DE VIDA

A través de nuestras conversaciones con padres de familia de niños con necesidades especiales, se notó claramente que tener un hijo con necesidades especiales puede conllevar a alteraciones serias en el estilo de vida de la familia. Por favor indique si esto ha sido su caso o no, señalando la opción que encuentre más apropiada para cada uno de los siguientes enunciados:

| PREGUNTA: Siento que las necesidades relacionadas con la condición del desarrollo de mi hijo: | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Han agregado estrés a mi vida (Ej. Tener que programar citas a las terapias, el elevado costo económico que esto implica...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 17. Evitan que invite personas a mi casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 18. Evitan que vaya a algunos lugares (Ej. No ir a restaurantes muy llenos de personas porque a mi hijo podría no gustarle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 19. Evitan que planeo y/o salga de vacaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 20. Tenga un impacto en mis reacciones con otros cuando estoy hablando acerca de mi hijo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 21. Evitan que haga cosas con mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 22. Afectan mi bienestar general y mi estado de ánimo (Ej. Sentirse agotado, irritable, apresurado, impaciente...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 23. Están afectando negativamente a mis otros hijos (Ej. Ellos podrían sentirse descuidados debido a toda la atención al hijo que está en riesgo de retardo del desarrollo...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |

PREGUNTA: Me afecta o me siento estresado por:

24. Evitan que haga bien my trabajo (Ej. No puedo entregar mi trabajo a tiempo...)

Si

No

No Estoy Seguro

No se Aplica

25. Evitan que haga los oficios de la casa

Si

No

No Estoy Seguro

No se Aplica

SECCION D: AYUDA Y SOPORTE

A través de nuestras conversaciones con padres de niños con necesidades especiales o que están en riesgo de retraso en el desarrollo, hemos aprendido que esos padres frecuentemente no reciben la ayuda necesaria y el soporte que requieren para ayudarle a su hijo de la mejor manera. Por favor indique si esto ha sido un área de preocupación en su caso o no, señalando la opción que encuentre más apropiada para cada uno de los siguientes enunciados:

| PREGUNTA: Siento que: | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Me preocupo demasiado por el futuro de mi hijo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 27. Otras personas no entienden el estrés al que estoy sometido (Ej. Algunos de los miembros de mi familia o colegas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 28. Necesito más información para darle a mi hijo lo que necesita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 29. Necesito más soporte económico para darle a mi hijo lo que necesita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 30. Soy capaz de reconocer ciertos signos que podrían sugerir que mi hijo no se está desarrollando de manera típica (Ej. Ausencia de contacto visual, ausencia de palabras a cierta edad, falta de amigos a cierta edad...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 31. En términos de lo que necesito hacer para ayudar a mi hijo a alcanzar su máximo potencial, me estoy adaptando bien a la condición de mi hijo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 32. Tengo todo el soporte que necesito de mis familiares y amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 33. Tengo todo el soporte que necesito de los profesionales que atienden a mi hijo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |

SECCION E: SERVICIOS Y PROGRAMAS COMUNITARIOS

En esta sección, hay enunciados acerca de los servicios comunitarios y si usted y su hijo pueden usarlos y beneficiarse de ellos para recreación y otros propósitos. De nuevo, nos parece que cuando se tiene en cuenta la disponibilidad de servicios de recreación, muchos padres de hijos en riesgo de retardo del desarrollo parecen experimentar dificultades teniendo acceso a esos servicios. Por favor indique si esto ha sido un área de preocupación en su caso o no, señalando la opción que encuentre más apropiada para cada uno de los siguientes enunciados:

PREGUNTA: Hay muchos programas recreativos en la comunidad a los que mi hijo con necesidades especiales no pueda asistir debido a:

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 34. El tiempo en el que estos programas son ofrecidos no concuerda con la disponibilidad de mi hijo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 35. El sitio en el que estos programas son ofrecidos es demasiado lejos de mi casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 36. El costo de estos programas es mayor del que puedo pagar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 37. El diseño de las instalaciones evita el acceso de mi hijo (Ej. No acceso a personas en silla de ruedas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |
| 38. El diseño de los salones donde algunas de estas actividades se llevan a cabo no es el apropiado para mi hijo (Ej. Demasiada estimulación sensorial, demasiadas cosas colgadas en la pared...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Si | No | No Estoy Seguro | No se Aplica |

Imprima sus Respuestas