

# ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

La **Escala de Calidad de Vida Familiar** es la adaptación al contexto español de la **Family Quality of Life Survey** desarrollada en el Beach Center on Disabilities (2003). Realizada en el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) (Verdugo, Sainz y Rodríguez, 2009).

## **CONTENIDO DE LA ESCALA:**

Existen dos versiones con el lenguaje adaptado, una orientada a niños y jóvenes (hasta 20 años, mientras están en el sistema educativo) y otra para adultos. La versión para adultos dispone de un anexo con ítems complementarios para evaluar la calidad de vida familias de personas con discapacidad en proceso de envejecimiento (a partir de 45 años).

La Escala de Calidad de Vida Familiar contiene tres secciones diferenciadas, que recogen tres tipos de datos.

La **primera** recoge **datos sociodemográficos** de la persona con discapacidad y su familia, incluida la persona que responde.

La **segunda** recoge datos sobre los **servicios** que tanto la persona con discapacidad como su familia pueden necesitar, y el grado en que reciben los servicios que necesitan.

La **tercera** recoge la **percepción** de la persona que responde sobre distintos aspectos relacionados con la **calidad de vida de su familia**.

Reproducción y condiciones de uso:

La *Escala de calidad de vida familiar* puede imprimirse o copiarse con fines educativos, de servicios o de investigación. Los autores solicitan a los educadores e investigadores que contacten de forma previa al empleo de la *Escala de calidad de vida familiar*, para compartir los datos y análisis, pues disponemos de un sistema de recogida de datos y elaboración de documentos de resultados que puede resultar de utilidad. Cualquier otro uso o adaptaciones de la escala requieren permiso escrito de Miguel Ángel Verdugo en la dirección indicada abajo.

**Sugerencia de cita (formato APA)**

Verdugo, M.A., Sainz, F., y Rodríguez, A., (2009). *Escala de calidad de vida familiar*. Salamanca: Universidad de Salamanca, INICO. (Adaptación de la Family Quality of Life Survey, realizada por el Beach Center on Disabilities en 2003).

**Datos de contacto:**

D. Miguel Ángel Verdugo Alonso  
INICO  
Facultad de Psicología  
Avda. de la Merced 109-131  
37005 Salamanca  
Tel.: 923 29 46 85

## Escala de Calidad de Vida Familiar

Gracias por aceptar completar este cuestionario. Este cuestionario contiene **preguntas sobre:**

- **Los servicios que usted y su familiar con discapacidad reciben.**
- **Las cosas que hacen que su familia viva bien**
- **Usted y su familia en general.**

**Tenga en cuenta que:**

- Sus respuestas servirán para **mejorar las políticas y servicios** para personas con discapacidad y sus familias.

- Toda la **información es confidencial** y su nombre no se unirá a ninguna de la información que nos dé.

- Es importante que **responda todas las cuestiones que pueda.**

- Al responder **piense** en sus experiencias **en los últimos 6 meses.**

-Le resultará más fácil responder las preguntas, si **sustituye** la expresión **“miembro con discapacidad de su familia”** por el **nombre** de dicha persona.

- **Utilice un lápiz** para marcar completamente las casillas de sus respuestas. Si cambia las respuestas, por favor borre completamente cualquier respuesta previa.

**MUCHAS GRACIAS** por compartir sus opiniones con nosotros.

## SECCIÓN 1ª - INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

CLAVE (a cumplimentar por el investigador)

*Recuerde que toda la información que nos dé es confidencial. Su nombre no constará junto a ninguna información que nos proporcione. Muchas gracias por colaborar con nosotros.*

### 1-DATOS DE LA ENTIDAD

1.1. Tipo de domicilio donde vive la persona con discapacidad.

- Vivienda familiar  
 Vivienda de alguna entidad  
 Centro residencial

1.2. Si su familiar asiste a algún centro para personas con discapacidad, escriba:

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Localidad y la provincia: \_\_\_\_\_

### 2- INFORMACIÓN SOBRE USTED

2.1. ¿Cuál es su género?

- Hombre  Mujer

2.2. ¿En qué año nació usted?

--	--	--	--

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

- Padre/madre  Hermano/a  Otro parentesco (especificar) \_\_\_\_\_

2.4. ¿Cuál de los siguientes describe mejor el tamaño de la localidad en la que vive?

- Menos de 2.000 habitantes  De 2.000 a 5.000 habitantes  
 De 5.000 a 20.000 habitantes  Más de 20.000 habitantes

2.5. ¿Cuál es su estado civil?

- Viudo  Casado  Soltero  Divorciado.  Separado  Otros

**2.6. ¿Cuál es su situación laboral?**

- Trabajo a jornada completa
- Trabajo a tiempo parcial
- Desempleado pero buscando trabajo
- Inactivo (por ejemplo, cuidador o amo de casa, jubilado, pensión pública, 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 (diplomatura, licenciatura, doctorado)

**2.9. ¿Cuántas personas viven en su mismo hogar incluyéndose usted? Indique qué tipo de parentesco hay entre las personas que viven en su hogar.**

**(Ejemplo: Número de personas: 4 / Tipo de parentesco de cada una: padre, madre, hermano, familiar con discapacidad)**

Número de personas: \_\_\_\_\_

Tipo de parentesco: \_\_\_\_\_

**2.10. ¿Cuáles fueron los ingresos del año pasado entre 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 15.000 €
- Entre 15.000 y 24.999 €
- Entre 25.000 y 49.999 €
- Más de 50.000 €

**2.11. ¿Con qué frecuencia convive con su familiar con discapacidad?**

- Fines de semana
- Diariamente
- Otros: \_\_\_\_\_

### 3. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.

3.1. ¿Cuántos miembros con discapacidad tiene en su familia?

3.2. ¿A qué tipo de servicio acude su familiar con discapacidad?

- En casa
- Centro Ocupacional
- Centro de día
- Centro Especial de Empleo
- Empleo con Apoyo
- Empleo ordinario
- Centro educativo
- Otros

3.3. ¿En qué año nació su familiar con discapacidad?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.4. ¿Cuál es el nivel de discapacidad de su familiar?

- Leve
- Moderado
- Severo
- Profundo
- Desconocida

3.5. ¿Presenta su familiar problemas graves de comportamiento que afecten al funcionamiento en las tareas diarias?

SI  → por favor especifique cuál \_\_\_\_\_  
NO

3.6. Indique la naturaleza de la **discapacidad principal** de su familiar con discapacidad (por favor MARQUE SÓLO UNA)

- Trastorno por déficit de atención o trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Trastorno del espectro autista
- Retraso del desarrollo o discapacidad temprana infantil
- Trastorno emocional o conductual
- Deficiencia auditiva incluyendo sordera
- Discapacidad del aprendizaje
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad física
- Deficiencia del habla o lenguaje
- Daño cerebral traumático
- Deficiencia visual incluyendo ceguera
- Deficiencia de salud (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Otra discapacidad (por favor especifique) \_\_\_\_\_
- Sin diagnóstico específico

3.7. **¿Tiene alguna discapacidad más a parte de la principal? Por favor, indique cuál.** \_\_\_\_\_

3.8. **¿A qué distancia en kilómetros se encuentra la vivienda familiar del servicio o programa al que asiste su familiar con discapacidad ?**

- 0-10 km.
- 10-20 km.
- Más de 20 km.

3.8. **¿Cuál es el estado civil de su familiar con discapacidad?**

- Viudo.
- Divorciado.
- Separado.
- Casado.
- Soltero.
- Otros.

3.9. **¿Cuál es la situación laboral de su familiar con discapacidad?**

- Trabajo a jornada completa
- Desempleado pero buscando trabajo
- Trabajo a tiempo parcial
- Inactivo (por ejemplo, ama de casa, jubilado, pensión pública, discapacidad)
- Trabaja en algún periodo del año

3.10. **¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado su familiar con discapacidad?**

- Sin estudios.
- Estudios Primarios.
- Bachillerato o estudios secundarios
- Estudios universitarios

## SECCIÓN 2ª – APOYOS Y SERVICIOS

A. Por favor cuéntenos sobre el tipo de servicios que su **familiar con discapacidad necesita y recibe**.

De la siguiente lista de servicios INDIQUE...	Si su familiar lo necesita en la actualidad		En caso de contestar sí ¿qué cantidad de servicio recibe?		
	NO	SI	Ninguno	Alguno, pero no suficiente	Suficiente
1. Equipamiento especial para ayudar a su familiar con discapacidad a vivir, aprender y crecer (ayudas técnicas y de comunicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Servicios sanitarios (evaluaciones médicas, nutrición, enfermería)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Servicios de audición y/o vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fisioterapia o terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Servicios del habla y/o lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Servicios de educación especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Servicios de orientación y psicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Apoyo conductual (modificación de conductas problemáticas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Servicios de transporte y movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Entrenamiento en habilidades de autocuidado (ejemplo: ayuda con el vestido o uso del baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Coordinación entre diferentes servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Servicios de transición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Servicios de empleo o formación para el empleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Otros (por favor descríbalos):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 sí ¿qué cantidad de servicio recibe?		
	NO	SI	Ninguno	Alguno, pero no suficiente	Suficiente
Servicios para su familia					
15. Respiro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cuidado de la persona con discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dinero para ayudar a pagar las facturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Servicios de ayuda al mantenimiento de la casa, apoyo doméstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Grupos de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Orientación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Apoyo (ayuda) a hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Formación a los padres o familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Información sobre discapacidades específicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Información sobre dónde conseguir servicios para su familiar con discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Información sobre dónde conseguir servicios para su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Información sobre derechos legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Otros (por favor describalos):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECCIÓN 3ª: CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

Ahora cuéntenos **CÓMO SE SIENTE CON SU VIDA COMO FAMILIA.**

Emplearemos la información que nos de para mejorar las políticas y servicios para las personas con discapacidad y sus familias.

Su “familia” puede incluir a muchas personas – madre, padre, parejas, niños, tías, tíos, abuelos/as, etc. Considere su familia a las personas con las que se apoyan y cuidan de forma habitual, y no piense como familia en parientes que se relacionan con ustedes sólo de vez en cuando.

Piense en la vida de su familia en los últimos 6 meses.

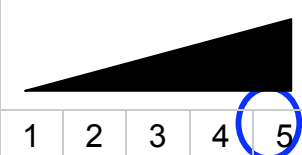
### Primer paso: MARQUE LA IMPORTANCIA:

- Si marca el **1**--> está diciendo que es **POCO IMPORTANTE.**
- Si marca el **2**--> está diciendo que es **ALGO IMPORTANTE.**
- Si marca el **3**--> está diciendo que es **IMPORTANTE.**
- Si marca el **4**--> está diciendo que es **BASTANTE IMPORTANTE.**
- Si marca el **5**--> está diciendo que es **IMPORTANTÍSIMO.**

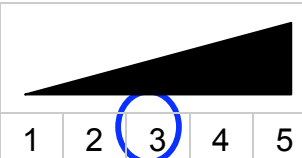
### Segundo paso: MARQUE LA SATISFACCIÓN:

- Si marca el **1**--> está diciendo que está **MUY INSATISFECHO.**
- Si marca el **2**--> está diciendo que está **INSATISFECHO.**
- Si marca el **3**--> está diciendo que está **SATISFECHO.**
- Si marca el **4**--> está diciendo que está **BASTANTE SATISFECHO.**
- Si marca el **5**--> está diciendo que está **MUY SATISFECHO.**

### EJEMPLOS:

1. Mi familia disfruta pasando el tiempo junta					
	1	2	3	4	5

El 5 en IMPORTANCIA-->indica que le parece **importantísimo** que su familia disfrute pasando el tiempo junta.

1. Mi familia disfruta pasando el tiempo junta					
	1	2	3	4	5

El 3 en SATISFACCIÓN--> indica que está **satisfecho** con cómo su familia disfruta del tiempo que pasan juntos.

## Calidad de Vida Familiar

Señale con un círculo la puntuación adecuada de 1 a 5	IMPORTANCIA	SATISFACCIÓN
		
1. Mi familia disfruta pasando el tiempo junta	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. Los miembros de mi familia ayudan a la/s persona/s con discapacidad a aprender a ser independientes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Mi familia cuenta con el apoyo necesario para aliviar el estrés	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Los miembros de mi familia tienen amigos u otras personas que les brindan su apoyo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Los miembros de mi familia ayudan a la/s persona/s con discapacidad con sus tareas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. En mi comunidad contamos con medios de transporte para ir donde necesitamos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Los miembros de mi familia se expresan abiertamente unos con otros	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Los miembros de mi familia enseñan a la/s persona/s con discapacidad a llevarse bien con los demás	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. Los miembros de mi familia disponen de algún tiempo para ellos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. Mi familia resuelve los problemas unida	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. Los miembros de mi familia se apoyan unos a otros para alcanzar objetivos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. Los miembros de mi familia demuestran que se quieren y preocupan unos por otros	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

<b>Señale con un círculo la puntuación adecuada de 1 a 5</b>	<b>IMPORTANCIA</b>					<b>SATISFACCIÓN</b>				
13. Mi familia cuenta con ayuda externa para atender a las necesidades especiales de todos los miembros de la familia	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Los adultos de mi familia enseñan a la/s persona/s con discapacidad a tomar decisiones adecuadas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Mi familia recibe asistencia médica cuando la necesita	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Mi familia puede hacerse cargo de nuestros gastos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Los adultos de mi familia conocen a otras personas que forman parte de las vidas de la/s persona/s con discapacidad, como amigos, compañeros, etc.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Mi familia es capaz de hacer frente a los altibajos de la vida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Los adultos de mi familia tienen tiempo para ocuparse de las necesidades individuales de la/s persona/s con discapacidad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Mi familia recibe asistencia buco-dental cuando la necesita	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Mi familia se siente segura en casa, en el trabajo, en la escuela y en nuestro barrio	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. El miembro de mi familia con necesidades especiales cuenta con el apoyo para progresar en la escuela o trabajo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. El miembro de mi familia con necesidades especiales cuenta con apoyo para progresar en el hogar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. El miembro de mi familia con necesidades especiales cuenta con apoyo para hacer amigos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Las organizaciones que dan servicios al miembro con discapacidad de nuestra familia mantienen buenas relaciones con nosotros	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU  
COLABORACIÓN!**



Recuerde que toda la información que nos proporcione es confidencial.

### A.1. A continuación le vamos a hacer unas preguntas generales.

Indique en **QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO** con las siguientes afirmaciones teniendo en cuenta que:

Si marca el **1** → está diciendo que está **TOTALMENTE EN DESACUERDO**.

Si marca el **2** → está diciendo que está **ALGO EN DESACUERDO**.

Si marca el **3** → está diciendo que está **DE ACUERDO**.

Si marca el **4** → está diciendo que está **TOTALMENTE DE ACUERDO**.

	1	2	3	4
Siento que debería hacer más de lo que hago por mi familiar con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dedico a mi familiar con discapacidad todo el tiempo que necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy formado para hacerme cargo de las necesidades de mi familiar con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que mi familiar con discapacidad con discapacidad depende de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que mi salud se ha resentido por cuidar a mi familiar con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que seré incapaz de cuidar de mi familiar con discapacidad por mucho más tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento muy sobrecargado por tener que cuidar a mi familiar con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gustaría que la vida social de mi familiar con discapacidad fuera más activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento temor por el futuro que le espera a mi familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique en **QUÉ GRADO ESTÁ SATISFECHO** con las siguientes afirmaciones teniendo en cuenta que:

Si marca el **1** → está diciendo que se siente **TOTALMENTE INSATISFECHO**.

Si marca el **2** → está diciendo que se siente **INSATISFECHO**.

Si marca el **3** → está diciendo que se siente **BASTANTE SATISFECHO**.

Si marca el **4** → está diciendo que se siente **TOTALMENTE SATISFECHO**.

	1	2	3	4
Estoy satisfecho con la educación que ha recibido mi familiar con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho con los apoyos que recibo como cuidador de mi familiar con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho con los apoyos que mi familiar con discapacidad está recibiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una vida social satisfactoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.2. ¿Recibe algún tipo de apoyo externo que le ayude en las tareas domésticas?**

Si  No

Si ha marcado **SI**, indíquenos el tipo de relación que les une:

- Familiar  Vecino o amigo
- Empleado Privado  Otros (especificar): \_\_\_\_\_
- Servicio Público: Ayuda a Domicilio \_\_\_\_\_

**A.3. ¿Recibe algún tipo de apoyo externo para su propio cuidado o el de su cónyuge?**

Si  No

Si ha marcado **SI**, indíquenos el tipo de relación que les une:

- Familiar  Vecino o amigo
- Empleado Privado  Otros (especificar): \_\_\_\_\_
- Servicio Público: Ayuda a Domicilio \_\_\_\_\_

**A.4. ¿Recibe algún tipo de apoyo externo en el cuidado de su familiar?**

Si  No

Si ha marcado **SI**, indíquenos el tipo de relación que les une:

- Familiar  Vecino o amigo
- Empleado Privado  Otros (especificar): \_\_\_\_\_
- Servicio Público: Ayuda a Domicilio \_\_\_\_\_