

Estimados padres, con el objeto de ayudarnos en la identificación de las necesidades y priorizar las actividades encaminadas a alcanzar los objetivos de la Asociación "Mírame", de apoyo a familias y personas con Trastorno del Espectro Autista, os pedimos que completéis el siguiente cuestionario, de la forma más objetiva posible, considerando no solamente vuestra situación actual, sino que también tengáis en cuenta la situación que habéis vivido hasta el momento y las previsiones o esperanzas que tenéis de cara al futuro; toda esta experiencia servirá para una mejor planificación de las acciones y organización de los recursos disponibles.

#### DATOS PERSONALES

Edad de la persona con TEA: \_\_\_\_\_

Sexo de la persona con TEA: \_\_\_\_\_

Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

1. En la actualidad ¿su hijo/a recibe servicios terapéuticos organizados en el ámbito público; por ejemplo: Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT), Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil de Granada (USMIJ) u otros similares? Si  No

2. En caso de que la respuesta a la pregunta anterior sea afirmativa, ¿a través de qué organismo recibe atención pública?

CAIT

USMIJ

OTROS:(especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. En caso de que su hijo/a esté recibiendo servicios terapéuticos organizados en el ámbito público, ¿se encuentra totalmente satisfecho con los servicios recibidos? Si  No

4. En caso de que su respuesta sea negativa identifique las principales deficiencias que, en su opinión, existen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Considera necesario un gabinete de valoración, diagnóstico y asesoramiento en las terapias más adecuadas para su hijo? Si  No

6. En la actualidad ¿su hijo/a recibe servicios terapéuticos en el ámbito privado? Si  No

7. En caso de que su respuesta sea afirmativa indique qué tipo de terapia recibe

Psicología

Logopedia

Pedagogía

Otras(especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. En caso de que su hijo/a esté recibiendo servicios terapéuticos en el ámbito privado, ¿Está totalmente satisfecho con las terapias? Si  No

9. En caso de que su respuesta sea negativa identifique los aspectos que, en su opinión, son mejorables:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ¿Necesita recibir asistencia terapéutica para su hijo/a a través de la Asociación? Si  No

11. En caso de que la respuesta sea afirmativa indique:

- Tipo de terapia en la que está interesado:
  - Psicología
  - Logopedia
  - Pedagogía

Otras(especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Número de horas semanales que considera necesarias: 1h.  2 h.  3 h.  > 3 h.

12. Actualmente, ¿Su hijo/a recibe asistencia psicológica en el domicilio familiar? Si  No

13. ¿Necesita recibir asistencia terapéutica en el domicilio familiar? Si  No

14. En caso de que su respuesta sea afirmativa indique:

- Número de horas semanales que considera necesarias: 1h.  2 h.  3 h.  > 3 h.

15. ¿Necesita que su hijo/a reciba otro tipo de terapias? Si  No

16. En caso afirmativo indique qué tipo de terapias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. ¿Necesita recibir apoyo psicológico para usted y/o el resto de la familia? Si  No

18. Actualmente, ¿se encuentra su hijo/a escolarizado? Si  No

19. En caso afirmativo, indique:

- Modalidad de escolarización:
  - A ( Grupo ordinario a tiempo completo)
  - B (Grupo ordinario en periodos variables)
  - C (Aula de educación especial en centro ordinario)
  - D (Centro específico de educación especial)
- Etapa educativa en la que se encuentra su hijo actualmente:
  - Infantil
  - Primaria
  - Secundaria
  - Bachiller/ Enseñanza Profesional
  - Universidad

20. ¿Qué aspectos le preocupan especialmente en relación con la siguiente etapa educativa a la que accederá su hijo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿Está satisfecho con la asistencia que tiene su hijo/a en el centro escolar? Si  No

22. En caso de que la respuesta sea negativa, ¿qué aspectos considera mejorables?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. ¿Considera preciso un servicio de coordinación y colaboración con el centro escolar? Si  No

24. ¿Necesita información y asesoramiento sobre las distintas modalidades de escolarización de su hijo/a? Si  No

25. ¿Considera necesario que su hijo/a reciba servicios complementarios: talleres de música, danza-teatro, psicomotricidad, habilidades sociales, etc.? Si  No

26. En caso afirmativo, indique:

- Tipo de talleres en que está interesado:
  - Talleres de psicomotricidad, deporte, estimulación sensorial
  - Talleres de manualidades, artes plásticas,
  - Talleres de música, danza-teatro, expresión corporal
  - Talleres de autonomía
  - Talleres de habilidades sociales
  - Talleres e informática
  - Talleres de hipoterapia

Otros(especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Número de horas semanales que considera necesarias: 1h.  2 h.  3 h.  > 3 h.

27. ¿Está interesado en que su hijo/a participe en actividades lúdicas organizadas por la Asociación: colonias de verano, campamentos, excursiones, etc.? Si  No

28. En caso afirmativo indique en qué tipo de actividades se encuentra interesado:

- Colonias de verano
- Campamentos y excursiones fin de semana
- Ruta urbana (ejemplo en Navidad u otras festividades)
- Senderismo
- Escuelas de verano
- Natación y otras actividades deportivas

Otros(especificar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. ¿Siente inquietud acerca de la formación ocupacional y las posibilidades de empleo para su hijo/a?  
Si  No

30. En caso afirmativo indique en qué tipo de actividades se encuentra interesado:

Preparación para la incorporación al mercado laboral

Orientación, asesoramiento profesional, legal y personal en la búsqueda de trabajo

Asesoramiento técnico y legal a las entidades empleadoras

Acompañamiento y entrenamiento en el mismo puesto de trabajo

Asesoramiento para la adaptación del lugar de trabajo y ayudas ergonómicas

Colaboración y coordinación con el entorno laboral y social

Seguimiento y control de la integración laboral

Otros(especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

31. ¿Siente inquietud acerca de la atención que su hijo/a recibirá al finalizar la etapa de escolarización (edad máxima 21 años)? Si  No

32. En caso afirmativo indique en qué tipo de actividades se encuentra interesado:

Centros de día

Pisos tutelados

Residencias

Otros(especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

33. ¿Necesita asesoramiento profesional sobre las ayudas y subvenciones a las que su hijo/a tiene derecho? Si  No

34. ¿Necesita que estas ayudas y subvenciones sean gestionadas por la propia Asociación? Si   
No

35. ¿Dispone de la suficiente información y formación acerca del TEA? Si  No

36. ¿Considera necesaria la estructuración pormenorizada del trabajo que debe efectuar en el hogar con su hijo/a? Si  No  Dicho trabajo es tarea del terapeuta

37. ¿Piensa que está capacitado para trabajar en casa con su hijo/a? Si  No

38. ¿Considera necesaria una formación en TEA tanto para los padres como para el resto de la familia? Si  No

39. En caso de que su respuesta sea afirmativa identifique los recursos que considera necesarios:

Cursos de formación

Congresos y seminarios

Videos

Libros

Otros(especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

40. ¿Está interesado en colaborar en proyectos de investigación en TEA? Si  No

41. ¿Necesita servicios de conciliación familiar? Si  No

42. ¿Desea tener la posibilidad de participar en grupos de autoayuda? Si  No





## ENCUESTA DE VALORACIÓN DE SERVICIOS

Valore, en una escala de 1 a 5, la necesidad de los siguientes servicios. Tenga en cuenta que: 1=no es necesario, 2=poco necesario, 3=algo necesario 4=bastante necesario, 5=muy necesario.

<b>ATENCIÓN TEMPRANA</b>					
Diagnóstico inicial, asesoramiento y tratamiento	1	2	3	4	5
<i>Otros (Especificar):</i>					
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
<b>APOYO A LAS FAMILIAS</b>					
Información, asesoramiento y acogida a familias.	1	2	3	4	5
Escuelas de padres y hermanos.	1	2	3	4	5
Jornadas de convivencia	1	2	3	4	5
Grupos de autoayuda	1	2	3	4	5
<i>Otros (Especificar):</i>					
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
<b>TERAPIAS</b>					
Psicología	1	2	3	4	5
Logopedia	1	2	3	4	5
Terapia en el domicilio familiar	1	2	3	4	5
Terapia fuera del domicilio familiar	1	2	3	4	5
Coordinación con colegios y familias	1	2	3	4	5
<i>Otros (Especificar):</i>					
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
<b>OCIO</b>					
Colonias de verano	1	2	3	4	5
Campamentos y excursiones fin de semana	1	2	3	4	5
Ruta urbana ( ej: navidad u otra festividad cultural)	1	2	3	4	5
Senderismo	1	2	3	4	5
Escuelas de verano	1	2	3	4	5
Natación					
<i>Otros (Especificar):</i>					
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5

<b>RESPIRO</b>					
Talleres de psicomotricidad, deporte, estimulación sensorial	1	2	3	4	5
Talleres de manualidades, artes plásticas,	1	2	3	4	5
Talleres de música, danza-teatro, expresión corporal	1	2	3	4	5
Talleres de autonomía	1	2	3	4	5
Talleres de habilidades sociales	1	2	3	4	5
Talleres de informática	1	2	3	4	5
Talleres de hipoterapia	1	2	3	4	5
<i>Otros (Especificar):</i>					
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
<b>TALLER OCUPACIONAL Y EMPLEO CON APOYO</b>					
Preparación para la incorporación al mercado laboral	1	2	3	4	5
Orientación, asesoramiento profesional, legal y personal en la búsqueda de trabajo	1	2	3	4	5
Asesoramiento técnico y legal a las entidades empleadoras	1	2	3	4	5
Acompañamiento y entrenamiento en el mismo puesto de trabajo	1	2	3	4	5
Asesoramiento para la adaptación del lugar de trabajo y ayudas ergonómicas	1	2	3	4	5
Colaboración y coordinación con el entorno laboral y social	1	2	3	4	5
Seguimiento y control de la integración laboral	1	2	3	4	5
<i>Otros (Especificar):</i>					
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
<b>OTROS</b>					
Centros de día	1	2	3	4	5
Residencias	1	2	3	4	5
Pisos tutelados	1	2	3	4	5
<i>Otros (Especificar):</i>					
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
▪	1	2	3	4	5
<p>En este apartado puede realizar los comentarios o precisiones que considere oportunas relativas a la encuesta que acaba de responder.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					

*Muchas gracias por su colaboración*