Cuestionario de Calidad de Vida para niños, niñas y adolescentes con Parálisis Cerebral (CP QOL)

Informe de los padres

Cuestionario de Calidad de Vida para niños, niñas y adolescentes con Parálisis Cerebral (CP QOL)

Informe de los padres

Instrucciones:
Este cuestionario se ha diseñado para los padres, madres o cuidadores de niños, niñas y adolescentes con parálisis cerebral.

Queremos preguntarle sobre **cómo piensa** que su hijo (a) **se siente** respecto a algunos aspectos de su vida, como su familia, amigos, salud y escuela. Cada pregunta empieza así: "¿Cómo cree que se siente su hijo (a) sobre…?".

Le pedimos que elija el número que mejor exprese cómo piensa usted que **se siente** su hijo (a) la mayor parte del tiempo. Puede escoger cualquier número del 1 (Muy infeliz) al 9 (Muy feliz).

Es importante que recuerde que este cuestionario mide cómo cree que se siente su hijo(a), no lo que puede hacer.

1 Bienestar social, aceptación y participación

¿Cómo cree que se siente su hijo (a) sobre…

		Muy infeliz		Infeliz		Ni Infeliz, Ni feliz		Feliz		Muy feliz
1	su capacidad para jugar con sus amigos (as)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	la manera en que se relaciona con la gente?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	la manera en que se relaciona con los niños (as) fuera de la escuela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	la manera en que se relaciona con adultos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	la manera en que es aceptado(a) por los niños (as) fuera de la escuela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	la manera en que es aceptado (a) por los adultos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	la manera en que es aceptado (a) por la gente?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	pasar tiempo con amigos (as)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	intentar cosas nuevas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	su capacidad para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	su capacidad para participar en actividades deportivas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	su capacidad para participar en actividades sociales (p. ej., reuniones con amigos, fiestas familiares, etc.)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	su capacidad para participar en la comunidad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	la manera en que se comunica con gente que no conoce bien?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	la manera en que la gente se comunica con él/ella?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2 Sentimiento de funcionamiento

¿Cómo cree que se siente su hijo (a) sobre…

		Muy infeliz		Infeliz		Ni Infeliz, Ni feliz		Feliz		Muy feliz
16	su capacidad para vestirse solo (a)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17	su capacidad para tomar líquidos solo (a)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	su capacidad para ir solo (a) al baño?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19	su capacidad de hacer cosas por él/ella mismo (a), sin depender de otros?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3 Bienestar emocional y autoestima

¿Cómo cree que se siente su hijo (a) sobre…

		Muy infeliz		Infeliz		Ni Infeliz, Ni feliz		Feliz		Muy feliz
20	la manera cómo lo/la miran?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	su futuro?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22	sus oportunidades en la vida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	lo que le puede pasar en el futuro?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24	lo que ha conseguido hasta este momento de su vida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25	sus planes para el futuro?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26	su vida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4 Dolor e impacto de la discapacidad

Las siguientes preguntas indagan acerca de aspectos que podrían preocupar o molestar a su hijo (a):

		Nada								Mucho
27	¿Su hijo (a) está preocupado por tener parálisis cerebral?	9	8	7	6	5	4	3	2	1

		Ninguno								Mucho
28	¿Cuánto dolor tiene su hijo (a)?	9	8	7	6	5	4	3	2	1

		Nada molesto								Muy molesto
29	¿Cómo se siente su hijo (a) con la intensidad de dolor que experimenta?	9	8	7	6	5	4	3	2	1

		Ninguno								Mucho
30	¿Cuánto malestar experimenta su hijo (a)?	9	8	7	6	5	4	3	2	1

5 Equipo especial

☐ *Mi hijo (a) no usa equipo especial (Pasar a la pregunta 34)*

¿Cómo cree que se siente su hijo (a) sobre…		Muy infeliz		Infeliz		Ni Infeliz, Ni feliz		Feliz		Muy feliz
31	el equipo especial que usa en casa (por ejemplo, asientos especiales, aparatos ortopédicos, sillas de ruedas, andaderas)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32	el equipo especial que usa en la escuela (por ejemplo, asientos especiales, aparatos ortopédicos, sillas de ruedas, andaderas)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

☐ *Mi hijo (a) no acude a la escuela (Pasar a la pregunta 33)*

33	el equipo especial disponible en la comunidad (rampas, escaleras mecánicas, accesos para silla de ruedas)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

6 Escuela

☐ *Mi hijo(a) no acude a la escuela (Pasar a la pregunta 42)*

¿Cómo cree que se siente su hijo (a) sobre…		Muy infeliz		Infeliz		Ni Infeliz, Ni feliz		Feliz		Muy feliz
34	la manera en que se relaciona con sus compañeros (as) en la escuela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35	la manera en que se relaciona con sus profesores (as) o cuidadores (as)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36	la manera en que es aceptado(a) por sus compañeros (as) de la escuela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37	como es aceptado (a) por los profesores y el personal de la escuela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38	el ser tratado (a) igual que todos los demás en la escuela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39	su capacidad para llevar el ritmo físico de sus compañeros (as)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40	su capacidad para seguir el ritmo académico de sus compañeros (as)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41	su capacidad para participar en la escuela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Las siguientes preguntas indagan cómo se siente USTED respecto a algunos aspectos de su vida:

7 Acceso a servicios

¿Cómo se siente usted sobre…		Muy infeliz		Infeliz		Ni Infeliz, Ni feliz		Feliz		Muy feliz
42	el acceso de su hijo (a) a los tratamientos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43	el acceso de su hijo (a) a terapias? (ej.: fisioterapia, terapia de lenguaje, terapia ocupacional).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44	el acceso de su hijo(a) a la atención médica o quirúrgica especializada?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45	su capacidad para obtener orientación de un pediatra/médico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

8 Salud familiar

¿Cómo se siente usted sobre…		Muy infeliz		Infeliz		Ni Infeliz, Ni feliz		Feliz		Muy feliz
46	su acceso a una persona que le releve en el cuidado de su hijo (a)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47	el acceso de su hijo (a) para recibir apoyo para el aprendizaje en la escuela?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48	el acceso de su hijo (a) a los servicios e instalaciones de la comunidad? (ej.: actividades extraescolares, cursos de verano, grupos comunitarios como clubs).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
49	su propia salud?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
50	su situación laboral actual?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
51	la situación económica de su familia?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
52	¿Qué tan feliz es usted?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

¡Muchas gracias por tu participación!

Gutiérrez-Arenas, V ., Barcelata-Eguiarte, B . & Victoria-Cruz, R . (2025). Adaptación y validación del Cuestionario de Calidad de Vida para Niños y Adolescentes con Parálisis Cerebral (CP QOL) en población mexicana. Know and Share Psychology, (6)1, 3-21. https://doi.org/10.25115/kasp.v6i1.