

Unique ID#:

## ENCUESTA PARA PADRES DE FAMILIA

### PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

#### INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES

1. Esta es una encuesta para personas que no hayan participado antes en este programa. Si ha estado en este programa antes, por favor, dígaselo a alguien del personal del programa.
2. Si usted quiere hacer esta encuesta en otro idioma, por favor, dígaselo a alguien del personal del programa.
3. NO escriba su nombre en ninguna parte de esta encuesta.
4. Por favor, lea atentamente cada pregunta y siga las instrucciones que acompañan cada pregunta para que pueda elegir la respuesta que mejor le convenga a usted.
5. Sus respuestas no se compartirán con nadie. Sus respuestas se combinarán con las de otras personas para crear un informe sumario numérico.
6. ¡Gracias por hacer esta encuesta!

STAFF NOTE: Questions 1 to 3 are not asked at Entry. Enter 'E'.

4. ¿Hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de las afirmaciones siguientes?:

*Por favor marque, para cada afirmación, el cuadrado de la columna que corresponda a su opinión.*

	Totalmente		Un poco		Totalmente	
	en	En	en	de	De	de
	desacuerdo	desacuerdo	desacuerdo	acuerdo	acuerdo	acuerdo
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

a. Yo puedo ser un buen ejemplo a seguir para una madre primeriza (un padre primerizo) para que aprenda lo que necesita saber para convertirse en una buena madre (un buen padre).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Yo cumpla con mis expectativas personales sobre cómo cuidar de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Si alguien puede encontrar la respuesta de lo que le preocupa a mi hijo(a), esa(e) soy yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tomando en cuenta el tiempo que llevo siendo madre (padre), me siento muy familiarizada(o) con este papel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sinceramente creo que tengo las cualidades necesarias para ser una buena madre (un buen padre) para mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Aquí hay unas afirmaciones sobre familias. Léalos detenidamente y, determine hasta qué punto cada afirmación describe a su propia familia. Usted debe responder de acuerdo con cómo ve usted a su familia. Trate de no pasar demasiado tiempo pensando en cada afirmación y conteste lo más rápida y sinceramente que pueda. Si le cuesta trabajo, marque la primera respuesta que pensó.

- Totalmente de acuerdo                      Esta afirmación describe exactamente a su familia.
- De acuerdo                                        Esta afirmación describe en casi todo a su familia.
- En desacuerdo                                    Esta afirmación **no describe** a su familia en casi nada.
- Totalmente en desacuerdo                    Esta afirmación **no describe** en absoluto a su familia.

*Por favor marque, para cada afirmación, el cuadrado de la columna que corresponda a su opinión.*

	Totalmente de	De	En	Totalmente en
	acuerdo	acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
	(1)	(2)	(3)	(4)

a. En tiempos de crisis podemos contar con el apoyo de los demás. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cada uno es aceptado por lo que es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Podemos expresar nuestros sentimientos de los unos hacia los otros. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentimos que somos aceptados por lo que somos. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Somos capaces de decidir cómo resolver los problemas. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Nos hablamos con confianza. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se encuentra usted:

6. En general, ¿qué tan satisfecho está con su vida en estos días? *Por favor escoja un número y marque el cuadrado que se encuentre debajo, tomando el 0 para Completamente insatisfecho(a) y el 10 para Completamente satisfecho(a)*

Cero	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Ocho	Nueve	Diez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas tratan de cómo se ha sentido usted durante los últimos 30 días. *Para cada pregunta, por favor marque, el cuadrado de la columna que mejor corresponda a la frecuencia con la que tuvo ese estado de ánimo.*

7. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió...

*Por favor marque un solo cuadrado en cada renglón.*

	Siempre (4)	Casi siempre (3)	A veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
a. nervioso(a)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sin esperanza? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. inquieto(a) o intranquilo(a)? ... ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tan deprimido(a) que nada podía animarle? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. que todo le suponía un gran esfuerzo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. inútil? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. En los últimos 30 días, ¿cuántos días fue totalmente incapaz de trabajar o realizar sus actividades habituales debido a problemas emocionales?

Número de días: \_\_\_\_\_

9. **Actualmente**, ¿está usted recibiendo algún tratamiento o terapia de ayuda para problemas emocionales?

\_0 No  
\_1 Sí

10. Aquí tenemos otras afirmaciones. Por favor, lea cada uno e indique hasta qué punto, en general, es cierto para usted.

*Por favor marque un solo cuadrado en cada renglón.*

	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Bastante a menudo</b>	<b>Muy a menudo</b>
	(1)	(1)	(2)	(3)	(4)
a. Para mí es fácil perseverar en mis propósitos y alcanzar mis metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Confío en que puedo manejar eficientemente sucesos inesperados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me lo propongo con empeño. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mantengo la calma cuando me enfrento a dificultades porque puedo manejarlas. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cuando tengo un problema, puedo encontrar varias maneras de resolverlo. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Por favor *marque el cuadrado de la columna* que mejor describa hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de las siguientes afirmaciones.

*Por favor marque un solo cuadrado en cada renglón.*

	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Bastante en desacuerdo</b>	<b>Un poco en desacuerdo</b>	<b>Sin opinión / Indeciso(a)</b>	<b>Algo de acuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
a. Tengo personas que me escuchan cuando necesito hablar de mis problemas. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuando me siento solo(a), tengo a varias personas con las que puedo hablar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Si existe una crisis, tengo personas con quienes contar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las preguntas siguientes nos permitirán llevar la cuenta del registro, por sus características, de las personas que hemos tenido en nuestro programa.

12. ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños? *Por favor, marque un solo cuadrito.*

- <sub>1</sub> Entre 16 y 25
- <sub>2</sub> Entre 26 y 59
- <sub>3</sub> 60 ó más
- <sub>0</sub> Prefiero no contestar

13. Esta es una lista de lugares de origen o ascendencia. *Por favor, de los cuadritos que están a la izquierda de cada uno, marque todos las que le correspondan a usted.*

- |                                                                                    |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Caribeño(a)                                  | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Chino(a)             |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Centroamericano(a)                           | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> Filipino(a)          |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Mexicano(a)/Mexicano-Americano(a)/Chicano(a) | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> Japonés(a)           |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Puertorriqueño(a)                            | <input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Coreano(a)           |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Sudamericano(a)                              | <input type="checkbox"/> <sub>14</sub> Vietnamita           |
| <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> De otro lugar hispano o latino               | <input type="checkbox"/> <sub>15</sub> De Europa del Este   |
| <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Africano(a)                                  | <input type="checkbox"/> <sub>16</sub> Europeo(a)           |
| <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Indio(a) [de La India]/Surasiático(a)        | <input type="checkbox"/> <sub>17</sub> Del Medio Oriente    |
| <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Camboyano(a)                                 | <input type="checkbox"/> <sub>18</sub> Otro                 |
|                                                                                    | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Prefiero no contestar |

14. ¿Cuál es su raza? *Por favor, de los cuadritos que están a la izquierda de cada una, marque todas las que correspondan.*

- <sub>1</sub> Indoamericana o nativa de Alaska,
- <sub>2</sub> Asiática,
- <sub>3</sub> Negra o afroamericana,
- <sub>4</sub> Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico,
- <sub>5</sub> Blanca (Caucásica)
- <sub>0</sub> Prefiero no contestar

15. ¿Cuál es el idioma que usted habla principalmente en su casa? *Por favor, marque un solo cuadrado*

- |                                                                                    |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Inglés                                       | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Persa o farsi         |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Español                                      | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Coreano               |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Chino (incluyendo el mandarín y el cantonés) | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Ruso                  |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Árabe                                        | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Tagalo               |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Armenio                                      | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> Vietnamita           |
| <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Camboyano                                    | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> Otro                 |
|                                                                                    | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Prefiero no contestar |

16. ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE.UU., Fuerzas de Reserva o la Guardia Nacional? *Por favor, marque un solo cuadrado*

- <sub>1</sub> No
- <sub>2</sub> Sí
- <sub>0</sub> Prefiero no contestar

17. ¿Alguna de las siguientes opciones lo(a) describe a usted? *Por favor, marque todas las que correspondan.*

- <sub>1</sub> Tengo una enfermedad crónica, como diabetes, enfermedad cardíaca, o dolor crónico
- <sub>1</sub> Estoy ciego(a) o tengo gran dificultad para ver, aun cuando llevo anteojos
- <sub>1</sub> Estoy sordo(a) o tengo gran dificultad para oír, o tengo dificultades para que me entiendan cuando hablo
- <sub>1</sub> Tengo gran dificultad para andar o subir escaleras
- <sub>1</sub> Debido a mi estado físico, mental o emocional, tengo gran dificultad para concentrarme, para acordarme de las cosas, o para tomar decisiones
- <sub>1</sub> Ninguna de las anteriores
- <sub>0</sub> Prefiero no contestar

18. ¿Qué sexo se le asignó al nacer? *Por favor, marque un solo cuadrado.*

- <sub>1</sub> Masculino
- <sub>2</sub> Femenino
- <sub>0</sub> Prefiero no contestar

19. ¿Cómo se describe a sí mismo(a)? *Por favor, marque todas las que correspondan.*

- \_1 Hombre
- \_1 Mujer
- \_1 Transexual
- \_1 No acepto las etiquetas de géneros/No me considero ni hombre, ni mujer, ni transexual
- \_1 Otra identidad sexual
- \_1 Dudo o no estoy seguro(a) de mi identidad sexual
- \_1 Prefiero no contestar

20. ¿Cómo se considera usted? *Por favor, marque un solo cuadrado.*

- \_1 Heterosexual o hetero
- \_2 Gay o Lesbiana
- \_3 Bisexual
- \_4 Con dudas
- \_5 Ninguno de los anteriores / otro
- \_0 Prefiero no contestar

**¡Gracias por contestar esta encuesta!**