

# Familia y Proveedor/Maestro Relación Calidad



Cuestionario para el personal de servicios para las familias



ADMINISTRATION FOR  
**CHILDREN & FAMILIES**

**OPRE**



## **Medida para el trabajador de servicios para las familias**

**Este cuestionario es acerca de usted y de su programa de Head Start/Early Head Start. También pregunta acerca de las familias de Head Start/Early Head Start a quienes usted apoya. Algunas de las preguntas serán acerca de cómo usted y las familias a quienes usted apoya se comunican y trabajan en equipo.**

**Contestar este cuestionario toma unos 15 minutos.**

**Por favor use un bolígrafo negro o azul para llenar la encuesta.**

**Marque la casilla con una  para indicar su respuesta.**

**Si desea cambiar su respuesta, ponga una  en la respuesta equivocada y marque la casilla correcta con una  para indicar su respuesta.**

Por trabajador de servicios para las familias (FSW, por sus siglas en inglés) nos referimos a alguien que ayuda a las familias a identificar metas para ellos y sus hijos; conecta a las familias con recursos y servicios que respaldan a la familia y al niño; y ayuda a las familias a tener iniciativa propia y ser independientes. A los FSW también se les conoce por distintos nombres y cargos; por ejemplo, personal de servicios para las familias, defensores de familias, visitadores de hogares, y coordinadores de servicios para las familias. En todos los materiales de este estudio se usa el término trabajador de servicios para las familias.

Quisiéramos saber cómo trabajan en conjunto usted y las familias en su programa.

1. Desde septiembre, a cuántas de las familias con quienes usted trabaja ha ayudado directamente de alguna de las siguientes maneras:

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Ninguna	Algunas	La mayoría	Todas
a. ¿He fomentado a las familias a buscar o a recibir servicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿He hecho seguimiento a las familias para ver si los servicios que han recibido les han ayudado con sus necesidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿He hecho citas o preparativos para que las familias reciban los servicios que necesitan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿He ayudado a las familias a encontrar los servicios que necesitan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿He trabajado en nombre de la familia para asegurarse de que los proveedores externos de servicios respondan adecuadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Desde septiembre, ¿con qué frecuencia usted ha podido hacer lo siguiente?**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente
a. He hecho seguimiento con los padres con respecto a las metas que han establecido para su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. He hecho seguimiento con los padres con respecto a las metas que han establecido para sí mismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Les he ofrecido a los padres ideas o sugerencias sobre la crianza de sus niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Les he sugerido a los padres actividades que pueden hacer con sus niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. He trabajado con los padres para crear estrategias que pueden usar en casa para apoyar el aprendizaje y el desarrollo de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. He tenido en cuenta los valores y la cultura de los padres en los servicios que les ofrece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Les he ofrecido a los padres libros o materiales acerca de la crianza de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Pensando en las familias con quienes usted trabaja, ¿con cuántos de los padres se ha reunido o ha hablado acerca de los siguientes temas?**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Ninguno	Alguna	La mayoría	Todos
a. La cantidad de hijos que ellos tienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La cantidad de familiares adultos que viven en su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sus horarios de trabajo y estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Su estado civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Su estilo de crianza de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Su estado de empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. La situación económica de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. El papel que la fe y la religión juegan en su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. La cultura y los valores de su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Las cosas que hacen fuera del programa de Head Start para fomentar el aprendizaje de sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. La manera en que disciplinan a sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Problemas que tiene su hijo en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Cambios que están sucediendo en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Problemas de salud que sus hijos podrían tener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Problemas de salud que ellos u otros familiares podrían tener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones.**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
a. Mi objetivo es ayudar a los padres alcanzar su mayor potencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ayudo a los padres a lograr sus metas laborales y educativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trabajo con los padres para encontrar los pasos para lograr sus metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fomento a los padres a tomar decisiones acerca de la educación y el cuidado de sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Las creencias de los padres acerca del cuidado de los hijos y la educación varían según la cultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fomento a los padres a dar su opinión acerca de los servicios y apoyo que les doy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Estoy dispuesto a usar información de distintas maneras para ayudar a los padres y a sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Aunque mi punto de vista profesional o moral difiera, acepto que los padres tienen la última palabra respecto al cuidado y la educación de sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con estas afirmaciones.**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
a. A veces me resulta difícil apoyar la manera en que los padres crían a sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. A veces me resulta difícil apoyar la manera en que los padres disciplinan a sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A veces me resulta difícil aceptar las distintas creencias culturales de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. A veces me resulta difícil apoyar las metas que los padres han establecido para sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. A veces me resulta difícil trabajar con padres que tienen creencias distintas a las mías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. A veces me resulta difícil aceptar las decisiones que los padres toman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Al dar servicios a las familias en su programa, ¿con qué frecuencia usted tiene en cuenta lo siguiente?**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente
a. La información que los padres comparten acerca de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si las actividades acogen a todos los miembros de la familia, incluyendo a los papás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La información que los padres comparten acerca de su vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Las cosas que usted puede hacer para que los papás y otros miembros de la familia se sientan cómodos en los centros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Los valores y la cultura de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La información que los padres comparten acerca de sus metas educativas o de su carrera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. La información que los padres comparten acerca de sus "metas en la vida"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Desde septiembre, ¿con qué frecuencia usted se ha reunido o ha hablado con los padres sobre los siguientes temas?**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente
a. Cómo le está yendo al niño en el programa de Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El aprendizaje o desarrollo de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Metas que los padres tienen para su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Metas que los padres tienen para sí mismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cómo los padres están progresando hacia las metas que tienen para sí mismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Problemas que su niño esté teniendo en el programa de Head Start/Early Head Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas que los padres podrían tener con el trabajo o estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. La visión de los padres respecto al futuro de su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**8. Las personas varían en respecto a lo que consideran parte de su trabajo. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones.**

**Parte de mi trabajo es...**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
a. Ayudar a las familias a obtener los servicios disponibles en la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ofrecerles a los padres información acerca de eventos en la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Responder a inquietudes o problemas fuera de mi horario normal de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Conocer los valores y creencias de las familias con quienes trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cambiar mi horario de trabajo en respuesta a los horarios de estudio o de trabajo de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Aprender nuevas maneras de ayudar a las familias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cambiar la manera en que se ofrecen servicios a los niños y a las familias en respuesta a las opiniones de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hablar con los padres acerca de la crianza de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ayudar a los padres a lograr sus metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Adaptar mis estrategias para trabajar con mamás, papás u otros miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ayudar a los padres a adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para tener éxito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Considerar cómo la cultura influye en la manera en que debo enfocar mi trabajo con las familias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hacer visitas al hogar para dar apoyo y trabajar en establecer metas con las familias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Ayudar a las familias a satisfacer sus necesidades básicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Si las familias tienen una pregunta o un problema que surge durante el día, ¿qué tan fácil o tan difícil es para ellos comunicarse con usted?**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

- Muy difícil
- Difícil
- Fácil
- Muy fácil

**10. Desde septiembre, ¿cuántas de las familias con las que usted trabaja han recibido información acerca de lo siguiente:**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Ninguna	Alguna	La mayoría	Toda
a. Empleo o entrenamiento para trabajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Despensas o bancos de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Subsidios o cupones para cuidado infantil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Educación para adultos, clases de GED, clases de inglés o educación continua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Asistencia de vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Asistencia para la energía o combustible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Grupos para desarrollar habilidades sobre la crianza de los niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Seguro de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Desde septiembre, ¿usted ha hecho referidos a los siguientes servicios con su agencia o en la comunidad:**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Sí. Hice una remisión	No. No hice una remisión	No corresponde
a. Evaluaciones de salud para los niños (médicas, dentales, de la vista, de la audición o del habla)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Evaluaciones de desarrollo para los niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Servicios de consejería para los niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Servicios de consejería para los padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Servicios sociales como asistencia de vivienda, cupones de alimentos, ayuda financiera o servicio médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Evaluaciones de nutrición para los niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Servicios legales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Asistencia en crisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Violencia doméstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Las personas trabajan como trabajadores de servicios para las familias por diversas razones. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones:**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
a. Trabajo como trabajador de servicios para las familias porque lo disfruto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Veo a este trabajo solamente como una fuente de ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trabajo como trabajador de servicios para las familias porque me gusta ayudar a las familias a lograr sus metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Si pudiera encontrar otro trabajo para generar ingresos, cambiaría de profesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Trabajo como trabajador de servicios para las familias porque me gusta ayudar a los niños y a las familias a obtener los servicios que necesitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. En los últimos diez años, ¿usted ha recibido capacitación o cursos sobre cómo reconocer las señales de:**

*[MARQUE UNA CASILLA POR LÍNEA.]*

	Sí	No
a. Abuso y abandono infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Depresión o problemas de salud mental de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Retrasos en el desarrollo de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Retrasos en el desarrollo de los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. ¿Con cuántas familias usted trabaja actualmente?**

\_\_\_\_\_ familias

**15. ¿En cuántos centros usted trabaja actualmente?**

\_\_\_\_\_ centros

**16. ¿Hace cuántos años usted trabaja en este campo?**

\_\_\_\_\_ años

**17. ¿Hace cuánto usted trabaja en su centro (o centros) actual?**

\_\_\_\_\_ años

**18. ¿Hay niños en su hogar que actualmente asisten al programa de Head Start/Early Head Start?**

*[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]*

Sí

No

19. **¿Alguna vez usted tuvo en su hogar a un niño que asistió al programa de Head Start/Early Head Start?**

*[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]*

- Sí  
 No

**Las siguientes son algunas preguntas generales sobre usted.**

20. **¿Usted tiene un título o certificado de Credencial de Asociado en Desarrollo Infantil (CDA, por sus siglas en inglés)?**

*[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]*

- Sí  
 No

21. **¿Usted tiene algún tipo de título o certificado de servicios para las familias que respalde su capacidad para trabajar con familias?**

*[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]*

- Sí  
 No

**Nombre del título o certificado:** \_\_\_\_\_

22. **¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha completado?**

*[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]*

- Menos de un diploma de secundaria (“high school”)  
 Diploma de secundaria (“high school”) o GED  
 Algo de universidad, sin título  
 Título de una universidad de dos años (“Associate’s degree”)  
 Título de una universidad de cuatro años (“Bachelor’s degree”)  
 Título de posgrado

**23. ¿Es usted de origen hispano o latino?**

*[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]*

- Sí
- No

**24. ¿De qué raza es usted?**

*[MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE SEAN APLICABLES A SU CASO.]*

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska
- Indoasiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otra de las islas del Pacífico

**¡Gracias!**