

Calidad de la Relación entre la Familia y el Proveedor/Maestro



Medida para el trabajador 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.

Toda la información que se obtenga de este estudio se mantendrá privada. El informe que resume los resultados no incluirá ningún nombre ni ninguna información que pueda identificarle.

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, visitantes 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. Los padres son expertos en lo que respecta a sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 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. ¿Es usted de origen hispano o latino?

[MARQUE SOLO UNA CASILLA.]

- Sí
 No

21. ¿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

22. ¿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

23. ¿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: _____

24. ¿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

¡Gracias!