

**ECLS-B 9-month National Study**  
**Resident Father Self-Administered Questionnaire (SAQ)**  
**Spanish version**

NOTE: this document contains the Spanish text only. For information on administration of the items, please refer to the English version of this instrument.

**Una parte importante de este estudio es aprender más acerca del tipo de cosas que los padres hacen con sus niños pequeños y cómo se sienten ellos acerca de sus niños.**

**Q1. ¿Es usted (del niño/de la niña) ...**

*Marque (X) una respuesta*

- Padre de nacimiento,
  - Padre adoptivo,
  - Padrastro,
  - Padre de crianza ("Foster") o tutor, o
  - Tiene usted alguna otra relación o parentesco con (el niño/la niña)? *Por favor especifique* ↷
- 

**Q2. En una semana típica, ¿con qué frecuencia hace usted las siguientes cosas con su (niño/niña)? ¿Diría usted que nunca, una o dos veces, 3 a 6 veces, o todos los días:**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

	<u>Nunca</u>	<u>Una o dos veces</u>	<u>3 a 6 veces</u>	<u>Todos los días</u>
a. Le lee libros a su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Le cuenta cuentos a su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Canta canciones con su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lleva a su (niño/niña) con usted mientras hace diligencias tales como ir al correo, al banco, o a la tienda? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q3. El mes pasado, ¿con qué frecuencia hizo usted las siguientes cosas con su (niño/niña)? ¿Fue ésto más de una vez al día, más o menos una vez al día, unas pocas veces a la semana, unas pocas veces al mes, raramente, o nunca?**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

*Raramente sería una vez al mes.*

	Más de una vez al día	Más o menos una vez al día	Unas pocas veces a la semana	Unas pocas veces al mes	Raramente	Nunca
a. ¿Cambiarle los pañales a su niño/niña?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Prepararle comidas o un(a) (biberón/ mamadera/botella) a su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Darle de comer o darle un(a) (biberón/mamadera/ botella) a su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Jugar a las escondidas (esconderse y aparecer súbitamente) con su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tomarlo(a) en brazos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Hacerle cosas como cosquillas, soplarle sobre el vientre, o moverle los brazos y las piernas alrededor en una forma juguetona? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Acostar a su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Lavar o bañar a su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Llevar a su (niño/niña) afuera a caminar o a jugar en el patio, un parque, o a un parque para niños? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Vestir a su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q4. Cuando las siguientes cosas pasan o necesitan hacerse, ¿con qué frecuencia es usted quien las hace? ¿Las hace usted siempre, frecuentemente, algunas veces, raramente, o nunca?**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Raramente	Nunca
a. ¿Se levanta a ver a su (niño/niña) cuando (él/ella) se despierta durante la noche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Calma a su (niño/niña) cuando (él/ella) está molesto(a)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Lleva a su (niño/niña) al médico? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Se queda en el hogar para cuidar a su (niño/niña) cuando (él/ella) está enfermo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Lleva o trae a su (niño/niña) de la niñera o de la guardería infantil? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q5. ¿Con qué frecuencia siente usted de la siguiente manera o hace las siguientes cosas?**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

	<u>Todo el tiempo</u>	<u>Parte del tiempo</u>	<u>Rara- mente</u>	<u>Nunca</u>
a. Usted le habla mucho de su (niño/niña) a sus amigos y familia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usted lleva consigo fotos de su (niño/niña) dondequiera que vaya .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Frecuentemente se encuentra a sí mismo pensando en su (niño/niña) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Usted piensa que tomar a su (niño/niña) en brazos y acariciarlo(a) es divertido .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Usted piensa que es más divertido darle algo nuevo a su (niño/niña) que conseguir algo nuevo para usted mismo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Este siguiente grupo de preguntas es acerca de cómo piensa usted que se comportan la mayoría de los niños pequeños, cómo crecen ellos, y cómo cuidarlos.

Por favor responda cada una de las siguientes preguntas basado en los niños pequeños en general, no acerca de su (niño/niña) y cómo se comporta él o ella. Piense en lo que usted sabe acerca de los niños pequeños con los que usted ha tenido contacto o alguna cosa que usted haya leído.

**Q6. Para cada una de las siguientes declaraciones, diga si, para la mayoría de los niños pequeños, usted está de acuerdo o en desacuerdo con la declaración, o no está seguro.**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta.*

	<u>De Acuerdo</u>	<u>En Desacuerdo</u>	<u>No Está Seguro</u>
a. Todos los niños pequeños necesitan dormir la misma cantidad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Es posible que un hermano o hermana pequeña empiece a orinarse en la cama o a chuparse el dedo cuando llega un nuevo bebé a la familia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Un niño piensa que él o ella está hablando correctamente aún cuando él o ella dice palabras u oraciones de una manera rara o diferente, tal como "Yo fí al peblo" o ¿"Qué tene la muneca?" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los niños aprenden todo su lenguaje copiando lo que ellos han oído decir a los adultos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q7. Las siguientes declaraciones son acerca de la edad en la cual los niños pequeños pueden hacer algunas cosas por primera vez. Si usted piensa que la edad es más o menos correcta, diga que está de acuerdo. Si no está de acuerdo, por favor diga si usted piensa que un niño es menor o mayor cuando puede hacer estas cosas por primera vez. Si no está seguro(a), marque el encasillado que indica que no está seguro.**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

	De <u>Acuerdo</u>	<u>Mayor</u>	<u>Menor</u>	No Está <u>Seguro</u>
a. Un niño de 1 año de edad sabe distinguir lo correcto de lo incorrecto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un bebé comenzará a responder por su nombre a los 10 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La mayoría de los niños pequeños están listos para ser entrenados para usar el (inodoro/excusado/baño) a la edad de 1 año.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Un bebé de 12 meses puede recordar juguetes que él ha visto que estaban escondiendo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Los niños de un año de edad frecuentemente cooperan y comparten cuando ellos juegan juntos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Un bebé tiene más o menos 7 meses de edad antes de que pueda alcanzar y tomar cosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Un bebé usualmente dice su primera palabra real a la edad de 6 meses de edad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quisiéramos también saber más acerca de qué tan frecuentemente los padres están separados de sus niños ya sea durante la noche o por períodos más largos. Esto puede pasar por muchas razones. Los padres puede que viajen por su trabajo o puede que necesiten atender asuntos de la familia lejos del hogar. Esto también puede pasar porque (el niño/la niña) esté hospitalizado(a) o quedándose con parientes, tales como abuelos, por un tiempo.

**Q8. Desde que su (niño/niña) vino al hogar después del nacimiento, ¿han habido alguna vez períodos de una semana o más en que usted y su (niño/niña) no vivieron juntos, ya sea porque usted estaba lejos del hogar o (el niño/la /niña) estaba lejos del hogar?**

- Sí  
 No → *Vaya a la declaración antes de Q10.*


**Q9. Desde que su (niño/niña) nació, ¿cuántas veces han estado separados usted y (el niño/la niña) por una semana o más?**

|\_|\_| VECES

Queremos saber más acerca de cómo los padres con niños pequeños deciden acerca del uso de cuidado infantil para sus niños.

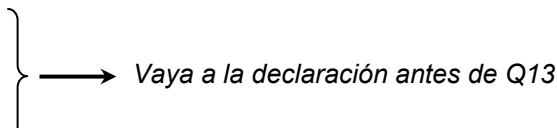
**Q10. ¿Recibe su (niño/niña) ahora cuidado infantil en forma regular de alguien distinto a usted o a su (esposa/compañera)?**

*Forma regular significa que está programado al menos una vez a la semana. No incluye cuidado de niñera o ayuda ocasional.*

- Sí  
 No → Vaya a Q12
- 

**Q11. ¿Cuánto participó usted en la toma de decisión acerca del arreglo de cuidado infantil actual de su (niño/niña)?**

*Marque (X) una respuesta*

- Mucho  
 Algo  
 Nada
- 

**Q12. ¿Cuánto participó usted en la toma de decisión de no usar ningún arreglo de cuidado infantil?**

*Marque (X) una respuesta*

- Mucho  
 Algo  
 Nada

Ahora tenemos algunas preguntas acerca del cuidado que usted le proporciona a su (niño/niña).

**Q13. El mes pasado, ¿con qué frecuencia ha cuidado usted a su (niño/niña) mientras su (esposa/compañera) hacía otras cosas? ¿Fue esto...**

*Marque (X) una respuesta*

- Todos los días o casi todos los días,  
 Unas pocas veces a la semana,  
 Unas pocas veces al mes,  
 Una o dos veces, o  
 Nunca? → Vaya al encasillado antes de Q16

**Q14. ¿Cuida usted a su (niño/niña) en forma regular mientras su (esposa/compañera) hace otras cosas fuera del hogar?**

*Forma regular significa que está programado al menos una vez a la semana.*

- Sí  
 No → *Vaya al encasillado antes de Q16*

**Q15. ¿Cuántas horas a la semana más o menos cuida usted usualmente a su (niño/niña) mientras su (esposa/compañera) no está en el hogar?**

|\_|\_| CANTIDAD DE HORAS

**NOTA:** Las siguientes preguntas son **SOLAMENTE** para los padres (del niño/de la niña) (ej.: biológico, padrastro, adoptivo, o de crianza).  
 Si usted **NO** es el padre (del niño/de la niña), por favor marque aquí  y →  *siga al encasillado antes de Q25.*

**Q16. Aquí hay algunas declaraciones que los hombres han hecho acerca de su papel como padres. Para cada una de las siguientes declaraciones, por favor indique si usted está totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, o totalmente en desacuerdo con la declaración.**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

	<u>Total-</u> <u>mente de</u>	<u>De-</u>	<u>En</u>	<u>Totalmente</u>
	<u>acuerdo</u>	<u>Acuerdo</u>	<u>desa-</u>	<u>en desa-</u>
			<u>uerdo</u>	<u>uerdo</u>
a. Es esencial para el bienestar del niño que los padres pasen tiempo jugando con sus niños .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Es difícil para los hombres expresar sentimientos afectuosos hacia los bebés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Un padre debe participar tanto como la madre en el cuidado de los niños .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La forma en que un padre trata a su bebé tiene efectos a largo plazo en (el niño/la niña).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Las actividades que un padre hace con sus niños no importan. Lo que más importa es que los mantenga ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Una de las cosas más importantes que un padre puede hacer por sus niños es darle a la madre de ellos su estímulo y apoyo emocional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Considerando todo, la paternidad es una experiencia altamente gratificante .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

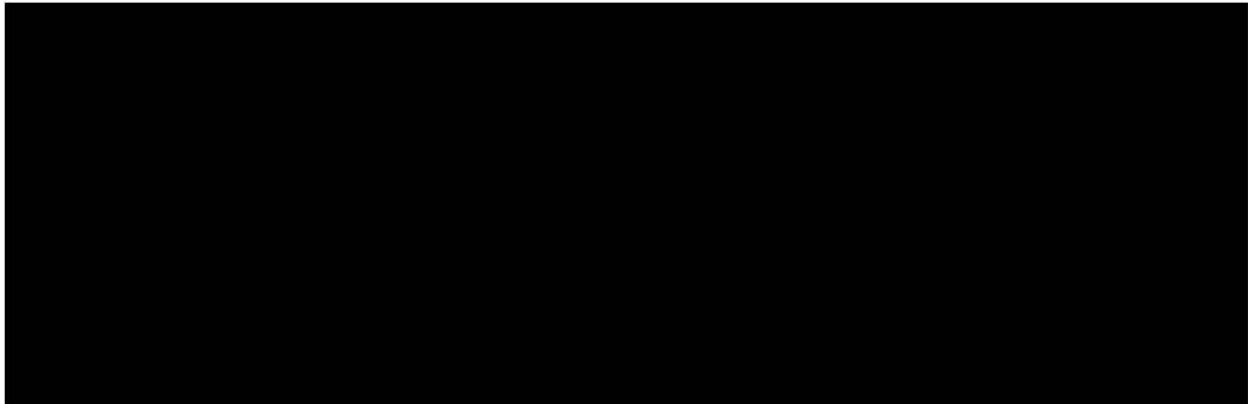
**Q17. Los padres hacen muchas cosas por sus niños. De la lista de cosas que aparece a continuación, ¿cuáles son las 3 que piensa que son las más importantes para usted, de hacer, como padre?**

*Por favor clasifíquelas anotando 1 (más importante) 2 (segunda más importante), y 3 (tercera más importante) junto a las 3 cosas que usted piensa que son las más importantes para usted hacer. **Seleccione 3 solamente.***

Clasifique sus tres más importantes

- Mostrarle amor y afecto a mi (niño/niña)
- Tomarme el tiempo para jugar con mi (niño/niña)
- Cuidar de mi (niño/niña) financieramente
- Darle guía moral y ética a mi (niño/niña)
- Asegurarme que mi (niño/niña) está seguro(a) y protegido(a)
- Enseñar a mi (niño/niña) y estimular la curiosidad de él o ella

**Q18.**



**NOTA:** Las siguientes preguntas son **SOLAMENTE** para el padre biológico (del niño/de la niña). Si usted NO es el padre biológico (del niño/de la niña), por favor marque aquí  y → siga al encasillado antes de Q25.

Las siguientes preguntas son acerca del período de tiempo antes de que su (niño/niña) naciera y el momento del nacimiento de su (niño/niña). Quisiéramos saber más acerca de cómo se sienten los padres y las cosas que ellos hacen durante el embarazo de su (esposa/compañera) y en el nacimiento.

**Q19. En el momento en que su (esposa/compañera) quedó embarazada (del niño/de la niña), ¿quería usted que ella tuviera un (otro) bebé en algún momento?**

Marque (X) una respuesta

- Sí  
 No → Vaya a Q21

**Q20. ¿Quedó ella embarazada más pronto de lo que usted quería, más tarde de lo que usted quería, o más o menos en el momento justo?**

Marque (X) una respuesta

- Más pronto  
 Más tarde  
 Más o menos en el momento justo

**Q21. ¿Hizo usted algo de lo siguiente antes de que naciera su (niño/niña)? ¿Usted...**

Marque (X) una respuesta para cada opción

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. Discutió con su (esposa/compañera) cómo le estaba yendo a ella con su embarazo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vio un sonograma o ultrasonido del bebé? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Escuchó los latidos del corazón del bebé? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sintió moverse al bebé? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Asistió a clases de preparación para el parto o clases Lamaze con la madre de su (niño/niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Compró cosas para (el niño/la niña)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Q22. Pensando en el nacimiento de su (niño/niña), ¿estuvo usted en la sala de parto o en el cuarto donde nació su (niño/niña)?**

- Sí
- No

**Q23. Ya sea que usted estuvo presente en el nacimiento o no, cuando su (niño/niña) estaba en el hospital o centro de nacimiento después que (él/ella) nació, ¿fue usted a verlo(a)?**

*Marque (X) una respuesta*

- Sí
- No
- (El niño/La niña) nunca estuvo en un hospital o en un centro de nacimiento

**Q24. ¿Cuándo tomó usted a su (niño/niña) en brazos por primera vez?**

*Marque (X) una respuesta*

- Dentro de una hora después del parto
- El día del nacimiento, pero más de una hora después del parto
- 1 día después del nacimiento
- 2-3 días después del nacimiento
- 4-7 días después del nacimiento
- 8-14 días después del nacimiento
- 15 o más días después del nacimiento
  
- No pudo tomarlo(a) en brazos porque (el niño/la niña) estaba en la unidad de cuidado intensivo para recién nacidos ("NICU")

**NOTA:** El resto de las preguntas son para que las respondan **TODOS** (Por favor responda aún si usted no es el padre (del niño/de la niña)).

Las siguientes preguntas son acerca de su relación con su (esposa/compañera).

**Q25.** ¿Diría usted que su (matrimonio/relación) es...

Marque (X) una respuesta

- Muy feliz,  
 Regularmente feliz, o  
 No muy feliz?

**Q26.** ¿Usted y su (esposa/compañera) frecuentemente, algunas veces, casi nunca, o nunca tienen discusiones acerca de ...

Para cada opción, marque (X) una respuesta

	Fre- cuen- te mente	Algu- nas veces	Casi nunca	Nunca
a. Tareas domésticas y responsabilidades? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Su(s) niño(s)/niña(s)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dinero? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No mostrar amor y afecto? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sexo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Religión? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tiempo libre? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alcoholismo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Otra mujer u hombre? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Los suegros? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora tenemos algunas preguntas acerca de la cantidad de matrimonios que usted ha tenido y de los niños que ha tenido.

**Q27. ¿Cuántas veces, si alguna, ha estado casado usted?**

|\_|\_| CANTIDAD DE VECES CASADO (incluyendo matrimonio actual)

**Q28. En total, ¿cuántos (niños/niñas) biológicos(as) o consanguíneos(as) tiene usted?**

*Por favor incluya (al niño/a la niña) objeto del estudio – es decir (al niño/a la niña) seleccionado(a) para esta encuesta.*

|\_|\_| CANTIDAD DE (NIÑOS/NIÑAS)

**Q29. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer(a) (niño/niña)?**

|\_|\_| EDAD CUANDO NACIO PRIMER(A) (NIÑO/NIÑA)

**Q30. ¿Tiene usted (algún niño/alguna niña) biológico(a) o consanguíneo(a) que viva fuera de su hogar?**

Sí

No → *Vaya a la declaración antes de Q33.*

**Q31. ¿Cuántos(as) de sus (niños/niñas) biológicos(as) o consanguíneos(as) viven fuera de su hogar?**

|\_|\_| CANTIDAD DE (NIÑOS/NIÑAS) QUE VIVEN FUERA DE SU HOGAR

**Q32. ¿Paga usted manutención o pensión alimenticia por alguno de estos(as) (niños/niñas)?**

Sí

No

Quisiéramos hacerle unas pocas preguntas acerca de sus antecedentes personales.

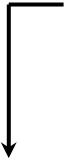
**Q33. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?**

\_\_\_\_|\_\_\_\_| MES    \_\_\_\_|\_\_\_\_| DIA    \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| AÑO

**Q34. ¿En qué país nació usted?**

*Marque (X) una respuesta*

- Estados Unidos (50 estados o DC)
- Territorio de Estados Unidos: Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de Estados Unidos, Islas Marianas, o Islas Salomón } → Vaya a Q37
- Algún otro país. Por favor especifique ↷



\_\_\_\_\_

**Q35. ¿Qué edad tenía usted la primera vez que se mudó a Estados Unidos?**

\_\_\_\_|\_\_\_\_| EDAD

**Q36. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos?**

- Sí
- No

**Q37. ¿Cuál es su idioma primario?**

*Marque (X) una respuesta*

- Inglés → Vaya a la declaración antes de la pregunta Q39
- Español
- Español e Inglés igualmente
- Otro idioma. Por favor especifique ↷

\_\_\_\_\_

**Q38. ¿Qué tan bien usted...**

Para cada opción, marque (X) una respuesta

	<u>Muy bien</u>	<u>Bas- tante bien</u>	<u>No muy bien</u>	<u>Nada bien</u>
a. Habla inglés?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lee inglés?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Escribe inglés?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Comprende a alguien que esté hablando inglés?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora tenemos unas pocas preguntas acerca de su educación, empleo y adiestramiento.

**Q39. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que usted ha completado?**

Marque (X) una respuesta

- Ninguna escolaridad completada
  - Jardín infantil a 4º grado
  - 5º grado o 6º grado
  - 7º grado o 8º grado
  - 9º grado
  - 10º grado
  - 11º grado
  - 12º grado, **SIN DIPLOMA**
  - GRADUADO DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) - DIPLOMA** de escuela (superior/secundaria) o equivalente (por ejemplo: GED)
  - Programa voc/téc después de graduación de escuela (superior/secundaria), pero sin diploma voc/téc
  - Diploma voc/téc después de graduación de escuela (superior/secundaria)
  - Algo de universidad pero sin grado
  - Grado asociado
  - Grado universitario
  - Escuela de postgrado o profesional, pero sin grado
  - Grado de maestría ("MA", "MS")
  - Grado de doctorado ("PhD", "EdD")
  - Grado profesional después de grado universitario (Medicina/MD; Dentística/"DDS"; Derecho/"JD"/"LLB"; etc.)
- } → Skip to Q42

**Q40. ¿Tiene usted un diploma de escuela (secundaria/superior) o su equivalente, tal como un GED?**

- Sí  
 No → Vaya a Q42

**Q41. ¿Cuál tiene usted, un diploma de escuela (secundaria/superior) o un GED?**

- Diploma de escuela (superior/secundaria)  
 GED

**Q42. ¿Repitió usted alguna vez un grado en la escuela?**

- Sí  
 No

**Q43. Pensando ahora acerca de la escuela (secundaria/superior), ¿qué notas tenía usted usualmente?**

*Marque (X) una respuesta*

- Mayormente A (promedio numérico de 90 – 100)  
 Mayormente A y B (85 – 89)  
 Mayormente B (80 – 84)  
 Mayormente B and C (75 – 79)  
 Mayormente C (70 – 74)  
 Mayormente C y D (65 – 69)  
 Mayormente D y menos (64 y menos)  
 Nunca estuve en la escuela (superior/secundaria) → Vaya a Q46

**Q44. ¿Era su programa de escuela (secundaria/superior)**

*Marque (X) una respuesta*

- Académico o preparatorio para la universidad,  
 Capacitación comercial o de negocios, o  
 Vocacional o técnico?

**Q45. Mientras usted estaba en la escuela (secundaria/superior), ¿tomó usted alguno de los siguientes cursos de matemáticas y técnicos de escuela (secundaria/superior)?**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. ¿Álgebra Elemental o Álgebra I? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Geometría plana? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Matemáticas de negocios? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Algebra Intermedia o Algebra II? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Trigonometría? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Cálculo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Física? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q46. Durante la semana pasada, ¿trabajó usted en un trabajo o en un negocio remunerado?**

Sí → Vaya a Q48

No

**Q47. ¿Estaba usted con (permiso/licencia) o de vacaciones de un trabajo o de un negocio?**

Sí

No → Vaya a la declaración antes de Q53-A

**Q48. ¿Cuántos trabajos tiene usted ahora?**

|\_\_| CANTIDAD DE TRABAJOS

**Q49. ¿Más o menos cuántas horas remuneradas a la semana en total trabaja usted usualmente, contando todos los trabajos?**

|\_\_|\_\_| HORAS A LA SEMANA

**Q50. Contando todos los trabajos, ¿más o menos cuánto gana usted antes de impuestos y de otras deducciones?**

\$ \_\_\_\_\_

¿Es esta cantidad...

*Marque (X) una respuesta*

- Por hora,
- Por día,
- Por semana,
- Por quincena (cada 2 semanas),
- Por mes,
- Por año, u
- Otro? Por favor especifique ↷

\_\_\_\_\_

**Q51. ¿Tiene derecho usted a los siguientes beneficios a través de alguno de sus trabajos actuales?**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. ¿Seguro médico o de hospital? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿(Permiso/licencia) por enfermedad con remuneración completa?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ayuda para el cuidado del niño? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Horas flexibles o tiempo flexible? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Un plan dental? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q52. ¿Cuál de lo siguiente describe mejor las horas que usted trabaja usualmente en su trabajo principal?**

*Marque (X) una respuesta*

- Un turno regular de día - cualquier hora entre las 6 A.M. y 6 P.M.
- Un turno regular de tarde - cualquier hora entre las 2 P.M. y la medianoche
- Un turno regular de noche - cualquier hora entre las 9 P.M. y las 8 A.M.
- Un turno rotativo - uno que cambia periódicamente de día a tarde o a noche
- Un turno dividido – uno que consiste en dos períodos distintos cada día
- Algún otro horario. Por favor especifique ↷

\_\_\_\_\_



Queremos saber más acerca del tipo de trabajo que usted hace usualmente. Describa claramente su actividad de trabajo o negocio principal de la semana pasada. Si tiene más de un trabajo, describa en el que trabajó por más horas. Si no tuvo trabajo o negocio la semana pasada, dé la información de su trabajo o negocio más reciente.

**Q53-A. ¿Para quién trabaja usted?**

\_\_\_\_\_

Anote el nombre de la compañía, negocio, organización, u otro empleador

**Q53-B. ¿Qué tipo de negocio o industria es ésta?**

*¿Qué fabrican o hacen ellos? Por ejemplo: manufactura de TV y radio, zapatería, departamento estatal del trabajo, agricultura.*

\_\_\_\_\_

Anote la descripción de la compañía

**Q53-C. ¿Qué tipo de trabajo está haciendo usted?**

*Por ejemplo: ingeniería eléctrica, empleado de almacén, mecanografía, agricultura.*

\_\_\_\_\_

Anote el título o descripción del trabajo

**Q53-D. ¿Cuáles son sus actividades u obligaciones más importantes en este trabajo? ¿Qué hace usted realmente en este trabajo?**

*Por ejemplo: escribir a maquina, llevar los libros de contabilidad, archivar, vender carros, operar una máquina impresora, hacer acabado de concreto.*

\_\_\_\_\_

Anote las obligaciones del trabajo

**NOTA: Si usted trabajó la semana pasada en un trabajo o en un negocio remunerado o si estuvo con (permiso/licencia) o de vacaciones de un trabajo o de un negocio, por favor marque aquí  y → vaya a Q58.**

**Q54. Si usted no tiene actualmente un trabajo o un negocio, ¿ha estado buscando trabajo activamente en las últimas 4 semanas?**

- Sí  
 No → Vaya a Q56

**Q55. ¿Qué ha estado haciendo usted en las últimas 4 semanas para encontrar trabajo?**

Marque (X) todo lo que corresponda

- Verificar con agencia de empleo pública  
 Verificar con agencia de empleo privada  
 Verificar con empleador directamente/mandar resumé  
 Verificar con amigos o parientes  
 Poner o contestar avisos/mandar resumé  
 Leer empleos que se ofrecen  
 Alguna otra cosa. Por favor especifique ↻
- } → Vaya a Q57

**Q56. ¿Qué estuvo haciendo usted la mayor parte de la semana pasada? ¿Diría...**

Marque (X) una respuesta

- A cargo del hogar o cuidando a los niños,  
 Asistiendo a la escuela,  
 Jubilado,  
 Incapacitado para trabajar, o  
 Alguna otra cosa? Por favor especifique ↻

**Q57. ¿Podría haber tomado usted un trabajo la semana pasada si le hubiesen ofrecido uno?**

- Sí  
 No

**Q58. ¿Está usted actualmente asistiendo o está matriculado en algún curso de una escuela, o de una universidad?**

*Marque (X) una respuesta*

- Sí, de tiempo completo  
 Sí, de tiempo parcial  
 No

**Q59. ¿Está usted actualmente participando en un adiestramiento de trabajo o en un programa de adiestramiento en el trabajo?**

- Sí  
 No → *Vaya a la declaración antes de Q61*

**Q60. ¿Más o menos cuántas horas a la semana pasa usted en ese programa?**

|\_|\_| HORAS A LA SEMANA

Ahora tenemos algunas preguntas acerca de su salud y bienestar.

**Q61. ¿Cuánto mide usted?**

|\_| PIES |\_|\_| PULGADAS O |\_| METROS |\_|\_| CENTIMETROS

**Q62. ¿Cuánto pesa usted?**

|\_|\_|\_| LIBRAS O |\_|\_|\_| KILOGRAMOS

**Q63.** ¿Diría usted que su salud en general es ...

Marque (X) una respuesta

- Excelente,
- Muy buena,
- Buena,
- Regular, o
- Mala?

**Q64.** ¿Tiene usted ahora un problema de salud física o mental que le impida trabajar en un empleo o negocio o asistir a la escuela, o que limite el tipo o la cantidad de trabajo que usted puede hacer?

- Sí
- No

**Q65.** Aquí hay una lista de las maneras en que usted puede haberse sentido o comportado recientemente. ¿Con qué frecuencia durante la semana pasada se ha sentido de estas maneras? ¿Diría usted que raramente o nunca, algo o poca parte del tiempo, ocasionalmente o una parte moderada del tiempo, o la mayor parte o todo el tiempo? ¿Con qué frecuencia durante la semana pasada ha sentido usted...

Para cada opción, marque (X) una respuesta

	Raramente o nunca (menos de 1 día)	Algo o poca parte del tiempo (1-2 días)	Ocasional- mente o una parte modera- da del tiempo (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
a. Molestia por cosas que normalmente no le molestan a usted? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Que no tenía ganas de comer; tenía mal apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Que no se podía quitar la tristeza de encima, aún con la ayuda de su familia y amigos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Que tenía problema para mantener la mente en lo que hacía? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Deprimido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Que todo lo que hacía era un esfuerzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Temeroso? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Que su sueño era intranquilo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Que habló menos de lo usual? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Solitario? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Triste? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Que usted no podía "continuar"? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q66. En los últimos 12 meses, ¿ha hablado con un psiquiatra, psicólogo, médico, o consejero por algún problema emocional o psicológico?**

Sí → Vaya a Q68

No

**Q67. Durante los últimos 12 meses, ¿ha sentido usted o le ha sugerido alguien, que usted necesitaba ayuda para algún problema emocional o psicológico?**

Sí

No

**Q68. ¿Fuma usted cigarrillos ahora?**

Sí

No → Vaya a Q70

**Q69. ¿Cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fuma usted ahora en un día común?**

|\_|\_|\_| CIGARRILLOS POR DIA    O    |\_|\_| CANTIDAD DE CAJETILLAS POR DIA

**Q70. ¿Toma usted actualmente algún tipo de bebida alcohólica?**

Sí

No → Vaya a Q73

**Q71. ¿Cuántos tragos de bebidas alcohólicas toma usted ahora en una semana común?**

*Marque (X) una respuesta*

Menos de un trago

1 a 3 tragos

4 a 6 tragos

7 a 13 tragos

14 a 19 tragos

20 o más tragos

**Q72. El último mes, ¿cuántas veces tomó cinco o más tragos de bebidas alcohólicas de una sentada?**

|\_|\_| VECES

**Q73. ¿Qué de esto, si algo, le ha pasado a usted en toda su vida?**

*Para cada opción, marque (X) una respuesta*

	<u>S</u> í	<u>N</u> o
a. ¿Ha sido suspendido o expulsado alguna vez de la escuela?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha sido despedido o dado de baja alguna vez de un trabajo debido a su comportamiento, actitud, o desempeño en el trabajo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha tenido que pasar la noche alguna vez en una institución por un problema psicológico o de salud mental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha tenido alguna vez un problema de alcoholismo o drogas u otra persona pensó que lo tenía?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ha sido declarado convicto alguna vez por conducir mientras estaba intoxicado o conduciendo ebrio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Lo han llevado a la cárcel alguna vez, arrestado o convicto de un crimen, distinto a conducir ebrio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación tenemos algunas preguntas acerca de las personas con que usted vivió mientras crecía.

**Q74. ¿Vivió usted con su madre biológica desde el momento en que nació hasta la edad de 16 años?**

- Sí → Vaya a Q77  
 No

**Q75. ¿Vivió con su madre biológica en algún momento hasta la edad de 16?**

- Sí  
 No → Vaya a Q77

**Q76. ¿Qué edad tenía usted cuando dejó de vivir con su madre biológica?**

|\_|\_| EDAD

**Q77. ¿Vivió usted con su padre biológico desde el momento en que nació hasta la edad de 16 años?**

Sí → Vaya a Q80

No

**Q78. ¿Vivió con su padre biológico en algún momento hasta la edad de 16?**

Sí

No → Vaya a Q80

**Q79. ¿Qué edad tenía usted cuando dejó de vivir con su padre biológico?**

|\_|\_| EDAD

**Q80. Alguna de las personas con que usted vivió durante sus años de escuela - más o menos desde la edad de 5 a la edad de 16 - recibió alguna vez Ayuda para Familias con Niños Dependientes ("AFDC") o ayuda pública?**

*Marque (X) una respuesta*

Sí

No

No sé

} → Vaya a la declaración antes de Q82

**Q81. Entre las edades de 5 y 16, ¿se recibió ayuda pública durante todos, la mayoría, la mitad, o sólo algunos de esos años?**

*Marque (X) una respuesta*

Todos

La mayoría

La mitad

Algunos

No sabe

A continuación tengo algunas preguntas acerca de sus padres, es decir, los padres con los que usted pasó la mayor parte de su niñez. Estos padres pueden ser sus padres biológicos u otras figuras paternas/maternas tales como padrastro/madrastra, padre/madre adoptivos(a), o padre/madre de crianza. Cuéntenos acerca de las personas que fueron mayormente como padre/madre para usted mientras crecía.

**Q82. ¿Cuál es el grado o año de escuela regular más alto que su padre o figura paterna completó?**

*Marque (X) una respuesta*

- Ninguna escolaridad completada
- Jardín infantil a 4º grado
- 5º grado o 6º grado
- 7º grado o 8º grado
- 9º grado
- 10º grado
- 11º grado
- 12º grado, **NO DIPLOMA**
- GRADUADO DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) - DIPLOMA** de escuela (superior/secundaria) o equivalente (por ejemplo: GED)
- Programa voc/téc después de graduación de escuela (superior/secundaria), pero sin diploma voc/téc
- Diploma voc/téc después de graduación de escuela (superior/secundaria)
- Algo de universidad pero sin grado
- Grado asociado
- Grado universitario
- Escuela de postgrado o profesional, pero sin grado
- Grado de maestría ("MA", "MS")
- Grado de doctorado ("PhD", "EdD")
- Grado profesional después de grado universitario (Medicina/"MD"; Dentística/"DDS"; Derecho/"JD"/"LLB"; etc.)
- No sabe



**Q83. ¿Cuál es el grado o año de escuela regular más alto que su madre o figura materna completó?**

*Marque (X) una respuesta*

- Ninguna escolaridad completada
- Jardín infantil a 4º grado
- 5º grado o 6º grado
- 7º grado o 8º grado
- 9º grado
- 10º grado
- 11º grado
- 12º grado, **NO DIPLOMA**
- GRADUADO DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) - DIPLOMA** de escuela (superior/secundaria) o equivalente (por ejemplo: GED)
- Programa voc/téc después de graduación de escuela (superior/secundaria), pero sin diploma voc/téc
- Diploma voc/téc después de graduación de escuela (superior/secundaria)
- Algo de universidad pero sin grado
- Grado asociado
- Grado universitario
- Escuela de postgrado o profesional, pero sin grado
- Grado de maestría ("MA", "MS")
- Doctorate degree ("PhD", "EdD")
- Grado profesional después de grado universitario (Medicina/MD; Dentística/"DDS"; Derecho/"JD"/"LLB"; etc.)
- No sabe

**Q84. ¿Qué tan unido se siente (sintó) a su madre o figura materna? ¿Diría...**

*Marque (X) una respuesta*

- Extremadamente unido,
- Muy unido,
- Bastante unido, o
- No muy unido?
  
- No corresponde (nunca conocí a mi madre)

**Q85. ¿Qué tan unido se siente (sintió) a su padre o figura paterna? ¿Diría...**

*Marque (X) una respuesta*

- Extremadamente unido,
- Muy unido,
- Bastante unido, o
- No muy unido?
  
- No corresponde (nunca conocí a mi padre)

Este último conjunto de preguntas es acerca de su religión, su participación en actividades de la comunidad, y qué tan frecuentemente tiene usted la oportunidad de reunirse con amigos.

**Q86. ¿Con qué frecuencia asistió usted a servicios religiosos el año pasado? ¿Fue esto...**

*Marque (X) una respuesta*

- Nunca,
- Más o menos una o dos veces,
- Varias veces durante el año,
- Más o menos una o dos veces al mes, o
- Casi todas las semanas o más?

**Q87. ¿Participa usted en alguna actividad continua de servicio a la comunidad, por ejemplo, haciendo trabajo voluntario en una escuela, entrenando a un equipo deportivo, o trabajando con una iglesia o asociación de vecinos?**

- Sí
- No

**Q88. Desde que nació su (niño/niña), ¿con qué frecuencia usted y su (esposa/compañera) se reúnen socialmente con amigos o vecinos?**

*Marque (X) una respuesta*

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Más o menos una o dos veces al mes
- Más o menos una vez a la semana
- Varias veces a la semana

### Información de Localización

Gracias por tomarse el tiempo de completar este cuestionario. Es posible que queramos entrevistarlo nuevamente cuando su (niño/niña) tenga más edad. Solamente para asegurarnos que nos podemos comunicar con usted en el futuro, quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca de cómo encontrarlo.

¿Hay algún pariente o amigo, que no viva en este hogar, que sepa siempre cómo comunicarse con usted?

SI  
 NO

¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono de esa persona? Nos comunicaremos con esta persona solamente si a usted no lo podemos encontrar.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: (|\_|\_|\_|\_|) |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|

Relación o parentesco con usted: \_\_\_\_\_

Aparte de la persona mencionada anteriormente, ¿hay algún otro pariente o amigo, que no viva en este hogar, que sepa siempre cómo comunicarse con usted?

SI  
 NO

¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono de esa persona? Nos comunicaremos con esta persona solamente si a usted no lo podemos encontrar.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEPHONE: (|\_|\_|\_|\_|) |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|

Relación o parentesco con usted: \_\_\_\_\_

Sus comentarios serán apreciados, ya sea aquí o en un sobre separado.



Gracias nuevamente por tomarse el tiempo para completar este cuestionario.

Por favor devuelva su cuestionario completado en el sobre que se adjunta a:

National Center for Education Statistics  
c/o Westat – Study 702010 (ECLS-B)  
G9, Room 250F  
9274 Gaither Road  
Gaithersburg, MD 20877-1420