

# Encuesta sobre los Factores de Protección

Segunda Edición (SPFS-2) | Pre o Post (Información del programa - Opcional)

## Spanish Protective Factors Survey

Second Edition (SPFS-2) | Pre/Post (Program Information Optional)

Identificación de la agencia N.º  
Agency ID #

Identificación del participante N.º  
Participant ID #

Fecha en que se llevó a cabo la encuesta:  
Date Survey Completed: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de inicio del programa:  
Program Start Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de finalización del programa:  
Program Completion  
Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Marque aquí si se trata de una pre-test. *Mark here if this is a pre-test.*
- Marque aquí si se trata de una post-test. *Mark here if this is a post-test.*

*Este formulario es para uso exclusivo del personal y debe ser completado por un miembro del personal que esté familiarizado con el participante del programa. Elimine este formulario antes de entregar la encuesta al participante para que la complete. This form is for staff use only and should be completed by a staff member who is familiar with the program participant. Please remove this form prior to giving the survey to the participant to complete.*

1. ¿Cómo se realizó la encuesta? (Seleccione uno) *How was the survey completed? (Select one)*

- A. En una entrevista en persona  
*In a face-to-face interview*
- B. Por el participante, con la ayuda disponible del personal del programa para explicar los temas según fuera necesario  
*By the participant with assistance available from program staff to explain items as needed*
- C. Por el participante sin personal del programa presente  
*By the participant without program staff present*

2. ¿Cómo fue referido el participante a su programa? *How was the participant referred to your program?*

- A. Por cuenta propia *Self-Referred*
- B. Servicios de Protección Infantil *Child Protective Services*
- C. Tribunal/Juez *Court*
- D. Programa comunitario *Community Program*
- E. Otro *Other*

3. ¿El participante ha sido reportado a los servicios de protección infantil? *Has the participant been reported to Child Protective Services?*

- A. No *No*
- B. Sí... *Yes....*
  - Antes** de iniciar el programa  
*Before starting the program*
  - Durante** el programa  
*During the program*
  - Después** de completar el programa  
*After completing the program*
- C. No estoy seguro *Not Sure*

*Por favor continúe respondiendo las preguntas de la página siguiente.  
Please continue responding to the questions on the following page.*



4. ¿En caso afirmativo, ¿se verificó el informe de abuso infantil? *If yes, was the report substantiated?*

- A. No *No*
- B. Sí *Yes*
- C. No estoy seguro *Not Sure*
- D. No, referido a la respuesta diferencial *No, referred to Differential Response*
- E. Sí, referido a la respuesta diferencial *Yes, referred to Differential Response*
- F. No aplica *Not Applicable*

5. Identifique el tipo de programa que describe con mayor precisión los servicios que el participante está recibiendo de su programa/agencia. (Seleccione todas las que correspondan) *Identify the type of program that most accurately describes the services the participant is receiving from your program/agency. (Select all that apply)*

- A. Abogacía (propia, comunidad) *Advocacy (self, community)*
- B. Relaciones saludables *Healthy Relationships*
- C. Visitas a domicilio *Home Visiting*
- D. Sin hogar/en viviendas transitorias para personas sin hogar *Homeless/Transitional Housing*
- E. Educación para los padres *Parent Education*
- F. Interacción entre padres e hijo *Parent/Child Interaction*
- G. Grupo de apoyo para padres *Parent Education*
- H. Relevo planificado o en casos críticos *Planned and/or Crisis Respite*
- I. Recursos y referencias *Resource and Referral*
- J. Desarrollo de habilidades/educación para niños *Skill Building/Ed for Children*
- K. Otros (Si está utilizando un currículo específico, escriba el nombre) *Other (If you are using a specific curriculum, please write the name)*

6. Asistencia del participante *Participant's Attendance:*

**Responder en la pre-test *Answer at pre-test:***

Número de horas de servicio ofrecidas al participante  
*Number of hours of service offered to the participant*

\_\_\_\_\_

**Responder en la post-test *Answer at post-test:***

Número de horas de servicio recibidas por el participante  
*Number of hours of service received by the participant*

\_\_\_\_\_

*Elimine este formulario antes de entregar la encuesta al participante para que la realice.  
Please remove this form prior to giving the survey to the participant to complete.*



# Encuesta sobre los Factores de Protección

Segunda Edición (SPFS-2)

Pre o Post

Identificación de la agencia N.º  
Agency ID #

Identificación del participante N.º  
Participant ID #

Fecha en que se llevó a cabo la encuesta:  
Date Survey Completed: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Por favor responda las siguientes preguntas. Sus respuestas a esta encuesta son confidenciales. Si necesita usted ayuda en llenar la encuesta, pida ayuda a un miembro de la agencia. Para cada uno de los siguientes, marque la respuesta que más se acerque a cómo se siente.*

	A. Para nada parecido a mi vida	B. No muy parecido a mi vida	C. Algo parecido a mi vida	D. Bastante parecido a mi vida	E. Igual a mi vida
1. El futuro se ve bien para nuestra familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. En mi familia nos tomamos tiempo para escucharnos unos a otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hay cosas que hacemos como familia que son especiales solo para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mi hijo se porta mal solo para molestarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Siento que siempre les digo a mis hijos "no" o "basta".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tengo peleas frecuentes con mis hijos por quién tiene el poder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La manera como le contesto a mi hijo depende de cómo me siento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tengo gente que cree en mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tengo alguien en mi vida que me da consejos, incluso cuando son difíciles de escuchar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Cuando estoy tratando de lograr una meta, tengo amigos que me apoyarán.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Cuando necesito que alguien cuide a mis hijos urgentemente, puedo encontrar a alguien en quien confío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Tengo gente en la que confío para pedirle consejos sobre (marque todas las opciones que correspondan):

- A. Dinero / Facturas / Presupuesto
- B. Relaciones y/o mi vida amorosa
- C. Comida / Nutrición
- D. Estrés, ansiedad y/o depresión
- E. Crianza / Mis hijos
- F. Ninguna de las opciones anteriores



**Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias hasta ahora en este programa u organización. Sus respuestas a estas preguntas pueden ayudar al personal a mejorar los servicios para usted y otros como usted, por lo que es importante que responda honestamente. Para cada uno de los siguientes elementos, marque la respuesta que más se acerque a cómo se siente.**

	A.	B.	C.	D.	E.
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
13. Siento que el personal de la agencia/programa me entiende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Nadie del personal en la agencia/programa parece creer que puedo cambiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Cuando hablo con el personal de la agencia/programa sobre mis problemas, no parecen entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**A veces es difícil para las familias pagar todo lo que necesitan. Para cada uno de los siguientes, marque todo lo que corresponda.**

16. El mes pasado, no pudo pagar (marque todas las opciones que correspondan):

- A. Renta o hipoteca
- B. Servicios públicos o facturas (electricidad / gas / calefacción, teléfono celular, etc.)
- C. Artículos de almacén / comida (incluso fórmula para bebés)
- D. Cuidado de niños / guardería
- E. Medicamentos, gastos médicos o copagos
- F. Artículos básicos del hogar o de higiene personal
- G. Transporte (incluso gasolina, pases de autobús, viajes compartidos)
- H. Pude pagar todos estos

17. Dentro del año pasado, usted (marque todas las opciones que correspondan):

- A. Se retrasó o no recibió atención médica u odontológica
- B. Fue desalojado de su hogar o departamento
- C. Vivió en un refugio, hotel/motel, una construcción abandonada o un vehículo
- D. Se mudó con otras personas, aunque fuera temporalmente, porque no pudo pagar el alquiler, la hipoteca o las facturas
- E. Perdió acceso a su transporte regular (por ejemplo, vehículo con destrucción total o embargado)
- F. Estuvo desempleado cuando realmente necesitaba o deseaba un trabajo
- G. Ninguna de estas opciones me corresponden

	A.	B.	C.	D.	E.
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
18. Tengo problemas para pagar lo que necesito cada mes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Puedo pagar la comida que deseo para alimentar a mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Cuéntenos sobre los niños que viven en su hogar.**

20. NIÑO #1       A. Masculino     B. Femenino       C. Prefiero no responder

21. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

22. Este niño vive en mi casa:       Sí       No

23. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico       D. Madre/padre sustituto       G. Otro pariente  
 B. Padrastro o madrastra       E. Abuelo(a) o bisabuelo(a)       H. Otro  
 C. Madre/padre adoptivo       F. Hermanos

24. NIÑO #2       A. Masculino     B. Femenino       C. Prefiero no responder

25. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

26. Este niño vive en mi casa:       Sí       No

27. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico       D. Madre/padre sustituto       G. Otro pariente  
 B. Padrastro o madrastra       E. Abuelo(a) o bisabuelo(a)       H. Otro  
 C. Madre/padre adoptivo       F. Hermanos

28. NIÑO #3       A. Masculino     B. Femenino       C. Prefiero no responder

29. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

30. Este niño vive en mi casa:       Sí       No

31. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico       D. Madre/padre sustituto       G. Otro pariente  
 B. Padrastro o madrastra       E. Abuelo(a) o bisabuelo(a)       H. Otro  
 C. Madre/padre adoptivo       F. Hermanos

32. NIÑO #4       A. Masculino     B. Femenino       C. Prefiero no responder

33. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

34. Este niño vive en mi casa:       Sí       No

35. ¿Cuál es su parentesco con este niño?

- A. Madre/padre biológico       D. Madre/padre sustituto       G. Otro pariente  
 B. Padrastro o madrastra       E. Abuelo(a) o bisabuelo(a)       H. Otro  
 C. Madre/padre adoptivo       F. Hermanos



*Estas siguientes preguntas son sobre usted y su hogar. El personal del programa las utilizará para entender las necesidades de las personas y familias a las que atienden y mejorar la prestación de servicios. Recuerde, sus respuestas a esta encuesta son confidenciales.*

36. Sexo  A. Masculino  B. Femenino  C. Prefiero no responder

37. Edad (en años) \_\_\_\_\_

38. Idioma principal hablado en casa:

- A. Inglés  C. Creole  E. Árabe  G. Otro: \_\_\_\_\_  
 B. Español  D. Mandarín  F. Ruso

39. Raza/etnia (marque todas las que correspondan):

- A. Nativo americano o nativo de Alaska  D. Nacional africano/Isleño del Caribe  G. Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico  J. Otro: \_\_\_\_\_  
 B. Asiático  E. Hispano o latino  H. Blanco (no hispano/europeo americano)  
 C. Negro o afroamericano  F. Oriente Medio  I. Mestizo

40. Estado civil:

- A. Casado(a)  C. Soltero(a) - nunca se ha casado  E. Viudo(a)  
 B. En concubinato/Unión libre  D. Divorciado(a)  F. Separado(a)

41. Vivienda Familiar:

- A. Propia  C. Vivienda compartida con familiares o amigos  E. Temporal (refugio, temporal con amigos/familiares)  
 B. Alquilado/renta  D. Sin hogar

42. Total de Ingreso Familiar anual:

- A. \$0 - \$10,000  D. \$30,001 - \$40,000  G. Más de \$60,001  
 B. \$10,001 - \$20,000  E. \$40,001 - \$50,000  
 C. \$20,001 - \$30,000  F. \$50,001 - \$60,000

43. Grado de educación más alto logrado:

- A. Sin educación formal  E. Diploma de preparatoria o GED (diploma de educación general)  I. Título universitario de cuatro años (licenciatura)  
 B. Primaria  F. Educación Profesional Técnica/Technical (Vocational)  J. Título de posgrado  
 C. Secundaria  G. Algunos estudios universitarios  
 D. Algunos estudios de secundaria o preparatoria (some high school)  H. Título universitario de dos años (técnico superior)



44. ¿Cuál de los siguientes, si es que hay alguno, recibe usted o su familia actualmente? (Marque todo lo que corresponda)

- A. Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program [SNAP] o cupones de alimentación)
- B. Seguro Social por discapacidad (Social Security Disability Income, SSDI)
- C. Medicaid/Medicare
- D. Deducción en el impuesto sobre la renta (Earned Income Tax Credit, EITC)
- E. El Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families TANF)
- F. Servicios de Head Start/Early Head Start
- G. Beneficios de desempleo
- H. Seguro médico estatal (incluido el seguro médico para niños)
- I. Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- J. Ninguna de las anteriores
- K. Otro

