

CUESTIONARIO I SOBRE ADOPCION

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas si son pertinentes a usted. La mayoría de las preguntas tienen más de una respuesta; marque todas las selecciones que sean pertinentes.

ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE IMPRENTA:

FECHA:

1. ¿Quién lo crió principalmente?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Padre y madre | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Hermano(s)/hermana(s) mayor |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre adoptivo |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Abuelo(s)/Abuela materno | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre de crianza temporal |
| <input type="checkbox"/> Madre y padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo(s)/Abuela paterno | <input type="checkbox"/> Persona(s) encargada del cuidado en instituciones |
| <input type="checkbox"/> Padre y madrastra | <input type="checkbox"/> Tío(s) y/o tía(s) | <input type="checkbox"/> Tutor(es) legal |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

2. Durante su niñez, ¿se separó de su padre(s)/madre por alguna de las siguientes razones?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna separación | <input type="checkbox"/> Abandonado por el padre(s)/madre | <input type="checkbox"/> La policía o servicios sociales lo sacó a usted de su hogar |
| <input type="checkbox"/> Mis padres se separaron | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre hospitalizado a largo plazo | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mis padres se divorciaron | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre en las fuerzas armadas | |
| <input type="checkbox"/> Muerte del padre(s)/madre | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre en prisión | |

3. ¿Qué edad tenía usted cuando se mudó del hogar de su padre(s)/madre o persona(s) principal encargada de su cuidado?

- ____ años de edad
- Actualmente vivo con mi padre(s)/madre o con la persona(s) principal encargada de mi cuidado

4. ¿Cuáles fueron las circunstancias que lo llevaron a que dejara el hogar?

5. Entre los hijos en su familia, ¿qué número es usted?

- Hijo único
- Número _____ de _____ hijos

6. Marque las casillas que mejor describen la relación de usted con su madre durante su niñez:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No relación | <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Afectuosa | <input type="checkbox"/> Cuidé de mi madre |
| <input type="checkbox"/> Abusiva | <input type="checkbox"/> Confortable | <input type="checkbox"/> Ansiosa | <input type="checkbox"/> Tenía miedo de mi madre |
| <input type="checkbox"/> Idólatra | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> Consistente | <input type="checkbox"/> Impredecible |
| <input type="checkbox"/> Descuidada | <input type="checkbox"/> Asfixiante | <input type="checkbox"/> Distante/Sin participación | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Se mostraban los sentimientos | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Relajada |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Demasiado protectora | <input type="checkbox"/> Tirante | <input type="checkbox"/> Amorosa |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Respetuosa | <input type="checkbox"/> Estrecha | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

7. Marque las casillas que mejor describen la relación de usted con su padre durante su niñez:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No relación | <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Afectuosa | <input type="checkbox"/> Cuidé de mi padre |
| <input type="checkbox"/> Abusiva | <input type="checkbox"/> Confortable | <input type="checkbox"/> Ansiosa | <input type="checkbox"/> Tenía miedo de mi padre |
| <input type="checkbox"/> Idólatra | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> Consistente | <input type="checkbox"/> Impredecible |
| <input type="checkbox"/> Descuidada | <input type="checkbox"/> Asfixiante | <input type="checkbox"/> Distante/Sin participación | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Se mostraban los sentimientos | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Relajada |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Demasiado protectora | <input type="checkbox"/> Tirante | <input type="checkbox"/> Amorosa |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Respetuosa | <input type="checkbox"/> Estrecha | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

8. Si no fue criado principalmente por su padre y/o madre, ¿cuál de las siguientes mejor describe su relación con persona(s) principal encargada de su cuidado?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Afectuosa | <input type="checkbox"/> Predecible |
| <input type="checkbox"/> Abusiva | <input type="checkbox"/> Confortable | <input type="checkbox"/> Ansiosa | <input type="checkbox"/> Educacional |
| <input type="checkbox"/> Idólatra | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> Consistente | <input type="checkbox"/> Impredecible |
| <input type="checkbox"/> Descuidada | <input type="checkbox"/> Asfixiante | <input type="checkbox"/> Distante/Sin participación | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Para volverlo loco | <input type="checkbox"/> Superficial | <input type="checkbox"/> Relajada |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Demasiado protectora | <input type="checkbox"/> Tirante | <input type="checkbox"/> Amorosa |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Respectuosa | <input type="checkbox"/> Estrecha | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

9. Marque las casillas que mejor describen cómo fue su niñez:

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dolorosa | <input type="checkbox"/> Estable | <input type="checkbox"/> Traumática |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Confusa | <input type="checkbox"/> Consentidora |
| <input type="checkbox"/> Divertida | <input type="checkbox"/> Con miedo | <input type="checkbox"/> Agradable |
| <input type="checkbox"/> Maravillosa | <input type="checkbox"/> Caótica | <input type="checkbox"/> Triste |
| <input type="checkbox"/> Excitante | <input type="checkbox"/> Solitaria | <input type="checkbox"/> Estimulante |
| <input type="checkbox"/> Infeliz | <input type="checkbox"/> Segura | <input type="checkbox"/> Díficil de recordar |
| <input type="checkbox"/> Sin preocupaciones | <input type="checkbox"/> Enfermiza | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

10. Marque las casillas que mejor describen la relación entre su padre y madre o entre las personas principales encargadas de su cuidado cuando usted era niño:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No relación | <input type="checkbox"/> Fría | <input type="checkbox"/> Dedicada |
| <input type="checkbox"/> Divorciados | <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Hostil |
| <input type="checkbox"/> Separados | <input type="checkbox"/> Violenta | <input type="checkbox"/> Bien de vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Estrecha | <input type="checkbox"/> Llena de satisfacción | <input type="checkbox"/> De apoyo |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto | <input type="checkbox"/> Relajada |
| <input type="checkbox"/> Divertida y juguetona | <input type="checkbox"/> Dominante/Sumisa | <input type="checkbox"/> Afectada por el abuso del alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Sin confianza y sospechosa | <input type="checkbox"/> Con tensión | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

11. ¿Cómo caracterizaría usted la habilidad de sus padres/personas principales encargadas de su cuidado para manejar sus propias vidas?

Madre o persona principal encargada de su cuidado

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
 No sé

Padre o persona principal encargada de su cuidado

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala
 No sé

12. Marque las casillas que mejor describen las características personales de su madre/persona principal encargada de su cuidado cuando usted era niño:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Activa | <input type="checkbox"/> Malhumorada | <input type="checkbox"/> De buena disposición |
| <input type="checkbox"/> Persona que se preocupa mucho | <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Demasiado criticadora | <input type="checkbox"/> Amable |
| <input type="checkbox"/> Perfectionista | <input type="checkbox"/> Generosa | <input type="checkbox"/> Muy trabajadora | <input type="checkbox"/> Egoísta |
| <input type="checkbox"/> Dominante | <input type="checkbox"/> Agresiva | <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Que no perdona |
| <input type="checkbox"/> Solitaria | <input type="checkbox"/> Tímida | <input type="checkbox"/> Satisfecha | <input type="checkbox"/> Necia |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Seria | <input type="checkbox"/> Irracional |
| <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Pesimista | <input type="checkbox"/> Compasiva | <input type="checkbox"/> Manipuladora/Controlante |
| <input type="checkbox"/> Calmada | <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Amigable/Social | <input type="checkbox"/> Pasiva |
| <input type="checkbox"/> Violenta | <input type="checkbox"/> Comprensiva | <input type="checkbox"/> Confortable | <input type="checkbox"/> Con prejuicios |
| <input type="checkbox"/> Persona que abusa sustancias | <input type="checkbox"/> Nerviosa/Ansiosa | <input type="checkbox"/> Que ofrece apoyo | <input type="checkbox"/> Emocional |
| <input type="checkbox"/> Persona que se preocupa | <input type="checkbox"/> Divertida/Juguetona | <input type="checkbox"/> Dramática | <input type="checkbox"/> Tranquilizadora |
| <input type="checkbox"/> Confiada en sí misma | <input type="checkbox"/> Rígida | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

13. Marque las casillas que mejor describen las características personales de su padre/otra persona principal encargada de su cuidado cuando usted era niño:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Malhumorado | <input type="checkbox"/> De buena disposición |
| <input type="checkbox"/> Persona que se preocupa demasiado | <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Demasiado criticador | <input type="checkbox"/> Amable |
| <input type="checkbox"/> Perfectionista | <input type="checkbox"/> Generoso | <input type="checkbox"/> Muy trabajador | <input type="checkbox"/> Egoísta |
| <input type="checkbox"/> Dominante | <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Que no perdona |
| <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Necio |
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Irracional |
| <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Pesimista | <input type="checkbox"/> Compasivo | <input type="checkbox"/> Manipulador/Controlante |
| <input type="checkbox"/> Calmado | <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Amigable/Social | <input type="checkbox"/> Pasivo |
| <input type="checkbox"/> Violento | <input type="checkbox"/> Comprensivo | <input type="checkbox"/> Confortable | <input type="checkbox"/> Con prejuicios |
| <input type="checkbox"/> Persona que abusa sustancias | <input type="checkbox"/> Nervioso/Ansioso | <input type="checkbox"/> Que ofrece apoyo | <input type="checkbox"/> Emocional |
| <input type="checkbox"/> Persona que se preocupa | <input type="checkbox"/> Divertido/Juguetero | <input type="checkbox"/> Dramático | <input type="checkbox"/> Tranquilizador |
| <input type="checkbox"/> Confiado en sí mismo | <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

14. Durante su niñez, ¿quién era la persona principal que aplicaba la disciplina?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambos padres por igual | <input type="checkbox"/> Abuelo(s)/Abuela materno |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Abuelo(s)/Abuela parterno |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Tío(s) y/o tías |
| <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Padre(s)/madre de crianza temporal |
| <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Tutor(es) legal |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s)/Hermana(s) mayor | <input type="checkbox"/> Persona(s) principal encargada de su cuidado |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

15. Marque las casillas que mejor describen la manera en que su padre(s)/madre o persona(s) principal encargada de su cuidado lo disciplinaron durante su niñez:

Madre o persona principal encargada de su cuidado

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Alababa el buen comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Consistentemente | <input type="checkbox"/> Me avergonzaba |
| <input type="checkbox"/> Justamente | <input type="checkbox"/> Me prohibía diferentes cosas |
| <input type="checkbox"/> Estrictamente | <input type="checkbox"/> Me quitaba privilegios |
| <input type="checkbox"/> Indulgentemente | <input type="checkbox"/> Consecuencias lógicas |
| <input type="checkbox"/> Amenazaba en vano | <input type="checkbox"/> No me dejaba comer |
| <input type="checkbox"/> Daba sermones | <input type="checkbox"/> Me enviaba a mi cuarto |
| <input type="checkbox"/> Usaba ratos de aislamiento | <input type="checkbox"/> No hacía caso del mal comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Razonaba conmigo | <input type="checkbox"/> Usaba restricciones físicas (ejemplo, atado a la cama) |
| <input type="checkbox"/> Me daba nalgadas | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Me castigaba físicamente (aparte de dar nalgadas) | |

Padre o persona principal encargada de su cuidado

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Alababa el buen comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Consistentemente | <input type="checkbox"/> Me avergonzaba |
| <input type="checkbox"/> Justamente | <input type="checkbox"/> Me prohibía diferentes cosas |
| <input type="checkbox"/> Estrictamente | <input type="checkbox"/> Me quitaba privilegios |
| <input type="checkbox"/> Indulgentemente | <input type="checkbox"/> Consecuencias lógicas |
| <input type="checkbox"/> Amenazaba en vano | <input type="checkbox"/> No me dejaba comer |
| <input type="checkbox"/> Daba sermones | <input type="checkbox"/> Me enviaba a mi cuarto |
| <input type="checkbox"/> Usaba ratos de aislamiento | <input type="checkbox"/> No hacía caso del mal comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Razonaba conmigo | <input type="checkbox"/> Usaba restricciones físicas (ejemplo, atado a la cama) |
| <input type="checkbox"/> Me daba nalgadas | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Me castigaba físicamente (aparte de dar nalgadas) | |

16. Marque las casillas que representan los valores personales de su padre(s)/madre o persona(s) principal encargada de su cuidado:

Madre o persona principal encargada de su cuidado

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Honestidad |
| <input type="checkbox"/> Creencias religiosas | <input type="checkbox"/> Cercanía entre la familia |
| <input type="checkbox"/> Compasión | <input type="checkbox"/> Apoyo a la familia |
| <input type="checkbox"/> Conciencia social | <input type="checkbox"/> Situación social |
| <input type="checkbox"/> Fuerte ética de trabajo | <input type="checkbox"/> Educación |
| <input type="checkbox"/> Ser responsable | <input type="checkbox"/> Respeto a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Libertad de expresión | <input type="checkbox"/> Independencia |
| <input type="checkbox"/> Llevar una vida equilibrada | <input type="checkbox"/> Ganar dinero |
| <input type="checkbox"/> Ser un padre/madre | <input type="checkbox"/> Fidelidad |
| <input type="checkbox"/> Patriotismo | <input type="checkbox"/> Estilo de vida sano |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Padre o persona principal encargada de su cuidado

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Honestidad |
| <input type="checkbox"/> Creencias religiosas | <input type="checkbox"/> Cercanía entre la familia |
| <input type="checkbox"/> Compasión | <input type="checkbox"/> Apoyo a la familia |
| <input type="checkbox"/> Conciencia social | <input type="checkbox"/> Situación social |
| <input type="checkbox"/> Fuerte ética de trabajo | <input type="checkbox"/> Educación |
| <input type="checkbox"/> Ser responsable | <input type="checkbox"/> Respeto a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Libertad de expresión | <input type="checkbox"/> Independencia |
| <input type="checkbox"/> Llevar una vida equilibrada | <input type="checkbox"/> Ganar dinero |
| <input type="checkbox"/> Ser un padre/madre | <input type="checkbox"/> Fidelidad |
| <input type="checkbox"/> Patriotismo | <input type="checkbox"/> Estilo de vida sano |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

17. ¿Cómo se comparan sus propios valores personales con los de su padre(s)/madre/persona(s) principal encargada de su cuidado?

- Básicamente comparto los mismos valores
- Comparto la mayoría de sus valores
- Comparto algunos de sus valores
- No comparto ninguno de sus valores
- No sé

18. Marque las casillas que mejor describen las actitudes de su padre(s)/madre/persona(s) principal encargada de su cuidado en relación a la sexualidad cuando usted era niño:

Madre o persona principal encargada de su cuidado

- No sé
- Incómoda al hablar de esto
- Mentalmente abierta sobre la sexualidad
- Creía que el sexo era un pecado
- Cómoda al hablar de esto
- Actitud liberal respecto al sexo
- Anticuada
- Actitud conservadora
- Nunca habló sobre el sexo
- Sexualmente reprimida
- No sexo antes del matrimonio
- Sexualmente irresponsable
- Condenaba la homosexualidad
- Bien informada
- Apoyaba la educación sexual
- Otra: _____

Padre o persona principal encargada de su cuidado

- No sé
- Incómodo al hablar de esto
- Mentalmente abierta sobre la sexualidad
- Creía que el sexo era un pecado
- Cómodo al hablar de esto
- Actitud liberal respecto al sexo
- Anticuado
- Actitud conservadora
- Nunca habló sobre el sexo
- Sexualmente reprimida
- No sexo antes del matrimonio
- Sexualmente irresponsable
- Condenaba la homosexualidad
- Bien informada
- Apoyaba la educación sexual
- Otra: _____

19. Marque las casillas que mejor lo describen a usted cuando era niño (antes de los años de la adolescencia):

- Feliz
- Torpe
- Responsable
- Rebelde
- Tímido
- Temperamental
- Confiado en mí mismo
- Triste
- Desobediente
- Curioso
- Necio
- Amigable
- Irresponsable
- Sociable
- Dócil
- Infeliz
- Calmado
- Ansioso/Nervioso
- Enfermizo
- Atento
- Agresivo
- Serio
- Activo
- Inseguro
- Quieto
- Temeroso
- Hiperactivo
- Gracioso
- Obediente
- Otro: _____

20. Marque todas las casillas que mejor lo describen a usted cuando era un adolescente:

- Feliz
- Torpe
- Responsable
- Rebelde
- Tímido
- Temperamental
- Confiado en sí mismo
- Triste
- Desobediente
- Curioso
- Necio
- Amigable
- Irresponsable
- Sociable
- Dócil
- Infeliz
- Calmado
- Ansioso/Nervioso
- Enfermizo
- Atento
- Agresivo
- Serio
- Activo
- Inseguro
- Quieto
- Temeroso
- Hiperactivo
- Gracioso
- Obediente
- Otro: _____

21. Cuando usted era niño, ¿en quién confiaba?

- Madre
- Tío(s)/Tía(s)
- Consejero(s)/Maestro(s)
- Padre
- Padrastro/Madrastra
- Psiquiatra(s)/Psicólogo(s)/Trabajador(es) Social
- Hermano(s)/hermana(s)
- Persona(s) encargadas de su cuidado principal
- Personas del clero
- Abuelo(s)/abuela(s)
- Primo(s)/Prima(s)
- Otros: _____

22. Cuando usted era niño o adolescente, ¿requirió de asesoramiento o cuidado psiquiátrico?

- No
- Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente cuándo sucedió y cuáles fueron las razones para el cuidado:

23. ¿Tiene problemas, incidentes o accidentes traumatizantes de su niñez que actualmente le causan angustia?

- No
- Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente el efecto que estos problemas, incidentes y/o accidentes tienen actualmente en usted:

24. Marque las casillas que mejor describen sus primeras experiencias de tener una cita:

- | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No salí en citas | <input type="checkbox"/> Traumáticas | <input type="checkbox"/> Extensas | <input type="checkbox"/> Espantosas |
| <input type="checkbox"/> Divertidas | <input type="checkbox"/> Demasiado muy pronto | <input type="checkbox"/> Extraordinarias | <input type="checkbox"/> Excitantes |
| <input type="checkbox"/> Nada extraordinario | <input type="checkbox"/> Aburridas | <input type="checkbox"/> Presionadas | <input type="checkbox"/> Limitadas |
| | | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

25. Marque todas las casillas que mejor describen sus primeras experiencias sexuales:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limitadas | <input type="checkbox"/> Nada extraordinario | <input type="checkbox"/> Espantosas | <input type="checkbox"/> Placenteras |
| <input type="checkbox"/> Traumáticas | <input type="checkbox"/> Raras | <input type="checkbox"/> Confusas | <input type="checkbox"/> Abusivas |
| <input type="checkbox"/> Torpes | <input type="checkbox"/> Románticas | <input type="checkbox"/> Llenas de vergüenza | <input type="checkbox"/> Presionadas |
| <input type="checkbox"/> Excitantes | <input type="checkbox"/> Llenas de arrepentimiento | <input type="checkbox"/> Divertidas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

26. Si estuvo casado anteriormente, ¿cómo terminó su matrimonio(s)?

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Muerte del cónyuge(s) | <input type="checkbox"/> Anulación |

27. Si estuvo anteriormente en una relación (o relaciones) doméstica, ¿cómo terminó su relación (o relaciones)?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente |
| <input type="checkbox"/> La relación terminó sin ningún acuerdo(s) legal |
| <input type="checkbox"/> La relación terminó por medio de un acuerdo(s) legal |

28. Si se divorció o terminó una relación doméstica, marque las casillas que mejor describen cómo fue la experiencia para usted:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Dolorosa | <input type="checkbox"/> Loca | <input type="checkbox"/> Un alivio |
| <input type="checkbox"/> Fácil | <input type="checkbox"/> Injusta | <input type="checkbox"/> Frustrante | <input type="checkbox"/> Larga y dilatada |
| <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Amarga | <input type="checkbox"/> Justa | <input type="checkbox"/> Deprimente |
| <input type="checkbox"/> Espantosa | <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Devastadora | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

29. Si se divorció o terminó una relación doméstica, marque las casillas que describen su relación actual con su ex-cónyuge(s) o ex-compañero(a) doméstico:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Estrecha |
| <input type="checkbox"/> Violenta | <input type="checkbox"/> Hostil | <input type="checkbox"/> Reservada | <input type="checkbox"/> De cooperación |
| <input type="checkbox"/> Fría | <input type="checkbox"/> Relajada | <input type="checkbox"/> Llena de conflicto | <input type="checkbox"/> Civil |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Continúan siendo amigos | <input type="checkbox"/> Frustrante | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

30. ¿Alguna vez ha estado en una disputa sobre custodia?

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sí |

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: _____

31. ¿Cuánto tiempo conoció a su actual cónyuge/compañero(a) doméstico antes de que se casaran o establecieran una relación doméstica?

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> 1 a 2 años | <input type="checkbox"/> 8 a 12 años |
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 a 4 años | <input type="checkbox"/> 13 años o más |
| <input type="checkbox"/> Menos de un año | <input type="checkbox"/> 5 a 7 años | |

32. Marque las casillas que mejor describen las características como persona de su actual cónyuge/compañero(a) doméstico:

- | | | | | |
|--|---|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Juguetona | <input type="checkbox"/> Infeliz | <input type="checkbox"/> Inteligente | <input type="checkbox"/> Religiosa |
| <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Argumentativa | <input type="checkbox"/> Social | <input type="checkbox"/> No es cariñosa | <input type="checkbox"/> Atenta |
| <input type="checkbox"/> Competitiva | <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Agradecida | <input type="checkbox"/> Atlético | <input type="checkbox"/> Sarcástica |
| <input type="checkbox"/> No perdona | <input type="checkbox"/> Afectuosa | <input type="checkbox"/> Trabaja demasiado | <input type="checkbox"/> Encuentra defectos | <input type="checkbox"/> Comprensiva |
| <input type="checkbox"/> Compasiva | <input type="checkbox"/> Con prejuicios | <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Honesta | <input type="checkbox"/> Dogmática |
| <input type="checkbox"/> Cuidadosa | <input type="checkbox"/> Abusiva | <input type="checkbox"/> Romántica | <input type="checkbox"/> Introversa | <input type="checkbox"/> Sociable |
| <input type="checkbox"/> Mal humorada | <input type="checkbox"/> Generosa | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Se enoja fácilmente | <input type="checkbox"/> Necia |
| <input type="checkbox"/> Confiable | <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Se preocupa mucho | <input type="checkbox"/> Deprimida | <input type="checkbox"/> Impulsiva |
| <input type="checkbox"/> Rígida | <input type="checkbox"/> Dominante | <input type="checkbox"/> Tolerante | <input type="checkbox"/> Buen sentido del humor | <input type="checkbox"/> Egoísta |
| <input type="checkbox"/> Ofrece apoyo | <input type="checkbox"/> Comunicativa | <input type="checkbox"/> Amable | <input type="checkbox"/> Tierna | <input type="checkbox"/> Predecible |
| <input type="checkbox"/> Piensa claramente | <input type="checkbox"/> Con energía | <input type="checkbox"/> Sabe escuchar | <input type="checkbox"/> Considerada | <input type="checkbox"/> Ansiosa |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

33. Marque las casillas que mejor describen los varios papeles que usted desempeña en su relación:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Iniciador | <input type="checkbox"/> El que tiene un salario | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado |
| <input type="checkbox"/> Jefe de familia | <input type="checkbox"/> El que hace la paz | <input type="checkbox"/> El que toma decisiones | <input type="checkbox"/> Seguidor/Ayudante |
| <input type="checkbox"/> Líder | <input type="checkbox"/> Consolador | <input type="checkbox"/> El que es racional | <input type="checkbox"/> Negociador |
| <input type="checkbox"/> El emocional | <input type="checkbox"/> El que toma riesgos | <input type="checkbox"/> Organizador | <input type="checkbox"/> Administrador |
| <input type="checkbox"/> Planificador social | <input type="checkbox"/> Administrador de dinero | <input type="checkbox"/> El que compone disputas | <input type="checkbox"/> Que atiende la casa/Ama de casa |
| | | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

34. Marque las casillas que mejor describen los varios papeles que su cónyuge/compañero(a) doméstico desempeña en su relación:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Iniciador | <input type="checkbox"/> El que tiene un salario | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado |
| <input type="checkbox"/> Jefe de familia | <input type="checkbox"/> El que hace la paz | <input type="checkbox"/> El que toma decisiones | <input type="checkbox"/> Seguidor/Ayudante |
| <input type="checkbox"/> Líder | <input type="checkbox"/> Consolador | <input type="checkbox"/> El que es racional | <input type="checkbox"/> Negociador |
| <input type="checkbox"/> El emocional | <input type="checkbox"/> El que toma riesgos | <input type="checkbox"/> Organizador | <input type="checkbox"/> Administrador |
| <input type="checkbox"/> Planificador social | <input type="checkbox"/> Administrador de dinero | <input type="checkbox"/> El que compone disputas | <input type="checkbox"/> Que atiende la casa/Ama de casa |
| | | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

35. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Una o dos veces al año | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Una o dos veces al mes | <input type="checkbox"/> Una vez al día |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Varias veces al día |

36. Marque las casillas que mejor describen las áreas de mayor desacuerdo entre usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Hábitos personales | <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Expectativas personales |
| <input type="checkbox"/> Disciplina de los niños | <input type="checkbox"/> Quehaceres del hogar | <input type="checkbox"/> Política | <input type="checkbox"/> Amistades |
| <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Valores | <input type="checkbox"/> Tiempo libre |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas | <input type="checkbox"/> Familiares políticos | <input type="checkbox"/> Actividades separadas | <input type="checkbox"/> Actividades compartidas |
| <input type="checkbox"/> Cercanía emocional | <input type="checkbox"/> Separación emocional | <input type="checkbox"/> Tiempo que estamos separados | <input type="checkbox"/> Tiempo juntos |
| <input type="checkbox"/> Participación familiar | <input type="checkbox"/> Dinero | <input type="checkbox"/> Viajes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

37. Marque las casillas que mejor describen la manera en que usted típicamente reacciona cuando tiene un gran desacuerdo con su cónyuge/compañero(a) doméstico:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo en que no estemos de acuerdo |
| <input type="checkbox"/> Llegamos a un acuerdo a través de un mutuo dar y tomar | <input type="checkbox"/> A veces grito y hablo fuerte |
| <input type="checkbox"/> Tomo tiempo para pensar las cosas antes de hablar | <input type="checkbox"/> Me voy de la casa para calmarme |
| <input type="checkbox"/> Me rindo y trato de arreglar las cosas | <input type="checkbox"/> No digo nada |
| <input type="checkbox"/> Busco ayuda fuera, tal como la de un consejero/persona del clero | <input type="checkbox"/> Trato de ser más listo que mi cónyuge/compañero(a) doméstico |
| <input type="checkbox"/> A veces golpeo o rompo cosas | <input type="checkbox"/> Las cosas llegan a lo físico (aventando, empujando, pegando) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de tema | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

38. ¿Qué tan compatibles sexualmente son usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> Compatibles | <input type="checkbox"/> No muy compatibles |
| <input type="checkbox"/> Muy compatibles | <input type="checkbox"/> Un poco compatibles | <input type="checkbox"/> No somos compatibles |

39. ¿Alguna vez han pasado usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico por un período difícil que puso en riesgo su relación?

- No
 Sí
 No es pertinente

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: _____

40. ¿Alguna vez se han separado usted y su cónyuge/compañero(a) doméstico?

- No
 Sí
 No es pertinente

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: _____

41. Marque las casillas que mejor describen su relación actual con su padre(s)/madre:

Relación con su madre

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madre ha muerto | <input type="checkbox"/> Dependiente |
| <input type="checkbox"/> No hay contacto | <input type="checkbox"/> Amorosa |
| <input type="checkbox"/> Tirante | <input type="checkbox"/> Muy estrecha |
| <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Cómoda |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Demasiada intromisión |
| <input type="checkbox"/> Intensamente emocional | <input type="checkbox"/> No suficiente contacto |
| <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Bien de vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Hostil | <input type="checkbox"/> Problemática |
| <input type="checkbox"/> Comprensiva | <input type="checkbox"/> Agradable |
| <input type="checkbox"/> Argumentativa | <input type="checkbox"/> Se está mejorando |
| <input type="checkbox"/> Manipuladora | <input type="checkbox"/> Satisfactoria |
| <input type="checkbox"/> Positiva | <input type="checkbox"/> Soy la persona encargada de su cuidado |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Relación con su padre

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padre ha muerto | <input type="checkbox"/> Dependiente |
| <input type="checkbox"/> No hay contacto | <input type="checkbox"/> Amorosa |
| <input type="checkbox"/> Tirante | <input type="checkbox"/> Muy estrecha |
| <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Cómoda |
| <input type="checkbox"/> Cariñosa | <input type="checkbox"/> Demasiada intromisión |
| <input type="checkbox"/> Intensamente emocional | <input type="checkbox"/> No suficiente contacto |
| <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Bien de vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Hostil | <input type="checkbox"/> Problemática |
| <input type="checkbox"/> Comprensiva | <input type="checkbox"/> Agradable |
| <input type="checkbox"/> Argumentativa | <input type="checkbox"/> Se está mejorando |
| <input type="checkbox"/> Manipuladora | <input type="checkbox"/> Satisfactoria |
| <input type="checkbox"/> Positiva | <input type="checkbox"/> Soy la persona encargada de su cuidado |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

42. ¿Qué tan serviciales han sido o serán y cuánto apoyo piensa que los miembros de su familia extendida le han ofrecido o le ofrecerán a usted en su situación como padre/madre?

Su propia familia

- Todos los miembros de la familia son serviciales y me apoyan
- La mayoría son serviciales y me apoyan
- Más o menos la mitad son serviciales y me apoyan
- Pocos miembros de la familia son serviciales y me apoyan
- Ningún miembro de la familia es servicial ni me apoya

La familia de su cónyuge/compañero(a) doméstico

- No es pertinente
- Todos los miembros de la familia son serviciales y me apoyan
- La mayoría son serviciales y me apoyan
- Más o menos la mitad son serviciales y me apoyan
- Pocos miembros de la familia son serviciales y me apoyan
- Ningún miembro de la familia es servicial ni me apoya

43. En algunas familias, diferentes puntos de vista en relación a cosas como los estilos de vida, los valores personales, la religión, la situación social/económica, la orientación sexual, la política, etc., interfieren en las relaciones familiares. ¿Hasta qué grado es esto el caso en su familia?

- Asuntos como estos no interfieren en las relaciones dentro de mi familia
- Asuntos como estos rara vez interfieren en las relaciones dentro de mi familia
- Asuntos como estos de vez en cuando interfieren en las relaciones dentro de mi familia
- Asuntos como estos frecuentemente interfieren en las relaciones dentro de mi familia

44. ¿Qué tan cómodos se sienten los miembros de su familia extendida cuando se trata de estar o relacionarse con niños?

Su propia familia

- Todos los miembros de la familia se sienten cómodos
- La mayoría se sienten cómodos
- Más o menos la mitad se sienten cómodos
- Pocos se sienten cómodos
- Ningún miembro de la familia se siente cómodo

La familia de su cónyuge/compañero(a) doméstico

- No es pertinente
- Todos los miembros de la familia se sienten cómodos
- La mayoría se sienten cómodos
- Más o menos la mitad se sienten cómodos
- Pocos se sienten cómodos
- Ningún miembro de la familia se siente cómodo

45. Anote a sus hermanos(as) de acuerdo a la relación, estrecha o distante, que usted tiene con ellos:

- No tengo hermanos ni hermanas
- Tengo una relación muy estrecha con: _____
- Tengo una relación más o menos estrecha con: _____
- Tengo una relación distante con: _____
- Estoy en conflicto con: _____

46. ¿Pueden los miembros de su familia inmediata y extendida aceptar completamente en la familia a un niño que no tiene parentesco con ellos?

- Todos los miembros de la familia pueden aceptarlo completamente
- La mayoría de ellos pueden aceptarlo completamente
- Más o menos la mitad lo pueden aceptar completamente
- Pocos lo pueden aceptar completamente
- Ningún miembro de la familia lo puede aceptar

47. ¿Cuántas personas en su vida, fuera de su familia, están listas y pueden proporcionarle a usted apoyo como padre/madre?

- Hay muchas personas en mi vida que están listas y pueden proporcionarme apoyo
- Hay varias personas en mi vida que están listas y pueden proporcionarme apoyo
- Hay unas cuantas personas selectas en mi vida que están listas y pueden proporcionarme apoyo
- Hay una persona en mi vida que está lista y puede proporcionarme apoyo
- No hay nadie en mi vida que esté lista ni pueda proporcionarme apoyo

48. ¿Cuántas personas en su vida, fuera de su familia, le causan un conflicto serio y/o tensión?

- Hay muchas personas en mi vida que me causan un conflicto serio y tensión
- Hay varias personas en mi vida que me causan un conflicto serio y tensión
- Hay unas cuantas personas selectas en mi vida que me causan un conflicto serio y tensión
- Hay una persona en mi vida que me causa un conflicto serio y tensión
- No hay nadie en mi vida que me cause un conflicto serio ni tensión

49. Marque las casillas que mejor describen su participación en la comunidad:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo amistades con quien socializar | <input type="checkbox"/> Soy activo en la política |
| <input type="checkbox"/> Tengo pocas amistades con las que socializo | <input type="checkbox"/> Voy a la iglesia regularmente |
| <input type="checkbox"/> Tengo muchas amistades con las que socializo | <input type="checkbox"/> Voy a la iglesia de vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Participo regularmente en organizaciones sociales | <input type="checkbox"/> Rara vez/Nunca voy a servicios religiosos |
| <input type="checkbox"/> Participo de vez en cuando en organizaciones sociales | <input type="checkbox"/> Participo activamente en organizaciones comunitarias |
| <input type="checkbox"/> Rara vez participo en organizaciones sociales | <input type="checkbox"/> De vez en cuando participo en organizaciones comunitarias |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> No participo en organizaciones comunitarias |

50. Si trabaja fuera del hogar, ¿cuántas horas por semana trabaja?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No es pertinente | <input type="checkbox"/> 20 - 30 horas | <input type="checkbox"/> 41 - 50 horas |
| <input type="checkbox"/> Menos de 20 horas | <input type="checkbox"/> 31 - 40 horas | <input type="checkbox"/> Más de 50 horas |

51. Si trabaja fuera del hogar, ¿cuánto tiempo ha trabajado en su empleo actual?

- No es pertinente _____ años y _____ meses

52. Si trabaja dentro o fuera del hogar, ¿disfruta su trabajo?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo |
| <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |

53. ¿Alguna vez lo han despedido?

- No
- Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: _____

54. ¿Tiene planes de cambiar su carrera o trabajo en un futuro cercano?

- No
- Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: _____

55. ¿Cuál es la condición general de su salud?

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

Si es regular o mala, por favor describa: _____

56. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía?

No

Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: _____

57. ¿Está actualmente tomando alguna medicina?

No

Sí

Si su respuesta es "Sí", por favor describa brevemente: _____

58. ¿Ha tenido usted o alguien en su familia alguna de las siguientes condiciones? Indique cuál miembro de la familia usando los siguientes códigos; anote el número apropiado al lado de la condición:

1 = Usted mismo 2 = Padre(s)/Madre 3 = Hermano(s)/Hermana(s) 4 = Hijos 5 = Cónyuge/Compañero(a) doméstico

_____ Diabetes

_____ Alta presión

_____ Ulceras

_____ Pérdida del oído

_____ Enfermedad del riñón

_____ Condición del corazón

_____ Condición de la tiroides

_____ Adicción a las drogas

_____ Depresión

_____ Déficit de atención

_____ Otra condición (o condiciones) no anotada: _____

_____ Artritis

_____ Cáncer

_____ Colitis

_____ Deficiencia de la vista

_____ Insomnio

_____ Colesterol alto

_____ Retraso mental

_____ Trastorno alimentario

_____ Enfermedad bipolar

_____ Infertilidad/Esterilidad

_____ Ataques

_____ Dolores de cabeza frecuentes

_____ Asma

_____ Alergias

_____ Anemia drepanocítica

_____ Tuberculosis

_____ Alcoholismo

_____ Ataques de ansiedad/pánico

_____ Esquizofrenia

_____ Enfermedad transmitida sexualmente

Afirmo que la información que se ha dado en este cuestionario es correcta, según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

COMENTARIOS