

INVESTIGACIÓN ATLAS
A responder por padres (padre y/o madre) de niños/as adoptados /as
mayores de diez años

Datos del/ de la menor

Número de identificación AT -
Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha nacimiento
Fecha de adopción
País de procedencia

Datos familiares

	Padre	Madre
País nacimiento		
Fecha nacimiento		
Edad en el momento de la adopción		
Estudios		
Profesión		
Salud		

Hermanos/as

Nombre	Edad	Adoptado/a	Biológico/a	Hijo/a de un miembro de la pareja

¿Con quién vive el niño o la niña actualmente?.....

Proceso de adopción

¿Qué motivos le llevaron a la adopción?

¿Recuerda qué pensó y/o sintió al ver a su hijo/a por primera vez?

¿Cómo recuerda la adaptación de su hijo/a a la familia/entorno?

¿Cuánto tiempo tardó en sentirse seguro/a en su rol de padre/madre?

¿Cuánto tiempo cree que su hijo/a tardó en sentirse seguro con ustedes?
.....

¿Cómo informó a su hijo/a sobre su adopción? ¿Cuándo lo hizo?
.....

Origen

¿Cree que su hijo/a fantasea respecto a su familia biológica?
sí bastante cierto poco cierto no

¿Tiene información sobre la familia biológica de su hijo/a?
sí no

¿Ha transmitido a su hijo/a esta información?
sí no parcialmente

¿Cómo cree que su hijo/a ha vivido esta información?
muy bien bien regular mal muy mal

¿Se muestra curioso/a sobre su historia/origen?
sí no

¿Ha hecho pregunta
muchas bastantes ocasionalmente nunca

¿Habla abiertamente?
sí no

¿Antes de la adopción su hijo/a vivía en un orfanato?
sí no Cuánto tiempo.....

¿Antes de la adopción su hijo/a vivía con una familia de acogida?
sí no Cuánto tiempo.....

Acontecimientos vitales

¿Desde el momento de la adopción ha habido alguna circunstancia en la familia adoptiva de las siguientes?:

Nada especial

Hospitalización de un hermano/a Edad niño/a en el momento que ocurrió:

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Hospitalización madre | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Hospitalización padre | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Muerte de la madre | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Muerte del padre | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Muerte de un hermano/a | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Muerte de un familiar cercano | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Muerte de un compañero del niño/a | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Separación de los padres | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Cambio de lugar de residencia
¿Cuántos cambios? | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |
| <input type="checkbox"/> | Cambio de escuela
¿Cuántos cambios? | Edad niño/a en el momento que ocurrió: |

¿Conoce algún acontecimiento en la vida del niño/a antes de la adopción que usted considere grave? ¿Cuál?

¿Ha habido algún acontecimiento en la vida del niño/a después de la adopción que usted considere grave? ¿Cuál?

Salud

¿Qué enfermedades ha tenido el niño/a?

.....

Sufre alguna enfermedad crónica: sí no
 ¿Cuál?
 ¿Desde cuándo?

Ha tenido algún accidente importante: sí no
 ¿Qué edad tenía el niño/a?

Ha sido intervenido quirúrgicamente: sí no
 ¿Qué edad tenía el niño/a?

Ha estado ingresado en un hospital: sí no
 ¿Durante cuánto tiempo?

Ha recibido ayuda psicológica sí no
 ¿Qué edad tenía el niño/a?

Ha recibida ayuda de un logopeda sí no
 ¿Qué edad tenía el niño/a?

Actualidad

En general...	Cierto	Bastante cierto	Poco cierto	No
Mi hijo/a se encuentra satisfecho/a de su conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a está satisfecho/a en relación con su aspecto físico (cara, pelo, altura, peso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que mi hijo/a está contento/a de ser como es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a está satisfecho/a de sus resultados escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy buena	Buena	Regular	Mala
¿Cómo es la relación que usted tiene con su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo es la relación que su hijo/a tiene con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el caso de que tengan más hijos/as, ¿cómo describiría la relación de su hijo/a con sus hermanos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo es la relación de la familia extensa (abuelos, tíos y primos) con su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
¿En general, cómo es el rendimiento de su hijo/a en la escuela en relación con el de sus compañeros/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Cierto	Bastante	Poco	No
--	--------	----------	------	----

		cierto	cierto	
El profesor/a de mi hijo se preocupa si mi hijo/a está triste o se siente mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los compañeros/as de clase de mi hijo/a lo quieren tal y cómo es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene un buen amigo/a a quien puede contarle sus preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy atento a las necesidades afectivas de mi hijo/a y me preocupo por cómo se siente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
Come de forma equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busca excusas para no comer en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene conductas purgativas (vomita, usa diuréticos y laxantes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está preocupado por su peso y talla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
Mi hijo/a me dice dónde va cuando sale de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a me dice con quién va cuando sale de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a respeta los horarios de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a respeta las normas de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a gestiona bien el dinero que se le proporciona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a cumple con las tareas que se le asignan en la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo resuelve usted aquellas situaciones en las que su hijo/a transgrede las normas y límites familiares?

.....

¿Cómo responde su hijo/a ante su autoridad?

.....

Describa brevemente como es su hijo/a en la actualidad (cite aspectos fuertes y débiles).

.....

¿Ha habido cambios importantes en la conducta de su hijo/a durante este último año?

.....

¿Ha habido algún suceso reciente vinculado a la escuela o a la vida de su hijo/a que considere importante? Describalo.

.....

¿De todas las conductas de su hijo/a cuáles son las que le producen satisfacción? Describalas y explique por qué.

.....

¿De todas las conductas de su hijo/a cuáles son las que le producen preocupación? Describalas y explique por qué.

.....

Futuro

¿Cómo se imagina a su hijo/a a los 18 años?

.....

¿Y a los 30?

.....

¿Qué temas le preocupan del futuro de su hijo/a?

.....

¿Qué temas le preocupan de la relación familiar en los años que vienen?

.....

¿Aceptaría que su hijo/a respondiera a un cuestionario?

sí no

¿Quién ha contestado la encuesta?

- Padre
- Madre
- Los dos
- Otro/a Especifique quién:

Muchas gracias por su colaboración.