

CUESTIONARIO
Encuesta de prevalencia de autismo

Instituto de Estadísticas de Puerto Rico

17 de diciembre de 2010



Trasfondo

Este documento contiene el cuestionario de la nueva Encuesta de prevalencia de autismo y trastorno del espectro autista. Esta encuesta se realizará como suplemento del Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS) durante el año natural 2011. El PR-BRFSS es una encuesta que se realiza en Puerto Rico desde 1996. La misma recoge información sobre las condiciones de salud, los comportamientos de riesgo, las prácticas de salud preventiva, y el acceso a los servicios de salud para atender enfermedades crónicas y lesiones, entre otros temas.

Para el PR-BRFSS, se realizan llamadas telefónicas a una muestra de hogares y se entrevista una persona de 18 años o más (adultos). En aquellos hogares con personas de 17 años o menos (niños y niñas), se selecciona aleatoriamente un niño o niña utilizando el módulo del cuestionario del BRFSS desarrollado para estos propósitos¹. Para la Encuesta de prevalencia de autismo, se determinará si este niño o niña fue diagnosticado o diagnosticada con autismo o trastornos del espectro autista. Para este niño o niña se realizarán preguntas sobre su sexo, edad, edad de diagnóstico y terapias utilizadas, entre otras variables.

Objetivos

- 1) Estimar la prevalencia de autismo y los trastornos del espectro autista para los niños y niñas que residen en Puerto Rico.
- 2) Identificar el tratamiento que se utiliza con mayor frecuencia para el tratamiento de esta condición en niños y niñas
- 3) Identificar la terapia alternativa que se utiliza con mayor frecuencia para el tratamiento de esta condición en niños y niñas

Cuestionario

El cuestionario que se encuentra en este documento sólo cubre la sección de preguntas del PR-BRFSS que forma parte de la Encuesta de prevalencia de autismo. Para información sobre las demás secciones de preguntas del BRFSS, puede visitar: <http://www.cdc.gov/brfss>.

El documento contiene 2 secciones:

- 1) Cuestionario - versión español
- 2) Cuestionario - versión inglés

Auspiciadores de la Encuesta

PR-PRFSS, Departamento de Salud
Instituto de Estadísticas de Puerto Rico

¹ Para un ejemplo, vea el Módulo 23 - Selección aleatoria de niños del cuestionario del año pasado en <http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/q2010span.pdf>.



Autismo y Trastornos del Espectro autista (TEA)

Ahora quisiera hacerle otras preguntas sobre el niño "X"

1. ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le dijo que el niño o la niña tenía autismo o algún Trastorno del Espectro Autista? Esto incluye diagnóstico con Trastorno autista, Síndrome de Asperger, o Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

- 1 Si [**Pasar a P2**]
2 No [**Pasar a P8**]

No lea:

- 7 No sabe/No está segur@
9 Rehusó contestar

2. ¿Cuál fue el diagnóstico que le dio el profesional de la salud a su niño o niña?

Léale solo si es necesario

- 1 Trastorno autista
2 Síndrome de Asperger
3 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
4 Otro Trastorno generalizados del desarrollo

No lea:

- 7 No sabe/No está segur@
8 Rehusó contestar

3. ¿Tiene este niño o niña actualmente autismo u otro trastorno del espectro autista?

- 1 Sí
2 No

No lea:

- 7 No sabe/No está segur@
8 Rehusó contestar



4. ¿A qué edad le diagnosticaron a este niño o niña el autismo o trastorno del espectro autista?

__ **Codifique la edad en años**

98 No sabe/No está segur@

99 Se niega a contesta

5. ¿Diría que el autismo o TEA de este niño o niña es leve, moderado, o severo?

1 Leve

2 Moderado

3 Severo

No lea:

7 No sabe/No está segur@

8 Rehusó contestar

6. En los últimos 12 meses, ¿el tratamiento que más ha utilizado este niño o niña es

Por favor, léale:

1 Terapia del habla

2 Terapia ocupacional o física

3 Modificación de conducta

4 Medicamentos

5 Otra terapia

No lea:

6 Ninguna

7 No sabe/No está segur@

9 Rehusó contestar



7. Ahora le preguntaré sobre terapias alternativas para el tratamiento de autismo o trastorno del espectro autista, ¿Cuál de las siguientes terapias ha utilizado el niño o la niña con más frecuencia?

Por favor, léale:

- 1 Terapia musical
- 2 Terapia acuática
- 3 Terapia ecuestre
- 4 Terapia craneosacral
- 5 Técnicas de integración sensorial
- 6 Otra terapia

No lea:

- 8 Ninguna
- 7 No sabe/No está segur@
- 9 Rehusó contestar

8. ¿Alguno de los hermanos o hermanas de este niño o niña tiene autismo o trastorno del espectro autista?

- 1 Sí, al menos uno de sus hermanos o hermanas
- 2 No, ninguno de sus hermanos o hermanas
- 3 No, tiene hermanos o hermanas

No lea:

- 77 No sabe/No está segur@
- 88 Rehusó contestar

9. Para finalizar, ¿ALGUNA VEZ un médico u otro profesional de la salud le diagnosticó a usted autismo o algún Trastorno del Espectro Autista? Esto incluye Trastorno autista, Síndrome de Asperger, o Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

- 1 Si
- 2 No

No lea:

- 7 No sabe/No está segur@
- 9 Rehusó contestar



Autism and Disorders of the Autism Spectrum (DAS)

Now I would like to ask you other questions about child "X"

1. HAVE YOU EVER been told by a doctor or another health professional that your child has autism or other Disorder of the Autism Spectrum? This includes a diagnostic of autistic disorder, Asperger's Syndrome or another development disorder not specified.

1 Yes [**Go to P2**]

2 No [**Go to P8**]

Do not read:

7 Don't know/ Not sure

9 Refused

2. What was the diagnostic that the doctor or another health professional gave to your child?

Read only if necessary:

1 Autism disorder

2 Asperger's Syndrome

3 Development disorder not specified

4 Other general development disorder not specified

Do not read:

7 Don't know/ Not sure

9 Refused

3. Does this child still have autism or another Disorder of the Autism Spectrum?

1 Yes

2 No

Do not read:

7 Don't know/ Not sure

9 Refused



4. How old was your child when you were told that he or she has autism or another Disorder of the Autism Spectrum?

-- **Codify the child's age**
98 Don't know/Not sure
99 Refused

5. Would you say that the autism or Disorder of the Autism Spectrum that this child has is mild, moderate or severe?

1 Mild
2 Moderate
3 Severe

Do not read:

7 Don't know/Not sure
9 Refused

6. In the past 12 months, the treatment that this child has received the most is

Please, read:

1 Speech therapy
2 Physical therapy
3 Behavioral modification
4 Medication
5 Other therapy

Do not read:

6 None
7 Don't know/Not sure
9 Refused



7. Now I will ask you about alternative therapies that are available for the treatment of autism or other Disorder of the Autism Spectrum. Which one of the following therapies has the child used the most?

Please, read:

- 1 Musical therapy
- 2 Aquatic therapy
- 3 Equestrian therapy
- 4 Cranio-sacral therapy
- 5 Sensorial integration therapy
- 6 Other therapy

Do not read:

- 8 None
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

8. Do any siblings of this child have autism or other Disorder of the Autism Spectrum?

- 1 Yes, at least one of his/her siblings
- 2 No, none of his/her siblings
- 3 No, the child does not have siblings

Do not read:

- 77 Don't know/Not sure
- 88 Refused

9. Finally, HAVE YOU EVER been diagnosed by a doctor or other healthcare professional with autism or other Disorder of the Autism Spectrum? This includes a diagnostic of autistic disorder, Asperger's Syndrome or another development disorder not specified.

- 1 Yes
- 2 No

Do not read:

- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused