

# Estudio de seguimiento de SEED: Segunda encuesta de seguimiento para padres de adultos jóvenes (Informe para padres)

## Contenidos

A. Salir de la escuela secundaria.....	3
B. Situación de vivienda.....	4
C. Actividades diarias y participación social.....	5
D. Uso y necesidad de servicios de salud y atención médica.....	7
E. Servicios educacionales y de desarrollo.....	8
F. Apoyo y formación profesional.....	9

La labor de divulgación pública para esta recopilación de información se estima en un promedio de 20 minutos por formulario, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y almacenar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizarla ni patrocinarla, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Envíe comentarios sobre esta estimación de la labor o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo las sugerencias para reducir dicha labor, al Oficial de Informes de Autorización de CDC/ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, GA 30333: ATTN: PRA (0920 -1392).

*Al igual que en la Encuesta Básica de Seguimiento de Salud y Desarrollo de SEED, todas las preguntas de la Segunda Encuesta de Seguimiento de Hijos Adultos Jóvenes (Versión Informe para Padres) se seleccionaron de encuestas nacionales, la Encuesta de Salud y Desarrollo de Adolescentes de SEED o instrumentos estandarizados. Éstas fueron elegidas para captar mejor la salud y el funcionamiento de las personas con y sin autismo y sus familias. Se revisó la siguiente lista de encuestas nacionales y se seleccionaron las preguntas pertinentes de las encuestas para incluirlas en la segunda encuesta de seguimiento de hijos adultos.*

- Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/slait/nsch.htm>)
- Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/>)
- Encuesta Nacional del Examen de Salud y Nutrición (NHANES, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/>)
- Estudio Nacional de Transición Longitudinal-2 (NLTS2, por sus siglas en inglés) (<http://www.nlts2.org/>)
- Red Interactiva de Autismo (<https://iancommunity.org/>)
- Formularios del Estudio de Control de Casos de Antecedentes de Salud Maternoinfantil de SEED
- Encuesta sobre Conductas de Riesgo en Jóvenes (YRBS, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/questionnaires.htm>)
- El Estudio Longitudinal Nacional de Salud de Adolescentes a Adultos (Add Health) (<https://addhealth-navigator.cpc.unc.edu/>)
- Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (NSFG, por sus siglas en inglés) (<https://www.cdc.gov/nchs/nsfg/index.htm>)
- Encuesta de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL, por sus siglas en inglés) (<https://www.who.int/tools/whoqol>)

## Segundo Seguimiento para Padres de Hijos Adultos: Encuesta de Informe para Padres

### A. Salir de la escuela secundaria

1. ¿Cuándo completó su hijo su educación secundaria?

Mes	Año

€ Mi hijo(a) no asistió a la escuela secundaria (PASAR a **B. Situación de vivienda**)

2. Cuando su hijo(a) terminó la escuela secundaria, su hijo(a)...

- € Recibe un diploma de estudios regulares
- € Recibe un diploma de estudios vocacionales
- € Recibe un certificado de culminación de estudios
- € Toma un examen y recibe un GED (Diploma General de Educación) sin completar todas las clases
- € Abandona o deja de asistir
- € Es expulsado(a) (o suspendido(a), pero no regresó)
- € Otro, especifique: \_\_\_\_\_

3. Desde que salió de la escuela secundaria, su hijo(a)... (marque todo lo que corresponda)

- € Asistió a una universidad comunitaria o de 2 años
- € Se graduó con un diploma, certificado o licencia de una universidad comunitaria o de 2 años
- € Asistió a una escuela vocacional, comercial o técnica después de la escuela secundaria
- € Se graduó con un diploma, certificado o licencia de una escuela vocacional, de negocios o técnica
- € Asistió a una universidad de 4 años
- € Se graduó con un diploma, certificado o licencia de una universidad de 4 años
- € Asistió a un programa de posgrado (por ejemplo, programa de maestría o doctorado)
- € Se graduó con un título avanzado (por ejemplo, maestría o doctorado)

4. ¿Está su hijo(a) actualmente inscrito en la universidad o planea asistir a la universidad?

- € No
- € Sí, a tiempo parcial
- € Sí, a tiempo completo

## B. Situación de vivienda

1. ¿Dónde vive actualmente su hijo(a) o cuál es la situación de vivienda actual de su hijo(a) (marque solo una)?

- € De forma independiente (solo(a)) con alguna ayuda
- € De forma independiente (solo(a)) sin ayuda
- € De forma independiente (con cónyuge o compañero de cuarto)
- € Con padre(s) o padre(s) adoptivo(s)
- € Con un miembro adulto de la familia que no sea padre (por ejemplo, hermano, tía, tío, primo, etc.)  
Especifique la relación: \_\_\_\_\_
- € Con un tutor legal que no sea miembro de la familia
- € En un hogar residencial dentro de la comunidad.
- € En una instalación residencial separada de la comunidad.
- € Otro (Especifique, escriba en letra legible): \_\_\_\_\_)

2. ¿Qué tan satisfecho cree que está su hijo(a) con las condiciones de su situación de vivienda?

- € Muy insatisfecho
- € Bastante insatisfecho
- € Ni satisfecho ni insatisfecho
- € Satisfecho
- € Muy satisfecho

## C. Actividades diarias y participación social

1. Desde que terminó la escuela secundaria, ¿ha participado su hijo(a) en:

	Sí	No	No lo sé
¿Un equipo deportivo o ha tomado clases de deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún club u organización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna otra actividad o clase organizada, como música, danza o idiomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún tipo de servicio comunitario o trabajo voluntario en la escuela, la iglesia o la comunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún trabajo, incluidos los trabajos regulares, así como el cuidado de niños, cortar el césped u otro trabajo ocasional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿con qué frecuencia su hijo(a) hace alguna de las siguientes:

	Nunca	Al menos una vez	Mes por medio	Mensual	Semanal	Diario
¿Se reúne socialmente con amigos o vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llama o envía mensajes de texto a amigos por teléfono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Utiliza correo electrónico, mensajería instantánea, Skype, mensajes de texto, mensajería de Facebook/Instagram/Snapchat o participa en salas de chat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha reunido con CUALQUIER pariente, sin incluir a los que viven con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha ido a la iglesia, templo u otro lugar de culto para servicios u otras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha ido a un espectáculo o al cine, a eventos deportivos, a una reunión de un club o cualquier a otro evento grupal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha ido a comer a un restaurante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿cuántos días ha realizado su hijo(a) un total de 30 minutos o más de actividad física, que fue suficiente para aumentar su frecuencia respiratoria? *Esto puede incluir deportes, ejercicio y caminatas rápidas o andar en bicicleta como recreación o para ir y venir de lugares, pero no debe incluir tareas domésticas o actividad física que pueda ser parte de su trabajo.*

**Número de días de ejercicio durante el último mes: \_\_\_\_\_**

4. EN UN DÍA PROMEDIO DE LA SEMANA, ¿cuánto tiempo suele pasar su hijo(a) frente a un televisor viendo programas de televisión o películas, incluyendo los servicios de streaming como Netflix, Hulu, Apple+?
- € Ninguno
  - € Menos de 1 hora
  - € 1 hora
  - € 2 horas
  - € 3 horas
  - € 4 o más horas
  - € No lo sé
5. EN UN DÍA PROMEDIO ENTRE SEMANA, ¿cuánto tiempo suele pasar su hijo(a) con computadoras, tablets, teléfonos celulares, videojuegos portátiles y otros dispositivos electrónicos, haciendo cosas que no sean tareas escolares o viendo videos en YouTube/TikTok, programas de televisión o películas?
- € Ninguno
  - € Menos de 1 hora
  - € 1 hora
  - € 2 horas
  - € 3 horas
  - € 4 o más horas
  - € No lo sé

## D. Uso y necesidad de servicios de salud y atención médica

1. ¿Cuál de los siguientes describe mejor la salud general de su hijo(a)? Marque UNA casilla.

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. Desde que terminó la escuela secundaria, ¿hubo algún momento en que su hijo(a) necesitó atención médica, pero no la recibió? Por atención médica, nos referimos a la asistencia médica, así como a otros tipos de atención, como atención dental, atención de la vista y servicios de salud mental.

- Sí
- No (Pasar a la Sección E)

3. En caso afirmativo, ¿qué tipos de atención NO se recibieron? Marque todo lo que corresponda.

- Atención dental
- Atención del oído
- Atención médica, de rutina preventiva
- Atención médica, atención de rutina por enfermedad o de urgencia
- Atención médica, emergencia hospitalaria
- Atención médica, especialista
- Servicios médicos para diagnóstico o evaluación relacionados con una discapacidad
- Servicios de salud mental, terapia o servicios psicológicos
- Atención oftalmológica
- Otro, especifique \_\_\_\_\_

4.Cuál de los siguientes contribuyó a que su hijo(a) no recibiera los servicios de atención médica necesarios:

	Sí	No
Mi hijo(a) no tenía seguro médico que cubriera los servicios necesarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo(a) no era elegible para los servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los servicios que necesitaba mi hijo(a) no estaban disponibles en mi área.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo problemas para obtener una cita cuando mi hijo(a) la necesitaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo problemas para conseguir transporte o guardería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consultorio (de la clínica/médico) no estaba abierto cuando mi hijo(a) necesitaba atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo problemas relacionados con el costo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hubo inquietudes o problemas relacionados con la exposición a otras personas con una enfermedad (por ejemplo, preocupación por estar cerca de otras personas en el consultorio del médico que pueden haber estado expuestas a COVID-19, influenza, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. Servicios educacionales y de desarrollo

1. Desde que terminó la escuela secundaria, ¿ha recibido su hijo(a) alguno de los servicios enumerados en la siguiente tabla? *No incluya servicios/ayuda recibida de familiares o amigos.*

	Sí, recibió después de la escuela secundaria	No, no recibió después de la escuela secundaria	Si no, ¿necesitaba su hijo este servicio?
Ayuda financiera, como pagar clases universitarias o capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistencia educativa o tutoría.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lector o intérprete, como un intérprete de lenguaje de señas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vida independiente o terapia ocupacional (como ayuda para hacer cosas como administrar el dinero, cocinar o realizar tareas domésticas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios de guardería o capacitación en habilidades parentales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios de trabajo social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Terapia física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dispositivos o servicios de tecnología de asistencia (como una calculadora especial, una máquina lectora o un dispositivo de comunicación).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros servicios (Por favor especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. En general, ¿qué tan satisfecho ha estado con todos los servicios que ha recibido su hijo(a) desde que terminó la escuela secundaria?

- € Muy insatisfecho
- € Insatisfecho
- € Ni satisfecho ni insatisfecho
- € Satisfecho
- € Muy Satisfecho



## F. Apoyo y formación profesional

Las siguientes preguntas son sobre los servicios o la capacitación que su hijo(a) podría haber recibido después de salir de la escuela secundaria para ayudarlo a encontrar y/o mantener un trabajo.

1. Después de que su hijo(a) salió de la escuela secundaria, ¿recibió su hijo(a) alguno de los siguientes servicios? (Marque todas las que correspondan)

	Servicio	Sí	No	No lo sé
a.	Pruebas para averiguar los intereses o habilidades laborales de su hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Capacitación en habilidades laborales específicas, por ejemplo, servicios alimentarios, habilidades informáticas o capacitación para otro tipo de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Capacitación en habilidades básicas necesarias para el trabajo, como contar el cambio, decir la hora o usar el transporte para llegar al trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Asesoramiento profesional, como ayuda para encontrar los trabajos que mejor se adapten a su hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Ayuda para aprender a buscar puestos de trabajo disponibles en línea, escribir un currículum o prepararse para una entrevista de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Observación de trabajos, como visitar un lugar de trabajo y observar la forma en que se realiza un trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Aprendizajes prácticos o pasantías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿Otros servicios o formación? Especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cree que su hijo(a) está recibiendo suficiente capacitación laboral o profesional?

- € Sí
- € No
- € No lo sé

3. ¿Qué tan útil cree que es la capacitación laboral o profesional para ayudar a su hijo(a) a conseguir un trabajo?

- € Muy útil
- € Algo útil
- € No muy útil
- € Nada útil
- € No lo sé

4. ¿Cree que su hijo(a) necesita capacitación laboral o capacitación adicional que no se brinda ahora?

- € Sí
- € No (**Pasar a la pregunta 6**)
- € No lo sé (**Pasar a la pregunta 6**)

5. ¿Qué otro tipo de capacitación laboral o ayuda cree que necesita su hijo(a)? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

- € Pruebas para averiguar sus intereses o habilidades laborales
- € Capacitación en habilidades laborales específicas, por ejemplo, servicios alimentarios, habilidades informáticas o capacitación para otro tipo de trabajo
- € Capacitación en las habilidades básicas necesarias para el trabajo, como contar el cambio, decir la hora o usar el transporte para ir al trabajo
- € Asesoramiento profesional, como ayuda para encontrar los trabajos que mejor se adapten a su hijo(a).
- € Ayuda para encontrar o solicitar un trabajo, como aprender a buscar puestos de trabajo disponibles en línea, escribir un currículum o prepararse para una entrevista de trabajo.
- € Observación en situación de trabajo, visitar un lugar de trabajo y observar la forma en que se realiza el trabajo.
- € Aprendizajes prácticos o pasantías
- € Otro, especificar: \_\_\_\_\_
- € No lo sé

6. La tutela otorga a una persona designada el derecho legal de tomar ciertas decisiones en nombre de un hijo adulto. ¿Ha considerado la tutela de su hijo(a)?

- € Sí
- € No (**Pasar al final de la encuesta**)

7. Si la respuesta es sí y su hijo tiene 18 años o más, ¿ha obtenido tutela para su hijo?

- € Sí
- € No

8. En caso afirmativo, ¿qué tipo de decisiones toma el tutor por su hijo (marque todas las que correspondan)?

- € Atención médica
- € Alojamiento
- € Finanzas
- € Actividades diarias
- € Planes para el futuro
- € Otro, especificar: \_\_\_\_\_

**Ha llegado al final de la encuesta.**

**¡Gracias por participar!**