

ENCUESTA COMUNITARIA DE OPINIÓN DE LA SALUD



2018 Encuesta Comunitaria de Opinión de la Salud

El objetivo de la encuesta es obtener información sobre la salud y la calidad de vida en el Condado Warren, Carolina del Norte. El Departamento de Salud del Condado Warren, Healthy Carolinians del Condado Warren y diversas agencias y ciudadanos utilizarán los resultados de esta encuesta para ayudarles a desarrollar planes que sirvan para abordar los principales problemas de salud y comunitarios del Condado Warren. Toda la información que usted nos proporcione será completamente confidencial y recuerde éstas son su opinión y sus opciones nunca serán relacionadas con usted por ningún motivo.

Esta encuesta es totalmente voluntaria. Se llevará no más de 20 minutos en completarla. Si usted ya ha completado esta encuesta o usted no reside en el Condado Warren por favor dígame ahora.

¿Estaría dispuesto usted a participar?

ENCUESTA DE LA SALUD COMUNITARIA DEL CONDADO WARREN

SECCIÓN 1. Declaraciones de la calidad de vida

Las primeras preguntas se refieren a como se siente acerca algunos aspectos de la vida en el Condado Warren. Por favor díganos si está "totalmente en desacuerdo", "en desacuerdo", "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo" con cada una de las cinco afirmaciones siguientes.

Preguntas	Elija un número para cada una de las afirmaciones siguientes.			
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. ¿Usted cree que hay un buen sistema de salud en el Condado Warren?	1	2	3	4
2. ¿Usted cree que el Condado de Warren es un buen lugar para vivir?	1	2	3	4
3. ¿Usted cree que en el Condado Warren hay muchas oportunidades económicas?	1	2	3	4
4. ¿Usted cree que el Condado Warren es un lugar seguro para vivir?	1	2	3	4
5. ¿Usted cree que el Condado Warren tiene amplia oportunidad de ayuda para personas y las familias en tiempos de necesidad?	1	2	3	4

SECCIÓN 2. Problemas y asuntos comunitarios

Comportamientos no Saludables

6. Elija por favor los 5 principales comportamientos no saludables que usted cree es un problema en el Condado Warren.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Abuso de alcohol | ☐ No usar el cinturón de seguridad | ☐ Malos hábitos alimenticios |
| ☐ Abuso de drogas | ☐ No ir al dentista para revisiones o cuidados preventivos | ☐ Conducir en forma peligrosa o estado de ebriedad |
| ☐ Sexo sin protección | ☐ No ir al médico para revisiones y evaluaciones anuales | ☐ Uso de tabaco/fumar |
| ☐ Falta de ejercicio | ☐ No obtener cuidados prenatales (durante el embarazo) | ☐ Suicidio |
| ☐ No ponerse vacunas para prevenir enfermedades | | ☐ Comportamiento violento |
| ☐ No utilizar asientos de seguridad para niños | | ☐ Otro: _____ |

Problemas de Salud

7. Las siguientes 3 preguntas se refieren a los problemas de salud que tiene el mayor impacto en la comunidad en general. Me gustaría que usted eligiera los 5 problemas de salud más graves del Condado Warren.

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Problemas de la edad
(Enfermedad de alzheimer, artritis, pérdida del oído o la vista, etc.) | ☐ Muerte de recién nacidos | ☐ Otros accidentes (ocurridos en el hogar o trabajo, ahogamiento, atragamiento etc.) |
| ☐ Asma | ☐ Enfermedades Infecciosas/Contagiosas (Tuberculosis, salmonela, neumonía, gripe, etc.) | ☐ Obesidad/sobrepeso |
| ☐ Defectos de nacimiento | ☐ Enfermedades del riñón | ☐ Enfermedades del pulmón (enfisema, etc.) |
| ☐ Cáncer
¿De qué tipo? _____ | ☐ Enfermedades del hígado | ☐ Enfermedades de transmisión sexual |
| ☐ Salud dental | ☐ Salud mental (depresión, equizofrenia, suicidio, etc.) | ☐ VIH/SIDA |
| ☐ Diabetes | ☐ Accidentes de automóvil | ☐ Derrame cerebral |
| ☐ Heridas de arma de fuego | ☐ Trastornos neurológicos | ☐ Embarazos de adolescentes |
| ☐ Enfermedad cardíaca/ataques al corazón | ☐ (Esclerosis múltiple, distrofia muscular, esclerosis lateral | ☐ Abuso de alcohol y/o drogas |
| ☐ Autismo | ☐ amiotrófica o (A.L.S.) | ☐ Otro: _____ |

Asuntos comunitarios

8. Lo siguiente asuntos son problemas que afectan a toda la comunidad y que tienen el mayor impacto en la calidad de vida en general del Condado Warren. Por favor elija 5 de la siguiente lista de asuntos comunitarios.

- | | |
|---|--|
| ☐ Control de animales | ☐ Disponibilidad de actividades familiares sanas |
| ☐ Disponibilidad de servicios de guardería | ☐ Disponibilidad de actividades positivas para adolescentes |
| ☐ Servicios médicos accesibles | ☐ Abandono y abuso (<i>indicar tipo</i>) |
| ☐ Disponibilidad de opciones de alimentos saludables | ☐ Abuso de ancianos |
| ☐ Bioterrorismo | ☐ Abuso de niños |
| ☐ Abandono de los estudios | ☐ Contaminación (aire, agua, tierra) |
| ☐ Personas sin hogar | ☐ Ingresos bajos/pobreza |
| ☐ Vivienda inadecuada o demasiado cara | ☐ Racismo |
| ☐ Falta de seguro médico o inadecuado | ☐ Falta de opciones de transportación |
| ☐ Falta de servicios médicos adaptados culturalmente | ☐ Desempleo |
| ☐ Falta de proveedores de servicios médicos
¿De qué tipo? _____ | ☐ Carreteras inseguras, o sin mantenimiento |
| ☐ Falta de instalaciones recreativas (parques, senderos, centros comunitarios, etc.) | ☐ Crímenes violentos (asesinatos, asaltos, etc.) |
| ☐ Abuso de alcohol y/o drogas | ☐ Violaciones/asaltos sexuales |
| ☐ No hospital | ☐ Violencia doméstica |
| ☐ Otro: _____ | ☐ Gangas (pandillas) |
| | ☐ No Seguro Médico |
| | ☐ No centro de urgencias |

Departamento de Salud del Condado Warren

9. ¿Sabe usted de los servicios que proporciona el Departamento de Salud?
_____si _____no

Si es así, ¿cómo se enteró acerca de estos servicios?

_____ Periódico _____ Pagina Web del Condado
_____ Radio _____ Presentaciones Comunitarias
Otro: _____

10. ¿Vendría usted al Departamento de Salud del Condado Warren para algún servicio?
_____si _____no _____no lo sé
11. ¿Sabe usted el horario de operación del Departamento de Salud del Condado Warren?
_____si _____no _____no lo sé
12. ¿Cree usted que las horas de operación cumple con sus necesidades?
_____si _____no _____no lo sé
13. ¿Recomendaría el Departamento de Salud del Condado Warren a amigos y familiares?
_____si _____no _____no lo sé

SECCIÓN 3. Salud Personal

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su salud personal. Recuerde, las respuestas en ésta encuesta no serán relacionadas con usted en ningún motivo.

14. ¿Cómo describiría usted su propio estado de salud? Por favor elija solo una de las siguientes opciones:

_____ Muy Saludable	_____ No muy saludable
_____ Saludable	_____ Muy poco saludable
_____ Regularmente saludable	

15. ¿Dónde obtiene la mayoría de la información sobre la salud? Por favor elija solo una.

_____ Amigos y familia	_____ Hospital	_____ Escuela
_____ Médico/enfermera/farmacéutico	_____ Teléfonos de ayuda	_____ Iglesia
_____ Internet	_____ Libros/revistas	_____ Otro: _____

16. ¿A dónde acude con más frecuencia cuando se enferma o necesita que le aconsejen sobre su salud. Por favor elija una solamente

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| _____ Consultorio médico | _____ Clínica |
| _____ Departamento de Salud | _____ Centro de urgencias |
| _____ Hospital | _____ Otro: _____ |

17. ¿En los últimos 12 meses, alguna vez ha tenido problema para obtener atención médica, dental o para surtir una receta? Si su respuesta es sí, Por favor indique los motivos

_____ Sí _____ No

- a. ____ No tenía seguro médico.
- b. ____ No tenía seguro dental.
- c. ____ Mi seguro no cubría lo que yo necesitaba
- d. ____ Mi parte del costo (deducible/copago) era demasiado alta.
- e. ____ El médico/Farmacia, Dentista no aceptaba mi seguro o Medicaid.
- f. ____ Yo no podía pagar el costo.
- g. ____ Yo no tenía manera de llegar ahí.
- h. ____ No sabía a dónde ir.
- i. ____ No podía conseguir una cita.
- j. ____ Otro: _____

18. Si un amigo o familiar necesitara consejería para algún problema de salud mental, de abuso de alcohol o de drogas ¿con quién le recomendaría que hablara? Puede elegir todas las que respuestas que quiera.

- | | |
|---|----------------------------------|
| a. ____ Consejero o terapeuta privado | e. ____ Médico |
| b. ____ Grupo de apoyo (ej.: AA. Al-Anon) | f. ____ Sacerdote/Pastor/Clérigo |
| c. ____ Consejero escolar | g. ____ Agencia de Salud Mental |
| d. ____ No sabe | h. ____ Otro: _____ |

19. ¿En los 30 últimos días, ¿ha habido algún día(s) en los que se sintiera tan triste o preocupado(a) que le impidió seguir con sus actividades normales?

_____ Sí _____ No Si responde sí, pase a la pregunta 21

20. Durante una semana normal, aparte de su trabajo regular ¿hace algún tipo de ejercicio/actividad durante la semana que dure por lo menos de media a una hora?

_____ Sí _____ No

Si respondió no ¿Por qué? Por Favor seleccione 3 opciones de la siguiente lista

- a. _____ El ejercicio no es importante para mí.
- b. _____ Yo no tengo suficiente tiempo para hacer ejercicio.
- c. _____ Necesitaría cuidado infantil y no lo tengo.
- d. _____ Estoy incapacitado(a) físicamente.
- e. _____ Cuesta mucho dinero hacer ejercicio (equipo, calzado, costo de gimnasio).
- f. Otro: _____

21. ¿Dónde hace ejercicios o practicar actividades físicas? Marque todas las respuestas que apliquen.

- a. _____ Parque
- b. _____ Complejo recreativo
- c. _____ Gimnasio
- d. _____ Residencia
- e. _____ Instalación fuera del Condado Warren

22. ¿Cuántas horas al día ve la televisión, juega con videojuegos o usa la computadora como diversión?

_____ 0-1 hora _____ 2-3 horas _____ 4-5 horas _____ 6 horas o más

23. Sin contar jugos de fruta, ensaladas de lechuga o productos de la papa, piense en la cantidad de frutas y verduras que consume durante una semana normal.

**¿Cuántas tazas de frutas y verduras consume normalmente a la semana?
Una manzana o 12 zanahorias pequeñas equivale una taza.**

- a. Número de tazas de fruta _____
- b. Número de tazas de verduras _____
- c. Nunca como fruta _____
- d. Nunca como verduras _____

24. ¿Está usted expuesto al humo de segunda mano en alguno de los siguientes sitios?

(Marque todas las respuestas que apliquen.)

- a.____ Residencia
- b.____ Lugar de trabajo
- c.____ Complejo recreativo
- d.____ Nunca estoy expuesto al humo de segunda mano.
- e.____ Otro: _____

25. ¿Fuma usted actualmente? ____Sí ____ No

26. Si respondió sí, ¿a dónde acudiría por ayuda para a dejar de fumar?

(Marque todas las respuestas que apliquen.)

- a.____ Quit Now NC
- b.____ Médico
- c.____ Iglesia
- d.____ Farmacia
- e.____ Consejero o terapeuta privado
- f.____ Departamento de salud
- g.____ No lo sabe
- h.____ Otro: _____
- i.____ No corresponde yo que no quiero dejar de fumar

27. ¿Le ha dicho alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud que tiene alguna de las siguientes condiciones?

- | | | |
|--|---------|---------|
| a. Asma | ____ Sí | ____ No |
| b. Depresión o trastorno de ansiedad | ____ Sí | ____ No |
| c. Presión arterial alta | ____ Sí | ____ No |
| d. Colesterol alto | ____ Sí | ____ No |
| e. Diabetes (excepto si estaba embarazada) | ____ Sí | ____ No |
| f. Osteoporosis | ____ Sí | ____ No |
| g. Sobrepeso/obesidad | ____ Sí | ____ No |

28. ¿Piensa que su hijo(a) entre 9 y 19 años está involucrado en alguna de las siguientes conductas peligrosas?

(POR FAVOR MARQUE TODOS LOS COMPORTAMIENTOS QUE APLIQUEN)

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| a.____ Uso de alcohol | c.____ Trastornos alimenticios | e.____ Abuso de drogas |
| b.____ Uso de tabaco | d.____ Relaciones sexuales | f.____ Conducir de forma arriesgada o a alta velocidad |
| g.____ No creo que mi hijo(a) se comporte de un modo peligroso. | | |

29. ¿Se siente cómodo(a) hablando con su hijo(a) sobre las conductas peligrosas que acabamos preguntarle?

____ Sí ____ No

30. ¿Piensa que sus hijos necesitan más información sobre los siguientes problemas? **(Marque todas las que apliquen.)**

- | | | |
|--------------------|---|--|
| a.____ Alcohol | e.____ Trastornos alimenticios | h.____ Abuso de drogas |
| b.____ Tabaco | f.____ Relaciones sexuales | i.____ Conducir de forma arriesgada o a alta velocidad |
| c.____ VIH | g.____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | j.____ Problemas de salud mental |
| d.____ Otro: _____ | | |

SECCIÓN 4. Preparación para casos de emergencia

31. ¿Tiene en su vivienda detectores de humo y de monóxido de carbono que estén funcionando? **(Marque una respuesta solamente.)**

Sí, sólo detectores de humo ____ Sí, sólo detectores de monóxido de carbono ____
 Sí, ambos ____ No ____

32. ¿Tiene su Familia un Plan de Emergencia?

____ Sí ____ No

33. ¿Tiene su familia un paquete de suministros básicos para emergencias? Si lo tiene, ¿para cuántos días son los suministros?

____ No ____ 3 días ____ 1 semana ____ 2 semanas ____ Más de 2 semanas

SECCIÓN 5. Preguntas Demográficas

Las preguntas siguientes son preguntas generales sobre usted, y solamente aparecerán en un resumen de todas las respuestas que hayan dado los participantes de la encuesta. Sus respuestas permanecerán anónimas.

34. ¿Cuántos años tiene? (Marque una categoría.)

____ 15 - 19 ____ 25 - 34 ____ 45 - 54 ____ 65 - 74
 ____ 20 - 24 ____ 35 - 44 ____ 55 - 64 ____ 75 o mayor

35. ¿Es usted hombre o mujer?

____ Hombre ____ Mujer

36. ¿De qué raza es usted?

(Marque una respuesta y elija "otra" si no se identifica con solo una de las categorías.)

____ Negra o afroamericana ____ India americana o nativo de Alaska
 ____ Blanca ____ Asiática o de las Islas del Pacífico
 ____ Hispana Otra: _____

37. ¿Cuál es su estado civil? (Marque una solamente.)

____ Soltero(a)/Nunca casado ____ Divorciado(a) ____ Separado(a)
 ____ Casado(a) ____ Viudo(a) ____ Otro

38. ¿Cuál es el nivel más alto completado en la escuela, la universidad o escuela vocacional? (Marque una solamente.)

- _____ Escuela secundaria, pero sin diploma
- _____ Diploma de secundaria o equivalente GED
- _____ Título de asociado o capacitación vocacional
- _____ Universidad, pero sin diploma
- _____ Licenciatura
- _____ Graduado o profesional con título
- _____ Otro: _____

39. ¿Cuál fue el ingreso total de su familia el año pasado, antes de los impuestos? (marque una solamente.)

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| _____ Menos de \$14,999 | _____ \$35,000 a \$49,999 |
| _____ \$15,000 a \$24,999 | _____ \$50,000 a \$74,999 |
| _____ \$25,000 a \$34,999 | _____ Más de \$75,000 |

40. ¿Cuál es su situación de empleo? (Marque todas las que correspondan.)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| a. _____ Empleado a tiempo completo | f. _____ Discapacitado |
| b. _____ Empleado a tiempo parcial | g. _____ Estudiante |
| c. _____ Jubilado | h. _____ Ama de casa |
| d. _____ Militar | i. _____ Trabajador independiente |
| e. _____ Desempleado | |

41. ¿Cuál es su código postal? (Escriba sólo los 5 primeros dígitos.)

Gracias por su participación.
Para presentar este estudio ó para más información y/o
preguntas, por favor póngase en contacto con
Hilda H. Baskerville, Educador de la Salud
Departamento de Salud del Condado Warren
544W.Ridgeway street
Warrenton, N. C. 27589
(252)257-6012
hildabaskerville@warrencountync.gov