

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.

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

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

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

Departamento de Salud del Condado Warren

9. ¿Sabe usted de los servicios que proporciona el Departamento de Salud?
 sí 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?
 sí no no lo sé
11. ¿Sabe usted el horario de operación del Departamento de Salud del Condado Warren?
 sí no no lo sé
12. ¿Cree usted que las horas de operación cumple con sus necesidades?
 sí no no lo sé
13. ¿Recomendaría el Departamento de Salud del Condado Warren a amigos y familiares?
 sí 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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultorio médico | <input type="checkbox"/> Clínica |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud | <input type="checkbox"/> Centro de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Consejero o terapeuta privado | e. <input type="checkbox"/> Médico |
| b. <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo (ej.: AA. Al-Anon) | f. <input type="checkbox"/> Sacerdote/Pastor/Clérigo |
| c. <input type="checkbox"/> Consejero escolar | g. <input type="checkbox"/> Agencia de Salud Mental |
| d. <input type="checkbox"/> No sabe | h. <input type="checkbox"/> 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