

ENCUESTA DE SALUD COMUNITARIA DEL CONDADO DE WESTCHESTER 2022

El Departamento de Salud del Condado de Westchester, junto con otros seis departamentos de salud del condado, está haciendo una encuesta para entender mejor el impacto que la pandemia de COVID-19 ha tenido en la salud y el bienestar de los habitantes del área del Hudson Valley. Hay muchas áreas en las que el sistema de atención médica puede hacer esfuerzos para mejorar la comunidad. Estamos interesados en conocer su opinión sobre qué temas deberían ser prioritarios en su comunidad y para su salud personal. Su opinión dará forma al trabajo que los departamentos de salud, los hospitales y los socios de la comunidad harán en los próximos años.

Tómese unos minutos para responder esta encuesta si es mayor de 18 años. Sus respuestas son anónimas. Gracias por participar.

Las siguientes preguntas son sobre USTED Y SU GRUPO FAMILIAR

P1. ¿Vive en el estado de Nueva York?

Sí No No sé

P2. ¿En qué condado vive actualmente?

Westchester Otro (especifique) _____ No sé

P3. ¿Cuánto tiempo ha vivido en ese condado?

Menos de 1 año 1 a 2 años 2 a 5 años 5 años o más No sé

P4. ¿Cuál es su situación de vivienda?

Alquila un apartamento o casa Tiene casa propia Otras situaciones de vivienda

P5. ¿Hay al menos un teléfono que funcione EN su casa?

Sí No No sé

P6. ¿Qué tipo de teléfono tiene EN su casa?

Teléfono fijo Celular solamente Teléfono fijo y celular Otro

P7. ¿Qué edad tiene?

18 a 24 25 a 34 35 a 44 45 a 54 55 a 64 65 a 74 Más de 75

P8. ¿En qué año nació?

P9. ¿Cómo describe su género? ¿Cómo se identifica usted?

Hombre Transgénero Masculino a femenino
 Mujer (Especifique) Femenino a masculino
 Queer, no conforme o no binario Persona con disconformidad de género
 Género no enumerado, especifique _____ No sé

P10. ¿Es de origen o ascendencia hispana, es decir, mexicano, dominicano, puertorriqueño, cubano u otro origen latino?

Sí No No sé

P11. Se considera a sí mismo:

Afroamericano Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Isleño Blanco Otro/algo más (especifique) _____

P12. ¿Cuál es el grado más alto de escolaridad que completó?

Escuela secundaria incompleta Escuela secundaria completa/GED Escuela técnica o profesional
 Graduado de la universidad Estudios de posgrado o de formación profesional

| | | |
|---|--|--|
| P13. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su situación laboral? | | |
| <input type="checkbox"/> Empleo de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Trabajador independiente, tiempo completo | <input type="checkbox"/> Incapacitado |
| <input type="checkbox"/> Empleo de tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Trabajador independiente, tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| <input type="checkbox"/> Desempleado, buscando trabajo | <input type="checkbox"/> Subempleo, por debajo de mi nivel de competencia o sueldo | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Desempleado, no está buscando trabajo | | |
| P14. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa? | | |
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Italiano |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Chino | | |
| P15. ¿Hay niños menores de 18 años en su grupo familiar? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| P16. ¿Usted o un miembro del grupo familiar es veterano o miembro del personal militar en servicio activo? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| P17. ¿Tiene usted o alguna persona de su grupo familiar una discapacidad? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No sé |
| P18. ¿Aproximadamente, cuál es el ingreso del grupo familiar, antes de impuestos? Incluya sus propios ingresos y los de su cónyuge o pareja, o cualquier otro ingreso que reciba, como ayuda de programas de beneficios del gobierno: | | |
| <input type="checkbox"/> Menos de \$25,000 | <input type="checkbox"/> Entre \$25,000 y \$50,000 | <input type="checkbox"/> Entre \$50,000 y \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$ 50,000 y poco menos de \$ 150,000 | <input type="checkbox"/> \$150,000 o más | |
| P19. ¿Cuál es el código postal del área donde vive actualmente? | | _____ |
| Las primeras preguntas son sobre la COMUNIDAD EN LA QUE VIVE. | | |
| P20. ¿Qué opina de las siguientes afirmaciones sobre la comunidad en la que vive? | | |
| Hay suficientes trabajos que pagan un salario digno <input type="checkbox"/> Completamente verdadero <input type="checkbox"/> En parte verdadero <input type="checkbox"/> No muy verdadero <input type="checkbox"/> Para nada verdadero <input type="checkbox"/> No sé | La mayoría de la gente puede acceder a comida barato, saludable y nutritiva <input type="checkbox"/> Completamente verdadero <input type="checkbox"/> En parte verdadero <input type="checkbox"/> No muy verdadero <input type="checkbox"/> Para nada verdadero <input type="checkbox"/> No sé | La gente puede tener dificultades para encontrar un lugar de calidad para vivir debido al alto costo de las viviendas <input type="checkbox"/> Completamente verdadero <input type="checkbox"/> En parte verdadero <input type="checkbox"/> No muy verdadero <input type="checkbox"/> Para nada verdadero <input type="checkbox"/> No sé |
| Los padres tienen dificultad para encontrar guarderías asequibles y de calidad <input type="checkbox"/> Completamente verdadero <input type="checkbox"/> En parte verdadero <input type="checkbox"/> No muy verdadero <input type="checkbox"/> Para nada verdadero <input type="checkbox"/> No sé | Hay suficientes proveedores de salud mental de calidad <input type="checkbox"/> Completamente verdadero <input type="checkbox"/> En parte verdadero <input type="checkbox"/> No muy verdadero <input type="checkbox"/> Para nada verdadero <input type="checkbox"/> No sé | Hay lugares en esta comunidad donde la gente no se siente segura <input type="checkbox"/> Completamente verdadero <input type="checkbox"/> En parte verdadero <input type="checkbox"/> No muy verdadero <input type="checkbox"/> Para nada verdadero <input type="checkbox"/> No sé |

| | | |
|---|--|---|
| <p>La gente puede llegar donde necesita usando el transporte público</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> En parte verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> No muy verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> Para nada verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> | <p>El gobierno local o los departamentos de salud locales hacen un buen trabajo manteniendo a los ciudadanos al tanto de las posibles amenazas a la salud pública</p> | <p><input type="checkbox"/> Completamente verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> En parte verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> No muy verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> Para nada verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> |
|---|--|---|

P21. En general, ¿cómo calificaría la calidad de la información que recibe de las agencias del condado durante las emergencias públicas, como los fenómenos meteorológicos o los brotes de enfermedades?

Excelente Buena Regular Deficiente No sé

Las siguientes preguntas son sobre SU ESTADO DE SALUD Y COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

P22. ¿En general, cómo calificaría su salud física?

Excelente Buena Regular Deficiente No sé

P23. La salud mental implica el bienestar emocional, psicológico y social. ¿Cómo calificaría su salud mental en general?

Excelente Buena Regular Deficiente No sé

P24. Pensando en los últimos 12 meses, para cada una de las siguientes afirmaciones, ¿cuántos días en una SEMANA PROMEDIO hizo lo siguiente?

| | | |
|--|---|--|
| <p>Comer una dieta saludable y equilibrada, incluyendo cereales integrales, proteínas, productos lácteos, verduras y frutas</p> <p><input type="checkbox"/> 0 días</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 días</p> <p><input type="checkbox"/> 4 a 6 días</p> <p><input type="checkbox"/> Los 7 días</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> | <p>Ejercitarse durante 30 minutos o más al día</p> <p><input type="checkbox"/> 0 días</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 días</p> <p><input type="checkbox"/> 4 a 6 días</p> <p><input type="checkbox"/> Los 7 días</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> | <p>Dormir de 7 a 9 horas en una noche</p> <p><input type="checkbox"/> 0 días</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 días</p> <p><input type="checkbox"/> 4 a 6 días</p> <p><input type="checkbox"/> Los 7 días</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> |
|--|---|--|

P25. En un día normal, ¿en qué medida se siente estresado, por ejemplo, tenso, nervioso, ansioso, o no puede dormir por la noche, debido a problemas que aquejan su mente?

Para nada estresado No muy estresado Algo estresado Muy estresado No sé

P26. En su vida cotidiana, ¿con qué frecuencia tiene encuentros de calidad con amigos, familiares y vecinos, que le hacen sentir que la gente se preocupa por usted?

Menos de una vez a la semana 1 a 2 veces a la semana 3 a 5 veces a la semana Más de 5 veces a la semana No sé

P27. ¿Con cuánta frecuencia en el último año, en promedio, bebió alcohol?

Menos de una vez a la semana 1 a 2 veces a la semana 3 a 5 veces a la semana Más de 5 veces a la semana No sé

P28. ¿Actualmente bebe alcohol con menos frecuencia que antes de la pandemia de COVID-19, con más frecuencia que antes de la pandemia, o más o menos con la misma frecuencia que antes de la pandemia?

Con menos frecuencia Con más frecuencia Más o menos con la misma frecuencia No sé

P29. ¿Con qué frecuencia en el último año ha consumido drogas, ya sea un medicamento recetado o no, por razones no médicas?

- Nunca Menos de una vez al mes Más de una vez al mes, pero no semanalmente Más de una vez a la semana, pero no diariamente
 Diariamente No sé

P30. Si actualmente consume algún tipo de medicamento por razones no médicas, ¿lo usó con menos frecuencia que antes de la pandemia de COVID- 19, con más frecuencia que antes de la pandemia, o más o menos con la misma frecuencia que antes de la pandemia?

- Con menos frecuencia Con más frecuencia Más o menos con la misma frecuencia No sé

P31. En los últimos 12 meses, ¿ha sido imposible para usted o algún otro miembro de su grupo familiar recibir alguno de los siguientes elementos cuando se necesitaban realmente?

| | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------|--|
| Comida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | Servicios básicos, incluyendo calefacción y electricidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | Medicamentos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé |
| Atención médica, incluyendo atención dental o de la vista | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | Teléfono | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | Transporte | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé |
| Vivienda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | Guardería | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | Acceso a internet | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé |

P32. ¿Ha visitado a un médico de atención primaria para un examen médico o una revisión de rutina en los últimos 12 meses?

- Sí No No sé

P33. Si NO visitó a un médico de atención primaria para un examen médico o una revisión de rutina en los últimos 12 meses, ¿cuáles fueron los motivos (marque todas las que correspondan)?

- No tenía seguro No tenía dinero suficiente (para el copago, medicamentos, etc.)
 No tenía transporte
 Decidí no ir porque me preocupa el COVID No tenía tiempo
 No conseguí una cita Decidí no ir por otra razón
 No sé Otro (Especifique) _____

P34. ¿Ha visitado a un dentista para un chequeo de rutina o una limpieza en los últimos 12 meses?

- Sí No No sé

P35. Si NO visitó al dentista para un chequeo de rutina o una limpieza en los últimos 12 meses, ¿cuáles fueron los motivos (marque todos los que correspondan)?

- No tenía seguro No tenía dinero suficiente (para el copago, medicamentos, etc.)
 No tenía transporte
 Decidí no ir porque me preocupa el COVID No tenía tiempo
 No conseguí una cita Decidí no ir por otra razón
 No sé Otro (Especifique) _____

P36. A veces, las personas van a la sala de emergencias por alguna condición médica o enfermedad que NO son emergencias, es decir, por problemas relacionados con su salud que podrían tratarse en el consultorio del médico. ¿Ha visitado la sala de emergencias por un problema médico que NO era una emergencia en los últimos 12 meses?

- Sí No No sé

P37. Si fue a la sala de emergencias por un problema médico que NO era una emergencia en los últimos 12 meses, ¿cuáles fueron los motivos (marque todos los que correspondan)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No tengo un médico de cabecera/de atención primaria | <input type="checkbox"/> En ese momento creí que era una emergencia de salud, aunque después entendí que NO |
| La sala de emergencias era más conveniente debido a | <input type="checkbox"/> Mi médico de atención no estaba disponible por el COVID |
| (Marque todos los que correspondan) | <input type="checkbox"/> Pruebas de COVID |
| <input type="checkbox"/> Lugar | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Costo | |
| <input type="checkbox"/> Horario de atención | |

P38. Ha consultado a un proveedor de atención mental, como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social o terapeuta en sesiones individuales o grupales (ya sea de forma presencial o virtual) en los últimos 12 meses?

- Sí No No sé

P39. Si NO visitó a un proveedor de atención mental, en los últimos 12 meses, ¿cuáles fueron los motivos (marque todos los que correspondan)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No necesitaba servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> No tenía seguro |
| <input type="checkbox"/> No tenía dinero suficiente (para el copago, medicamentos, etc.) | <input type="checkbox"/> No tenía transporte |
| <input type="checkbox"/> No tenía tiempo | <input type="checkbox"/> Decidí no ir |
| <input type="checkbox"/> El proveedor de atención mental no estaba disponible por COVID | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> No sé | |

P40. ¿Durante el COVID, ha tenido alguna consulta de telemedicina con algún proveedor de atención médica?

- Sí No No sé

P41. Si no tuvo alguna consulta de telemedicina con algún proveedor de atención médica durante el COVID, ¿cuáles fueron los motivos (marque todos los que correspondan)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No necesitaba servicios de telemedicina | <input type="checkbox"/> Mi médico no ofrece servicios de telemedicina |
| <input type="checkbox"/> No tengo acceso a Internet | <input type="checkbox"/> No sé cómo solicitar o participar en una consulta de telemedicina |
| <input type="checkbox"/> Prefiero las visitas en persona | <input type="checkbox"/> Postergué la atención médica durante la pandemia |
| <input type="checkbox"/> No sé | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

Q42. Las siguientes preguntas son sobre el COVID:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro | <input type="checkbox"/> No hay otros miembros del grupo familiar. |
| | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |

P43. ¿Ha tenido alguien del grupo familiar síntomas persistentes de COVID que hayan durado más de cuatro semanas, lo que se conoce también como COVID de larga duración?

- Sí No No sé

P44. Considere el impacto del COVID en lo siguiente e indique si ha mejorado, empeorado o si se mantuvo igual durante la pandemia.

- | | | | | | |
|------------------------|---|------------------------|---|---|---|
| Su salud física | <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Empeorado <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> No sé | Su salud mental | <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Empeorado <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> No sé | La capacidad para obtener comida nutritiva a un precio asequible | <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Empeorado <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> No sé |
|------------------------|---|------------------------|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Su capacidad para conservar un trabajo que pague al menos un salario digno <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Empeorado <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> No sé | Capacidad para costear una vivienda <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Empeorado <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> No sé | Su capacidad para encontrar una guardería disponible de calidad <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Empeorado <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> No necesité <input type="checkbox"/> No sé |
| Su capacidad para encontrar atención o cuidado para cualquier miembro del grupo familiar que tenga una discapacidad o enfermedad crónica. | | <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Empeorado <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> No necesité <input type="checkbox"/> No sé |
| P45. ¿Recibió la vacuna del COVID? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| P46. Cuando recuerda el momento en que se vacunó, ¿se vacunó tan pronto como fue elegible o dudó un poco antes de recibir la vacuna del COVID? | | |
| <input type="checkbox"/> Fui tan pronto como fui elegible <input type="checkbox"/> Dudé un poco <input type="checkbox"/> No sé | | |
| P47. Si no recibió la vacuna del COVID tan pronto como fue elegible y dudó un poco, ¿por qué se vacunó finalmente (marque todas las opciones que correspondan)? | | |
| <input type="checkbox"/> Se lo exigieron en el trabajo <input type="checkbox"/> Usted o alguien que conoce se contagió o murió por COVID <input type="checkbox"/> Familiares o amigos me animaron a hacerlo <input type="checkbox"/> Su médico lo recomendó <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Era necesario por algún otro motivo <input type="checkbox"/> Alguna comunidad de culto religioso me animó a hacerlo <input type="checkbox"/> Me informé más sobre la vacuna <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | |

Envíe sus respuestas a **Elissa Cestone, Westchester County Department of Health, 10 County Center Road, 2nd Floor, White Plains, NY 10607.**
N.º de teléfono: 914-995-7499. email: eec9@westchestergov.com.