

**SHAPE
2022**

Para adultos
de 18 años y más



Expresar su opinión sobre cómo
puede ser la salud en Hennepin.



Expresa tu opinión sobre cómo puede ser la salud en Hennepin

Su hogar ha sido seleccionado al azar para participar en SHAPE 2022, un proyecto que ayuda a mejorar la salud de los residentes locales. Los resultados de esta encuesta nos ayudarán a entender las necesidades de salud vitales para nuestra comunidad. Esto es particularmente útil, ya que trabajamos para entender cómo nos afectó a todos la pandemia del COVID-19. Como usted puede ser el único hogar seleccionado en su cuadra, su participación en la encuesta y sus respuestas son muy importantes.

La encuesta SHAPE 2022 hace preguntas sobre su salud, dieta, ejercicio, vecindad y la capacidad de conseguir atención médica. También hará preguntas sobre cómo ha impactado en usted la pandemia del COVID-19. La encuesta es voluntaria y anónima (no pedimos nombres). En todos los informes, sus respuestas se combinan con las de cientos de otros residentes.

Para completar esta encuesta de veinte minutos, siga los siguientes pasos:

1. Si hay varios adultos (18 años o más) en casa, pídale al que tenga el cumpleaños más cercano que responda la encuesta.
2. Complete la encuesta en papel y envíela por correo en el sobre prepagado proporcionado.

SHAPE 2022 está patrocinada por Salud Pública del condado de Hennepin. Encuentre más información en www.hennepin.us/SHAPE.

Si tiene preguntas sobre esta encuesta, comuníquese al 612-543-3034 o escriba a SHAPE@hennepin.us.

Gracias por dedicar tiempo a participar en este importante proyecto.

Atentamente,
Susan Palchick, PhD
Directora de Salud Pública, condado de Hennepin

Instrucciones para la encuesta

Use un bolígrafo de tinta negra o azul.

Marca correcta:

Marca incorrecta:

Si comete un error, tache con una cruz la respuesta que marcó incorrectamente y marque la respuesta correcta.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

G8. ¿En cuál de las siguientes categorías se ubica? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Hispano o latino
- Blanco
- Negro o afroamericano

Si responde negro o afroamericano, ¿es...?

- Afroamericano
- Somalí, oromo, etíope o de otro país africano del este
- Liberiano, nigeriano o de otro país africano del oeste
- Otro; especifique _____
- Asiático o asiático-americano

Si responde asiático o asiático-**americano**, ¿es...?

- Hmong, camboyano, laosiano, tailandés, vietnamita o birmano
- Otro; especifique _____
- Indígena nativo de Norteamérica o persona nativa de Alaska
- Persona nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
- Otro; especifique _____

G9. ¿Nació en los Estados Unidos?

- Sí
- No

G10. ¿Su padre o su madre nacieron en otro país?

- Sí
- No

G11. ¿Cuál es el grado o año escolar más alto que ha completado?

- Escuela secundaria incompleta
- Escuela secundaria completa o examen general de equivalencia (GED)
- Universitario incompleto, título Associate o escuela vocacional, técnica o de negocios
- Título Bachelor o superior

G12. Informe su ingreso familiar de 2021 que incluye todos los ingresos de todas las fuentes antes de impuestos. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ningún ingreso o menos de \$13,000 | <input type="radio"/> \$44,001 a \$53,000 |
| <input type="radio"/> \$13,001 a \$17,000 | <input type="radio"/> \$53,001 a \$62,000 |
| <input type="radio"/> \$17,001 a \$26,000 | <input type="radio"/> \$62,001 a \$71,000 |
| <input type="radio"/> \$26,001 a \$35,000 | <input type="radio"/> \$71,001 a \$80,000 |
| <input type="radio"/> \$35,001 a \$44,000 | <input type="radio"/> \$80,001 o más |

¿Tiene algún comentario sobre la encuesta? Puede compartir sus comentarios en el espacio que sigue.

¡Gracias!

Sección A. Salud general y trastornos de salud

A1. En general, ¿usted diría que su salud es...?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

A2. ¿Alguna vez le dijo un médico, personal de enfermería u otro profesional de la salud que tenía alguna de las siguientes afecciones?

a. Hipertensión, también llamada presión arterial alta

- Sí
- Sí, pero solo durante el embarazo
- Hipertensión al límite o prehipertensión
- No

b. Diabetes o azúcar en sangre

- Sí
- Sí, pero solo durante el embarazo
- Diabetes al límite o prediabetes
- No

c. Asma

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA A3

ci. ¿Todavía tiene asma?

- Sí
- No

A3. Si piensa en su salud mental, incluyendo estrés, depresión o problemas emocionales, ¿durante cuántos días en los últimos 30 días su salud mental NO estuvo bien?

Cantidad de días

A4. ¿Está limitado en alguna actividad por sus problemas emocionales, mentales o físicos?

- Sí
- No

A5. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido incomodado por cualquiera de los siguientes problemas?

a. Nerviosismo, ansiedad o irritabilidad

- Ninguna
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

b. Incapacidad para detener o controlar las preocupaciones

- Ninguna
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

c. Poco interés o placer en hacer cosas

- Ninguna
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

d. Desánimo, depresión o abatimiento

- Ninguna
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

A6. ¿Cuál es su altura descalzo?

Pies pulgadas

o

Centímetros

A7. ¿Cuánto pesa sin zapatos?

Si es una persona embarazada, informe su peso antes del embarazo.

Libras

o

Kilogramos

Sección B.

Acceso a atención médica

B1. ¿Tiene en este momento alguno de los siguientes tipos de seguro o cobertura médica?

(MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Seguro médico proporcionado por un empleador o comprado directamente por mí, mi cónyuge o familia
- Medicaid, MA, MinnesotaCare, u otro seguro público
- Medicare
- Otro; especifique _____
- No tengo cobertura médica (sin seguro)

B2. ¿Cuándo fue su última visita al dentista o una clínica dental por cualquier motivo?

- Dentro del último año
- Dentro de los últimos 2 años
- Dentro de los últimos 5 años
- Hace 5 o más años
- Nunca

B3. Durante los últimos 12 meses, ¿ha visto un médico, personal de enfermería u otro profesional por su propia salud?

- Sí
- No

B4. Cuando está enfermo o necesita atención médica, ¿dónde va habitualmente? (SELECCIONE SOLO UN LUGAR)

- Consultorio médico o clínica (incluso por video o teléfono)
- Sala de emergencias del hospital
- Atención de urgencias
- Clínica ubicada en un supermercado, farmacia o tienda
- No tengo un lugar habitual

B5. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo un momento en el que necesitó atención médica?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA B8

B6. ¿Demoró o no obtuvo la atención que pensó que necesitaba?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA B8

B7. ¿Fue por el costo o la falta de un seguro médico?

- Sí
- No

B8. Durante los últimos 12 meses, hubo un momento en el que deseó hablar o buscar ayuda de un profesional de la salud por estrés, depresión, un problema emocional, preocupación excesiva o pensamientos inquietantes?

Un profesional de la salud puede ser un médico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta o asesor.

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA B11

B9. ¿Demoró o no tuvo la atención que pensó que necesitaba?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA B11

B10. ¿Por qué demoró o no tuvo la atención que pensó que necesitaba? (MARQUE HASTA 3)

- No sabía dónde ir o cómo obtener ayuda.
- No pude encontrar un proveedor o una cita.
- No pude encontrar un proveedor que hable mi idioma o que entienda mi cultura.
- Sentí temor de lo que mi familia, la comunidad o las personas pudieran hacer o pensar.
- No tenía seguro o el costo era demasiado alto.
- Tenía responsabilidades laborales, familiares u otras
- Otro; especifique _____

B11. Durante los últimos 12 meses, ¿omitió dosis, tomó cantidades más pequeñas de su medicamento recetado o no compró un medicamento por el costo?

- Sí
- No
- No me prescribieron ningún medicamento.

B12. La telesalud se ha transformado en una forma común de tener atención médica. ¿Cuál de los siguientes le dificulta tener atención médica por medio de una computadora, tablet o smartphone? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- No tengo computadora, tablet o smartphone, o son lentos
- No tengo internet o es lenta
- No sé cómo hacerlo
- Mi proveedor no ofrece esta opción
- Otro; especifique _____
- Ninguno

Sección F.

Pandemia del COVID-19

F1. La pandemia del COVID-19 ha afectado a nuestra comunidad en muchos aspectos. Marque los modos en que su vida ha sido **negativamente** afectada por la pandemia del COVID-19. (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Salud física
- Salud mental
- Conexiones con familia o amigos
- Muerte de familiares o amigos
- Vivienda
- Trabajo o ingreso económico
- Acceso a educación y su calidad
- Otro; especifique _____
- Mi vida no ha sido afectada negativamente

F2. Marque los modos en que los menores (0 a 17 años) de su grupo familiar han sido **negativamente** por la pandemia del COVID-19. (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Salud física
- Salud mental
- Conexiones con familia o amigos
- Acceso a cuidado infantil y su calidad
- Acceso a educación y su calidad
- Otro; especifique _____
- La vida de mi hijo(a) no ha sido afectada negativamente
- No hay menores de 0 a 17 años en este grupo familiar

F3. ¿**Alguna vez** tuvo un resultado positivo en una prueba de COVID-19?

- Sí, pero NO fue necesario hospitalizarme
- Sí y ME HOSPITALIZARON
- No → VAYA A LA PREGUNTA G1

F4. ¿Tuvo algún síntoma que duró cuatro semanas o más debido al COVID-19?

- Sí
- No

Sección G.

Sobre usted

Las siguientes preguntas son sobre usted y su grupo familiar. La información nos ayudará a asegurarnos de que los datos de la encuesta representen a todos los que viven en el condado de Hennepin. Recuerde, sus respuestas son confidenciales.

G1. ¿Es...?

- Masculino
- Femenino
- No binario
- Otro; especifique _____

G2. ¿Se considera una persona transgénero?

- Sí
- No

G3. ¿Se considera una persona ...?

(MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Heterosexual
- Lesbiana o gay
- Bisexual o pansexual
- Queer
- Sin determinar
- Otro; especifique _____

G4. ¿Cuántos años tiene?

Años

G5. ¿Está en este momento...?

- Casado(a) viviendo con una pareja en una relación similar al matrimonio
- Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)
- Nunca me casé

G6. ¿Habla otro idioma diferente del inglés la mayor parte del tiempo en su hogar?

- Sí
- No

G7. INCLUIDO USTED; ¿cuántos adultos y menores viven en su hogar?

- Cantidad de adultos de 18 años y más, INCLUIDO USTED
- Cantidad de menores de 0 a 5 años
- Cantidad de menores de 6 a 11 años
- Cantidad de menores de 12 a 17 años

Sección C.

Estilos de vida y conductas saludables

E6. Durante los **últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia se preocupó porque su grupo familiar podría quedarse sin alimentos antes de que usted tuviera dinero para comprarlos?

- Con frecuencia
 A veces
 Pocas veces
 Nunca

E7. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los alimentos para su grupo familiar no alcanzaron y usted NO tuvo dinero para comprar más?

- Con frecuencia
 A veces
 Pocas veces
 Nunca

E8. Durante los últimos 12 meses, ¿usted o su familia no pagaron o demoraron el pago del alquiler o la hipoteca porque no tenían el dinero necesario?

- Sí
 No

E9. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se quedó en la casa de otra persona, en un refugio, durmió a la intemperie o en algún lugar no destinado a vivir porque no tuvo un lugar donde quedarse?

- Nunca
 Una vez
 Dos veces
 Tres o más veces

E10. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia la falta de transporte le impidió movilizarse a lugares donde necesitó ir, como trabajos, citas médicas o ir a hacer compras?

- Con frecuencia
 A veces
 Pocas veces
 Nunca

E11. ¿Con qué frecuencia está en una situación en la que siente que no es aceptado por su raza, etnia, religión o estado migratorio?

- Al menos una vez por semana
 Una o dos veces por mes
 Algunas veces al año
 Una vez al año o con menos frecuencia
 Nunca

E12. ¿Con qué frecuencia está en una situación en la que siente que no es aceptado por su orientación sexual o identidad de género?

- Al menos una vez por semana
 Una o dos veces por mes
 Algunas veces al año
 Una vez al año o con menos frecuencia
 Nunca

E13. Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado alguna de las siguientes situaciones? Si responde afirmativamente, ¿sintió discriminación o que fue tratado de manera injusta? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

Usted...

¿Solicitó un trabajo o trabajó en un lugar? ¿Sintió discriminación o que fue tratado de manera injusta?

- Sí
 No

Necesitó atención médica, mental o dental? ¿Sintió discriminación o que fue tratado de manera injusta?

- Sí
 No

¿Necesitó alquilar o comprar un lugar para vivir?

¿Sintió discriminación o que fue tratado de manera injusta?

- Sí
 No

¿Solicitó servicios sociales o asistencia pública? ¿Sintió discriminación o que fue tratado de manera injusta?

- Sí
 No

¿Tuvo contacto con la Policía? ¿Sintió discriminación o que fue tratado de manera injusta?

- Sí
 No

C1. Una porción de vegetales –no incluye papas fritas– es una taza de ensalada de vegetales de hoja verde o media taza de vegetales. ¿Cuántas porciones de vegetales comió ayer?

Cantidad de porciones

C2. Una porción de fruta es una fruta de tamaño mediano o media taza de fruta picada, cortada o enlatada. ¿Cuántas porciones de fruta comió ayer? No incluye jugo de fruta.

Cantidad de porciones

C3. ¿Qué tan fácil o difícil es conseguir...?

a. Frutas y vegetales en la zona donde vive

- Muy fácil
 Relativamente fácil
 Relativamente difícil
 Muy difícil

b. Alimentos en la zona donde vive que reflejan su cultura y que sean asequibles

- Muy fácil
 Relativamente fácil
 Relativamente difícil
 Muy difícil

C4. Durante los últimos 30 días, fuera de su trabajo habitual, ¿participó en alguna actividad física o ejercicio como caminar, correr, hacer jardinería, deportes u otros tipos de ejercicio?

- Sí
 No

C5. Durante una semana promedio, fuera de su trabajo habitual, ¿cuántos días participa en alguna actividad física o ejercicio durante 30 minutos por lo menos por día?

Cantidad de días

C6. Durante una semana promedio, ¿cuántos días camina o anda en bicicleta para ir o volver de lugares como el trabajo, las tiendas o hacer trámites?

Cantidad de días

Para las preguntas de C7 a C9, considere que una bebida con alcohol es una lata o una botella de cerveza, o una bebida de malta, un vaso de vino o una bebida a base de vino, un vasito de licor o un cocktail.

C7. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días bebió por lo menos una bebida con alcohol?

Cantidad de días

C8. Durante los últimos 30 días, los días que bebió, alrededor de cuántas bebidas consumió en promedio?

Cantidad de bebidas

C9. Teniendo en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante los últimos 30 días usted...?

a. Tuvo 4 o más bebidas en una ocasión

Cantidad de veces

b. Tuvo 5 o más bebidas en una ocasión

Cantidad de veces

C10. Durante los últimos 12 meses, ¿alguno de los siguientes ha sido un problema para usted o su familia? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Alcohol
 Marihuana
 Opioides (analgésicos de venta con receta, heroína o fentanilo)
 Otros fármacos; especifique _____
 Juegos de azar
 Ninguno → VAYA A LA PREGUNTA C12

C11. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el alcohol, la marihuana, los opioides, otros fármacos o los juegos de azar han sido un problema para usted o su familia?

- Con frecuencia
 Algunas veces
 Pocas veces
 Nunca

Sección D. ¿Cómo se siente?

C12. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? 100 cigarrillos = 5 paquetes

- Sí
 No → VAYA A LA PREGUNTA C15

C13. ¿Usted ahora fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

- Todos los días
 Algunos días
 Nunca → VAYA A LA PREGUNTA C15

C14. ¿Su marca de cigarrillos habitual es mentolada o no mentolada?

- Mentolada
 No mentolada
 No tengo una marca habitual
 No fumo cigarrillos

C15. ¿Alguien, incluido usted, fuma regularmente dentro de su hogar?

- Sí
 No

C16. ¿Vapea o usa cigarrillos electrónicos actualmente?

- Todos los días
 Algunos días
 Solía hacerlo, pero no ahora
 Nunca

C17. Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido marihuana o productos que contienen tetrahidrocannabinol (THC) en cualquier formato? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Sí, prescrito por un médico o un proveedor de atención médica
 Sí, lo usé por otros motivos
 No, no consumí marihuana ni productos con THC

Las preguntas D1 a D6 consultan sobre cómo se ha estado sintiendo durante los últimos 30 días.

D1. ¿Con qué frecuencia se sintió tan triste que nada podría alegrarlo(a)?

- Ninguna vez
 Pocas veces
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Todo el tiempo

D2. ¿Con qué frecuencia sintió nerviosismo?

- Ninguna vez
 Pocas veces
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Todo el tiempo

D3. ¿Con qué frecuencia sintió tanta inquietud o impaciencia que no pudo quedarse sentado tranquilo(a)?

- Ninguna vez
 Pocas veces
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Todo el tiempo

D4. ¿Con qué frecuencia sintió desesperanza?

- Ninguna vez
 Pocas veces
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Todo el tiempo

D5. ¿Con qué frecuencia sintió que todo era un esfuerzo?

- Ninguna vez
 Pocas veces
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Todo el tiempo

D6. ¿Con qué frecuencia se sintió una persona sin valor?

- Ninguna vez
 Pocas veces
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Todo el tiempo

D7. ¿Con qué frecuencia consigue el apoyo social o emocional que necesita? *Incluya el apoyo proporcionado desde cualquier fuente, como la familia, amigos, vecinos o compañeros de trabajo.*

- Siempre
 Regularmente
 A veces
 Pocas veces
 Nunca

D8. ¿Con qué frecuencia siente soledad o aislamiento de los demás?

- Siempre
 Regularmente
 A veces
 Pocas veces
 Nunca

Sección E. Acerca de su comunidad

E1. En general, ¿cuánto impacto piensa que tiene usted para hacer que su comunidad sea un lugar mejor y más seguro para vivir?

- Gran impacto
 Moderado
 Poco
 Ninguno
 No lo sé

E2. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

a. Esta es una buena comunidad para criar niños.

- Muy de acuerdo
 Relativamente de acuerdo
 Relativamente en desacuerdo
 Muy en desacuerdo

b. Las personas de mi vecindario tienen acceso a parques o senderos seguros para caminar o andar en bicicleta.

- Muy de acuerdo
 Relativamente de acuerdo
 Relativamente en desacuerdo
 Muy en desacuerdo

E3. En general, ¿cómo considera que es su vecindario en cuanto a seguridad respecto de delitos/crimen?

- Muy seguro
 Relativamente seguro
 Algo inseguro
 No es seguro

E4. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha experimentado violencia?

Esto incluye cualquier amenaza con un arma, un ataque o violencia doméstica.

- Sí, durante el año pasado
 Sí, hace más de un año
 No

E5. Durante los últimos 12 meses, ¿usted o alguien de su grupo familiar recibió Medical Assistance (MA), ayuda de alimentos (como cupones para alimentos, SNAP), WIC o asistencia en efectivo como MFIP o General Assistance (GA)?

- Sí
 No
 No lo sé