

Encuesta del Plan Estatal para la Tercera Edad de Washington

Administración de Apoyos para Adultos Mayores y a Largo Plazo (ALTSA, por sus siglas en inglés) necesita su ayuda. Por favor tómese unos minutos para contestar la Encuesta 2022 del Plan Estatal para la Tercera Edad de ALTSA del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (DSHS, por sus siglas en inglés). ¡Queremos saber de usted!

- Sus respuestas ayudarán a la ALTSA a planear sus servicios y elaborar un Plan Estatal para la Tercera Edad 2023-2027 de Washington.
- Esta encuesta es anónima y confidencial. Esta encuesta no pide información que pueda identificarlo, y se han implementado varias protecciones para que nadie sepa cuáles fueron sus respuestas.
- Por favor participe en este proceso de planeación contestando esta breve encuesta.
- Por favor contéstela antes del 31 de diciembre de 2022.

También puede ahorrar tiempo y reducir el uso de papel contestando la encuesta en línea.

Utilice cualquier computadora o dispositivo móvil para visitar:

<https://www.research.net/r/2022StatePlanonAging>

Instrucciones:

1. Para cada pregunta, llene en la hoja de respuestas el espacio que mejor describa su opinión o conocimiento.
2. Solamente dé una respuesta a cada pregunta, excepto cuando se indique lo contrario.
3. Si una pregunta no es aplicable a usted, deje la respuesta en blanco.

Envíe esta encuesta impresa en el sobre de respuesta incluido, O a:

ALTSA State Plan on Aging Survey
PO Box 45600
Olympia, WA 98504

PREGUNTAS PARA TODAS LAS PARTES INTERESADAS EN EL ESTADO: Para cada pregunta, elija la respuesta que mejor describa su opinión o conocimiento. Si una pregunta no es aplicable a usted, deje la respuesta en blanco.

1. Usted es: (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Un adulto mayor con necesidades de cuidado (60 años de edad o más).
- Un adulto mayor sin necesidades de cuidado (60 años de edad o más).
- Un cuidador remunerado de un adulto mayor.
- Un familiar de un adulto mayor que necesita cuidados.
- Un amigo o vecino de un adulto mayor que necesita cuidados.
- Trabajo como proveedor de servicios de adultos mayores.
- Otro (especifique)

Si seleccionó "Trabajo como proveedor de servicios de adultos mayores", conteste la pregunta 1.a.

1.a. Describa los tipos de servicios que presta:

2. ¿Cuáles son los problemas más importantes que enfrentan hoy los adultos mayores? (Seleccione hasta tres)

- Enfermedad de Alzheimer o pérdida de la memoria
- Servicios de salud asequibles
- Envejecer sin mudarse
- Vivienda que sea asequible
- Enfermedades crónicas (como diabetes, artritis, etc.)
- Delitos / Fraudes / Maltrato
- Acceso igualitario a servicios
- Caídas
- Seguridad financiera/dinero para subsistir
- Incapacidad para conducir
- No saber en dónde solicitar ayuda
- Colocación en una casa de reposo
- Nutrición / Incapacidad para cocinar
- Otro (especifique)

3. A continuación se presenta una lista de servicios financiados por el gobierno que actualmente se ofrecen a los adultos mayores. Indique qué tan importante es cada servicio:

	Muy Importante	Algo Importante	Menos Importante
Apoyos para personas que brinden cuidados no remunerados a familiares (como cuidados de relevo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios diurnos para adultos (como cuidado diurno para adultos y servicios de salud diurnos para adultos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información y servicios de asistencia para conocer sus opciones y ayuda para obtener servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte (a citas médicas y otros servicios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comidas a domicilio (Meals on Wheels)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comidas servidas en centros para adultos mayores y otros entornos colectivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas para ayudar a prevenir el maltrato, el abandono y la explotación de adultos mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de cuidado personal que ayuden a las personas a permanecer en sus viviendas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas que ayuden a las personas con demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clases de vida saludable (como ejercicio, prevención de enfermedades y autocontrol de enfermedades)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para obtener información sobre sus opciones de seguro de salud y cómo inscribirse en planes (como Medicare, Medicaid, apoyos a largo plazo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivienda económica y accesible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de asistencia legal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casas de reposo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros tipos de atención residencial (como vida asistida, hogares familiares para adultos, cuidado de la memoria)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para regresar a su vivienda y permanecer en ella después de una estancia en un hospital o una casa de reposo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios para drogas y alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidades sociales y de voluntariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda para encontrar capacitación y colocación laboral para adultos mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómo prevenir caídas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoyos para abuelos y otros familiares que están criando niños (programas de familiares cuidadores)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros (<i>describa a continuación</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Describa los "otros".

*** 4. Durante el último año, ¿usted o alguno de sus familiares recibieron uno o más de los servicios antes descritos (en la pregunta 3)?**

- Sí
- No

Si contestó que sí, conteste las preguntas 4.a. y 4.b.

4.a. Indique cuáles de los siguientes servicios para adultos mayores han recibido usted o un familiar en el último año (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Apoyos para personas que brinden cuidados no remunerados a familiares (como cuidados de relevo)
- Servicios diurnos para adultos (como cuidado diurno para adultos y servicios de salud diurnos para adultos)
- Información y servicios de asistencia para conocer sus opciones y ayuda para obtener servicios
- Transporte (a citas médicas y otros servicios)
- Comidas a domicilio (Meals on Wheels)
- Comidas servidas en centros para adultos mayores y otros entornos colectivos
- Programas para ayudar a prevenir el maltrato, el abandono y la explotación de adultos mayores
- Servicios de cuidado personal que ayuden a las personas a permanecer en sus viviendas
- Programas que ayuden a las personas con demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer
- Clases de vida saludable (como ejercicio, prevención de enfermedades y autocontrol de enfermedades)
- Ayuda para obtener información sobre sus opciones de seguro de salud y cómo inscribirse en planes (como Medicare, Medicaid, apoyos a largo plazo)
- Vivienda económica y accesible
- Servicios de asistencia legal
- Casas de reposo
- Otros tipos de atención residencial (como vida asistida, hogares familiares para adultos, cuidado de la memoria)
- Ayuda para regresar a su vivienda y permanecer en ella después de una estancia en un hospital o una casa de reposo
- Servicios para drogas y alcohol
- Servicios de salud mental
- Oportunidades sociales y de voluntariado
- Ayuda para encontrar capacitación y colocación laboral para adultos mayores
- Cómo prevenir caídas
- Apoyos para abuelos y otros familiares que están criando niños (programas de familiares cuidadores)
- Otros (*describa a continuación*)

4.b. En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con los servicios que recibió?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- No tengo opinión
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

5. Conteste la siguiente pregunta con sí o no:

¿Ha participado por lo menos en una cita de telesalud con su proveedor de servicios de salud en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

6. Cuando hay opciones disponibles, ¿cómo prefiere inscribirse a nuevos programas y servicios?

Clasifique sus métodos preferidos, donde 1 es su primera opción y 6 es la última.

	Primera opción				Última opción	
	1	2	3	4	5	6
En línea - Computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En línea - Teléfono inteligente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llamada telefónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por correo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien más se inscribe por mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Cómo prefiere recibir avisos de las novedades sobre la información de sus servicios y los apoyos disponibles? (Seleccione hasta tres).

- Folletos o manuales impresos
- Grupos de apoyo
- Reuniones
- Boletín informativo
- Sitio de internet
- Redes sociales (*Facebook, Twitter*)
- Correos electrónicos
- Aplicaciones en dispositivos móviles
- Otro (especifique)

*** 8. ¿Su lengua materna es el inglés?**

- Sí
- No

Si contestó que no, conteste la pregunta 8.a.

8.a. ¿Pudo encontrar información sobre un programa o servicio en su lengua materna?

- Sí
- No (escriba en qué idioma no pudo encontrar información:

9. ¿Cuáles nuevos servicios recibió durante la pandemia de COVID-19? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Servicios, apoyos o cursos relacionados con el aislamiento social
- Tecnologías de asistencia (cualquier artículo, dispositivo o equipo usado para mantener o mejorar su independencia, como ayuda para obtener y usar aparatos electrónicos para ayudar en sus interacciones sociales)
- Estudios de detección de aislamiento social o depresión
- Información sobre acceso a vacunas o sobre la situación de inmunización
- Servicios que apoyan la preparación para emergencias
- No recibió servicios nuevos
- Otro (especifique)

10. Califique qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ninguna opinión	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Necesité ayuda para hacer una cita para la vacuna contra el COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibí la ayuda que necesitaba para hacer una cita para la vacuna contra la COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Escriba otros comentarios que tenga sobre su experiencia durante la pandemia de COVID-19.

12. ¿Se encarga de cuidar a alguien más que usted?

- Sí
- No

Si contestó que sí, conteste las preguntas 12.a y 12.b.

12.a. ¿Quién es la persona o las personas a las que cuida con más frecuencia?

- Hijo(s)
- Nieto(s)
- Cónyuge/Pareja
- Padres o suegros ancianos
- Familia extendida
- Paciente/Cliente/Otra persona que no es un familiar
- Otro (especifique)

12.b. ¿Durante cuánto tiempo ha brindado cuidados?

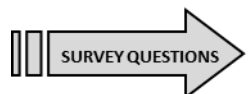
- 0 a 1 año
- 2 a 4 años
- 5 a 9 años
- 10 años o más

13. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

- Vivienda propia sin hipoteca
- Vivienda propia con hipoteca
- Alquiler (departamento o casa)
- Vivienda para adultos mayores con vida independiente
- Vivienda para adultos mayores con vida asistida
- Vivienda económica o subsidiada (como viviendas de la Sección 8 o con apoyos del gobierno)
- Vive con familiares o amigos
- Se encuentra sin hogar
- Otro (especifique)

14. ¿Quién más vive en su hogar? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Vivo solo
- Solo con un cónyuge o pareja
- Hijos adultos
- Nietos
- Cuidador remunerado
- Compañero de casa
- Otro (especifique)



15. Díganos si tiene lo siguiente:

	Sí	No
Tengo computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TENGO teléfono inteligente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo internet confiable en casa o en un teléfono inteligente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. ¿Ha tenido suficiente dinero para pagar todas sus necesidades básicas en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

Si contestó que no, conteste la pregunta 16.a

16.a. ¿Cuál de las siguientes necesidades no tuvo suficiente dinero para pagar? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

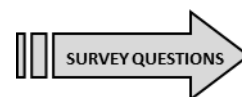
- Vivienda
 Servicios básicos
 Alimentos
 Atención médica o servicios de salud
 Transporte
 Ropa
 Otro (especifique)

17. Califique qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ninguna opinión	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento confianza en tomar decisiones sobre mi salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TENGO alguien con quien hablar sobre mis éxitos y problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME siento aceptado e incluido en mi comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento seguro en donde vivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. ¿Con cuánta frecuencia se siente solitario o aislado de quienes lo rodean?

- Nunca Rara vez A veces Con frecuencia Siempre



19. Escriba otros comentarios que tenga sobre las necesidades, las prioridades y el acceso a los servicios de los adultos mayores del estado de Washington.

¡Casi ha terminado! Por favor conteste algunas preguntas importantes acerca de usted para ayudarnos a brindar servicios de alta calidad.

20. ¿Cuántos años tiene?

- Menos de 50
- 50 - 55
- 56 - 59
- 60 - 64
- 65 - 74
- 75 - 84
- Más de 85

21. ¿Cuál es su género?

- Masculino
- Femenino
- Queer*/No binario
- Prefiero no especificar
- No mencionado

22. ¿Se identifica como transgénero?

- Sí
- No
- Prefiero no especificar

23. Indique con qué razas o grupos étnicos se identifica: (seleccione todos los que correspondan)

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="radio"/> Indio asiático | <input type="radio"/> Nativo de Hawaii | <input type="radio"/> Otro asiático |
| <input type="radio"/> Negro o afroamericano | <input type="radio"/> Vietnamita | <input type="radio"/> Samoano | <input type="radio"/> Hispano/Latino |
| <input type="radio"/> Chino | <input type="radio"/> Coreano | <input type="radio"/> Chamorro | <input type="radio"/> Blanco |
| <input type="radio"/> Filipino | <input type="radio"/> Japonés | <input type="radio"/> Otro isleño del Pacífico | <input type="radio"/> Prefiero no decir |
| <input type="radio"/> Otra raza o grupo étnico (especifique) | | | |

24. Hay 13 regiones de planificación y servicio que planifican y prestan servicios a los adultos mayores en todo el estado de Washington. Seleccione la agencia que presta estos servicios en donde usted vive:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Olympic Area Agency on Aging | <input type="radio"/> Pierce County Aging and Disability Resources | <input type="radio"/> Southeast Washington Aging and Long-Term Care | <input type="radio"/> Kitsap County Division of Aging & Long-Term Care |
| <input type="radio"/> Northwest Regional Council | <input type="radio"/> Lewis-Mason-Thurston Area Agency on Aging | <input type="radio"/> Yakama Nation Area Agency on Aging | <input type="radio"/> No sé |
| <input type="radio"/> Snohomish County Aging & Disability Services | <input type="radio"/> Area Agency on Aging & Disabilities of Southwest Washington | <input type="radio"/> Aging & Long-Term Care of Eastern Washington | |
| <input type="radio"/> King County Aging & Disability Services | <input type="radio"/> Aging & Adult Care of Central Washington | <input type="radio"/> Confederated Tribes of the Colville Reservation Area Agency on Aging | |

25. Seleccione el condado en donde usted vive:

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Adams | <input type="radio"/> Franklin | <input type="radio"/> Lewis | <input type="radio"/> Snohomish |
| <input type="radio"/> Asotin | <input type="radio"/> Garfield | <input type="radio"/> Lincoln | <input type="radio"/> Spokane |
| <input type="radio"/> Benton | <input type="radio"/> Grant | <input type="radio"/> Mason | <input type="radio"/> Stevens |
| <input type="radio"/> Chelan | <input type="radio"/> Grays Harbor | <input type="radio"/> Okanogan | <input type="radio"/> Thurston |
| <input type="radio"/> Clallam | <input type="radio"/> Island | <input type="radio"/> Pacific | <input type="radio"/> Wahkiakum |
| <input type="radio"/> Clark | <input type="radio"/> Jefferson | <input type="radio"/> Pend Oreille | <input type="radio"/> Walla Walla |
| <input type="radio"/> Columbia | <input type="radio"/> King | <input type="radio"/> Pierce | <input type="radio"/> Whatcom |
| <input type="radio"/> Cowlitz | <input type="radio"/> Kitsap | <input type="radio"/> San Juan | <input type="radio"/> Whitman |
| <input type="radio"/> Douglas | <input type="radio"/> Kittitas | <input type="radio"/> Skagit | <input type="radio"/> Yakima |
| <input type="radio"/> Ferry | <input type="radio"/> Klickitat | <input type="radio"/> Skamania | |

Este es el final de la encuesta.

¡Gracias por tomarse el tiempo para contestar la encuesta del Plan Estatal para la Tercera Edad de Washington!

Sus respuestas son muy importantes para nosotros.