

Cuestionario “Salud en tu Vida”



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD
DE LA SALUD



Centro de Ciencias
de la Complejidad

¡BIENVENIDO! ¡BIENVENIDA!

Agradecemos su participación.

Todos sus datos e información serán confidenciales y solamente serán utilizados con fines de investigación.

El siguiente cuestionario cuenta con diferentes secciones, le llevará 15 minutos responderlo, le pedimos sinceridad al realizarlo.

Hay 110 preguntas en la encuesta.

Estimad@ participante:

A continuación se presenta el consentimiento informado para poder participar en nuestro proyecto, lea cuidadosamente y al final da su consentimiento si está de acuerdo.

El proyecto es una colaboración entre varias instituciones nacionales e internacionales, incluyendo a La Universidad de la Salud, la UNAM y la Universidad Iberoamericana. Nuestro proyecto ha sido revisado y aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM con el número de registro: FM/DI/152/2016 y con una vigencia hasta el 05 de abril de 2025.

Es importante enfatizar que sus datos serán anonimizados y completamente confidenciales.

A continuación le presentamos algunos de los beneficios que obtendrá al participar con nosotros:

1. Ayudar a crear conocimiento nuevo por participar en un estudio científico completamente innovador a nivel mundial.
2. Poder participar en un futuro en otras etapas (protocolos) del proyecto y poder recibir un estudio de bioquímica sanguínea gratis.

Confidencialidad y declaración de privacidad: Durante todo el tiempo que participe en este estudio, se respetará su derecho a salvaguardar su integridad, adoptando todas las precauciones necesarias para respetar su intimidad y reducir al mínimo el impacto que el estudio pudiera causar sobre su integridad física, mental y su personalidad. El derecho de privacidad incluye la revisión de su información personal y de salud recabada por el investigador, además de que tiene todo el derecho de no brindarnos información que lo identifique directamente como son: su nombre, dirección, teléfono, dirección electrónica u otras características personales. Los

resultados obtenidos de la investigación podrán publicarse en revistas científicas, presentarse en conferencias o congresos científicos, y/o comentarse con otros investigadores sin mencionar información personal de los participantes. Se encuentra en la completa libertad de rechazar su participación en el estudio y puede suspender tu participación en cualquier momento.

Aceptación de participación en protocolo de investigación

Declaro que he leído acerca del procedimiento a seguir en el protocolo de investigación. He sido informado que no se me administrará ningún medicamento y que el procedimiento de registro y exposición a los estímulos en computadora no es una técnica invasiva y por tanto no afectará mi salud. Me han sido explicados los beneficios que se esperan de su aplicación, las metas del estudio y los riesgos que conlleva su realización. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado. Si surgieran dudas, puedo hacer todas las preguntas que yo quiera sobre el proyecto en cualquier momento. Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. Asimismo, puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando el mismo haya concluido. El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. En consecuencia doy mi consentimiento para participar voluntariamente en esta investigación, reconozco que la información que yo provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Gracias por su participación.

¿Ha leído el consentimiento informado?

*

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Da su consentimiento para participar en la encuesta de "Salud en tu vida"? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

Nombre *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Apellido paterno *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Apellido materno

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Fecha de nacimiento *

Por favor, introduzca una fecha:

Para cambiar de fecha rápidamente, haga clic en el encabezado de mes o año

Sexo *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ No quiero responder

Código postal *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Ocupación *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Estudiante
- ☐ Trabajo
- ☐ Estudio y trabajo
- ☐ Jubilado
- ☐ No trabajo

☐ Otro

Grado de estudios concluidos *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Ninguno
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Bachillerato
- ☐ Carrera técnica
- ☐ Licenciatura
- ☐ Maestría
- ☐ Doctorado

Estado civil *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Soltero
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Unión libre
- ☐ Viudo/a

☐ Otro

¿Tiene hijos? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuántos hijos tiene?

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Correo electrónico *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Registrar mi correo electrónico
- ☐ No tengo
- ☐ No aplica

Registre su correo electrónico *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Teléfono celular *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Registrar mi teléfono celular
- ☐ No tengo
- ☐ No aplica

Registre su teléfono celular (a 10 digitos sin guiones ni espacios) *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿Algún familiar padece o padecía diabetes? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

En caso de que la respuesta anterior sea sí, por favor, mencione quien o quienes y si sabe la edad a la que fueron diagnosticados *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Abuelo

☐ Abuela

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hermanos(as)

☐ Tíos(as)

☐ Hijos(as)

Si hay mas que un tío, tía, hermano, hermana, hijo o hija se puede separar por comas.

Ejemplo: 50, 52, 60

¿Algún familiar padece o padecía de obesidad o sobrepeso? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

En caso de que la respuesta anterior sea sí, por favor, mencione quien o quienes y si sabe la edad a la que fueron diagnosticados *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Abuelo

☐ Abuela

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hermanos(as)

☐ Tíos(as)

☐ Hijos(as)

Si hay mas que un tío, tía, hermano, hermana, hijo o hija se puede separar por comas.

Ejemplo: 50, 52, 60

¿Algún familiar padece o padecía de hipertensión? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

En caso de que la respuesta anterior sea sí, por favor, mencione quien o quienes y si sabe la edad a la que fueron diagnosticados *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Abuelo

☐ Abuela

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hermanos(as)

☐ Tíos(as)

☐ Hijos(as)

Si hay mas que un tío, tía, hermano, hermana, hijo o hija se puede separar por comas.

Ejemplo: 50, 52, 60

¿Algún familiar padece o padecía de dislipidemias (alteración en el perfil lipídico, caracterizada por niveles elevados en sangre de partículas de grasa, por ejemplo triglicéridos, colesterol, LDL, bajo HDL)? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

En caso de que la respuesta anterior sea sí, por favor, mencione quien o quienes y si sabe la edad a la que fueron diagnosticados: *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Abuelo

☐ Abuela

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hermanos(as)

☐ Tíos(as)

☐ Hijos(as)

Si hay mas que un tío, tía, hermano, hermana, hijo o hija se puede separar por comas.

Ejemplo: 50, 52, 60

¿Algún familiar padece o padecía de alguna enfermedad cardiovascular? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

En caso de que la respuesta anterior sea sí, por favor, mencione quien o quienes y si sabe la edad a la que fueron diagnosticados *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Abuelo

☐ Abuela

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hermanos(as)

☐ Tíos(as)

☐ Hijos(as)

Si hay mas que un tío, tía, hermano, hermana, hijo o hija se puede separar por comas.

Ejemplo: 50, 52, 60

¿Algún familiar padece o padecía de enfermedad renal crónica? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

En caso de que la respuesta anterior sea sí, por favor, mencione quien o quienes y si sabe la edad a la que fueron diagnosticados *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Abuelo

☐ Abuela

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hermanos(as)

☐ Tíos(as)

☐ Hijos(as)

Si hay mas que un tío, tía, hermano, hermana, hijo o hija se puede separar por comas.

Ejemplo: 50, 52, 60

¿Algún familiar padece o padecía cáncer? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

En caso de que la respuesta anterior sea sí, por favor, mencione quien o quienes y si sabe la edad a la que fueron diagnosticados *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Abuelo

☐ Abuela

☐ Madre

☐ Padre

☐ Hermanos(as)

☐ Tíos(as)

☐ Hijos(as)

Si hay mas que un tío, tía, hermano, hermana, hijo o hija se puede separar por comas.

Ejemplo: 50, 52, 60

En los últimos dos años, ¿algún familiar falleció? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso de que la respuesta sea sí, ¿a qué edad falleció su familiar y cuál fue la causa de su muerte?

	Edad	Causa de muerte
Abuelo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abuela	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hermanos(as)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tíos(as)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijos(as)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Padece de alguna enfermedad? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Qué enfermedad ha padecido y a qué edad fue diagnosticada? *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Ninguna

☐ Diabetes

☐ Obesidad o sobrepeso

☐ Hipertensión

☐ Dislipidemias

☐ Enfermedad cardiovascular

☐ Enfermedad renal crónica

☐ Cáncer

☐ Covid-19

☐ Enfermedades respiratorias

Otro:

¿Otra enfermedad?

	Enfermedad	Edad
Otra	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Quién le diagnóstico la(s) enfermedad(es)? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

☐ Médico general

☐ Médico especialista

☐ Otro:

Actualmente, ¿consume algún medicamento para su enfermedad? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

☐ Sí

☐ No

En caso de que la pregunta anterior sea sí, por favor indique el nombre del medicamento *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Actualmente, ¿consume algún suplemento alimenticio? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

☐ Sí

☐ No

En caso de que la pregunta anterior sea sí, por favor indique el nombre del suplemento *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Selecciona la o las opciones correspondientes, ¿A qué servicios de salud acude y con qué frecuencia?

Para especificar la frecuencia se debe usar la siguiente codificación

1: Una vez a la semana; **2:** Más de una vez a la semana;
3: Una vez cada quince días; **4:** Una vez cada tres meses; **5:** Una vez cada seis meses; **6:** Menos de una vez al año; **7:** No aplica

*

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ No aplica

☐ Médico general

☐ Médico internista

☐ Oftalmología

☐ Endocrinología

☐ Cancerología

☐ Neurología

☐ Gastroenterología

☐ Urología

☐ Ginecología y obstetricia

☐ Pediatría

☐ Psiquiatría☐ Psicología☐ Nutrición

¿Con qué frecuencia acude a estos servicios? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Una vez a la semana
- ☐ Más de una vez a la semana
- ☐ Una vez cada quince días
- ☐ Una vez cada tres meses
- ☐ Una vez cada seis meses
- ☐ Menos de una vez al año
- ☐ No aplica

¿Fuma? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso de que la respuesta anterior sea sí, **indique la cantidad de cigarrillos que fuma al día:**
*

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿Consume alcohol? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Qué tipo de alcohol bebe con frecuencia? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- ☐ Cerveza
- ☐ Vino
- ☐ Destilados

¿Con qué frecuencia consume alcohol? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ 6-7 días a la semana
- ☐ 3-5 días a la semana
- ☐ 1-2 días a la semana
- ☐ Menos que un día a la semana

Indique la cantidad promedio o unidades (vasos, copas, shots) de alcohol que ingiere cada vez que toma: *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿A qué edad fue su primera menstruación?

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Antes de los 10
- ☐ 11-13 años
- ☐ 14-15 años
- ☐ 16-17 años
- ☐ >18 años
- ☐ No sé
- ☐ No quiero responder

¿Ha sufrido de amenorrea (ausencia de la menstruación)?

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha estado embarazada?

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No quiero responder

En caso de que la respuesta anterior sea sí indique si:

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Número de abortos

☐ Número de partos

☐ Número de cesáreas

☐ No quiero responder

¿Cómo considera su salud física actual? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

¿Cómo considera su salud emocional actual? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

¿Cómo considera su salud actual en comparación con la de hace cinco años? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Mucho mejor ahora que hace cinco años
- ☐ Algo mejor ahora que hace cinco años
- ☐ Igual que hace cinco años
- ☐ Algo peor ahora que hace cinco años
- ☐ Mucho peor ahora que hace cinco años

Durante el último mes, ¿tuvo que dejar de hacer algunas actividades cotidianas a causa de su salud física? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

Durante el último mes, ¿tuvo que dejar de hacer algunas actividades cotidianas a causa de su salud emocional? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

Considera que su calidad de vida es: *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

En los últimos meses, ha pasado por experiencias que han aumentado sus niveles de ansiedad o estrés *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

En el último mes, ¿ha tenido problemas para dormir? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Considera que cuándo duerme descansa? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

Aproximadamente, ¿cuántas horas duerme al día? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿En qué categoría considera su peso actual?

*

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Muy bajo
- ☐ Bajo
- ☐ Normal
- ☐ Sobrepeso
- ☐ Obesidad
- ☐ No quiero responder

¿Cuál es su peso actual? _Kg *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

En caso de no saber su peso actual, registre el peso que recuerde o un aproximado.

¿Cuál es su estatura? _cm *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿Cada cuánto tiempo se pesa? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Diario
- ☐ 1 vez a la semana
- ☐ 1 vez al mes
- ☐ Cada 6 meses
- ☐ 1 vez por año
- ☐ No me peso
- ☐ No quiero responder

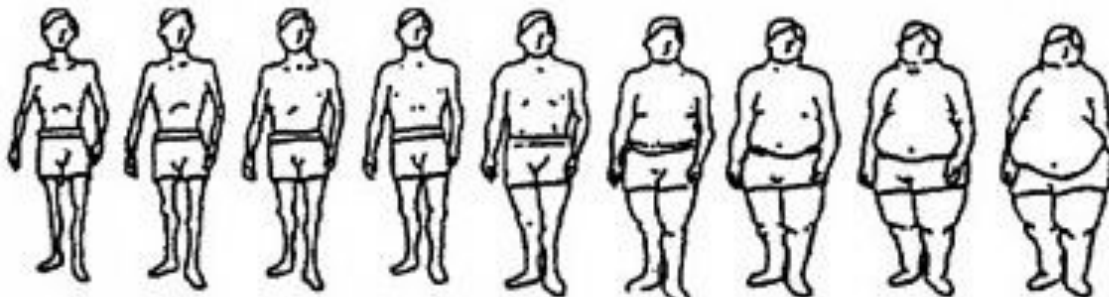
☐ Otro

¿Qué acciones te gustaría tomar respecto a tu peso? *

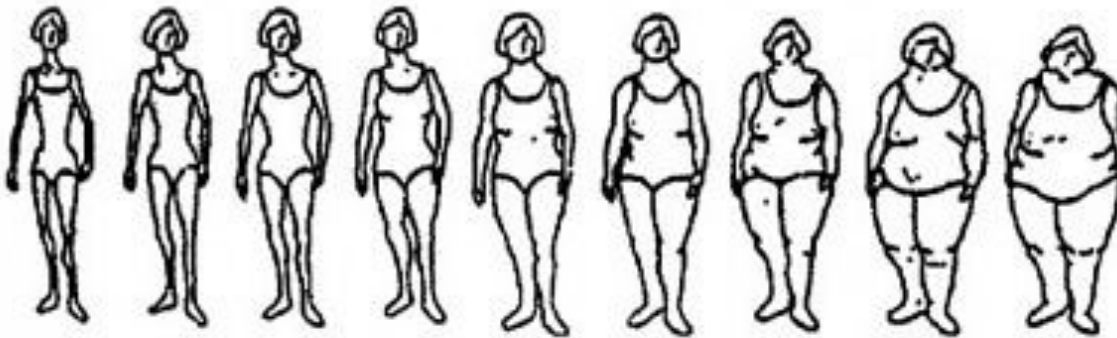
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Bajar de peso
- ☐ Estoy contento con mi peso
- ☐ Subir de peso
- ☐ No sé
- ☐ No quiero responder

De la imagen que se encuentra a continuación:



1 2 3 4 5 6 7 8 9



1 2 3 4 5 6 7 8 9

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿En qué lugar se encuentra usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿En qué lugar le gustaría estar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué acciones ha realizado para bajar de peso o mantenerse en su peso? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- ☐ He ayunado
- ☐ He vomitado
- ☐ He hecho dietas restrictivas
- ☐ He cambiado mis hábitos de alimentación
- ☐ He aumentado mi actividad física
- ☐ He realizado ejercicio excesivo
- ☐ He usado pastillas
- ☐ He usado laxantes o diuréticos
- ☐ He acudido con un profesional de la salud
- ☐ No aplica (No he intentado cambiar de peso)

☐ Otro:

¿Tiene la sensación de no poder parar de comer? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Nunca
- ☐ Casi nunca
- ☐ A veces
- ☐ Con frecuencia
- ☐ Con mucha frecuencia

¿En qué parte de su cuerpo diría que acumula más grasa? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Por arriba de la cintura
- ☐ En la cintura
- ☐ Por debajo de la cintura
- ☐ En ninguna parte

☐ Otro

Hábitos alimentarios

¿Cuántas comidas realiza al día? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ 1
- ☐ 2-3
- ☐ 4-5
- ☐ >5

¿Considera que come? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Mucho más de lo recomendado
- ☐ Más de lo recomendado
- ☐ Lo recomendado
- ☐ Menos de lo recomendado
- ☐ Mucho menos de lo recomendado

Por favor indique cuáles de los incisos corresponden típicamente al ambiente durante sus comidas: *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Frecuentemente	De vez en cuando	Nunca
Como deprisa porque no tengo tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como parado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veo la televisión mientras como	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como sentado y hago otras actividades (revisar pendientes, leer, ver el celular)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me tomo el tiempo suficiente para comer, me concentro en la comida y sus sabores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Pasas por puestos de la calle durante sus actividades cotidianas? *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	6-7 días a la semana	3-5 días a la semana	1-2 días a la semana	Menos que un día a la semana	Nunca
Durante la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante la tarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántas veces come en un puesto de la **calle**? Especificar el tiempo de comida que realiza fuera de casa, por ejemplo desayuno, comida o cena. *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	6-7 días a la semana	3-5 días a la semana	1-2 días a la semana	Menos que un día a la semana	Nunca
Desayuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pasas por restaurantes durante sus actividades cotidianas? *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	6-7 días a la semana	3-5 días a la semana	1-2 días a la semana	Menos que un día a la semana	Nunca
Durante la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante la tarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántas veces come en un **restaurante**? Especificar el tiempo de comida que realiza fuera de casa, por ejemplo desayuno, comida o cena. *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	6-7 días a la semana	3-5 días a la semana	1-2 días a la semana	Menos que un día a la semana	Nunca
Desayuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántas veces come en **casa**? Especificar el tiempo de comida que realiza en casa, por ejemplo desayuno, comida o cena. *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	6-7 días a la semana	3-5 días a la semana	1-2 días a la semana	Menos que un día a la semana	Nunca
Desayuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frecuencia de consumo *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	6-7 veces a la semana	3-5 veces a la semana	1-2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca
Refresco, jugos industrializados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dulces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carne roja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollo y pescado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tortilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arroz o pasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leguminosas (frijol, lenteja, haba)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frutas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentos fritos, capeados, empanizados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embutidos (jamón, salchicha, mortadella, chorizo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentos procesados (Pan de caja, galletas, papas fritas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lácteos (Queso, mantequilla, yogur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agua simple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cuando compra alimentos se fija en el etiquetado de advertencia o en la tabla nutrimental *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Nunca
- ☐ Casi nunca
- ☐ A veces
- ☐ Con frecuencia
- ☐ Con mucha frecuencia

¿Cuál de estos aspectos influye en sus decisiones de compra?
Especifique la prioridad de su elección en el cuadro de texto
de la derecha *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ Precio

☐ Presencia de sellos

☐ Ingredientes

☐ Recomendaciones de amigos o familiares

☐ Sabor

☐ Presentación

☐ Promociones

☐ Es saludable

Otro:

¿Hubo alguna vez que haya comido poca variedad de alimentos por falta de dinero? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No quiero responder

¿Hubo alguna vez en que usted haya tenido que dejar de desayunar, comer o cenar porque no había suficiente dinero para obtener alimentos? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No quiero responder

¿Hubo alguna vez en que haya sentido hambre pero no comió porque no había suficiente dinero para obtener alimentos? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No quiero responder

¿Hubo alguna vez en que usted haya dejado de comer todo un día por falta de dinero? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No quiero responder

¿Su trabajo o estudio implica actividad física? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, seleccione un nivel de actividad física *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Alto
- ☐ Bajo

¿Realiza ejercicio? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ un día a la semana
- ☐ dos días a la semana
- ☐ tres días a la semana
- ☐ cuatro días a la semana
- ☐ cinco días a la semana
- ☐ seis días a la semana
- ☐ toda la semana

¿Cuál es el número total de horas de ejercicio que hace por semana? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿Qué tipo de ejercicio realiza típicamente y cuánto tiempo dedica por sesión? *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Menos de 15 minutos	15-30 minutos	30-60 minutos	Más de 1 hora	No aplica
Saltar la cuerda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Correr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar en bicicleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spinning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yoga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zumba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pilates	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kickboxing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crossfit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En equipo (Fútbol, baloncesto, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Dónde realiza ejercicio? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- ☐ Gimnasio público
- ☐ Gimnasio privado
- ☐ Al aire libre
- ☐ Casa
- ☐ Parque
- ☐ Ponte pila
- ☐ En el trabajo

☐ Otro:

¿Por qué realiza ejercicio físico? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- ☐ Porque me gusta hacer ejercicio
- ☐ Porque me lo recomendó el doctor
- ☐ Porque es bueno para la salud
- ☐ Porque me ayuda a desestresarme
- ☐ Por razones sociales
- ☐ Porque quiero bajar de peso
- ☐ Porque siempre he hecho ejercicio
- ☐ Por mi salud a largo plazo

☐ Otro:

¿Por qué no realiza ejercicio físico? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- ☐ Falta de tiempo
- ☐ No me gusta
- ☐ Por cansancio físico
- ☐ Porque mi salud no me lo permite
- ☐ Para dedicar tiempo a mi familia
- ☐ Por cansancio mental
- ☐ Por falta de lugares para hacer ejercicio

☐ Otro:

Trabajo y/o estudio

Aproximadamente, ¿cuántas horas al día pasa sentado?

*

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿Cuántas horas trabaja y/o estudia al día? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿Qué medios de transporte utiliza para ir al trabajo? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- ☐ Ninguno, trabajo en casa
- ☐ Bicicleta
- ☐ Automóvil compartido
- ☐ Automóvil propio
- ☐ Camión
- ☐ Metrobus
- ☐ Metro
- ☐ Taxi
- ☐ Caminata

☐ Otro:

¿Cuántas horas pasa en el transporte diariamente? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ 0-30min
- ☐ 30min-1hora
- ☐ 1-2horas
- ☐ 2-4horas
- ☐ Más que 4 horas

¿Cuántas horas dedica típicamente a quehaceres del hogar durante la semana? *

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

☐ No tengo quehaceres

☐ Limpiar el piso

☐ Lavar ropa

☐ Lavar trastes

☐ Sacudir

☐ Barrer

☐ Comprar la despensa

☐ Cuidado de niños

☐ Cocinar

☐ Tender la cama

☐ Lavar el baño

Otro:

Capture las horas en cada cuadro de texto

En su trabajo ¿le ofrecen prestaciones médicas? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé
- ☐ No aplica

Actualmente, ¿cuenta con seguridad social? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

Marque aquellos servicios con que cuentan en su hogar

*

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- ☐ Agua potable
- ☐ Drenaje
- ☐ Gas
- ☐ Piso (cemento, madera, loza, etc.)
- ☐ Servicio de luz
- ☐ Servicio de internet
- ☐ Servicio de televisión de paga
- ☐ Computadora o Laptop
- ☐ Automóvil
- ☐ Lavadora y/o secadora
- ☐ Personas de limpieza
- ☐ Celular
- ☐ Aire acondicionado

☐ Otro:

Con cuántas personas vive? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Solo
- ☐ 1-2 personas
- ☐ 3 personas
- ☐ 4-5 personas
- ☐ >6 personas

¿Tiene mascotas? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Alguna vez ha estado afiliado a algún programa de salud? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No quiero responder

En caso de que la respuesta anterior sea sí, por favor indique cuál: *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

El programa ha logrado cambiar tus hábitos *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No aplica

¿Qué medio utiliza para conocer programas de salud? *

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- ☐ Ninguno
- ☐ Televisión
- ☐ Redes sociales
- ☐ Radio
- ☐ Periódico o revistas
- ☐ Páginas web del gobierno
- ☐ Familia
- ☐ Amigos
- ☐ Trabajo
- ☐ Otro:

¡Ha concluido el cuestionario! Agradecemos su dedicación y sinceridad.

¡Gracias por participar!

Este proyecto forma parte del estudio de la conducta detrás de la obesidad CONDUCTOME, para mas información consulta: conductome.unam.mx (<http://conductome.unam.mx>)

07.01.2023 – 13:12

Enviar su encuesta.

Gracias por completar esta encuesta.