NOMBRES:

Sofia Calderón Agudelo

Maria Fernanda Sánchez Avedaño

Saray Cabal Castillo

María José Luengas Castaño

EVIDENCIA # 2 CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. Esta actividad la realizarás en sala de sistemas, en grupos de 3, donde uno de los 3 será el entrevistado. Al final de la entrevista se realizará una retroalimentación y se analizará que prácticas de HEVS tiene el grupo en general y se hará referencia a los factores de riesgo de las ECNT las malas prácticas de HEVS.

Encuesta sobre Hábitos Saludables

1. **Datos Generales**

Nombre: **María José Luengas Castaño**

1.1.Edad:16
1.2. Género:

- Masculino
- Femenino X
- Otro
- Prefiero no decirlo

1.3. ¿Trabaja o estudia actualmente?

- Trabajo
- Estudio X
- Ambas
- Ninguna

---

2. Alimentación
2.1. ¿Cuántas veces al día consumes frutas o verduras?

- Nunca
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- Más de 3 veces al día X

2.2. ¿Consumes comida rápida (como hamburguesas, pizzas, etc.)?

- Diario
- Varias veces a la semana
- Una vez a la semana X

- Rara vez
- Nunca

2.3. ¿Bebes suficiente agua durante el día (al menos 2 litros)?

- Sí
- No X

2.4. ¿Consumes bebidas azucaradas o refrescos con frecuencia?

- Diario
- Varias veces a la semana
- Una vez a la semana X
- Rara vez
- Nunca

---

3. Actividad Física

3.1. ¿Realizas actividad física regularmente?

- Sí, más de 3 veces a la semana X
- Sí, 1-2 veces a la semana
- No con regularidad
- Nunca

3.2. ¿Qué tipo de actividad física realizas con mayor frecuencia?

- Correr X
- Caminar
- Nadar
- Ir al gimnasio X
- Yoga/Pilates
- Otro (especificar): ___Bailar, Taekwondo_____

3.3. En promedio, ¿cuántos minutos al día dedicas a hacer ejercicio?

- Menos de 30 minutos
- 30-60 minutos
- Más de 60 minutos X

---

4. Sueño y Descanso

4.1. ¿Cuántas horas duermes normalmente por noche?

- Menos de 5 horas

- 5-6 horas
- 7-8 horas X
- Más de 8 horas

4.2. ¿Te sientes descansado/a al despertar?

- Siempre X
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez

4.3. ¿Tienes dificultades para conciliar el sueño?

- Siempre
- A veces
- Nunca X

---

5. Bienestar y Salud Mental

5.1. ¿Te consideras una persona que maneja bien el estrés?

- Sí X
- No
- A veces

5.2. ¿Tienes tiempo suficiente para relajarte o disfrutar de tus hobbies?

- Sí X
- No
- A veces

5.3. ¿Recibes apoyo social (familia, amigos, etc.) cuando lo necesitas?

- Sí, siempre X
- Sí, a veces
- No

5.4. ¿Realizas alguna actividad para cuidar tu salud mental, como meditar o practicar alguna actividad que me nivele mentalmente?

- Sí, regularmente X
- De vez en cuando
- No

---

6. Hábitos de Salud General

6.1. ¿Realizas chequeos médicos periódicos (por ejemplo, revisiones anuales)?

- Sí X
- No

6.2. ¿Dejas de fumar o has reducido tu consumo de tabaco?

- No fumo X
- Sí, he dejado de fumar
- Fumo, pero he reducido la cantidad
- Fumo habitualmente

6.3. ¿Consumes alcohol?

- No X
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- De manera excesiva

---

7. Satisfacción y Objetivos

7.1. ¿Estás satisfecho/a con tus hábitos saludables actuales?

- Sí X Pero quiero mejorar mi alimentación , sobretodo lo que tiene que ver con el azycar.
- No
- Algo satisfecho/a

7.2. ¿Qué área te gustaría mejorar en tu estilo de vida saludable?

- Alimentación X
- Ejercicio
- Sueño
- Manejo del estrés
- Otro (especificar): _____

¡Gracias por completar la encuesta! Tu participación es muy importante para mejorar los hábitos de salud en la comunidad.

De acuerdo a tus respuestas realizarán como equipo de trabajo unas conclusiones, para exponer ante todo el grupo.