

# CUESTIONARIO C\_16 PROYECTO SUN

**1. ID**

0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

**2. Fecha nacimiento**

**3. Peso actual (kg.)**

**4. Peso mínimo en los 2 últimos años (kg.)**

**5. Peso máximo en los 2 últimos años (kg.)**

**6. ¿Has perdido peso intencionadamente?**  Sí (indica la pérdida y el número de veces)  No (pasa a Pregunta 8)

Pérdida de peso		Nº de veces				
<input type="checkbox"/> 1-2 kg.	→	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7 ó más
<input type="checkbox"/> 3-4 kg.	→	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7 ó más
<input type="checkbox"/> 5-10 kg.	→	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7 ó más
<input type="checkbox"/> > 10 kg.	→	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7 ó más

**7. ¿Qué tipo de método usaste? (puedes elegir varias opciones)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No he perdido peso intencionadamente                 | <input type="checkbox"/> Aumento de ejercicio físico        | <input type="checkbox"/> Saltarte comidas/ayuno |
| <input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria (enfermedad, estrés, depresión) | <input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica/bypass gástrico | <input type="checkbox"/> Medicación             |
| <input type="checkbox"/> Restricción energética (dieta hipocalórica)          | <input type="checkbox"/> Balón gástrico                     | <input type="checkbox"/> Otros                  |

**8. ¿Recibiste lactancia materna?**

- No  Sí (meses)

**9. ¿Conoces tu peso al nacer? (En gramos)**

**10. ¿Has fumado algún cigarrillo en las últimas 4 semanas?**

No, nunca he fumado .....  No, dejé de fumar hace... < 1 año  1-2 años  3-5 años  6-9 años  10 ó más años

Si, fumo desde hace... < 1 año  1-2 años  3-5  6-9  10 ó más  → Nº de cigarrillos/día...  Ocasionalmente  1-4  5-14  15-24  25-34  35-44  45+

**11. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que has completado?**

- No he acabado ninguna diplomatura ni licenciatura (pasa a pregunta 13)
- Doctorado  Máster
- Licenciatura - Escuela técnica superior - Grado
- Diplomatura (ingeniería técnica - escuelas universitarias)

**12. ¿Has terminado alguna de estas carreras?**

- Medicina  Enfermería
- Farmacia  Nutrición-Dietética
- Biológicas  Otra carrera biosanitaria
- Ninguna carrera biosanitaria  Psicología

**13. Tiempo medio de sueño en día típico entre semana**

Dormir por la noche (horas)

Dormir la siesta (minutos)

**14. Tiempo medio de sueño en día típico de fin de semana**

Dormir por la noche (horas)

Dormir la siesta (minutos)

**15. ¿Cuánto tardas en dormirte?**

Tiempo que tardas en dormirte (minutos)

Tiempo que tardas en dormirte si te despiertas por la noche (minutos)

En caso de necesidad dobla por esta línea

**16. ¿Trabajas a turnos?**

- No  Sí →  Mañanas  Tardes  Noches  Rotatorio  Fines de semana  Otros

**17. ¿Qué red/es social/es utilizas?**

- Facebook  Twitter  ResearchGate  Academia  LinkedIn  Otras  Ninguna

**18. ¿Qué tiempo semanal dedicas a las redes sociales? (horas/semana)**

Se presentan debajo afirmaciones que uno podría hacer de sí mismo. Debes describirte a ti mismo tan sinceramente como puedas eligiendo una de las 4 opciones siguientes: 0= Muy en desacuerdo; 1= Moderadamente en desacuerdo; 2= Moderadamente de acuerdo; 3= Muy de acuerdo

19. La gente me describiría como imprudente	0	1	2	3
20. Me parece que actué totalmente por impulso	0	1	2	3
21. Aunque sabría hacerlo mejor, no puedo dejar de tomar decisiones precipitadas	0	1	2	3
22. A menudo siento que nada de lo que hago importa realmente	0	1	2	3
23. Los demás me ven como irresponsable	0	1	2	3
24. No soy muy bueno/a planificando con antelación	0	1	2	3
25. Con frecuencia mis pensamientos no tienen sentido para los demás	0	1	2	3
26. Me preocupo por casi todo	0	1	2	3
27. Me emociono fácilmente, a menudo por motivos muy pequeños	0	1	2	3
28. Estar solo/a en la vida me da más miedo que cualquier otra cosa	0	1	2	3
29. Me empeño en una manera de hacer las cosas, incluso cuando está claro que no funciona	0	1	2	3
30. He visto cosas que no estaban realmente allí	0	1	2	3
31. Me mantengo alejado/a de las relaciones sentimentales	0	1	2	3
32. No me interesa hacer amigos	0	1	2	3
33. Me irrita fácilmente por todo tipo de cosas	0	1	2	3
34. No me gusta intimar demasiado con los demás	0	1	2	3
35. No es tan importante si hiero los sentimientos de otras personas	0	1	2	3
36. Rara vez me entusiasmo con nada	0	1	2	3
37. Ansío llamar la atención	0	1	2	3
38. A menudo he de tratar con gente que es menos importante que yo	0	1	2	3
39. A menudo tengo pensamientos que tienen sentido para mí pero que otros ven extraños	0	1	2	3
40. Utilizo a la gente para conseguir lo que quiero	0	1	2	3
41. A menudo me quedo ensimismado/a y, cuando de pronto reacciono, veo que ha pasado un buen rato	0	1	2	3
42. Las cosas que me rodean a menudo me parecen irreales, o más reales de lo normal	0	1	2	3
43. Me resulta fácil aprovecharme de los demás	0	1	2	3

44. Desde el último cuestionario que nos contestaste ¿has sido diagnosticado por un médico por PRIMERA VEZ de alguna de estas condiciones? o ¿has pasado por alguna de las siguientes circunstancias? (recuerda que tienes la fecha de respuesta del último cuestionario que nos enviaste en la etiqueta pegada junto al nº de identificación en la parte superior derecha de la primera cara. Así pues, la fecha que escribas en las siguientes preguntas debe ser posterior a la que te indicamos):

	NO	SÍ	Año diagnóstico	
			Mes	Año
Accidente de tráfico con hospitalización de más de 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro accidente de tráfico sin hospitalización, pero con baja laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente deportivo con lesión (que requirió tratamiento médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro tipo de accidente con lesión, incluyendo cualquier fractura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hipertensión arterial (más de 8,5 de mínima o más de 13 de máxima)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colesterol alto (más de 240 mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirugía coronaria ("by-pass")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trombosis venosa periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes (excluye diabetes gestacional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accidente cerebral vascular (trombosis, embolia o hemorragia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Claudicación intermitente (insuficiencia arterial periférica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Embarazo (indica fecha parto o fecha prevista de parto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Consulta al médico por dificultad para lograr embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operación de cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico de cataratas sin operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aumento de más de media dioptría en la miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Degeneración macular de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	NO	SÍ	Año diagnóstico	
			Mes	Año
Bronquitis crónica o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cólico nefrítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cálculos en la vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anorexia nerviosa o bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico médico de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnóstico médico de depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pólipos en colon o recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operaciones (cadera, rodilla, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gingivitis (sangrado de encías, inflamación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tumor maligno (especificar) ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
.....				
Otra enfermedad (incluye tumores benignos) ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
.....				
(especificar) .....				

45. ¿Has sido diagnosticado/a alguna vez de migrañas?  No  Sí ➔ Mes: ..... Año: .....

La siguiente pregunta solo deben responderla las mujeres

46. ¿Te han desaparecido las reglas?  No  Sí ¿Cuándo? ➔ Mes: ..... Año: .....

47. ¿Qué medicación o suplementos dietéticos (incluyendo vitaminas, fibras, salvado, etc.) consumes de modo HABITUAL?:

- No consumo medicación o suplementos
- Consumo **a diario** la siguiente medicación o suplementos (si necesitas más espacio, añade una hoja por favor)

FÁRMACO	Nº veces al día Y DOSIS
1.	
2.	
3.	

FÁRMACO	Nº veces al día Y DOSIS
4.	
5.	
6.	

48. Alimentación (por favor, marca una única opción para cada alimento)

Para cada alimento, marca el recuadro que indica la frecuencia de consumo por término medio durante el año pasado. Se asume el tamaño de una ración típica.

	CONSUMO MEDIO DURANTE EL AÑO PASADO											
	NUNCA O CASI NUNCA	AL MES	A LA SEMANA			AL DÍA						
			1 - 3	1	2 - 4	5 - 6	1	2 - 3	4 - 6	6 +		
Pan integral (3 rebanadas, 60 g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz integral (ración de 60 g en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta integral (ración de 60 g en seco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales integrales de desayuno (muesli, avena, all-bran) (30 g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos funcionales (leches enriquecidas, margarinas con fitoesteroles, cereales enriquecidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) excluyendo las bebidas "light" (1 lata: 33 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrescos light o zero (1 lata: 33 cl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta (una pieza o ración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras y hortalizas (1 ración: 200 g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con qué frecuencia realizas comidas en lugares de fast-food (pizzerías, hamburgueserías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcar que añades a bebidas o alimentos (1 cucharadita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edulcorantes no calóricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sai en las comidas (después de cocinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>