

# ENCUESTA DEL ESTILO DE VIDA DE LOS JÓVENES

## DESCRIPCIÓN

A Olimpiadas Especiales (OE) le gustaría contar con tu ayuda para conocer los comportamientos saludables de los jóvenes atletas y cómo se sienten con respecto a la actividad física. Para los atletas más jóvenes y aquellos con bajo nivel de alfabetización, por favor léelas las preguntas de la encuesta en voz alta e involúcralos en la selección de las respuestas. Pídele a los atletas que respondan lo mejor que puedan y oríentalos para obtener la información más precisa.

**¿Cuánto tiempo durará esta encuesta?** Tardará aproximadamente entre 5 y 8 minutos en completarse.

**¡Escanea el código QR para completar la Encuesta de Estilo de Vida en línea!**



## ACERCA DE TI

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**Programa de Olimpiadas Especiales:** \_\_\_\_\_ **¿Cuántos años tienes?** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)** \_\_\_\_\_

**¿En qué deportes participas esta temporada?** \_\_\_\_\_

**Soy un:** ☐ Atleta ☐ Compañero Unificado

**¿Cuál es tu género?** ☐ Hombre (Niño) ☐ Mujer (Niña) ☐ Prefiero no decir

**¿Qué condición asociada tienes?** Marca todo lo que corresponda.

☐ Autismo ☐ Parálisis cerebral ☐ Síndrome de Down ☐ Epilepsia ☐ Síndrome alcohólico fetal

☐ Síndrome X frágil ☐ Síndrome de Marfan ☐ Espina bífida ☐ Desconocido

☐ Otro: \_\_\_\_\_

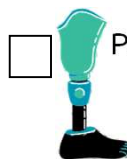
**¿Utilizas alguno de los siguientes dispositivos para ayudar a moverte?**



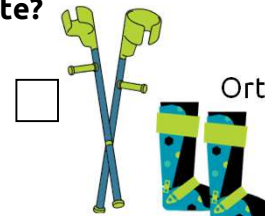
Silla de ruedas



Andadera



Prótesis



Ortésis o muletas

☐ Otro: \_\_\_\_\_

☐ No lo sé

☐ No uso un dispositivo de movilidad

**¿Estás respondiendo esta encuesta al principio o al final de tu programa de acondicionamiento físico?**

☐ Al principio

☐ Al final

☐ No lo sé

# ENCUESTA DEL ESTILO DE VIDA DE LOS JÓVENES

## ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

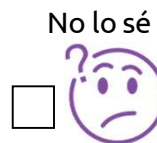
El acondicionamiento físico consiste en mantener el cuerpo fuerte, sano y preparado para la actividad física. Significa tener un corazón y unos músculos fuertes, y mantenerte flexible para poder moverte con facilidad.

### ¿En qué programa de acondicionamiento físico de Olimpiadas Especiales estás participando?



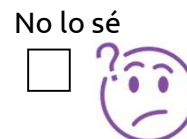
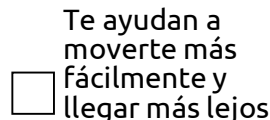
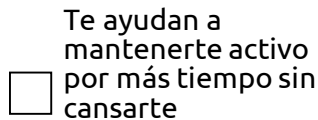
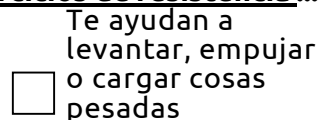
Otro: ☐ Ejemplos: Familiares y amigos en forma, clubes de caminata, retos de acondicionamiento físico en la aplicación acondicionamiento físico de Olimpiadas Especiales, etc.

### Mi estado físico es:

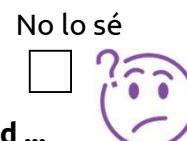
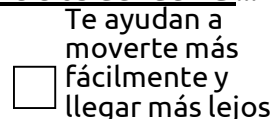
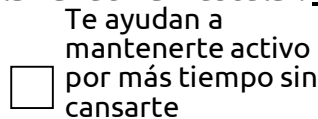
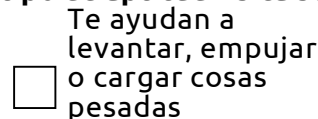


Hay muchos tipos diferentes de condición física. Un tipo se llama resistencia o condición física aeróbica.

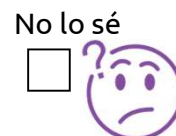
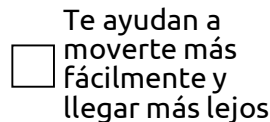
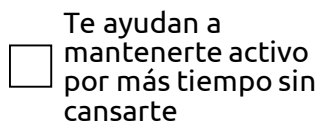
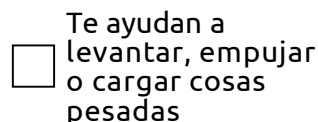
### Ejercicios de resistencia...



### Un tipo de aptitud física se llama fuerza muscular. Ejercicios de fuerza...



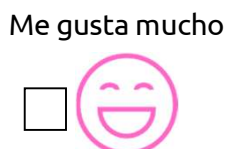
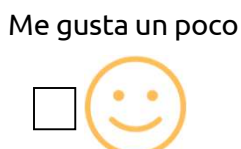
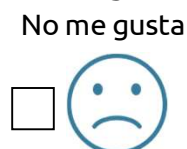
### Un tipo de aptitud física se llama flexibilidad muscular. Ejercicios de flexibilidad...



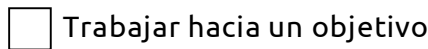
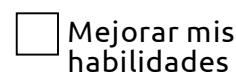
## ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física consiste en mover el cuerpo para divertirte y mantenerte saludable, como correr, saltar, andar en bicicleta, nadar, bailar, jugar en el patio de recreo y hacer deportes.

### ¿Cuánto te gusta hacer actividad física?



### ¿Qué te motiva a hacer actividad física? Elige todos los que más te gusten.



# ENCUESTA DEL ESTILO DE VIDA DE LOS JÓVENES

## ACTIVIDAD FÍSICA

**Piensa en la ÚLTIMA SEMANA (7 días), ¿cuántos días hiciste ejercicio, practicaste un deporte o hiciste actividad física durante 60 minutos o más?** Cuenta todos los días que pasaste haciendo actividades que hicieron que tu corazón latiera más rápido y te hicieran respirar con dificultad.

☐ 0 días    ☐ 1 día    ☐ 2 días    ☐ 3 días    ☐ No sé  
☐ 4 días    ☐ 5 días    ☐ 6 días    ☐ 7 días    ☐



**Piensa en la ÚLTIMA SEMANA (7 días), ¿cuántas horas al día pasaste frente a un televisor, tableta, computadora, teléfono celular u otro dispositivo electrónico viendo programas, jugando videojuegos, usando el internet o redes sociales?**



☐ Menos de 2 horas    ☐ 2-4 horas    ☐ 5-7 horas    ☐ No lo sé  
☐ 8-10 horas    ☐ Más de 10 horas    ☐

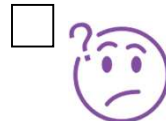


## HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN

**Piensa en la ÚLTIMA SEMANA (7 días), ¿cuántas veces al día bebiste un vaso o una botella de agua?**



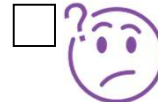
☐ 0    ☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5 o más    ☐ No lo sé



**Piensa en la ÚLTIMA SEMANA (7 días), ¿cuántas veces al día comiste fruta?**



☐ 0    ☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5 o más    ☐ No lo sé



**Piense en la ÚLTIMA SEMANA (7 días), ¿cuántas veces al día comiste verduras?**




☐ 0    ☐ 1    ☐ 2    ☐ 3    ☐ 4    ☐ 5 o más    ☐ No lo sé



# ENCUESTA DEL ESTILO DE VIDA DE LOS JÓVENES

COMPLETA ESTA PARTE DE LA ENCUESTA DESPUÉS DE TU PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO.

¿El programa o desafío de acondicionamiento físico te hizo tener más confianza para hacer actividad física?

|                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No                                                                                                         | Tal vez                                                                                                    | Sí                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

¿El programa o desafío de acondicionamiento físico te hizo tener más confianza para comer sano?

|                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No                                                                                                         | Tal vez                                                                                                    | Sí                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

¿Aprendiste algo nuevo sobre la actividad física en el programa o desafío de acondicionamiento físico?

|                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No                                                                                                         | Tal vez                                                                                                    | Sí                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

¿Aprendiste algo nuevo sobre nutrición en el programa o desafío de acondicionamiento físico?

|                                                                                                             |                                                                                                             |                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No                                                                                                          | Tal vez                                                                                                     | Sí                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

¿Hiciste amigos en el programa o desafío de acondicionamiento físico que te ayudará a estar saludable?

|                                                                                                              |                                                                                                              |                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No                                                                                                           | Tal vez                                                                                                      | Sí                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

¿Cuánto te gustó participar en el programa o desafío de acondicionamiento físico?

|                                                                                                              |                                                                                                              |                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No me gustó                                                                                                  | Me gustó un poco                                                                                             | Me gustó mucho                                                                                                |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |

¿Volverías a hacer el programa de acondicionamiento físico o el desafío?

|                                                                                                              |                                                                                                              |                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No                                                                                                           | Tal vez                                                                                                      | Sí                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |