

ANEXO 9.
CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR COMUNITARIO

Folio:	
Fecha de la entrevista:	/ /

Nombre de la/ del Promotora(or): _____

Datos del Grupo de Desarrollo (GD)

Estado: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

Presentación

Este cuestionario tiene por objetivo, conocer las condiciones de salud y bienestar del GD y de su comunidad; la información recabada permitirá contar con elementos para guiar y mejorar el trabajo realizado, por esta razón, se requiere que sea contestado con toda honestidad. La información obtenida será anónima y confidencial.

Datos de la persona entrevistada

Marqué con una **X** la opción que corresponda.

<p>1. SEXO:</p> <p>1. Femenino (<input type="checkbox"/>)</p> <p>2. Masculino (<input type="checkbox"/>)</p>	<p>2. EDAD:</p> <p>años. (<input type="checkbox"/>)</p>	<p>3. PERTENECE A UN GRUPO INDÍGENA O AFROMEXICANO</p> <p>1. Indígena (<input type="checkbox"/>)</p> <p>2. Afromexicano (<input type="checkbox"/>)</p> <p>3. No (<input type="checkbox"/>)</p>	<p>4. INTEGRANTE DEL GD</p> <p>1. Sí (<input type="checkbox"/>)</p> <p>2. No, habitante de la localidad (<input type="checkbox"/>)</p>
<p>5. CONOCIMIENTOS / ESCOLARIDAD</p> <p>1. No sabe leer ni escribir (<input type="checkbox"/>)</p> <p>2. Sabe leer y/o escribir (<input type="checkbox"/>)</p> <p>3. Primaria incompleta (<input type="checkbox"/>)</p> <p>4. Primaria completa (<input type="checkbox"/>)</p> <p>5. Secundaria incompleta (<input type="checkbox"/>)</p> <p>6. Secundaria completa (<input type="checkbox"/>)</p> <p>7. Algún nivel de bachillerato (<input type="checkbox"/>)</p> <p>8. Licenciatura o más (<input type="checkbox"/>)</p>	<p>6. ¿A QUÉ SE DEDICA, PRINCIPALMENTE? (SÓLO MARCAR UNA RESPUESTA)</p> <p>1. Al hogar (<input type="checkbox"/>)</p> <p>2. A las labores del campo (<input type="checkbox"/>)</p> <p>3. Empleada(o) (<input type="checkbox"/>)</p> <p>4. Obrera(o) (<input type="checkbox"/>)</p> <p>5. Comerciante (<input type="checkbox"/>)</p> <p>6. Desempleada(o) (<input type="checkbox"/>)</p> <p>7. Estudiante (<input type="checkbox"/>)</p> <p>8. Otro (<input type="checkbox"/>)</p>		

Instrucciones

Marque con una **X** el paréntesis que represente mejor sus hábitos u opiniones. Los temas corresponden a aspectos y comportamientos de su vida cotidiana.

ID del GD: _____

Modalidad del GD

1. Apertura ()
2. Continuidad ()
3. Consolidación ()
4. Salida ()

I. Organización para la Autogestión

1. ¿SU COMUNIDAD PARTICIPA EN ACTIVIDADES PARA MEJORARLA?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE REUNE SU COMUNIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE LA MEJOREN, COMO JORNADAS DE LIMPIEZA, PINTAR LA ESCUELA O LA IGLESIA, DAR MANTENIMIENTO AL COMEDOR COMUNITARIO, ETC.?

1. Nunca () 2. Casi nunca () 3. A veces () 4. Casi siempre () 5. Mucho ()

3. ¿PARTICIPAN MUJERES Y HOMBRES POR IGUAL EN ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA COMUNIDAD?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

4. ¿QUÉ TAN BUENA ES LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS AL HACER ALGUNA ACTIVIDAD EN EQUIPO?

1. Muy mala, conflictiva () 2. Mala pero llevadera () 3. Más o menos ()
 4. Buena () 5. Excelente ()

5. ¿IDENTIFICA A LOS LÍDERES DE SU COMUNIDAD?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

6. ¿QUÉ TANTO PARTICIPA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA COMUNIDAD (REUNIONES DE CABILDO, COMISIONES DEL AYUNTAMIENTO, CONSEJOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA, ETC.)?

1. Nada () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Casi siempre () 5. Siempre ()

7. ¿DENTRO DEL GRUPO DE DESARROLLO QUÉ TANTO SE PROMUEVE LO SIGUIENTE?

Actividades		1. No	2. Poco	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
7.1)	¿LAS DECISIONES SE TOMAN A TRAVÉS DEL VOTO DE TODAS Y TODOS LOS INTEGRANTES?					
7.2)	¿SE APOYA A CUALQUIER INTEGRANTE CUANDO TIENE ALGÚN PROBLEMA?					
7.3)	¿CONSIDERA QUE EXISTE IGUALDAD ENTRE LAS PERSONAS DE ACUERDO A SU GÉNERO, ORIENTACIÓN SEXUAL, RELIGIÓN O DISCAPACIDAD?					
7.4)	¿LAS PERSONAS SE SIENTEN CAPACES, VALIOSAS Y ACEPTADAS COMO SERES HUMANOS?					
7.5)	¿EXISTE BUEN TRATO ENTRE TODAS Y TODOS?					

8. ¿LAS PERSONAS EN SU COMUNIDAD...?

	1. No	2. Poco	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
8.1) ¿ESTÁN DISPUESTAS (OS) A COLABORAR PARA EL BENEFICIO DE ÉSTA?					
8.2) ¿PARTICIPAN PARA RESOLVER PROBLEMAS Y NECESIDADES QUE LA AFECTEN?					
8.3) ¿SE REPARTEN TAREAS Y ESTABLECEN PRIORIDADES DE ACUERDO A SUS NECESIDADES?					
8.4) ¿BUSCAN EL APOYO DE INSTITUCIONES DE GOBIERNO Y DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA SU BENEFICIO?					

9. ¿SABE QUÉ ES UN COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL?

1. No sé () 2. Conozco poco () 3. Más o menos ()
 4. Conozco el tema lo suficiente () 5. Conozco el tema y entiendo su importancia ()

10. ¿CUÁNTAS PERSONAS INTEGRAN EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL?

1. No hay Comité () 2. Una persona () 3. Dos personas ()
 4. Tres personas () 5. Cuatro o más personas ()

11. ¿HA PARTICIPADO EN PLÁTICAS O CAPACITACIONES QUE LE PERMITAN REFLEXIONAR SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO PARA EL BENEFICIO DE SU COMUNIDAD?

1. Nunca han brindado () 2. No participo () 3. Pocas veces participo ()
 4. Varias veces he participado () 5. Siempre participo ()

II. Autocuidado

1. EN SU HOGAR ¿LAVAN LAS FRUTAS Y VERDURAS ANTES DE COMÉRSELAS?

1. Nunca () 2. Casi nunca () 3. A veces () 4. Casi siempre () 5. Siempre ()

2. EN SU HOGAR ¿CADA CUÁNTO HACEN LIMPIEZA (BARRER, TRAPEAR, SACUDIR MUEBLES, LAVAR PLATOS, ETC)?

1. Una vez al mes () 2. Cada 15 días () 3. Una vez por semana () 4. Dos o tres veces por semana () 5. Diario ()

3. USTED, ¿CADA CUÁNDO...?

Hábito	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
3.1) ¿SE LAVA LAS MANOS CON JABÓN ANTES DE COMER?					
3.2) ¿SE LAVA LAS MANOS CON JABÓN AL SALIR DEL BAÑO?					
3.3) ¿SE CEPILLA LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA COMIDA?					

4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE BAÑA?

1. Una vez al mes () 2. Cada quince días () 3. Una o dos vez por semana ()
 4. Tres a cinco veces por semana () 5. Diario ()

5. ¿CUÁNTOS DÍAS A LA SEMANA REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

Hábitos de ejercicio	1. Ningún día	2. Uno o dos días	3. Tres o cuatro días	4. Cinco o seis días	5. Todos los días
5.1) ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA POR AL MENOS 10 MINUTOS CONTINUOS (CORRER, NADAR, ZUMBA, ANDAR EN BICICLETA, JUGAR FUTBOL, BASQUETBOL, ETC.)					
5.2) ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA POR AL MENOS 10 MINUTOS CONTINUOS. (CAMINAR, TROTAR, QUEHACER, PASEAR POR LA COMUNIDAD, ETC.)					

6. ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA PASA USTED SENTADA (O)?

1. La mayor parte del día () 2. De diez a once horas () 3. De ocho a nueve horas ()
 4. De cinco a siete horas () 5. Menos de 5 horas ()

7. ¿CADA CUÁNTO CONSUME BEBIDAS CON ALCOHOL?

1. Diario () 2. Fines de semana () 3. Cada quince días ()
 4. Una vez al mes () 5. No consumo ()

8. APROXIMADAMENTE ¿CUÁNTOS CIGARROS FUMA AL DÍA?

1. Más de 20 () 2. De 11 a 20 () 3. De 6 a 10 () 4. De 1 a 5 () 5. No fumo ()

9. EN SU FAMILIA, ¿CON QUÉ FRECUENCIA...?

Hábito	1. Nunca	2. Pocas veces	3. A veces sí a veces no	4. Casi siempre	5. Siempre
9.1 ¿SE REÚNEN PARA PLATICAR Y CONTARSE CÓMO LES FUE?					
9.2 ¿SE REPARTEN EQUITATIVAMENTE LOS ALIMENTOS ENTRE TODOS LOS MIEMBROS?					
9.3 ¿COMPARTEN LOS QUEHACERES DEL HOGAR ENTRE HOMBRES Y MUJERES?					
9.4 ¿HABLAN Y RESUELVEN LOS ENOJOS O DESACUERDOS QUE SE PRESENTAN?					

19. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE REALIZÓ UN EXAMEN MÉDICO PARA SABER SI TENÍA ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (VIH/SIDA, VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, HERPES, SÍFILIS O GONORREA)?

0. Nunca me lo he hecho / Prefiero no contestar () 1. Hace seis años o más () 2. De cuatro a seis años ()
 3. De dos a cuatro años () 4. De uno a dos años () 5. Hace un año o menos ()

20. ¿HA RECIBIDO PLÁTICAS O CAPACITACIONES SOBRE:

	1. Nunca me han brindado	2. No participo	3. Pocas veces participo	4. Varias veces he participado	5. Siempre participo
20.1) DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD					
20.2) AUTOCUIDADO DE LA SALUD					
20.3) IMPORTANCIA DE LA SALUD Y LA ALIMENTACIÓN					
20.4) PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS					
20.5) MEDICINA ALTERNATIVA Y TRADICIONAL					
20.6) PREVENCIÓN DE ADICCIONES					
20.7) EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
20.8) PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
20.9) RELACIONES HUMANAS SALUDABLES					
20.10) HIGIENE PERSONAL Y COMUNITARIA					
20.11) PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR					

III. Alimentación Correcta y Local

1. ¿CUÁNTAS COMIDAS REALIZA SU FAMILIA AL DÍA?

1. Un día sí y un día no () 2. Una comida () 3. Dos comidas ()
 4. Tres comidas () 5. Cuatro comidas o más ()

2. ¿CONSIDERA QUE SU ALIMENTACIÓN ES VARIADA Y SALUDABLE?

1. No () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Lo suficiente () 5. Mucho ()

3. ¿CADA CUÁNDO CONSUMEN?

Alimento	1. Nunca	2. Cada quince días	3. Una o dos veces por semana	4. De tres a seis veces por semana	5. Diario
3.1) VERDURAS					
3.2) FRUTAS					
3.3) PROTEÍNA ANIMAL (HUEVO, POLLO, CARNE, PESCADO, LECHE O QUESO)					
3.4) LEGUMINOSAS (HABA, LENTEJA, FRIJOL, ALUBIA, GARBANZO, CHÍCHARO O SOYA)					
3.5) CEREALES (TORTILLA, PAN, ARROZ, PASTA, SOPA DE PASTA, ETC.)					

Alimento	1. Diario	2. De cuatro a siete veces por semana	3. Una o dos veces por semana	4. Cada quince días	5. Nunca
3.6) ALIMENTOS PROCESADOS Y ENVASADOS COMO GALLETAS, PASTELITOS, DULCES, PALETAS, ETC.					
3.7) ALIMENTOS ENLATADOS COMO SALSAS PICANTES, PURÉ DE JITOMATE, ATÚN, SARDINAS					
3.8) FRITURAS SALADAS Y ENVASADAS (PAPAS, CHICHARRONES, FRITURAS, CHURRITOS, ETC.)					
3.9) EMBUTIDOS COMO SALCHICHAS, JAMÓN, MORTADELA, ETC.					
3.10) REFRESCOS O BEBIDAS ENDULZADAS ENVASADAS (JUGOS, TÉ, ETC.)					

4. EN PROMEDIO ¿CUÁNTOS VASOS DE AGUA NATURAL TOMA AL DÍA?

1. No toma () 2. Uno a dos () 3. Tres a cuatro () 4. Cinco a siete () 5. Ocho o más ()

5. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, EN SU HOGAR, ¿CON QUÉ FRECUENCIA...?

Aspectos alimentarios	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Casi nunca	5. Nunca

5.1) LA ALIMENTACIÓN DIARIA DE LOS ADULTOS FUE VARIADA, ES DECIR, COMEN FRUTAS, VERDURAS, CEREALES, LÁCTEOS, CARNES O HUEVO, Y LEGUMINOSAS (FRIJOLES, HABAS, GARBANZOS)					
5.2) LA ALIMENTACIÓN DIARIA DE LOS NIÑAS Y NIÑOS FUE VARIADA, ES DECIR, COMIERON FRUTAS, VERDURAS, CEREALES, LÁCTEOS, CARNES O HUEVO, Y LEGUMINOSAS (FRIJOLES, HABAS, GARBANZOS)					

6. ¿LOS ALIMENTOS QUE CONSUME SON PRODUCIDOS EN SU LOCALIDAD?

1. No, ninguno () 2. Sólo algunos () 3. La mitad () 4. La mayoría () 5. Sí, todos ()

7. ¿SABE QUE ALIMENTOS SE PRODUCEN EN SU LOCALIDAD?

1. No sé () 2. Sé de algunos () 3. Más o menos () 4. Sé de la mayoría () 5. Si sé ()

8. ¿CONOCE LOS PLATILLOS TÍPICOS TRADICIONALES DE SU REGIÓN?

1. No conozco () 2. Conozco algunos () 3. Más o menos ()
4. Conozco la mayoría () 5. Conozco todos ()

9. ¿CONSIDERA QUE LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN SU CASA ES SALUDABLE?

1. No () 2. Muy poco () 3. Algunos sí y algunos no () 4. La mayoría () 5. Sí ()

10. ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE CONSUME ALIMENTOS FRITOS O CAPEADOS?

1. Diario () 2. Dos a tres veces por semana () 3. Una vez a la semana ()
4. Una vez cada quince días () 5. Una vez al mes ()

11. ¿HA PARTICIPADO EN PLÁTICAS O CAPACITACIONES SOBRE...?

		1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
11.1)	EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL					
11.2)	OBESIDAD Y SOBREPESO					
11.3)	ALTERNATIVAS PARA LA PRODUCCIÓN LOCAL DE ALIMENTOS					
11.4)	RESCATE DE LA CULTURA ALIMENTARIA EN LA REGIÓN					
11.5)	PROMOCIÓN DE LA CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS					
11.6)	BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO, LOS PRIMEROS 1,000 DÍAS Y LA PRIMERA INFANCIA					

12. ¿QUÉ TANTO CONOCE SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA?

1. Nada () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Lo suficiente () 5. Mucho ()

13. SÓLO PARA MUJERES ¿CUÁNTOS MESES DIO O ESTÁ DANDO LECHE MATERNA A SUS BEBÉS?

0. No he tenido hijos () 1. No acostumbro darles () 2. Menos de seis meses ()

«Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social».

3. Seis meses () 4. Entre seis y once meses () 5. Un año o más ()

1. ¿TIENE CONOCIMIENTO DE ALGÚN PROYECTO PRODUCTIVO O SOCIAL QUE SE HAYA IMPLEMENTADO EN SU COMUNIDAD?

1. No () 2. He escuchado algo () 3. Conozco alguno ()
4. Sé de varios () 5. He participado en alguno ()

2. ¿QUÉ TAN DISPUESTA(O) ESTÁ A TRABAJAR EN PROYECTOS COMUNITARIOS DE BENEFICIO COMÚN? (COMO HUERTOS O INVERNADEROS, CONSULTORIO DE MEDICINA TRADICIONAL, COCINAS COMUNITARIAS, TALLERES DE OFICIOS, TURISMO ECOLÓGICO, ETC.)

1. Nada () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Mucho () 5. Totalmente ()

3. EN SU OPINIÓN, ¿CUÁNTOS INTEGRANTES DEL GD TIENEN LA CAPACIDAD DE COORDINAR Y ADMINISTRAR UN PROYECTO COMUNITARIO?

1. Ninguno () 2. Pocos () 3. La mitad () 3. La mayoría () 4. Todos ()

4. EL GD ¿SABE CÓMO VENDER O INTERCAMBIAR PRODUCTOS?

1. No () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Mucho () 5. Totalmente ()

5. ¿HA PARTICIPADO EN ALGÚN NEGOCIO QUE AYUDE A MEJORAR SU ECONOMÍA?

1. No () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Mucho () 5. Totalmente ()

6. ¿ LE GUSTARÍA PARTICIPAR EN ALGÚN PROYECTO QUE MEJORE LAS NECESIDADES DE SU COMUNIDAD?

1. No () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Mucho () 5. Totalmente ()

7. ¿ TIENE CONOCIMIENTOS EN: CARPINTERÍA, PANADERÍA, PLOMERÍA, APICULTURA O ALGÚN OFICIO SIMILAR?

1. No tengo () 2. Sé un poco () 3. Más o menos ()
4. Sí, he apoyado en algún oficio () 5. Sí, tengo los suficientes conocimientos para desempeñar el oficio ()

8. ¿CONSIDERA QUE LOS OFICIOS ANTES MENCIONADOS SIRVEN PARA FORTALECER SU ECONOMÍA FAMILIAR?

1. No () 2. No estoy segura/o () 3. Más o menos () 4. Algunos () 5. Sí ()

9. ¿CÓMO CONSIDERA QUE ES LA SITUACIÓN ECONÓMICA EN SU COMUNIDAD?

1. Muy mala () 2. Mala () 3. Regular () 4. Buena () 5. Muy buena ()

10. ¿ LE GUSTARÍA FORMAR PARTE DE ALGÚN PROYECTO QUE FOMENTÉ LA PARTICIPACIÓN DE MUJERES Y HOMBRES POR IGUAL?

1. No () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Mucho () 5. Totalmente ()

11. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, EN SU FAMILIA TUVIERON DIFICULTADES DE DINERO PARA COMPRAR ALIMENTOS?

1. Siempre () 2. Muy seguido () 3. Pocas veces () 4. Casi nunca () 5. Nunca ()

V. Espacios Habitables Sustentables

1. ¿QUÉ TAN DE ACUERDO ESTÁ CON LAS SIGUIENTES FRASES?

Características		1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Más o menos de acuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
1.1	MI VIVIENDA ESTÁ CONSTRUIDA CON MATERIALES SEGUROS QUE ME PROTEGEN DE LOS DESASTRES NATURALES (LLUVIA, VIENTOS, FRÍO, CALOR, ETC.)					
1.2	EN MI VIVIENDA CADA PERSONA TIENE UN LUGAR PROPIO PARA DORMIR					
1.3	EN MI VIVIENDA CADA PERSONA TIENE UN LUGAR PROPIO PARA REALIZAR DISTINTAS ACTIVIDADES					
1.4	MI VIVIENDA ES UN LUGAR EN DONDE ME SIENTO CONTENTA(O) Y CÓMODA(O)					
1.5	MI VIVIENDA CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS BÁSICOS COMO AGUA, LUZ, DRENAJE O LETRINA					

2. DE LOS SIGUIENTES ESPACIOS O SERVICIOS PÚBLICOS QUE HAY EN SU COMUNIDAD ¿QUÉ TAN SATISFECHA (O) ESTÁ CON LO QUE OFRECEN?

LUGARES / SERVICIOS		1. No hay	2. Poco satisfecha (o)	3. Más o menos satisfecha (o)	4. Satisfecha (o)	5. Muy satisfecha (o)
2.1	ESCUELA					
2.2	DISPENSARIO MÉDICO					
2.3	COMEDOR COMUNITARIO					
2.4	COCINA ESCOLAR					
2.5	CASA DE CULTURA O CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO					
2.6	CANCHAS O CAMPO DEPORTIVO					
2.7	TIENDA DE ABASTO POPULAR					
2.8	PANTEÓN					
2.9	PARQUE					
2.10	AGUA POTABLE					
2.11	CAMINOS					

«Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social».

2.12	ALUMBRADO PÚBLICO					
2.13	RADIO COMUNITARIA					
2.14	SERVICIO TELEFÓNICO					
2.15	INTERNET					
2.16	RECOLECCIÓN DE BASURA					

3. ¿EN GENERAL, CÓMO ES LA RELACIÓN CON SUS VECINOS?

1. Muy mala () 2. Mala () 3. Regular () 4. Buena () 5. Muy buena ()

4. ¿EN SU COMUNIDAD LOS CONFLICTOS VECINALES SE RESUELVEN BUSCANDO LO MEJOR PARA TODOS?

1. Nunca () 2. Pocas veces () 3. La mitad de las veces ()
4. La mayoría de las veces () 5. Siempre ()

5. ¿EN GENERAL LE GUSTA EL LUGAR DONDE VIVE (PUEBLO, COLONIA, BARRIO, ETC.)?

1. No me gusta () 2. Casi no me gusta () 3. Me gusta más o menos ()
4. Me agrada poco () 5. Me gusta mucho ()

VI. Gestión Integral de Riesgos

1. ANTE SITUACIONES DE RIESGO, EMERGENCIA O DESASTRE (TEMBLORES, HURACANES, INUNDACIONES, HELADAS, INCENDIOS, ETC.) ¿QUÉ TANTO, USTED...?

Hábito	1. Nada	2. Poco	3. Más o menos	4. Lo suficiente	5. Mucho
1.1) CONOCE LAS SITUACIONES A LAS QUE ESTÁ EXPUESTA SU COMUNIDAD					
1.2) SABE DEL APOYO QUE DEBE DARSE A LA POBLACIÓN INFANTIL, ANTE ESTAS SITUACIONES					
1.3) CONOCE EL APOYO QUE DEBE BRINDARSE A LAS MUJERES EMBARAZADAS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O PERSONAS MAYORES, ANTE ESTAS SITUACIONES					
1.4) CONOCE LAS RUTAS DE EVACUACIÓN DE LA COMUNIDAD					
1.5) IDENTIFICA LOS ESPACIOS SEGUROS QUE PUEDEN SER UTILIZADOS COMO REFUGIOS TEMPORALES					
1.6) CONOCE QUÉ DEBE HACER PARA PROTEGER A SUS ANIMALES, ANTE ESTAS SITUACIONES					

2. ANTE SITUACIONES DE RIESGO, EMERGENCIA O DESASTRE (TEMBLORES, HURACANES, INUNDACIONES, HELADAS, INCENDIOS, ETC.) ¿QUÉ TANTO, SU COMUNIDAD...?

Hábito	1. Nada	2. Poco	3. Más o menos	4. Lo suficiente	5. Mucho
2.1) SE ORGANIZA PARA ENFRENTARLA Y/O SOLUCIONARLA DE LA MANERA CORRECTA					
2.2) SE COORDINA CON LAS AUTORIDADES LOCALES, ORGANIZACIONES, NEGOCIOS, ETC.					
2.3) CUENTA CON PERSONAS CAPACITADAS QUE GUÍEN A LOS DEMÁS					

3. ¿EN SU COMUNIDAD HAN REALIZADO ACCIONES PARA DISMINUIR LOS RIESGOS ANTE DESASTRES O EMERGENCIAS?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

4. ¿SU COMUNIDAD CUENTA CON UN MAPA DE RIESGOS ACTUALIZADO PARA HACERLE FRENTE A LAS SITUACIONES DE RIESGO, EMERGENCIA O DESASTRE?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

5. ¿ESE MAPA DE RIESGOS FUE ELABORADO CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

6. ¿SU COMUNIDAD CUENTA CON UN PLAN DE ACCIÓN O CONTINGENCIA ANTE ALGUNA EMERGENCIA O DESASTRE ?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

7. ¿ESE PLAN DE ACCIÓN O CONTINGENCIA FUE ELABORADO CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS HABITANTES DE SU COMUNIDAD?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

8. PARA ACTUAR EN CASO DE EMERGENCIA O DESASTRE EN SU HOGAR, ¿USTED RESGUARDA LOS DOCUMENTOS IMPORTANTES?

1. Nada de acuerdo () 2. Poco de acuerdo () 3. Más o menos de acuerdo ()
 4. De acuerdo () 5. Totalmente de acuerdo ()

9. ¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN PARA PREVENIR RIESGOS ANTE DESASTRES O EMERGENCIAS?

1. No () 2. Muy poco () 3. Más o menos ()
4. Varias () 5. Suficientes ()

10. ¿EN SU COMUNIDAD REALIZAN PERIÓDICAMENTE SIMULACROS PARA SABER COMO REACCIONAR ANTE SITUACIONES DE DESASTRE O EMERGENCIA?

1. Nunca () 2. Casi nunca () 3. Alguna vez () 4. Una vez al año () 5. Cada 6 meses ()

VII. Sustentabilidad

1. ¿CONOCE LOS DAÑOS QUE SUFRE LA NATURALEZA Y EL MEDIO AMBIENTE?

1. Nada () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Suficiente () 5. Mucho ()

2. ¿QUÉ TAN IMPORTANTE CONSIDERA CUIDAR LA NATURALEZA Y EL MEDIO AMBIENTE QUE LE RODEA?

1. Nada () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Suficiente () 5. Mucho ()

3. ¿CÓMO VE A SU COMUNIDAD EL DÍA DE HOY SI LA COMPARA CON DIEZ AÑOS ATRÁS, RESPECTO A LA NATURALEZA (ÁRBOLES, RÍOS, LAGUNAS, CALIDAD DEL AIRE, ETC.)?

1. Está peor ()
2. Está igual pero se necesitan muchas acciones para que mejore ()
3. Está igual pero se necesita sólo algunas acciones para que mejore ()
4. Está igual, y no creo que necesite nada para que mejore ()
5. Está mejor ()

4. LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS QUE REALIZA, ¿CREE QUÉ AFECTAN AL MEDIO AMBIENTE?

1. No sé () 2. Nada () 3. Poco () 4. Más o menos () 5. Mucho ()

5. INDIQUE QUÉ TAN SEGUIDO, USTED:

Acción	1. Nunca	2. Casi nunca	3. A veces sí, a veces no	4. Casi siempre	5. Siempre
5.1) AHORRA ENERGÍA ELÉCTRICA, ES DECIR, APAGA LAS LUCES, DESCONECTA EL CARGADOR DEL CELULAR, ETC. CUANDO NO LAS NECESITA					
5.2) AHORRA Y REUSA EL AGUA					
5.3) REUTILIZA LOS ENVASES DE PLÁSTICO, VIDRIO, CARTÓN ETC.					
5.4) SEPARA LA BASURA, ES DECIR, PONE LAS SOBRAS DE COMIDA, FRUTA Y VERDURA EN UN LADO, LOS PLÁSTICOS, METALES Y LATAS, EN OTRO LADO, Y EL CARTÓN Y PAPEL EN OTRO LADO					
5.5) TIRA LA BASURA EN EL ÁREA COMUNITARIA DESTINADA PARA ELLO					

6. INDIQUE QUÉ TAN SEGUIDO USTED:

Lugares	1. Siempre	2. Casi siempre	3. A veces sí, a veces no	4. Casi nunca	5. Nunca
6.1) CORTA ÁRBOLES SIN UNA RAZÓN JUSTIFICABLE QUE NO SEA PARA ABASTECERSE DE COMBUSTIBLE					
6.2) CAZA ANIMALES POR DIVERSIÓN					
6.3) QUEMA BASURA					

7. INDIQUE QUÉ TAN SEGUIDO USTED TIRA BASURA DE PLÁSTICOS, BOTELLAS, LATAS, PAPEL, METAL EN:

Lugares	1. Siempre	2. Casi siempre	3. A veces sí y a veces no	4. Casi nunca	5. Nunca
7.1) LA CALLE, CAMINO, BRECHA, TERRACERÍA O SIMILAR					
7.2) AFUERA DE SU CASA					
7.3) LA BARRANCA					
7.4) EL RIACHUELO, RÍO, LAGUNA O LAGO					

8. ¿HA PARTICIPADO EN PLÁTICAS O CAPACITACIONES QUE PROPICIEN EL CUIDADO Y LA PRESERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE?

1. Nunca han brindado () 2. No participo () 3. Pocas veces participo ()
 4. Varias veces he participado () 5. Siempre participo ()

VIII. Recreación y Manejo del Tiempo Libre

1. EN SU TIEMPO LIBRE, SIN RECIBIR UN PAGO A CAMBIO ¿CON QUÉ FRECUENCIA...?

Hábito	1. Nunca	2. Cada seis meses o más	3. Una o dos veces al mes	4. Dos o tres veces por semana	5. Diario
1.1) REALIZA ACTIVIDADES ARTÍSTICAS COMO TOCAR ALGÚN INSTRUMENTO, CANTAR, ACTUAR, BAILAR, PINTAR, DIBUJAR					
1.2) LEE NOVELAS, CUENTOS, POEMAS O ESCRIBE HISTORIAS					
1.3) ELABORA ARTESANÍAS					
1.4) JUEGA BASQUETBOL, BÉISBOL, FUTBOL, CACHIBOL U OTRO DEPORTE DE EQUIPO O INDIVIDUAL					
1.5) PARTICIPA EN JUEGOS DE MESA COMO AJEDREZ, ROMPECABEZAS, MEMORAMA, O ACTIVIDADES DE HABILIDAD MENTAL COMO CRUCIGRAMA, ENCONTRAR DIFERENCIAS, SUDOKUS, SOPA DE LETRAS, ETC.					
1.6) PRACTICA JUEGOS DE DESTREZA COMO MATATENA, TROMPO, RESORTERA O YOYO					
1.7) CONVIVE CON SUS HIJOS O FAMILIARES EN EL PARQUE O ESPACIOS RECREATIVOS.					
1.8) JUEGA A LAS CARTAS O JUEGOS DE AZAR					
1.9) SE REÚNE CON SUS AMIGAS O AMIGOS PARA CONVIVIR O CHARLAR					
1.10) PARTICIPA EN ACTIVIDADES CULTURALES EN SU COMUNIDAD (KERMES, CONVIVIOS COMUNALES, FIESTAS PATRONALES, DESFILES, FERIAS, BAILES REGIONALES, ETC.)					
1.11) REALIZA CAMINATAS RECREATIVAS, PASEOS O VISITAS A LUGARES NATURALES					

2. CUANDO REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS, ¿QUÉ TAN CONTENTO SE SIENTE?

1. Nada () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Suficiente () 5. Mucho ()

3. CUANDO REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS O PASATIEMPOS, ¿CONSIDERA QUE ÉSTAS LE PERMITEN FORTALECER RELACIONES CON FAMILIA Y AMIGOS?

1. Nada () 2. Poco () 3. Más o menos () 4. Suficiente () 5. Mucho ()

4. EN PROMEDIO ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA VE TELEVISIÓN?

1. Más de cinco horas al día () 2. Cuatro o cinco horas al día () 3. Dos o tres horas al día ()
4. Menos de dos horas al día () 5. Casi nunca veo televisión / No tengo televisión ()

5. EN PROMEDIO ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA UTILIZA EL CELULAR?

1. Más de cinco horas al día () 2. Tres a cinco horas al día () 3. Una o dos horas al día ()
4. Menos de una hora al día. () 5. Casi nunca uso el celular / No tengo celular ()

6. EN SU COMUNIDAD HAY ESPACIOS QUE PERMITAN REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS, DEPORTIVAS Y RECREATIVAS COMO PARQUES, CANCHAS, CENTROS CULTURALES, PLAZAS, KIOSCOS, ETC.?

1. No hay () 2. Hay pocos () 3. Hay algunos ()

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL PROGRAMA RED MÓVIL - SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2023

Denominación y fundamento legal del responsable. El Sistema para el Desarrollo Integral del a Familia del Estado de Guanajuato, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 6o, apartado A, fracciones II y III, y 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 14, apartado B, fracciones II y III y 80 párrafo primero de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato; 3, 34 y 35 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato; 16 de la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social; 3 fracción I, 34, 36, 37, 38, , 40, 42, así como lo dispuesto en el Título Tercero, Capítulo Primero de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato, y en los artículos 1, 2, 32 fracción II, inciso a.4, 37 fracción IV y 42 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guanajuato, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos observando los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, lealtad, finalidad, proporcionalidad y responsabilidad, conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (Ley General), la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato (Ley Estatal), los Lineamientos para la Protección de datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato (Lineamientos) y demás normativa aplicable. **Finalidades del tratamiento de datos personales.** Se informa que los datos personales recabados serán utilizados para: a) Identificación de las personas que solicitan los beneficios, apoyos o servicios del programa Red Móvil – Salud y Bienestar Comunitario *para el ejercicio fiscal 2023* (en adelante programa); b) Verificación del cumplimiento de los criterios de elegibilidad, así como los requisitos de selección aplicables al programa conforme a las Reglas de Operación; c) Identificación y localización de las personas beneficiarias para la entrega de los beneficios, apoyos o servicios del programa; d) Análisis, validación e integración del o de los expedientes y trámites de nuevo ingreso y la reincorporación de personas titulares o beneficiarias al programa; e) Integración del padrón o padrones de personas beneficiarias del programa; f) Identificación de las personas dependientes de las personas beneficiarias del programa; g) La implementación y ejecución de la «Estrategia GTO Contigo Sí»; h) Enviar notificaciones, documentos o información respecto de los beneficios que obtiene por ser parte del programa Red Móvil – Salud y Bienestar Comunitario; así como aquellas comunicaciones que deriven de la implementación y ejecución de la «Estrategia GTO Contigo Sí», y las necesarias para brindar una mejor atención. Eso puede incluir el envío de comunicaciones a través de correo electrónico y demás medios de comunicación físicos, electrónicos o digitales; e i) seguimiento, supervisión, evaluación y auditoría del programa. **De las transferencias.** Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, o bien, en el ejercicio de facultades propias, compatibles o análogas con la finalidad que motivó el tratamiento de los datos personales, de acuerdo con el artículo 97, fracción II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato. En este supuesto, los receptores de los datos personales a través de una transferencia, se obligan en los términos del presente aviso de privacidad. **Mecanismos de ejercicio de derechos ARCO.** Conforme a lo estipulado en el artículo 12 del Reglamento de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Poder Ejecutivo, las personas titulares de los datos personales podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos personales (derechos ARCO) ante la Unidad de Transparencia y Archivos del Poder Ejecutivo, acudiendo a sus oficinas ubicadas en San Sebastián número 78, Zona Centro, Guanajuato, Guanajuato. C.P. 36000, teléfono (473) 6 88 04 70 ext. 601, en un horario de lunes a viernes de 08:30 a 16:00 hrs., o bien a través de la dirección electrónica unidadtransparencia@guanajuato.gob.mx **Aviso de privacidad integral.** El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guanajuato en <https://dif.guanajuato.gob.mx/>