

Cuestionario de Salida Para los Participantes de BodyWorks

Cuéntanos lo que opinas acerca de BodyWorks!

El propósito de este cuestionario es obtener tu opinión acerca del programa BodyWorks. En el cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor toma tu tiempo y contesta cada pregunta basado en lo que realmente piensas. Por favor NO escribas tu nombre en este cuestionario. Sus respuestas se mantendrán privadas.

Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____

PARTICIPACIÓN EN BODYWORKS

1. ¿Dónde tomaste la clase de BodyWorks?

_____	_____	_____
Lugar/Sitio	Ciudad	Estado
(Nombre de la escuela, centro comunitario, organización)		

2. Soy:
 Participante Niño/Adolescente de BodyWorks
 Participante Padre/Persona al cuidado del niño/adolescente de BodyWorks
 Otro: _____

3. ¿Aproximadamente a cuántas sesiones asististe?
 1 2 3 4 5 6 7 8 Más de 8

4. Si faltaste a una o más sesiones, cuáles fueron las razones? (Selecciona una o más respuestas.)
 Estaba ocupado(a) con otra cosa (por ejemplo: responsabilidades de escuela, trabajo, o la casa)
 Estaba enfermo(a)
 No tenía transporte
 No me gustó el lugar/sitio
 No me gustaron los miembros del grupo
 No completé las tareas.
 Otra (por favor específica): _____

La lista siguiente contiene actividades que los entrenadores quizás hicieron para motivar a las personas a seguir viniendo a BodyWorks. Si tu entrenador(a) hizo estas cosas, por favor marca cuánto esta actividad te motivó para seguir viniendo a BodyWorks. Si tu entrenador(a) NO hizo esta actividad, por favor marca "Mi entrenador(a) no hizo esta actividad."

5. ¿Cuánto te motivó a seguir asistiendo a las sesiones de BodyWorks cuando tu entrenador(a)...?	Mi entrenador(a) NO HIZO esta actividad.	Para nada	Algo	Mucho
a. ¿Te contactó antes de la sesión para recordarte que asistieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Te contactó cuando faltaste a alguna sesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Te dió premios como cupones, certificados de regalo, botellas de agua o camisetas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Pagó el transporte que para que tú y tu familia pudieran llegar a las sesiones de BodyWorks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ofreció cuido de niños mientras tú asistías a las sesiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f. Otro (por favor especifica): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La lista siguiente contiene artículos incluidos en el la Guía de BodyWorks. Por favor indica cuán útiles fueron estos artículos para ti. Si NO usaste algún artículo de la Guía, por favor marca "Yo NO usé este artículo de la Guía."

6. ¿Cuán útiles fueron los siguientes artículos de la Guía de BodyWorks?	Yo <u>NO</u> usé este artículo de la Guía	Para Nada Útil	Algo Útil	Muy Útil
a. La Guía "Body Basics" Para Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diario de comidas y actividades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El Diario "Best Journal Ever" Para Niñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El DVD de BodyWorks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Planificador semanal de comidas en forma de imán para el refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Recetario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Lista de Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. La Guía "For Teens" Para Las Adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. La Guía "For Guys" Para Los Adolescentes Varones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor indica cuánto te gustaron estas partes del programa BodyWorks.

7. ¿Te gustó...	No	Algo	Sí
a. ¿Dónde las sesiones de BodyWorks tomaron lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cuándo las sesiones de BodyWorks tomaron lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cuánto duró cada una de las sesiones de BodyWorks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cuántas sesiones de BodyWorks se ofrecieron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor indica cuánto estás de acuerdo con las siguientes descripciones.

8. Pensando en el programa de BodyWorks...	No	Algo	Sí
a. Las actividades eran interesantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Las actividades eran divertidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me gustaron los temas de las sesiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Me gustaron las meriendas saludables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me gustaron las actividades físicas o “energizantes”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Me sentía cómodo(a) en el grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Se lo recomendaría a un(a) amigo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor indica cuánto estás de acuerdo con las siguientes descripciones acerca de tu entrenador(a) de BodyWorks.

9. Mi entrenador(a) (o entrenadores)...	No	Algo	Sí
a. Llegó a tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estaba bien preparado(a) para cada sesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Conocía mucho de los temas de discusión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me hizo sentir cómodo(a) en el grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me trató con respeto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se conectó bien con el grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Incluyó a todos en las actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Manejó cualquier problema que surgió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor indica cuánto te ayudó el programa BodyWorks en estas áreas.

10. El programa BodyWorks me ha ayudado a...	No	Algo	Sí
a. Entender mejor alimentación saludable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Entender mejor mis necesidades de actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sentir que comer una dieta saludable es importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentir que ejercitarse regularmente es importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sentirme más confiado(a) en elegir alimentos saludables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirme más confiado(a) acerca de ejercitarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sentirme más confiado(a) en hablar con mi familia sobre nutrición y actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Comer saludablemente, aunque hayan barreras en mi camino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Estar activo(a) físicamente aunque hayan barreras en mi camino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor indica cuánto MENOS o MÁS haces estas actividades después de estar en el programa BodyWorks.

11. Como resultado de tu participación en el programa BodyWorks, cuánto MENOS o MÁS ahora...	MENOS que Antes	Casi Lo Mismo	MÁS que Antes
a. ¿Participas en actividades físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Preparas alimentos saludables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Estableces/ trabajas hacia metas de <u>actividades físicas y/o alimentación saludable</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Escribes en un diario acerca de mis hábitos de alimentación y/o actividades físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor indica cuánto estás planificando continuar con los siguientes hábitos. Si NO has hecho ningún cambio en tus hábitos como resultado de BodyWorks, indica "NO hice ningún cambio."

12. En el siguiente MES, planifico continuar...	NO hice ningún cambio	No	Tal vez	Sí
a. Los hábitos de <u>alimentación saludable</u> que comencé como resultado de BodyWorks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los hábitos de <u>actividad física</u> que comencé como resultado de BodyWorks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor escribe lo que mejoraría el programa BodyWorks.

13. ¿Qué mejoraría el programa BodyWorks? (Escribe tu respuesta en el espacio siguiente.)

Eres...

- Hombre Mujer

¿Cuál es tu edad?:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 9 años de edad o menor | <input type="checkbox"/> 16 - 19 años de edad | <input type="checkbox"/> 50 - 59 años de edad |
| <input type="checkbox"/> 10 - 12 años de edad | <input type="checkbox"/> 20 - 29 años de edad | <input type="checkbox"/> 60 - 69 años de edad |
| <input type="checkbox"/> 13 - 15 años de edad | <input type="checkbox"/> 30 - 39 años de edad | <input type="checkbox"/> 70 años de edad o más |
| <input type="checkbox"/> 16 - 19 años de edad | <input type="checkbox"/> 40 - 49 años de edad | |

¿Eres hispano o latino?

- No Sí

¿Cuál es tu raza? (Selecciona una o más respuestas.)

- Negro/ Africano americano
- Blanco
- Indio nativo/ Nativo de Alaska
- Hawaiano nativo/ Nativo de las Islas del Pacífico
- Asiático

ACERCA DE TÍ: