



Cuestionario de Salida del Padre o Persona al Cuidado del Niño o Adolescente

La Oficina para la Salud de la Mujer quiere saber cómo el programa BodyWorks le está ayudando a usted, a su hijo(s) y al resto de su familia. Al completar este cuestionario podrá ayudar a mejorar el programa.

Completar este cuestionario tomará alrededor de 20 minutos. El cuestionario incluye preguntas acerca del programa *BodyWorks*, sus hábitos de alimentación y actividad física, y acerca de su(s) hijo(s). Cuando el cuestionario le pregunte acerca de "su hijo(s)", por favor responda la pregunta pensando en el hijo(a) o hijos(as) que participará(n) en *BodyWorks*. Por favor seleccione una respuesta por cada pregunta, excepto cuando las instrucciones indiquen lo contrario. Sus respuestas se mantendrán privadas.

Por favor escriba SUS iniciales:	_____	_____
[Ejemplo: Para Juan Santos, es J.S. Para Juan Dávila-Santos, es J.D.]	Primera inicial	Segunda inicial

Por favor escriba la FECHA DE NACIMIENTO de su hijo(s) que participan en el programa BodyWorks con usted. [Ejemplo: Escriba 05/22/95 si su hija nació el 22 de mayo de 1995]		
Hijo #1:	Hijo #2 (SI SE APLICA):	Hijo #3 (SI SE APLICA):
_____/_____/_____ mes día año	_____/_____/_____ mes día año	_____/_____/_____ mes día año

¿En dónde tomó lugar el programa BodyWorks? <input type="checkbox"/> Sitio 1 <input type="checkbox"/> Sitio 2 <input type="checkbox"/> Sitio 3
--

1. Ahora mismo, ¿Cómo se siente acerca de hacer cambios a sus <u>hábitos alimenticios</u>? <input type="checkbox"/> No he pensado en hacer ningún cambio. <input type="checkbox"/> Estoy planificando hacer cambios más tarde, quizás dentro de 6 meses. <input type="checkbox"/> Quiero hacer cambios pronto, quizás en el próximo mes. <input type="checkbox"/> Estoy haciendo cambios ahora mismo, pero ha sido por menos de 6 meses. <input type="checkbox"/> He hecho cambios y los he mantenido por 6 meses o más.
2. ¿Cuánto quiere hacer cambios a sus <u>hábitos alimenticios</u>? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Mucho
3. Ahora mismo, ¿Cómo se siente acerca de hacer cambios a sus <u>hábitos de ejercicios</u>? <input type="checkbox"/> No he pensado en hacer ningún cambio. <input type="checkbox"/> Estoy planificando hacer cambios más tarde, quizás dentro de 6 meses. <input type="checkbox"/> Quiero hacer cambios pronto, quizás en el próximo mes. <input type="checkbox"/> Estoy haciendo cambios ahora mismo, pero ha sido por menos de 6 meses. <input type="checkbox"/> He hecho cambios y los he mantenido por 6 meses o más.

Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que este lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0990-XXXX. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recaudar los datos necesarios y completar y revisar el cuestionario. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 537-H, Washington D.C. 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer

4. ¿Cuánto quieres hacer cambios a sus hábitos de ejercicio?

Nada
 Un poco
 Algo
 Mucho

5a. ¿Cuán importante es para USTED...	No es importante para nada	No es muy importante	Importante	Muy Importante
a. Comer alimentos saludables como frutas, vegetales, granos enteros, leche, carnes y frijoles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hacer ejercicios durante 2.5 horas cada semana (que puede ser 30 minutos cada día, en plazos de 10 minutos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Establecer metas para mejorar sus hábitos de alimentación y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Escribir en un diario acerca de sus hábitos de alimentación y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Prevenir enfermedades que ocurren más tarde en la vida, como enfermedades del corazón, diabetes, y la osteoporosis (una enfermedad que hace que los huesos se rompan fácilmente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La pregunta 5b se trata del hijo(a) o los hijos(as) que vinieron con usted al programa BodyWorks.

5b. ¿Cuán importante es para usted que SU hijo(a) o hijos(as) esté(n)...	No es importante para nada	No es muy importante	Importante	Muy Importante
a. Comiendo alimentos saludables como frutas, vegetales, granos enteros, leche, carnes y frijoles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Haciendo ejercicios durante una hora todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Estableciendo metas para mejorar sus hábitos de alimentación y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Escribiendo en un diario acerca de sus hábitos de alimentación y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ayudándole a planificar, comprar, o preparar comidas y meriendas saludables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Comiendo alimentos saludables y haciendo actividad física temprano durante su niñez y adolescencia para prevenir enfermedades que ocurren más tarde en la vida, como enfermedades del corazón, diabetes, y la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

osteoporosis (una enfermedad que hace que los huesos se rompan fácilmente)?				
---	--	--	--	--

6a. ¿Cree que puede...	No, de Ningún Modo	No, Realmente No	Sí, Un Poco	Sí, Definitivamente
a. Hablar con tu familia acerca de como todos pueden comer alimentos más saludables o recibir más actividades físicas??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Proveer alimentos saludables cada semana (incluyendo planificar, comprar, o preparar comida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Usar las etiquetas nutricionales en los empaques de alimentos para seleccionar alimentos saludables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Elegir alimentos y bebidas saludables en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Elegir alimentos y bebidas saludables en los restaurantes, incluyendo restaurantes de comida rápida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Planificar las actividades físicas que harás esa semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ejercitarse por 2.5 horas cada semana (que puede ser 30 minutos cada día, en plazos de 10 minutos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hacer ejercicios aunque hayan barreras como cuando está demasiado cansado(a) o muy ocupado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La pregunta 6b se trata del hijo(a) o los hijos(as) que vinieron con usted al programa BodyWorks.

6b. ¿Cree que puede Usted ayudar a su hijo(a) o hijos(as) a...	No, de ningún modo	No, Realmente No	Si, un poco	Si, definitivamente
a. Que le ayude a proveer alimentos saludables cada semana (incluyendo planificar, comprar y preparar comidas?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Elegir alimentos y bebidas saludables, incluyendo alimentos con calcio y vitamina D?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Elegir alimentos y bebidas saludables en los restaurantes, incluyendo los restaurantes de comida rápida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Limitar la computadora y/o televisión para que su hijo(a) pueda pasar más tiempo estando activo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ejercitarse por 60 minutos cada día, incluyendo hacer ejercicios para fortalecer los huesos (correr o saltar cuerda u otra actividad de alto impacto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. El momento más importante en la vida para desarrollar huesos fuertes es cuando es...

Bebé o un(a) niño(a) pequeño(a) (edad de 0 á 8)
 Niño(a) pre-adolescente o adolescente (edad de 9 á 18)
 Adulto(a) joven (edad 19 á 29)
 Adulto(a) (edad 30 á 54)
 Adulto(a) mayor (edad 55+)
 No sé

8. Un "tamaño porción" es la cantidad de alimento que eliges comer para una comida o merienda.

Cierto Falso No sé

9. Una "porción" está incluida en la etiqueta nutricional y le ayuda a saber cuántas calorías hay en una porción de comida.

Cierto Falso No sé

10. Los peligros de llevar una dieta poca saludable pueden ser: (Selecciona una o más respuestas)

No obtener los nutrientes suficientes para crecer y desarrollarse.
 Tener un mayor riesgo de huesos débiles y osteoporosis más tarde en la vida.
 Tener un mayor riesgo de un trastorno alimenticio.
 No sé

11. ¿Cuáles alimentos son granos enteros? (Selecciona una o más respuestas.)

Arroz integral Queso Jugo de manzana Avena No sé

12. ¿Cuál sándwich contiene menos grasa?

Sándwich de pavo con mostaza Sándwich de ensalada de atún No sé

13. ¿Cómo te puede ayudar la actividad física? (Selecciona una o más respuestas.)

Te ayuda a controlar el peso Te ayuda sentirte con menos estrés Te da más confianza Disminuye tus niveles de vitamina B No sé

14. Estas caminando. Comienzas a sudar pero todavía puedes hablar con tu amigo(a). Esta actividad es:

Suave Moderada Vigorosa No sé

15. Cuéntenos acerca de los últimos 7 días. ¿Cuántos días USTED...	0 Días	1-2 Días	3-4 Días	5-7 Días
a. Escribió en un diario sus hábitos alimenticios y de actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabajó hacia las metas que estableció para comer alimentos saludables y estar activo(a) físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Planificó comidas saludables para la semana, incluyendo hacer una lista de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Compró alimentos y bebidas saludables para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Se aseguró de preparar alimentos y meriendas saludables para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se aseguró de que su familia comiera un desayuno saludable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Comió una cena junto a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se ejercitó por un total de 30 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se ejercitó con su hijo(a) o hijos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Se aseguró que su hijo(a) o hijos(as) hicieran ejercicios por una hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Piensa en lo que come Usted en un DÍA PROMEDIO, ¿Cuántas veces come o bebe...	0 Veces	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5+ Veces
a. Leche o productos lácteos (yogur, queso) o un sustituto de leche (como leche de soya o de arroz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Soda o gaseosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Frutas (incluyendo jugos 100% de frutas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Carne o frijoles (carne, pescado, pollo, tofú, huevo, mantequilla de maní, frijoles cocidos, nueces, semillas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Papas fritas o patatas fritas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vegetales (incluyendo vegetales mezclados en sopa, comida salteada, guiso, cazuela, taco, o tortillas de huevo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dulces, galletas, torta o pastel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Granos (pan, cereal, arroz, pasta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Durante el próximo mes, yo estoy planificando...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
a. Seleccionar alimentos saludables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ejercitarme más frecuentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ejercitarme más frecuentemente con mi(s) hijo(a) o hijos(as).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Establecer y trabajar hacia las metas de nutrición y actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Proveer comidas y refrigerios saludables para mi familia (incluyendo planificar, comprar y preparar comidas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Comer un desayuno saludable todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Comer junto con mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ayudar a mi hijo(a) o hijos(as) a trabajar hacia sus metas de actividad física y alimentación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta sección preguntará acerca de su experiencia con el programa BodyWorks.

<p>18. ¿A cuántas sesiones asistió? (Haga un círculo alrededor de una opción.)</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 Más de 8</p>
<p>19. Si faltó a una o más sesiones, ¿cuáles fueron las razones? (Selecciona una o más respuestas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba ocupado(a) con otra cosa (por ejemplo: responsabilidades de escuela, trabajo, o la casa)</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba enfermo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> No tenía transporte</p> <p><input type="checkbox"/> No me gustaron los miembros del grupo</p> <p><input type="checkbox"/> No completé las tareas</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique): _____</p>

20a. La lista siguiente contiene actividades que los entrenadores quizás hicieron para motivar a las personas a seguir viniendo a BodyWorks. Si su entrenador(a) NO hizo esta actividad, por favor marque "Mi entrenador(a) no hizo esta actividad." Si su entrenador(a) hizo estas cosas, por favor marque cuánto esta actividad le motivó a seguir viniendo a BodyWorks.

¿Cuánto te motivó a seguir asistiendo a las sesiones de BodyWorks cuando tu entrenador(a)...?	Mi entrenador(a) NO HIZO esto.	No, de ningún modo	No, Realmente no	Sí, Un Poco	Sí, definitivamente
a. Te contactó antes de la sesión para recordarte que asistieras?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
d. Te contactó antes de la sesión para recordarte que asistieras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ofreció cuidado de niños mientras usted asistía a las sesiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otro (por favor especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20b. Si su entrenador(a) le dio premios para participar en BodyWorks, por favor describa los premios que recibió:

21. La lista siguiente contiene artículos incluidos en el la Guía de BodyWorks. Si NO usó algún artículo de la Guía, por favor marque "Yo NO usé este artículo de la Guía." Por favor indique cuán útiles fueron estos artículos para usted.

¿Cuán útiles fueron los siguientes artículos de la Guía de BodyWorks?	Yo NO Usé Este Artículo de la Guía	Para Nada Útil	No Muy Útil	Útil	Muy Útil
a. La Guía "Body Basics" Para Padres	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c. El Diario "Best Journal Ever" Para Niñas	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
f. Recetario	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
h. La Guía "For Teens" Para Las Adolescentes	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿Cuán frecuente usó cualquiera de los artículos en la Guía con su hijo(a) o hijos(as) fuera de las sesiones de BodyWorks?

Nunca
 Una vez al mes
 Una vez a la semana
 Dos o más veces por semana

23. Si algunos artículos del Guía de BodyWorks no fueron útiles, ¿cómo se podrán mejorar?

24. El entrenador (o entrenadores)...	Completa-mente En Desacuerdo	En desacuerdo	De Acuerdo	Completa-mente De Acuerdo
a. Llegó a tiempo	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c. Conocía mucho de los temas de discusión	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me trató con respeto	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
g. Incluyó a todos en las actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Manejó cualquier problema que surgió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Piensa sobre el programa BodyWorks. ¿Cuánto te gustó...	No Me Gustó Para Nada	Me Gustó Un Poco	Me Gustó	Me Gustó Mucho
a. Dónde las sesiones de BodyWorks tomaron lugar?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cuánto duró cada una de las sesiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El número de sesiones para padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El número de sesiones para niños o adolescentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La estructura del programa en general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ¿Cuánto te gustó...	No me gustó para nada	Me gustó un poco	Me gustó	Me gustó mucho
a. El tema de las sesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Las actividades/demostraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Meriendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Actividades físicas o “energizantes”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El programa de BodyWorks en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

28a. En las últimas 8 semanas, participó en algún programa de educación en salud sobre nutrición o actividad física a parte de BodyWorks? No Sí

28b. Si marcó “sí”, por favor describa el programa:
