



## Encuesta después del programa

### Vivir bien con condiciones crónicas/Vivir bien con diabetes u otros programas en el paquete Stanford

Fecha de hoy: \_\_\_\_//\_\_\_\_ M M  
D D A A A A

Identificación del participante (primeras dos letras de su primer nombre, primeras dos letras de su apellido, últimos dos número de su año de nacimiento): \_ \_ \_ \_ \_

1. En general, diría que su salud es:  
 Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

2. Después de tomar este taller, tengo más confianza en que puedo manejar mi(s) condición(es) crónica(s).

Nada de confianza Totalmente con confianza  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de quienes lo rodean?

siempre  Nunca  a menudo  casi nunca  
 algunas veces

4. Después de tomar esta clase ¿qué tan bien siente que se le comunicaron las expectativas de este programa?

Muy bien  Moderadamente bien  Ligeramente bien  Nada bien

5. La clase me ayudó a lograr las metas que establecí en mi (s) plan (s) de acción:

No  sí

6. Cuéntenos en qué grado le ha sido útil el programa. Llene un círculo para cada pregunta.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a) A manejar una condición crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) A continuar trabajando o realizando otras actividades diarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) A lidiar con sentimientos como ira, frustración, tristeza, depresión o miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) A manejar el estrés y la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

fatiga

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| e) A comer de forma más saludable                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) A aumentar la actividad física                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) A trabajar con profesionales de la salud o un equipo médico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) A socializar más con otros                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

e cualquier otra información que le gustaría que supiéramos:

7. Desde que comenzó el programa, ¿qué ha hecho para manejar su(s) condición(es) crónica(s)? Elija todas las que sean necesarias.

- Platiqué con un amigo o familiar sobre mi(s) condición(es) crónica(s)
- Platiqué con un proveedor de atención médica sobre la técnica de automanejo que aprendí en este programa
- Realicé un cambio en la dieta o hábitos alimenticios
- Me ejercité o implementé actividad física adicional en mi rutina diaria
- Me conecté con otros participantes y continúe socializando con ellos fuera de este programa
- Revisé mis medicamentos y/o hábitos medicinales y realicé cambios si fue necesario

8. Desde que comenzó el programa, he aplicado las habilidades que aprendí en el programa para: (Elija todas las que sean necesarias).

- Manejar emociones, como el estrés, la depresión, la ira, el miedo o la frustración
- Manejar el dolor, la fatiga u otros síntomas de mi(s) condición(es) crónica(s)
- Aumentar mi fuerza, flexibilidad, resistencia o capacidad física general
- Hacer una lista de medicamentos que incluya todos los medicamentos actuales, sus dosis y fechas de inicio
- Resolver un problema o cuestión que experimenté en mi vida
- Ayudar a alguien más a usar una técnica que aprendí en este programa

9. Después de tomar este taller, me siento \_\_\_\_\_ en cuanto a mi salud.

- Mucho mejor                       Mejor                       Igual                       Peor                       Mucho peor

10. Después de tomar este taller, me siento \_\_\_\_\_ en cuanto a mi capacidad de manejar mi(s) condición(es) crónica(s).

- Mucho mejor                       Mejor                       Igual                       Peor                       Mucho peor

11. En general, diría que su sensación de bienestar es:

- Excelente                       Muy buena                       Buena                       Regular                       Mala

12. ¿Con qué probabilidad recomendaría este programa a un amigo o familiar?

- | Nada probable |   |   | Neutral |   |   |   | Extremadamente probable |   |    |
|---------------|---|---|---------|---|---|---|-------------------------|---|----|
| 1             | 2 | 3 | 4       | 5 | 6 | 7 | 8                       | 9 | 10 |

13. ¿Estaría dispuesto a compartir su historia para ayudar a otras personas a obtener acceso a los programas de Juniper?

- No                       sí

14. ¿Qué fue lo más valioso de este programa?

---

15. Proporcione comentarios o retroalimentación sobre el (los) líder(es) del programa.

---

---

---

---

16. Proporcione cualquier otra información que le gustaría que supiéramos

---

---