**Cuestionario de Preparación Para Cambiar**

***¿Dónde estoy ahora?***

**Programa de** **interés**

|  |
| --- |
| ¿Por qué te interesaste en el Programa de Prevención de Diabetes? (¿Por qué llamaste o por qué fuiste referido?) |

Piensa en tu actividad física y tu alimentación durante los últimos tres meses. Te voy a hacer algunas preguntas. Déjame saber si estás de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones. También puedes decirme si “no sabes” o no quieres contestar.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Muy de** **acuerdo** | **De acuerdo** | **No estás seguro** | **En desacuerdo** | **Muy** **en desacuerdo** | **No se****o rechazado** |
| Tú comes saludablemente. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| Tiene suficiente actividad física. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| Quieres comer más sanamente. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| Quieres ser más activo físicamente. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| Ha intentado un programa como este antes. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| ¿Cuál es el nombre del programa que te interesa? |
| ¿Cuál fue tu éxito o qué funcionó? O ¿Qué crees que será fácil acerca de este programa?    |
| ¿Qué fue lo más difícil o cuáles fueron tus retos? ¿Cuáles crees que serán los retos que tendrás con este programa?   |

***¿Qué tan seguro estás de que puedes hacer cambios ahora?***

Responde las siguientes preguntas para indicar qué tan seguro está de que puede hacer cambios en tu estilo de vida. También puede decirme si "No sabe" o si no quiere responder.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para comer:**Con el apoyo adecuado, ¿qué tan seguro está de que puede: | **Claro** **que puedo** | **Pienso que****puedo** | **No estoy seguro que****puedo** | **No pienso que puedo** | **No se si puedo.****Me niego a hacerlo** |
| Comer alimentos más saludables. | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| Comer en exceso con menos frecuencia | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| ¿Quién puede ayudarte a comer más sano? ¿De qué maneras?  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividad Física** **:**Con el apoyo adecuado, ¿qué tan seguro está de que puede: |  **Claro** **que puedo** |  **Pienso que puedo** |  **No estoy seguro que puedo** |  **No** **pienso que****puedo** |  **No sé si puedo.**  **Me niego a hacerlo** |
| Hacer actividad física con más frecuencia | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| Mantenerme físicamente activo por un tiempo más largo | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| ¿Quién puede apoyarte para ser más activo? ¿De qué maneras?    |

**Apoyo de Programa**

|  |
| --- |
| Teniendo en cuenta lo que actualmente sabe sobre el programa, ¿cómo cree que podemos ayudarte a tener éxito durante el programa?    |

**La Herramienta de selección de Preparación para Cambiar**

1.               **¿Estás aquí porque TÚ quieres hacer cambios?** **⌂** **Sí** **⌂ No**

Si se siente presionado por su cónyuge, personal médico o un amigo lo, es posible que no esté listo para perder peso. Hay una buena posibilidad de que te estés preparando para fallar.

2.              **¿Está listo para hacer un compromiso de por vida con hábitos saludables de alimentación moderada y actividad física regular?** **⌂** **Sí** **⌂ No**

Piensa en la cantidad de peso que quieres perder. Todos quieren perder peso al instante, pero en este programa perderá peso gradualmente. Si está dispuesto a dedicar tiempo a desarrollar nuevos patrones de alimentación y actividad en los próximos meses, es muy probable que este programa sea para tú.

3.              **¿Estás listo para hacer de esto una prioridad en tu vida? ⌂** **Sí** **⌂ No**

Cambiando comportamientos mantenidos durante mucho tiempo y perdiendo peso toma tiempo y esfuerzo. Además asistiendo la sesión semanal para dieciséis semanas luego cada dos meses durante los próximos meses, y luego mensualmente, durante un año completo (2 años bajo Medicare), tendrá que dedicar tiempo a registrar su comida y actividad todos los días. Si ya estás ***comprometido,***  podría no ser el momento adecuado para que comiences. Este programa estará disponible cuando le resulte más conveniente empezar.

4.            **¿Estás dispuesto a ser responsable de tus elecciones de comida y actividad física?**  **⌂** **Sí** **⌂ No**

Es posible que haya estado en otros programas donde todo se presenta para usted. La clave de este programa es encontrar lo que funciona mejor para usted. Esto implicará un pensamiento serio y decisiones sobre lo que está dispuesto a hacer cambio.

5.                    **¿Estás listo para crear un objetivo de peso que sea realista y saludable para ti?**  **⌂** **Sí** **⌂ No**

Los estudios han demostrado que una pérdida de peso del 7% es suficiente para proporcionar beneficios para la salud y reducir los riesgos para la diabetes tipo 2. Si tiene una cantidad sustancial que perder, puede tener metas intermedias. El éxito de este programa implica lograr un peso que se pueda mantener al mantenerse activo y comer lo suficiente niveles.

 **Su compromiso es importante** ya que se necesita un trabajo duro para cambiar los hábitos. Sabemos que este programa funciona, ya que se basa en años de investigación. Para tener éxito, le pedimos que piense acerca de su preparación, firme un contrato y se comprometa con los objetivos de pérdida de peso del 7% y 150 minutos de actividad física semanal.

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma:** | **Fecha:** |