

Su Salud — y — Bienestar

Cuestionario de la calidad de vida de la obesidad y la pérdida de peso (OWLQOL)

Este cuestionario pregunta su opinión acerca de su salud y su peso.



¡Gracias por responder a estas preguntas!

Instrucciones para que los(las) participantes en el estudio completen el cuestionario sobre la calidad de vida

- 1) Este cuestionario es una parte importante de su evaluación médica en general. Las preguntas están diseñadas para recopilar información sobre cómo su calidad de vida se ha visto afectada por sus problemas de salud según su punto de vista.
- 2) Para completar el cuestionario utilice un bolígrafo. Escriba con firmeza y claridad para asegurar que sus respuestas sean claras y legibles.
- 3) Por favor tómese el tiempo necesario para leer con atención y responder cuidadosamente a cada pregunta. Algunas preguntas pueden ser parecidas, pero todas son diferentes.
- 4) Para responder a las preguntas, por favor marque una ☐ en la casilla que mejor describa su respuesta. Si desea cambiar su respuesta, tache con una raya (~~☐~~) la respuesta marcada y marque una ☐ en la casilla que corresponda a la nueva selección.
- 5) No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, por favor conteste de la mejor forma que pueda.
- 6) Sus respuestas son confidenciales. El(La) coordinador(a) del estudio sólo se encargará de revisar que todo esté completo y no compartirá sus respuestas con ningún miembro del equipo clínico.

Sus sentimientos en relación con su peso

A continuación hay una serie de frases acerca de su calidad de vida, en relación con el sobrepeso y el intentar perder peso.

Para cada una de las siguientes frases, por favor marque una ☒ en la casilla que mejor describa su respuesta en este momento.

	EN ABSOLUTO	APENAS	ALGO	MODERA- DAMENTE	CONSIDE- RABLE- MENTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
1. Debido a mi peso, intento ponerme ropa que disimule mi figura (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Me siento frustrado(a) por tener menos energía debido a mi peso (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Debido a mi peso, me siento culpable cuando como (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Me siento molesto(a) por lo que otra gente dice sobre mi peso (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Debido a mi peso, intento evitar que me tomen fotos (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Debido a mi peso, debo tener un cuidado especial con mi higiene personal (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Mi peso me priva de hacer las cosas que quiero (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. Me preocupa la carga física que mi peso ejerce (produce) sobre mi cuerpo (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(Por favor pase a la página siguiente)

(Continuación)...

	EN ABSOLUTO	APENAS	ALGO	MODERA- DAMENTE	CONSIDE- RABLE- MENTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
9. Debido a mi peso, me siento frustrado(a) de no poder comer lo que otros comen (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. Me siento deprimido(a) a causa de mi peso (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. Me siento feo(a) debido a mi peso (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Debido a mi peso, me preocupa mi futuro (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. Siento envidia de la gente delgada (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. Siento que la gente me mira debido a mi peso (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. Tengo dificultad para aceptar mi cuerpo debido a mi peso (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
16. Temo recuperar el peso que haya perdido (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. Me siento desanimado(a) cuando intento adelgazar (<i>Por favor marque una respuesta</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Por favor revise las preguntas que acaba de contestar para asegurarse de que las ha leído todas.

¡Gracias por responder a estas preguntas!

Su Salud — y — Bienestar

Medida del síntoma relacionado con el peso (WRSM)

Este cuestionario pregunta su opinión acerca de su salud y su peso.



¡Gracias por responder a estas preguntas!

Instrucciones para que los(las) participantes en el estudio completen el cuestionario sobre la calidad de vida

- 1) Este cuestionario es una parte importante de su evaluación médica en general. Las preguntas están diseñadas para recopilar información sobre cómo su calidad de vida se ha visto afectada por sus problemas de salud según su punto de vista.
- 2) Para completar el cuestionario utilice un bolígrafo. Escriba con firmeza y claridad para asegurar que sus respuestas sean claras y legibles.
- 3) Por favor tómese el tiempo necesario para leer con atención y responder cuidadosamente a cada pregunta. Algunas preguntas pueden ser parecidas, pero todas son diferentes.
- 4) Para responder a las preguntas, por favor marque una ☐ en la casilla que mejor describa su respuesta. Si desea cambiar su respuesta, tache con una raya (~~☐~~) la respuesta marcada y marque una ☐ en la casilla que corresponda a la nueva selección.
- 5) No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, por favor conteste de la mejor forma que pueda.
- 6) Sus respuestas son confidenciales. El(La) coordinador(a) del estudio sólo se encargará de revisar que todo esté completo y no compartirá sus respuestas con ningún miembro del equipo clínico.

Los síntomas relacionados con su peso y el grado en que le molestan

Para cada una de las siguientes preguntas, lea la lista de síntomas y marque una ☒ en la casilla que mejor describa su respuesta.

a. <u>En las últimas 4 semanas,</u> ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?			b. En caso afirmativo, ¿en qué grado le ha molestado cada uno de estos síntomas?						
No	Sí	SÍNTOMAS	En Absoluto	Apenas	Algo	Modera- damente	Considera- blemente	Mucho	Muchí- simo
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Falta de respiración	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Cansancio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Problemas con el sueño	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sensibilidad al frío	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento de sed	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mayor irritabilidad	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Orinar con frecuencia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Dolor en las articulaciones (cadera, rodillas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Retención de líquidos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Problemas en los pies	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sensibilidad al calor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Ronquidos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(Por favor pase a la página siguiente)

(Continuación...)

a. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?			b. En caso afirmativo, ¿en qué grado le ha molestado cada uno de estos síntomas?						
No	Sí	SÍNTOMAS	En Absoluto	Apenas	Algo	Modera-damente	Considera-blemente	Mucho	Muchí-simo
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento de apetito	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Incontinencia (escaparse la orina)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mareo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aumento de la sudoración	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Pérdida del deseo sexual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Menor resistencia física	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Piel irritada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Por favor revise las preguntas que acaba de contestar para asegurarse de que las ha leído todas.

¡Gracias por responder a estas preguntas!