

# Su Salud — y — Bienestar

**Cuestionario sobre la Calidad de Vida en relación a la  
Obesidad y Pérdida de Peso (OWLQOL)**

Esta encuesta pregunta su opinión acerca de su salud y su peso.



***¡Gracias por responder a estas preguntas!***

---

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.  
(OWL-QOL-17 (Spanish) Spain Version 2.0)

## **Instrucciones de cómo los participantes del estudio deben rellenar los cuestionarios sobre Calidad de Vida**

---

---

- 1) Estos cuestionarios forman una parte importante de su evaluación médica en general. Las preguntas han sido elaboradas para recibir información sobre cómo, según su propio punto de vista, su salud ha afectado su calidad de vida.
- 2) Rellene el cuestionario usando un bolígrafo. Presione firmemente y escriba con buena letra para asegurarse de que las copias sean claras y legibles.
- 3) Le rogamos tome su tiempo para leer y contestar cuidadosamente cada pregunta. Algunas preguntas se parecen a otras, pero cada una es diferente.
- 4) Le rogamos conteste cada pregunta marcando una ☐ en la casilla que mejor describa su respuesta. Puede cambiar una respuesta trazando una línea ( ☒ ) sobre la selección que desee cambiar y marcando una ☐ en la casilla correspondiente a la nueva selección.
- 5) No hay respuestas correctas o erróneas. Si no está seguro/a de cómo contestar una pregunta, le rogamos nos dé la mejor respuesta que pueda.
- 6) Sus respuestas son confidenciales. El/La coordinador/a del estudio las revisará únicamente para comprobar si todas han sido contestadas y no compartirá sus respuestas con el personal de la clínica.

## Sus sentimientos en relación a su peso

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

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

|  | EN<br>ABSOLUTO             | APENAS                     | ALGO                       | MODER-<br>ADA-<br>MENTE    | BASTANTE                   | MUCHO                      | MUCHÍ-<br>SIMO             |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Debido a mi peso, intento llevar ropa que disimule mi figura ( <i>Por favor, marque una</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</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</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</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 hagan fotos ( <i>Por favor, marque una</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</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</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 de mi peso en mi cuerpo ( <i>Por favor, marque una</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*)

(continúa)...

|  | EN<br>ABSOLUTO             | APENAS                     | ALGO                       | MODER-<br>ADA-<br>MENTE    | BASTANTE                   | MUCHO                      | MUCHÍ-<br>SIMO             |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9. Me siento frustrado(a) de no poder comer lo que otros comen debido a mi peso ( <i>Por favor, marque una</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</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</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</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</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</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</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. Tengo miedo de recuperar el peso que pierda ( <i>Por favor, marque una</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</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 no se haya dejado ninguna.***

***¡Gracias por responder a estas preguntas!***

# Su Salud — y — Bienestar

## Medida del Síntoma en Relación al Peso (WRSM)

Esta encuesta pregunta su opinión acerca de su salud y su peso.



*¡Gracias por responder a estas preguntas!*

---

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.  
(WRSM Standard (Spanish) Spain Version 1.0)

## **Instrucciones de cómo los participantes del estudio deben rellenar los cuestionarios sobre Calidad de Vida**

---

- 1) Estos cuestionarios forman una parte importante de su evaluación médica en general. Las preguntas han sido elaboradas para recibir información sobre cómo, según su propio punto de vista, su salud ha afectado su calidad de vida.
- 2) Rellene el cuestionario usando un bolígrafo. Presione firmemente y escriba con buena letra para asegurarse de que las copias sean claras y legibles.
- 3) Le rogamos tome su tiempo para leer y contestar cuidadosamente cada pregunta. Algunas preguntas se parecen a otras, pero cada una es diferente.
- 4) Le rogamos conteste cada pregunta marcando una ☐ en la casilla que mejor describa su respuesta. Puede cambiar una respuesta trazando una línea ( ☒ ) sobre la selección que desee cambiar y marcando una ☐ en la casilla correspondiente a la nueva selección.
- 5) No hay respuestas correctas o erróneas. Si no está seguro/a de cómo contestar una pregunta, le rogamos nos dé la mejor respuesta que pueda.
- 6) Sus respuestas son confidenciales. El/La coordinador/a del estudio las revisará únicamente para comprobar si todas han sido contestadas y no compartirá sus respuestas con el personal de la clínica.

## ¿En qué grado le molestan los siguientes síntomas relacionados con su peso?

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

| a. <u>En los últimos 30 días</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 Abso-luto   | Apenas                     | Algo                       | Modera-damente             | Basta nte                  | Mucho                      | Muchí-simo                 |
| <input type="checkbox"/> 0   | <input type="checkbox"/> 1 | Faltar la 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 la 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)*

(continúa)...

| a. En los últimos 30 días, ¿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 Abso-luto   | Apenas                     | Algo                       | Modera-damente             | Basta nte                  | Mucho                      | Muchí-simo                 |
| <input type="checkbox"/> 0   | <input type="checkbox"/> 1 |                          | <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 del 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            | <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 no se haya dejado ninguna.*

*¡Gracias por responder a estas preguntas!*