

Su Salud — y — Bienestar

Cuestionario de calidad de vida sobre 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 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 al 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	MODE- RADA- MENTE	CONSIDE- RABLE- MENTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
1. Debido a mi peso, intento ponerme 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 tomen 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 que mi peso ejerce (produce) sobre 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 ABSOLUTO	APENAS	ALGO	MODE- RADA- MENTE	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)</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. Temo recuperar el peso que haya perdido. <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 las ha leído todas.

¡Gracias por responder a estas preguntas!