

# Su Salud — y — Bienestar

**Instrumento de la calidad de vida de la obesidad y de la 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) U.S. Version 2.0)

## **Instrucciones para que los participantes del estudio completen los cuestionarios de la calidad de vida**

---

- 1) Estos cuestionarios son una parte importante de su evaluación médica general. Estas preguntas están diseñadas para recolectar información sobre cómo su salud ha afectado su calidad de vida desde su propio punto de vista.
- 2) Conteste este cuestionario con un bolígrafo. Presione firmemente y escriba con cuidado para asegurarse de que las copias sean claras y legibles.
- 3) Por favor tómese su tiempo para leer y contestar cada pregunta cuidadosamente. Algunas preguntas pueden ser parecidas entre sí, pero cada una de ellas es diferente.
- 4) Por favor conteste cada pregunta marcando con una ☒ el cuadrado que mejor describa su respuesta. Usted puede cambiar una respuesta si traza una línea ( ☒ ) a través de la que quiere cambiar y marque con una ☒ el cuadrado que corresponda a su nueva respuesta.
- 5) No hay respuestas correctas ni incorrectas. Si no está seguro/a de cómo contestar una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda.
- 6) Sus respuestas son confidenciales. El/la coordinador/a del estudio únicamente revisará que haya contestado todas las preguntas y no compartirá sus respuestas con ningún otro miembro del equipo clínico.

## 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, marque con una ☒ en la casilla que mejor describa su respuesta en este momento.

	EN ABSOLUTO	APENAS	ALGO	MODER- ADA- MENTE	CONSID- ERABLE- MENTE	MUCHO	MUCHÍ- SIMO
1. Debido a mi peso, intento ponderme ropa que disimule mi figura ( <i>Por favor marque un cuadrado</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 un cuadrado</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 un cuadrado</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 un cuadrado</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 un cuadrado</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 un cuadrado</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 un cuadrado</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 un cuadrado</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	MODER- ADA- MENTE	CONSID- ERABLE- MENTE	MUCHO	MUCHÍ- SIMO
9. Me siento frustrado(a) de no poder comer lo que otros comen debido a mi peso ( <i>Por favor marque un cuadrito</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 un cuadrito</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 un cuadrito</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 un cuadrito</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 un cuadrito</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 un cuadrito</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 un cuadrito</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 aumentar el peso que haya perdido ( <i>Por favor marque un cuadrito</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 un cuadrito</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 de los síntomas en relación con el peso (WRSM)

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



*¡Gracias por responder a estas preguntas!*

## **Instrucciones para que los participantes del estudio completen los cuestionarios de la calidad de vida**

---

- 1) Estos cuestionarios son una parte importante de su evaluación médica general. Estas preguntas están diseñadas para recolectar información sobre cómo su salud ha afectado su calidad de vida desde su propio punto de vista.
- 2) Conteste este cuestionario con un bolígrafo. Presione firmemente y escriba con cuidado para asegurarse de que las copias sean claras y legibles.
- 3) Por favor tómese su tiempo para leer y contestar cada pregunta cuidadosamente. Algunas preguntas pueden ser parecidas entre sí, pero cada una de ellas es diferente.
- 4) Por favor conteste cada pregunta marcando con una ☒ el cuadrado que mejor describa su respuesta. Usted puede cambiar una respuesta si traza una línea ( ☒ ) a través de la que quiere cambiar y marque con una ☒ el cuadrado que corresponda a su nueva respuesta.
- 5) No hay respuestas correctas ni incorrectas. Si no está seguro/a de cómo contestar una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda.
- 6) Sus respuestas son confidenciales. El/la coordinador/a del estudio únicamente revisará que haya contestado todas las preguntas y no compartirá sus respuestas con ningún otro miembro del equipo clínico.

## ¿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 marque con 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	Consider- ablemente	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 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)*

(continuación)...

a. <b>En los últimos 30 días, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?</b>			b. <b>En caso afirmativo, ¿en qué grado le ha molestado cada uno de estos síntomas?</b>						
No	Sí	SÍNTOMAS	En Abso-luto	Apenas	Algo	Modera-damente	Consider-ablemente	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 (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 no se haya dejado ninguna.*

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