

# Su Salud — y — Bienestar

**Cuestionario de la calidad de vida con 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 del estudio completen el cuestionario de la calidad de vida**

---

- 1) Este cuestionario es una parte importante de su evaluación médica general. Estas preguntas están diseñadas para recopilar 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 sus respuestas 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 trazando una línea (☒) a través de la que quiere cambiar y marcando 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 con relación a su peso

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

Para cada una de las siguientes frases, por favor, marque con una ☒ el cuadrado 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 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	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 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
10. Me siento deprimido/a a causa de 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
11. Me siento feo/a 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
12. Debido a mi peso, me preocupa mi futuro. <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
13. Siento envidia de la gente delgada. <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
14. Siento que la gente me mira 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
15. Tengo dificultad para aceptar mi cuerpo 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
16. Temo aumentar el peso que haya perdido. <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
17. Me siento desanimado/a cuando intento adelgazar. <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, revise las preguntas que acaba de contestar para asegurarse de que no se haya saltado ninguna.***

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