

Su Salud — y — Bienestar

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

Este cuestionario es para conocer su opinión acerca de su salud
y su peso.



¡Gracias por responder a estas preguntas!

Instrucciones para los(las) participantes del estudio acerca de cómo completar el cuestionario de la calidad de vida

- 1) Este cuestionario es una parte importante de su evaluación médica en general. Estas preguntas están diseñadas para averiguar cómo su salud ha afectado su calidad de vida desde su punto de vista.
- 2) Complete este cuestionario con un esfero. Haga presión y escriba claramente para asegurar que sus respuestas sean claras y legibles.
- 3) Por favor tómese su tiempo para leer y contestar todas las preguntas con cuidado. Algunas preguntas se pueden parecer, pero cada una es diferente.
- 4) Por favor conteste todas las preguntas marcando con una ☐ el casillero que mejor describa su respuesta. Puede cambiar una respuesta tachando con una línea (☒) la selección que quiere cambiar y marcando con una ☐ el casillero 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 serán mantenidas de manera confidencial. El(La) coordinador(a) del estudio solamente se fijará que el cuestionario esté completo y no mostrará sus respuestas a otras personas de la clínica.

Cómo se siente 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 bajar de peso.

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

	NADA	MUY POCO	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
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 al comer (<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 molesta 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, trato de 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 no me permite 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 preocupan las consecuencias físicas del 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)...

	NADA	Muy POCO	POCO	REGULAR	BASTANTE	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 el 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 haya bajado (<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 no haberse saltado ninguna.

¡Gracias por responder a estas preguntas!