

# Su Salud — y — Bienestar

## Medida de los síntomas relacionados con el peso (WRSM)

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



*¡Gracias por responder a estas preguntas!*

## **Instrucciones para que los(las) participantes del estudio llenen el cuestionario sobre la calidad de vida**

---

- 1) Este cuestionario es una parte importante de su evaluación médica en general. Estas preguntas están diseñadas para obtener información sobre cómo su salud ha afectado su calidad de vida desde su punto de vista.
- 2) Complete este cuestionario con un lapicero. 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 una ☒ en la casilla que mejor describa su respuesta. Puede cambiar una respuesta tachando con una línea (☒) la selección que quiere cambiar y marcando una ☒ en la casilla 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 les mostrará sus respuestas a otras personas de la clínica.

## Síntomas relacionados con su peso y el grado en qué le molestan

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

a. <u>En las últimas 4 semanas</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	Nada	Muy Poco	Poco	Regular	Bastante	Mucho	Muchísimo
<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	Mayor 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	Mayor 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. <b>En las últimas 4 semanas, ¿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	Nada	Muy Poco	Poco	Regular	Bastante	Mucho	Muchísimo
<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	Pérdida involuntaria de 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 no haber dejado ninguna sin leer.*

*¡Gracias por responder a estas preguntas!*