

Su Salud — y — Bienestar

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

Esta encuesta es para conocer su opinión acerca de su salud y peso.



¡Gracias por responder a estas preguntas!

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(OWL-QOL-17 (Spanish) Chile Version 2.0)

Instrucciones para participantes del estudio para completar los cuestionarios de calidad de vida

- 1) Estos cuestionarios son una parte importante de su evaluación médica en general. Estas preguntas están diseñadas para averiguar información sobre cómo su salud ha afectado su calidad de vida, desde su punto de vista.
- 2) Complete este cuestionario con una birome. Haga presión y escriba claramente en letra de molde para asegurar que las copias sean claras y legibles.
- 3) Por favor tome 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 cuadrado que mejor describa su respuesta. Puede cambiar una respuesta tachando con una línea (☒) la selección 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 serán mantenidas de manera confidencial. El coordinador del estudio solamente se fijará que el cuestionario esté completo y no les mostrará sus respuestas a otras personas en la clínica.

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 bajar de peso.

Para cada una de las siguientes frases, por favor, haga una ☒ en la casilla 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 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 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 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 el efecto 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	MUCHÍ- SIMO
9. Me siento frustrado(a) de no poder comer lo que otros comen 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
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 haber dejado ninguna sin leer.

¡Gracias por responder a estas preguntas!