

# Su Salud — y — Bienestar

## Medida de los síntomas en relación con el peso (WRSM)

Este cuestionario pide 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 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 (lapicero). 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.

## ¿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 ☒ el cuadrado 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	Considera- blemente	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 para dormir	<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	Es muy sensible 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	Se enoja más	<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	Su cuerpo retiene líquidos (se siente hinchado/a)	<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	Es muy sensible 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	Considera-blemente	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	Siente demasiada hambre	<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	Mareos	<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 saltado ninguna.*

*¡Gracias por responder a estas preguntas!*