

Su Salud — y — Bienestar

Cuestionario de 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 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 en general. Estas preguntas están diseñadas para averiguar la información sobre cómo su salud ha afectado su calidad de vida, desde su propio 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 ☒ la casilla que mejor describa su respuesta. Puede cambiar una respuesta tachando con una línea (☒) la selección que quiere cambiar y marcando con una ☒ 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 posible.
- 6) Sus respuestas son confidenciales. 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.

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 intento de bajar de peso.

Para cada una de las siguientes frases, por favor marque con una ☒ 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 estrés físico que mi peso produce 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 siguiente página)

(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 (Por favor marque una)	<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 (Por favor marque una)	<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 (Por favor marque una)	<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 (Por favor marque una)	<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 (Por favor marque una)	<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 (Por favor marque una)	<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 (Por favor marque una)	<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 cualquier peso que pierda (Por favor marque una)	<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 (Por favor marque una)	<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!