

## ESCALA COMQ-12

### **Cuestionario de Otitis Media Crónica (COMQ-12):**

Estas preguntas tienen por objeto averiguar qué tanto lo afecta su problema del oído. Ningún aparato puede hacerlo: solo usted puede explicarnos cómo se siente. Esperamos que los resultados de este cuestionario nos ayuden a comprender cuál de los síntomas en su oído es el más importante para usted. Al saber esto podemos mejorar las formas de atención a los pacientes con problemas del oído.

Por favor responda las siguientes preguntas considerando cuidadosamente cada pregunta y marcando el número correspondiente. Cada número se refiere a una descripción específica. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Simplemente trate de pensar cuidadosamente cada pregunta antes de marcar el número que considere apropiado. Considere cada problema y responda si ha sentido alguno de estos síntomas durante **LOS ÚLTIMOS 6 MESES**.

### **EJEMPLO:**

Para la siguiente pregunta por favor indique con qué frecuencia usted realiza esta actividad aplicando la escala indicada y marcando el número correspondiente con una X:

EN LOS ULTIMOS 6 MESES:	nunca	al menos una vez cada 3 meses	al menos una vez al mes	al menos una vez a la semana	casi todos los días de la semana	todo el tiempo
	0	1	2	3	4	5
¿Con que frecuencia se come una tostada al desayuno?			( X )			

Una persona que responde así dice que generalmente se come una tostada al desayuno, al menos una vez al mes. Si usted tiene algún problema para responder a las preguntas por favor pídale ayuda a algún miembro del personal de la clínica.

**Gracias.**

Para las siguientes preguntas por favor indique que tanto lo afectaron a usted los siguientes síntomas. Use la escala descrita a continuación y marque el número que corresponda con una equis (X).

**SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS**

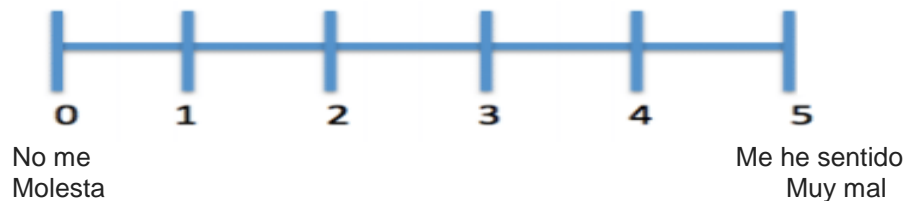
EN LOS ULTIMOS 6 MESES Que tanto le molestó o afectó:	no me afectó o no me molestó para nada	fue una molestia menor	fue una molestia moderada	fue una molestia grave, pero la pude manejar	fue una molesta grave y me costó trabajo manejarla	la peor cosa que me ha afectado en mi vida
	0	1	2	3	4	5
1. Las secreciones o el drenaje del oído						
2. El mal olor del oído						
3. Los problemas para oír en la casa que requieren, por ejemplo, que suba el volumen de la TV o del radio						
4. Los problemas para oír cuando hablo con varias personas o en grupos o cuando el medio ambiente es ruidoso						
5. Molestias dentro y alrededor del oído						
6. Los mareos o sensación de "pérdida del equilibrio"						
7. Tinnitus o ruidos en el oído						

**ASPECTOS GENERALES**

Para las siguientes preguntas por favor indique que ***tan mal se ha sentido en su estado de ánimo.*** En una escala de 0 a 5 donde 0 significa que no le molesta y 5 significa que se ha sentido muy mal.

**EN LOS ULTIMOS 6 MESES:**  
**Que tan mal se ha sentido en su estado de ánimo**

Hasta qué punto sus problemas del oído lo "han hecho sentir mal". Marque con una equis (X) la opción que corresponda



**IMPACTO EN EL ESTILO DE VIDA Y EL TRABAJO**

*Para las siguientes preguntas* por favor indique **que tan frecuente o con qué frecuencia** lo afectaron a usted los siguientes problemas.

Use la escala descrita abajo y marque el número que corresponda con una equis (X)

EN LOS ULTIMOS 6 MESES Con qué frecuencia, por su problema de oído, usted NO pudo:	NINGUNA VEZ en los últimos 6 MESES	POR LO MENOS UNA VEZ en los últimos 6 MESES	POR LO MENOS UNA VEZ en los últimos 3 MESES	POR LO MENOS UNA VEZ en el último MES	POR LO MENOS UNA VEZ por SEMANA	la mayor parte DE LOS DÍAS DE LA SEMANA
	0	1	2	3	4	5
1. ¿Realizar sus actividades diarias normales en casa o en el trabajo?						
2. Debido a su problema en el oído, ¿con qué frecuencia o que tanto a usted le da miedo bañarse, ducharse o realizar actividades en el agua por miedo a una infección en el oído?						

EN LOS ULTIMOS 6 MESES (Impacto en el Servicio de Salud)	NINGUNA VEZ en los últimos 6 MESES	POR LO MENOS UNA VEZ en los últimos 6 MESES	POR LO MENOS UNA VEZ en los últimos 3 MESES	POR LO MENOS UNA VEZ en el último MES	POR LO MENOS UNA VEZ por SEMANA	la mayor parte DE LOS DÍAS DE LA SEMANA
	0	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia o que tanto visitó a su médico a causa de los problemas en su oído?:						
2. ¿Con qué frecuencia o que tanto tiene que tomar medicamentos (incluyendo gotas para el oído) para sus problemas del oído?						