



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”**

*“TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CUESTIONARIO  
CHRONIC EAR SURVEY PARA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
CON OTITIS MEDIA CRÓNICA”.*

TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

P R E S E N T A  
**DRA. EVA ESTEFANIA FLORES BARAJAU**

**DR. JORGE FRANCISCO MOISES HERNANDEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

**DRA. ADRIANA CAROLINA LOPEZ UGALDE**  
ASESOR DE TESIS

Ciudad Universitaria, Julio 2016  
CDMX



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”**

*“TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CUESTIONARIO  
CHRONIC EAR SURVEY PARA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
CON OTITIS MEDIA CRÓNICA”.*

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

**P R E S E N T A**

---

**DRA. EVA ESTEFANIA FLORES BARAJAU**

---

**DR. JORGE FRANCISCO MOISES HERNANDEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

---

**DRA. ADRIANA CAROLINA LOPEZ UGALDE  
ASESOR DE TESIS MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

## AGRADECIMIENTOS

- A Dios, porque de Él y para para Él son todas las cosas.
- A mis padres Cornelio y Betina, por ser mi más grande inspiración y fuente de orgullo. Sin ellos nada de esto sería posible. Mis logros son también sus logros.
- A mis hermanos Daniela y Aaron por su amor, apoyo constante y por la motivación que día a día me dan para salir adelante.
- A mis maestros, por sus enseñanzas y de quiénes aprendí a amar y ejercer esta profesión buscando siempre el bien de mis pacientes.
- A mi asesora de tesis Dra. Adriana López, por su apoyo, disposición y tiempo brindado para realizar este trabajo.
- A mis hermanos que recorrieron este camino de la mano conmigo Antonio y Susana, porque su apoyo y presencia fueron constantes y necesarias para salir avante.
- A mis compañeros que me enseñaron siempre con la mejor disposición y cariño: Heidi, Montserrat, Salvador, Miguel y Noe. Así como aquéllos de los que fui responsable, espero haber logrado en alguna manera contribuir con su formación: Luz, Rafael, Nínive, Paola, Itzhel y Josue.

## INDICE

1. RESUMEN.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 CALIDAD DE VIDA.....	6
2.2 MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	8
2.3 THE CHRONIC EAR SURVEY.....	10
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
4. JUSTIFICACIÓN.....	13
5. OBJETIVOS.....	15
1. PRIMARIO.....	15
2. SECUNDARIOS.....	16
6. METODOLOGÍA.....	16
1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	16
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	16
3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	20
5. VARIABLES.....	20
7. RESULTADOS.....	22
8. DISCUSIÓN.....	43
9. CONCLUSIONES.....	49
10. BIBLIOGRAFÍA.....	50
11. ANEXOS.....	52

## **1. RESUMEN**

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el paso del tiempo. La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

La otitis media crónica afecta al 2% de la población mundial [1] y representa una patología de importancia clínica en el campo de la Otorrinolaringología, debido a los síntomas desagradables, curso clínico y secuelas asociadas a la misma, que causan un deterioro en el estado mental, físico y social de aquellos que la padecen, perturbando la calidad de vida humana [2].

En la actualidad existe un creciente interés en estudiar los resultados en salud y calidad de vida relacionada con la salud. En nuestro país no existe un instrumento específico para medir la calidad de vida en pacientes con otitis media crónica.

La intención de este estudio es conocer la calidad de vida mediante la traducción y adaptación cultural al español mexicano, de la encuesta Chronic Ear Survey, la cual es un instrumento validado para medir calidad de vida en pacientes con otitis media crónica y el impacto que el tratamiento quirúrgico de esta patología tiene sobre la misma. Este

cuestionario esta elaborado en idioma ingles Americano, por lo que para poder aplicarlo a nuestra población es necesaria una adecuada traducción y adaptación cultural.

Se realizó la traducción al español por tres personas bilingües de lengua materna español, para formar una síntesis de la misma y crear una versión preliminar en español mexicano de esta encuesta. Una vez obtenida, se aplicó a pacientes que reciben atención médica en el servicio de otorrinolaringología para valorar el grado de comprensión de la encuesta. Se realizaron ajustes de la traducción de acuerdo a las observaciones realizadas por los pacientes. Con esto, se redactó una versión final de la encuesta, misma que se aplicó a pacientes del servicio de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello del Hospital General México que padecen otitis media crónica.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 CALIDAD DE VIDA**

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud [3]. Actualmente la OMS define calidad de vida como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus

normas y sus inquietudes”. Es un concepto amplio que está influido de forma compleja por la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Aunque las nociones de buena vida y la naturaleza de la salud han sido considerados por filósofos, teólogos y científicos durante siglos, el concepto de 'calidad de vida' es bastante nuevo. En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health- Related Quality of Life). Fue introducido en 1975 como un término clave en los índices médicos, y su estudio sistemático comenzó en los años 80, principalmente dentro de la oncología, ya que los médicos se enfrentan con el problema de que la cura podría ser un precio demasiado alto a pagar por el aumento resultante en la esperanza de vida.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

En la medicina moderna la forma tradicional de evaluar el cambio en los pacientes ha sido centrarse en los exámenes clínicos o biológicos objetivos. Mientras que éstos ofrecen



información importante sobre los procesos patológicos, es imposible separar la enfermedad en sí del punto de vista personal de un individuo y y la perspectiva social.

Existe desacuerdo entre médicos y pacientes sobre la severidad de los síntomas y el éxito del tratamiento médico. Los médicos generalmente basan la evaluación de los resultados de su tratamiento en el grado en que los síntomas han mejorado, o preferiblemente, en la medida en que se ha detenido el proceso de enfermedad. Al hacer esto, se centran en el estado de salud del paciente. En contraste, los pacientes son más propensos a evaluar el resultado del tratamiento de acuerdo a si se sienten más cómodos o pueden participar de nuevo en las actividades cotidianas de una manera satisfactoria.

## **2.2 MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

Puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Se han desarrollado diversos instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en diferentes patologías. Estos instrumentos se pueden dividir en genéricos y específicos. Los específicos se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad o síndrome concreto. No tienen, por tanto, la amplitud de los instrumentos genéricos, pero sí pueden ser más sensibles a aspectos de la calidad de vida determinados por efectos de una enfermedad concreta. Los instrumentos genéricos son independientes del diagnóstico, por lo que ofrecen la oportunidad de ser aplicables a cualquier tipo de población o afección [5].

La medición del estado de salud es un componente importante de la investigación de servicios de salud nacional e internacional y de creciente interés en la práctica clínica. En la evaluación de la asistencia sanitaria, por ende los instrumentos de medida basados en los pacientes con respecto a la calidad de vida percibida y minusvalía se han vuelto cada vez más importantes.

Estos instrumentos, basados en los pacientes son potencialmente útiles en otorrinolaringología, donde muchas enfermedades tienen componentes importantes de "calidad de vida" que son difíciles de examinar con instrumentos de medición tradicionales [6].

Una patología de importancia en Otorrinolaringología debido a los efectos que ocasiona en la calidad de vida de las personas que la padecen es la otitis media crónica. Esta enfermedad se define como una infección crónica de la mucosa del oído medio y mastoides. Aunque no existe un consenso sobre la duración de los síntomas, en la práctica clínica una infección de más de 3 meses con daños irreversibles en la mucosa del oído medio, es clasificada como otitis media crónica [4]. Existen varias calificaciones para otitis media crónica, la más importante de ellas es la que hace la división en otitis media crónica no colesteatomatosa y otitis media crónica con colesteatoma.

La otitis media crónica afecta al 2% de la población mundial [1] y es reconocida como un trastorno grave debido a los síntomas desagradables que perturban la calidad de vida

humana. Se asocia con limitaciones funcionales significativas en la audición, lo que frecuentemente ocasiona problemas en la comunicación que impiden una adecuada interacción social y vida profesional [6,7]. Existen otros síntomas que pueden afectar en mayor o menor medida la calidad de vida de los pacientes, como son secreción persistente del oído, dolor y acúfenos, [8] sin olvidar las potenciales complicaciones asociadas a esta enfermedad como parálisis facial, vértigo, meningitis o encefalitis, que pueden amenazar la vida del paciente [7]. Por lo anterior, al igual que con otros trastornos crónicos, la OMC es probable que sea un factor desencadenante de estrés crónico y problemas psicológicos [2, 4]. Esto conlleva a una disminución de calidad de vida relacionada con la salud en diferentes ámbitos de la vida del paciente (social, físico, funcional, psicológico y familiar).

En otros países como Estados Unidos de América se han desarrollado instrumentos de medición de calidad de vida para pacientes con otitis media crónica. Uno de estos instrumentos es la encuesta llamada Chronic Ear Survey [5,6]. Sin embargo a pesar de que estos instrumentos se encuentran validados, no pueden ser aplicados a otra población diferente a la del sitio o país de origen sin realizar previamente una adecuada traducción y adaptación cultural del mismo, debido a que las diferencias culturales y de idioma podrían ocasionar interpretaciones erróneas [9].

### **2.3 THE CHRONIC EAR SURVEY**

Chronic Ear Survey es un cuestionario enfermedad específico para valorar calidad de vida en pacientes con otitis media crónica. Fue desarrollada por Joseph B. Nadol médico

otorrinolaringólogo del Massachusetts Eye and Ear Infirmary, en el año 2000. Es un instrumento para medir el impacto de la otitis media crónica y su tratamiento, sobre la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad. La encuesta proporciona información con respecto a la salud total específica del oído, así como la información relativa a restricción de la actividad, síntomas y el uso de recursos médicos atribuibles a otitis media crónica [6].

La construcción de la encuesta fue mediante un cuestionario piloto que contenía preguntas abiertas fue diseñadas por un panel de otólogos. Después de las pruebas iniciales se construyó una escala de Likert que contenía cinco a seis categorías de respuesta. Las preguntas de la encuesta fueron diseñadas para evaluar la incidencia y la gravedad de los problemas que son propios de otitis media crónica.

La encuesta proporciona información con respecto a la salud total específica del oído, así como la información relativa a restricción de la actividad, síntomas y el uso de recursos médicos atribuibles a otitis media crónica [6].

Consta de 13 ítems divididos en tres subescalas: la subescala de restricción de actividades, subescala de síntomas y la subescala de recursos médicos (RM) que evalúa el grado de uso de antibióticos y visitas al médico [10].

Para la validación de esta encuesta el autor comparó los resultados obtenidos al aplicar la encuesta Chronic ear survey y el Cuestionario de Salud SF-36 a un grupo de 147 pacientes con diagnóstico de otitis media crónica. Las encuestas se aplicaron antes de ser operados, 6 meses y 1 año posterior a la cirugía. Los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario SF-36 no mostraron diferencias significativas entre pacientes con OMC y pacientes sanos y los resultados postoperatorios no cambiaron significativamente. Por el contrario los resultados de la Chronic ear survey los pacientes con OMC presentaron puntuaciones mas bajas y significativas a diferencia de los pacientes sanos. Y estas puntuaciones mejoraron significativamente tras el tratamiento quirúrgico, y ademas hubo una mejoría significativa entre los 6 meses y el año de postoperatorio.

Lo anterior sugiere que se requiere una herramienta específica de la enfermedad para la evaluación adecuada de estos pacientes.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La otitis media crónica continua siendo un problema de salud importante, sobre todo en países en desarrollo [11]. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la carga global de enfermedad por otitis media crónica implica de 65 a 330 millones de personas con oídos con secreción [11], el 60% de los cuales sufren de deficiencia auditiva significativa. [5]. Lo anterior repercute en el estado mental y social de los pacientes, lo que condiciona un deterioro de su calidad de vida.

Existen encuestas para medición de calidad de vida en pacientes adultos con otitis media crónica. Estas encuestas fueron desarrolladas en idioma inglés, en Estados Unidos de América. Sólo una de ellas, la Chronic Ear Survey, ha demostrado su utilidad para valorar el impacto que la cirugía, como tratamiento de otitis media crónica, tiene sobre la calidad de vida de estos pacientes [7,12].

Los cuestionarios de investigación no siempre se traducen adecuadamente antes de ser utilizados en nuevos escenarios temporales, culturales o lingüísticos. Los resultados basados en este tipo de instrumentos, por tanto, no pueden reflejar con precisión lo que se supone que deben medir.

La traducción simple de un cuestionario puede dar lugar a interpretaciones erróneas debido a diferencias culturales y de lenguaje. Cuando se utilicen cuestionarios desarrollados en otros países e idiomas en estudios científicos, además de traducirlos, es necesaria su adaptación cultural y validación [13].

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud se ha convertido en los últimos años en la medida estándar en ensayos clínicos para realizar mediciones de la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de

mortalidad y morbilidad [14]. La otitis media crónica es reconocida como un trastorno grave debido a los síntomas desagradables que perturban la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Se asocia con limitaciones funcionales significativas debido a la pérdida progresiva de la audición, lo que frecuentemente ocasiona problemas en la comunicación que impiden una adecuada interacción social y vida profesional. En ocasiones la secreción por el oído y acúfenos pueden ser los síntomas principales que incomodan y perturban la vida del paciente [2].

Esta enfermedad tiene el potencial de complicaciones graves y tiene una alta tasa de recurrencia después del tratamiento.

A pesar de que el uso generalizado de antibióticos ha disminuido la incidencia de otitis media crónica y complicaciones relacionadas con la misma, al día de hoy la cirugía continúa siendo un pilar fundamental en el tratamiento curativo de esta enfermedad, especialmente en pacientes con otitis media crónica colesteatomatosa [15].

La evaluación de los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con otitis media crónica se ha limitado a la medición de las tasas de recurrencia y resultados relacionados a la capacidad auditiva [6,7,15]. Estas medidas no siempre se corresponden con los síntomas del paciente o percepción que el paciente tiene de su enfermedad y el impacto de la misma en su vida.

La encuesta Chronic Ear Survey es una herramienta de medición de calidad de vida relacionada con la salud, sensible y específica para pacientes con otitis media crónica [15]. Además es la única encuesta desarrollada que mide la calidad de vida en pacientes con otitis media crónica que han sido sometidos a una cirugía otológica como tratamiento de su enfermedad [10,12].

En nuestro país no existe un cuestionario específico validado para medir la calidad de vida en pacientes con otitis media crónica, y tampoco existe un instrumento que mida la calidad de vida de estos pacientes tras ser sometidos a tratamiento quirúrgico de su patología. Por lo que realizar la traducción al español mexicano y adaptación cultural a la población del Hospital General de México, y su posterior validación, ofrece una posibilidad para conocer la calidad de vida en pacientes del Hospital General de Mexico que padecen otitis media crónica.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 PRIMARIO**

- Realizar la traducción y adaptación transcultural al español Mexicano del cuestionario Chronic Ear Survey, para su aplicación en pacientes con otitis media crónica del Hospital General de México.



## **5.2 SECUNDARIOS**

- Analizar los datos demográficos en la población estudiada
- Conocer los síntomas que tienen mayor impacto en la calidad de vida de pacientes con otitis media crónica.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

Estudio prospectivo, longitudinal, observacional, analítico.

Diseño del estudio: traducción, adaptación cultural y validación de encuesta.

### **6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Para la aplicación de la versión preliminar se escogió una muestra de 20 pacientes, elegidos al azar, con diferente nivel socioeconómico y cultural, que asisten a consulta médica al servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello de nuestro Hospital, por diversas patologías.

Para la aplicación de la versión final de la encuesta se seleccionó una muestra de 40 pacientes, con diagnóstico de otitis media crónica los cuales reciben atención médica en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México.

Se realizó la traducción al español mexicano de la encuesta Chronic Ear Survey, por tres

personas de nacionalidad mexicana y lengua materna español, con dominio del idioma inglés.

Una vez, revisadas las tres traducciones (Anexo) , se realizó una síntesis de las tres para formar una versión preliminar en español: Encuesta del oído crónico versión preliminar.

Del 1 al 20 de junio del 2016 se realizó la aplicación de la versión preliminar Encuesta del oído crónico, a pacientes que acudieron a consulta al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México, y que cumplían con los criterios de inclusión. La encuesta se aplicó de forma directa por el autor y la Dra. Itzhel Ramos Martinez, médico residente de segundo año.

Esto se llevo a cabo de la siguiente manera: se explicó a cada paciente que se trataba de un cuestionario con 13 preguntas, con opciones de respuesta múltiple, y que debían seleccionar la respuesta que mejor se adaptará a su situación actual, es decir al momento de contestar el cuestionario. Se leyó a cada paciente pregunta por pregunta, y todas las opciones de respuesta de cada pregunta, posterior a lo cual se daba oportunidad para que el paciente escogiera su respuesta y se procedía a marcar la respuesta seleccionada por el paciente. Cuando el paciente no comprendió alguna de las preguntas, se marcó la pregunta y se continuó con la siguiente.

Una vez terminada la encuesta, se leyó nuevamente a cada paciente cada una de las 13 preguntas, y se pidió a los pacientes que esta vez de manera verbal explicaran lo que habían comprendido o entendido de la pregunta realizada por el encuestador. Cuando el paciente no entendió de forma adecuada o no comprendió en absoluto la pregunta, se le explicó cual es la intención de la pregunta y se les pidió que lo expresarán en sus propias

palabras para adaptar y mejorar la redacción de esa pregunta.

De 23 al 25 de Junio del 2016 Se analizaron las encuestas y observaciones realizadas durante la aplicación de las mismas.

De las trece preguntas realizadas, dos de ellas, la número 1 *¿Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?*, y la número 2 *Actualmente, ¿qué tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?* fueron las que presentaron mayor problema de comprensión por parte de los pacientes.

En la primera pregunta, los pacientes sí entendieron que la pregunta hacía referencia al cuidado que estos pacientes deben de tener para mantener su oído seco, sin embargo notamos que al escoger su respuesta, la opción que seleccionaron no concordaba con lo que el paciente verbalmente refería. Ellos aseguraban siempre proteger su oído para bañarse, y ninguno de ellos nadaba, pero contestaron la pregunta diciendo que era FALSO en lugar de DEFINITIVAMENTE VERDADERO / VERDADERO. Por la redacción y estructuración de la pregunta, los pacientes entendieron lo siguiente: *¿ Por su problema de oído, usted se baña o nada sin proteger su oído?*. se decidió cambiar esta pregunta de la siguiente manera *¿Por su problema de oído usted no se puede bañar o nadar, sin proteger el oído?*

En cuanto a la pregunta 2 es un tanto rebuscada en su idioma original, y su traducción se trató de simplificar lo más posible. *¿qué tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?*, los pacientes no comprendieron o no encontraban el sentido de la expresión “que tan GRAVE es la LIMITANTE”, porque para ellos la palabra GRAVE atiende a una situación de vida o muerte, y aunque su enfermedad puede ocasionar ciertas limitaciones o incomodidades, no lo relacionaban a ese grado. Por lo tanto se decidió

cambiar la pregunta a la siguiente forma: *Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?*.

Del 27 al 30 de junio del 2016, se aplicó la versión de la Encuesta con las modificaciones a las preguntas 1 y 2, en esta ocasión sólo a 10 pacientes, que pertenecían a la población original encuestada, de la misma forma en que se aplicó la primer versión.

Del 2 al 20 de Julio 2016 se realizó la aplicación de esta Versión Final de la encuesta a 40 pacientes, con diagnóstico de otitis media crónica, que acudieron a consulta al servicio de otorrinolaringología del Hospital General de México y que cumplían los criterios de inclusión.

Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS V17, las variables con estadística descriptiva y con estadística no paramétrica se compararon cada una de los ítems entre la primera y segunda versión.

### **6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Para la aplicación de la primer versión del cuestionario:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años, que acepten participar en este estudio.
- Pacientes sanos o con diagnóstico de patologías diversas
- Pacientes que saben leer y escribir

Para la aplicación de la versión final del cuestionario:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años, que acepten participar en este estudio.
- Pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de otitis media crónica colestetaomatosa y no colesteatomatosa.
- Pacientes que saben leer y escribir.

#### **6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes menores de 18 años de edad
- Pacientes analfabetas

#### **6.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que no contesten completamente la encuesta solicitada.

#### **6.7 VARIABLES**

##### VARIABLES INDEPENDIENTES

- ¿Por su problema de oído usted no se puede bañar o nadar, sin proteger el oído?: El paciente no se baña o no nada sin proteger su oído del agua. (ordinal, cualitativa).
- ¿Actualmente con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?: Que tanto lo limita tener que mantener el agua fuera de los oídos. (ordinal, cualitativa).
- ¿En las ultimas 4 semanas, el problema de su oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia o grupos?: el problema de su oído interfiere para realizar actividades (ordinal, cualitativa).

- ¿La pérdida de su oído es?: Pérdida de audición (ordinal, cualitativa).
- ¿El escurrimiento de su oído es?: Secreción purulenta del oído (ordinal, cualitativa).
- ¿El dolor de su oído es? Dolor en el oído afectado (ordinal, cualitativa).
- ¿El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros?: La secreción del oído le molesta. (ordinal, cualitativa).
- ¿La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia?: La pérdida de audición limita al paciente. (ordinal, cualitativa).
- En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento: Número de veces en los últimos 6 meses, que el paciente ha presentado supuración por el oído. (ordinal, cualitativa).
- El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas: la secreción del oído le causa molestias. (ordinal, cualitativa).
- En los 6 meses pasados, cuantas veces por separado ha visitado a su médico por su problema de oído. En los últimos 6 meses cuantas visitas ha realizado al médico por problema de su oído. (ordinal, cualitativa).
- En los 6 meses pasados, ¿cuantas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?: Número de veces en los últimos 6 meses que el paciente ha tomado antibióticos orales por infección de su oído. (ordinal, cualitativa).
- En los 6 meses pasados, ¿cuantas veces por separado ha sido necesario usar gotas para oídos para tratar la infección de su oído?: Número de veces en los 6 meses pasados, que el paciente ha usado gotas noticas para tratar la infección en su oído. (ordinal, cualitativa).

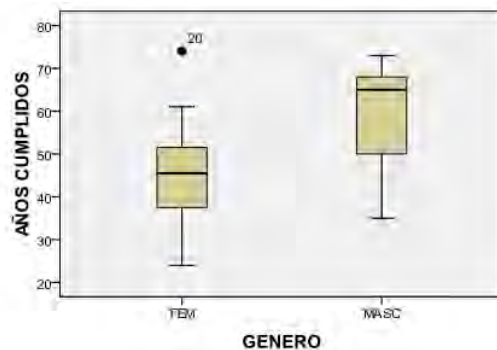
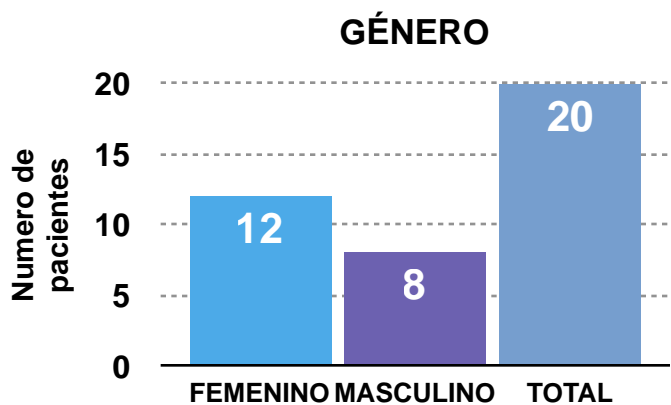
## VARIABLES CONCURRENTES

- Edad: Años cumplidos al momento del estudio (Cuantitativa discreta, continua)
- Sexo: Genero (Nomical/ dicotómica, cualitativa)
- Lugar de residencia: Estado del república donde reside (Politómica cualitativa)
- Escolaridad: Grado de estudio alcanzado al momento de realizar la encuesta (Ordinal, cualitativa).

## 7. RESULTADOS

### VERSIÓN PRELIMINAR ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

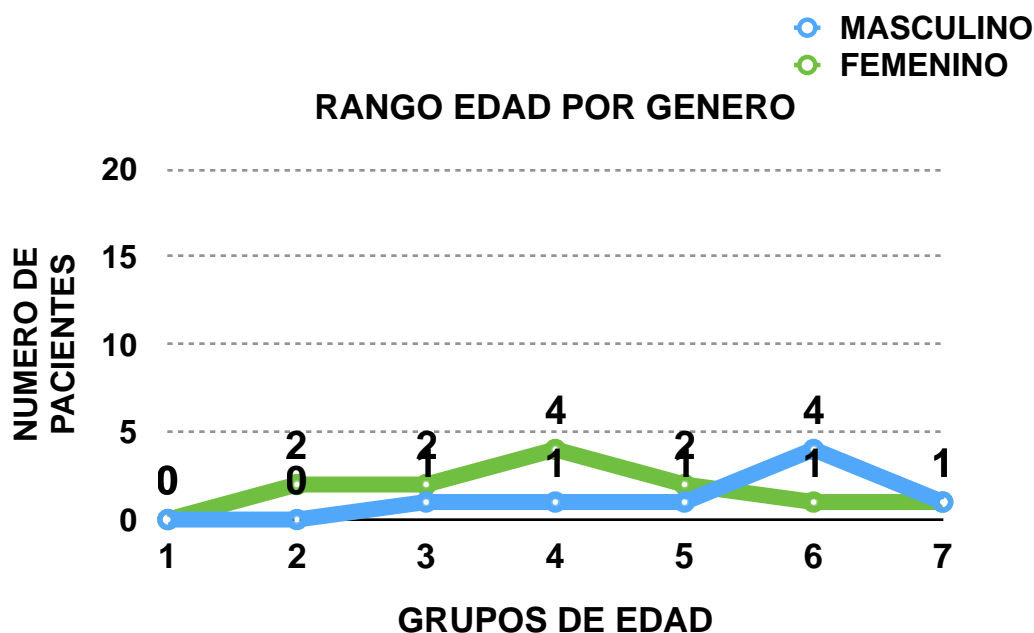
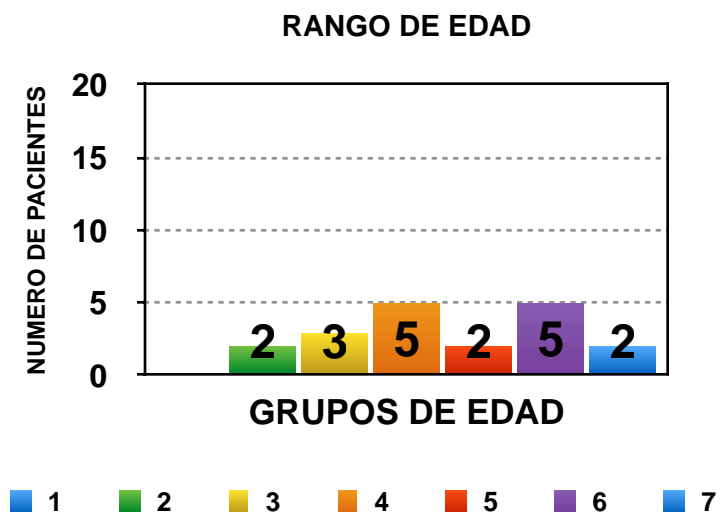
De los 20 pacientes encuestados, 12 pacientes (60%) son del género femenino y 8 (40%) del género masculino. En cuanto a la edad el rango fue desde los 24 hasta los 74 años de edad, con una media de 50.9 años en general y de 45.3 años para mujeres y 59.2 años para los hombres.



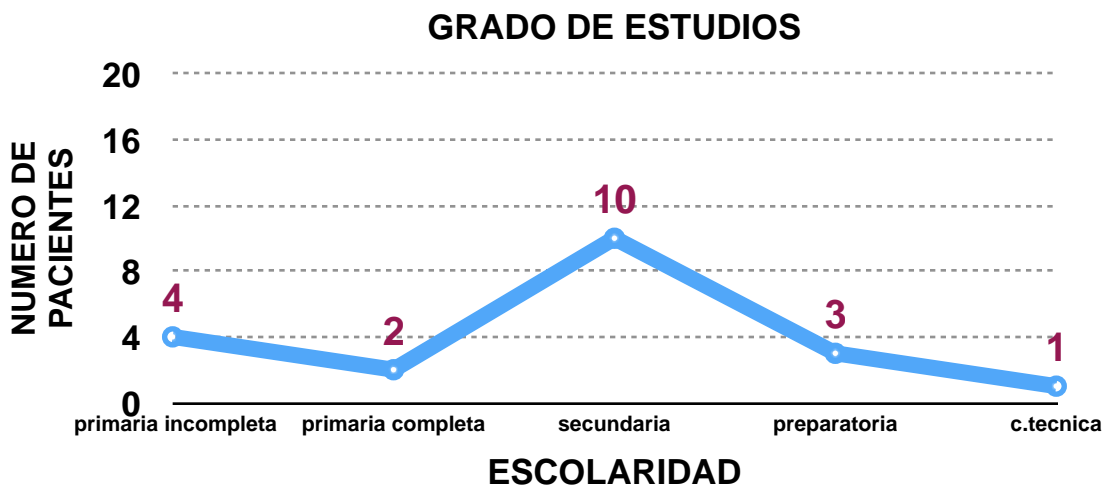
Se realizó una división en grupos por rango de edades de la forma que se muestra en la tabla número 1. En el grupo 1 no se registró ningún paciente, 2 pacientes en el grupo 2, 3 pacientes en el grupo 3, 5 pacientes en el grupo 4, 2 pacientes en el grupo 5, 5 pacientes en el grupo 6 y 2 pacientes en el grupo 7. (Gráfica Rango de edad), comprendiendo el mayor número de pacientes (50%) en los grupos 4 y 6 (40-49 años y 60-69 años, respectivamente).

También se analizó el género por grupos de rango de edad, siendo 2 mujeres en el grupo 2, 1 hombre y 2 mujeres en el grupo 3, 1 hombre y 4 mujeres en el grupo 4, 1 hombre y 2 mujeres en el grupo 5, 1 hombre y 4 mujeres para el grupo 6, y 1 hombre y 1 mujer en el grupo 7. (Gráfica rango de edad por género). De los grupos 4 y 6 que comprenden el mayor número de pacientes (50%) en ambos el 80% fueron mujeres.

Grupo	Rango edad en años
1	<19
2	20-29
3	30-39
4	40-49
5	50-59
6	60-69
7	70-79

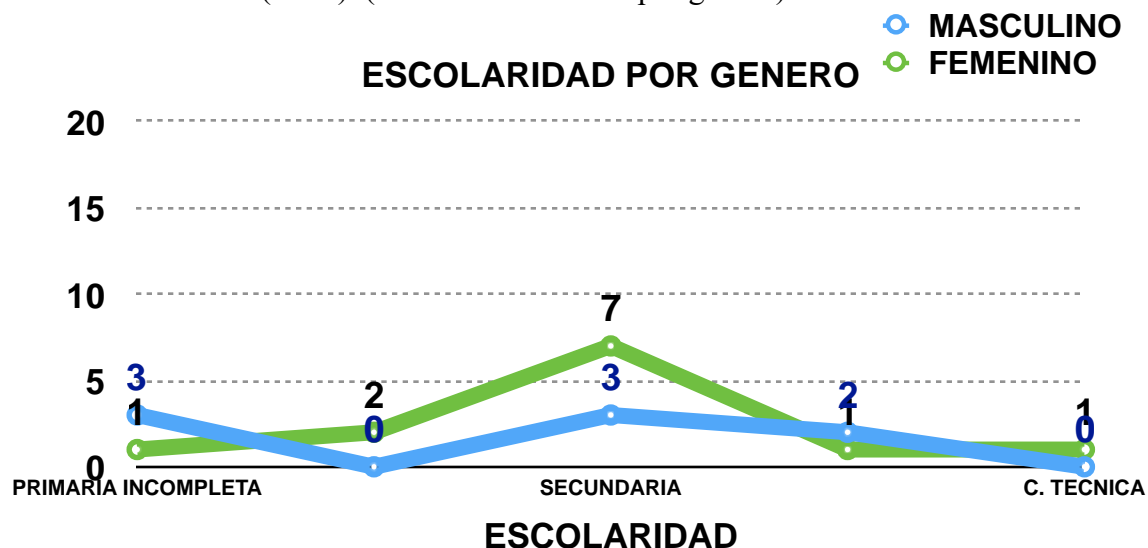




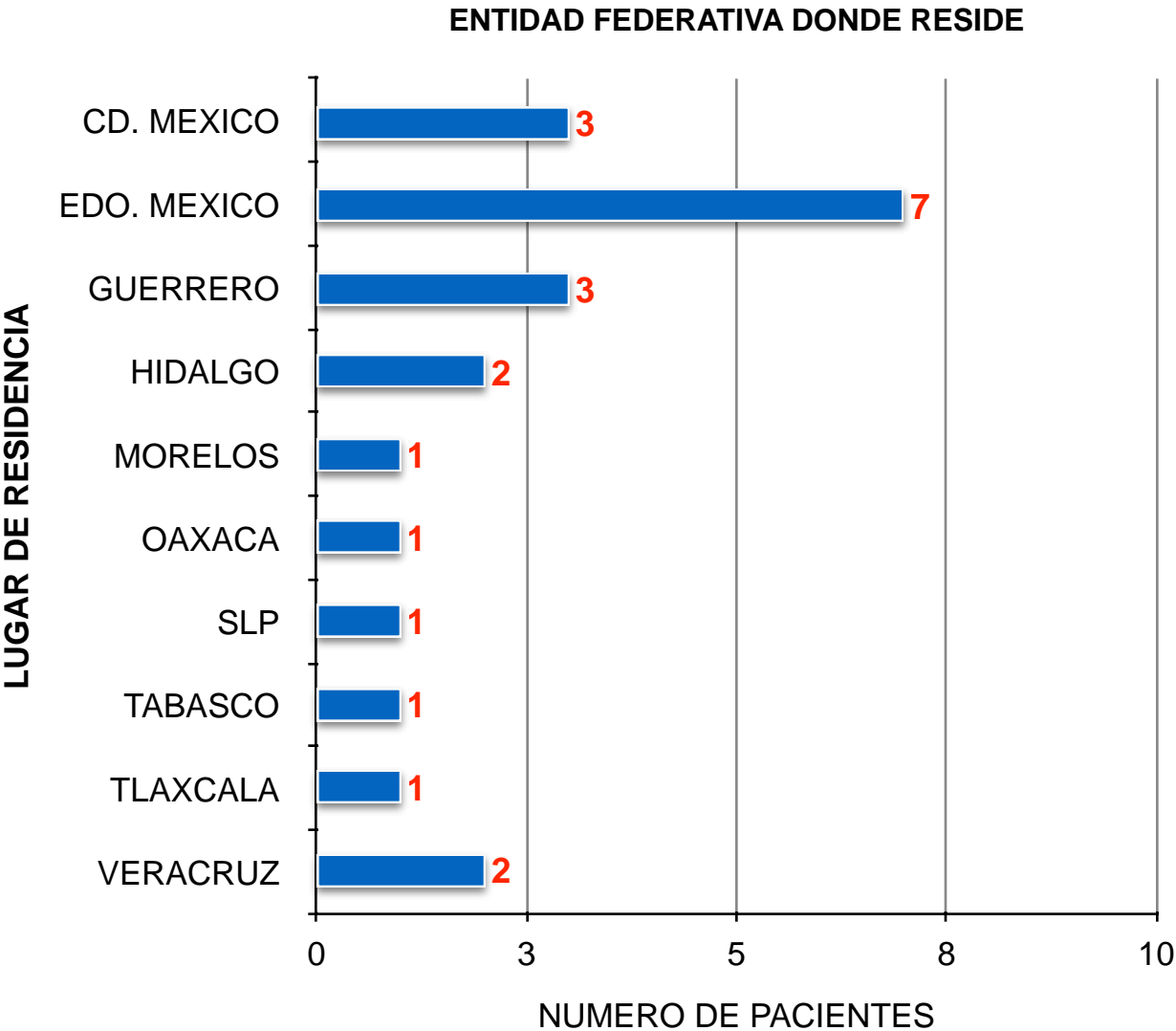


De acuerdo al grado de escolaridad se hizo la siguiente división: primaria incompleta 4 pacientes (20%), primaria completa 2 pacientes (10%), secundaria 10 pacientes (50%), preparatoria 3 pacientes (15%) y carrera técnica 1 paciente (5%). (Gráfica Grado de estudios).

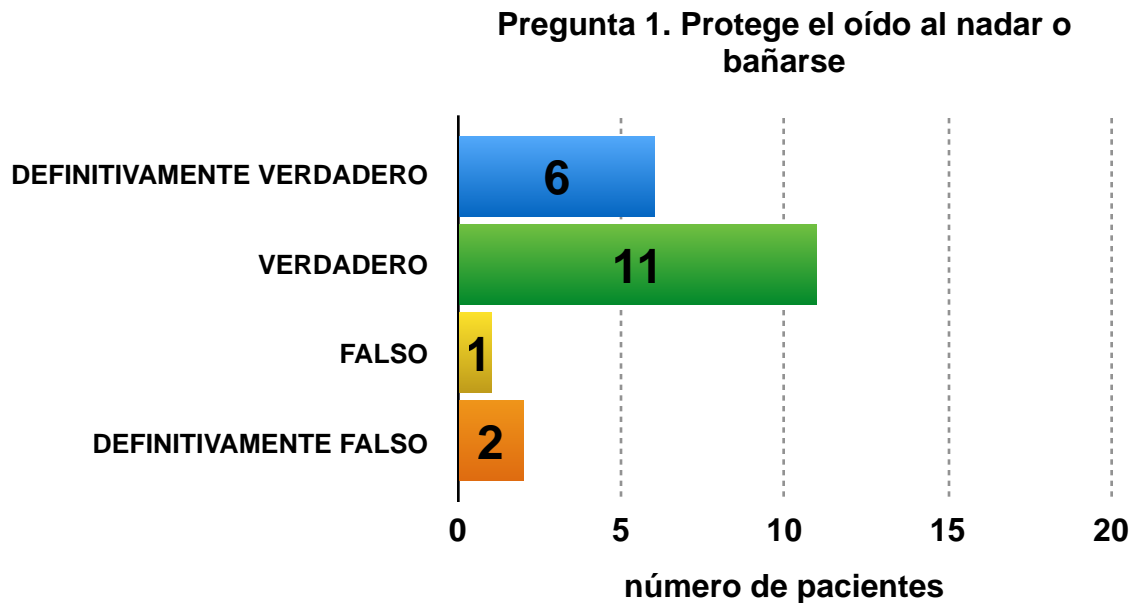
Al realizar la división de escolaridad por género los resultados fueron los siguientes: del grupo de pacientes masculinos (8 en total) 3 pacientes tienen primaria incompleta (37.5%), 3 pacientes con escolaridad secundaria (37.5%) y 2 pacientes con escolaridad preparatoria (25%). En el grupo de pacientes femeninos (12 en total): 1 paciente con primaria incompleta (8.3%), 2 pacientes con primaria completa (16.6%), 7 pacientes con escolaridad secundaria (58.3), 1 paciente con escolaridad preparatoria (8.3%) y 1 paciente con carrera técnica (8.3%). (Gráfica Escolaridad por género).



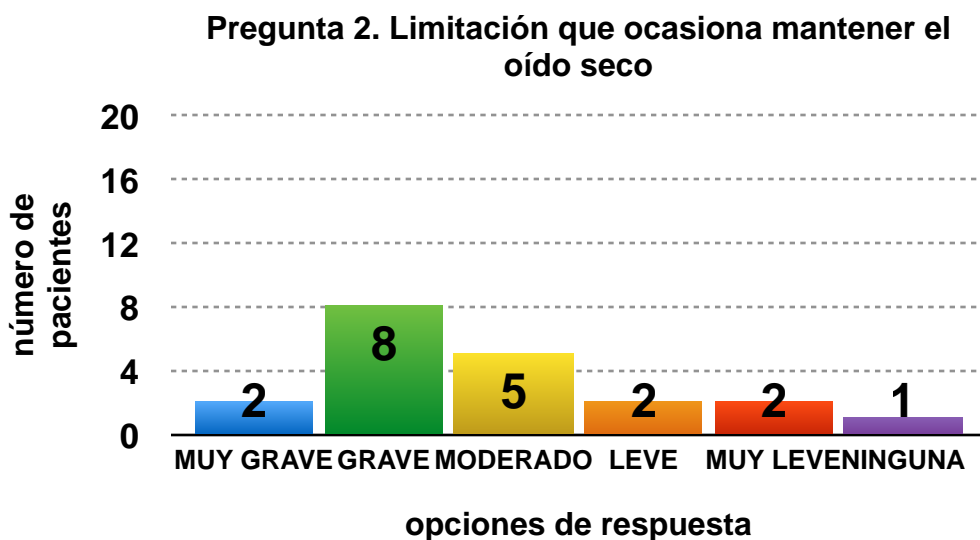
En lo que respecta a al lugar de residencia, el mayor número de pacientes (35%) pertenecen al Estado de México. Tres pacientes (15%) residen en la Ciudad de México, 3 pacientes (15%) en el estado de Guerrero, 2 pacientes en el estado de Hidalgo (10%), 1 paciente en Morelos (5%), 1 paciente en Oaxaca (5%), 1 paciente en San Luis Potosí (5%) 1 paciente en Tabasco (5%), 1 pacientes en Tlaxcala (5%) y 2 pacientes en el estado de Veracruz (10%). (Gráfica Entidad federativa donde reside).



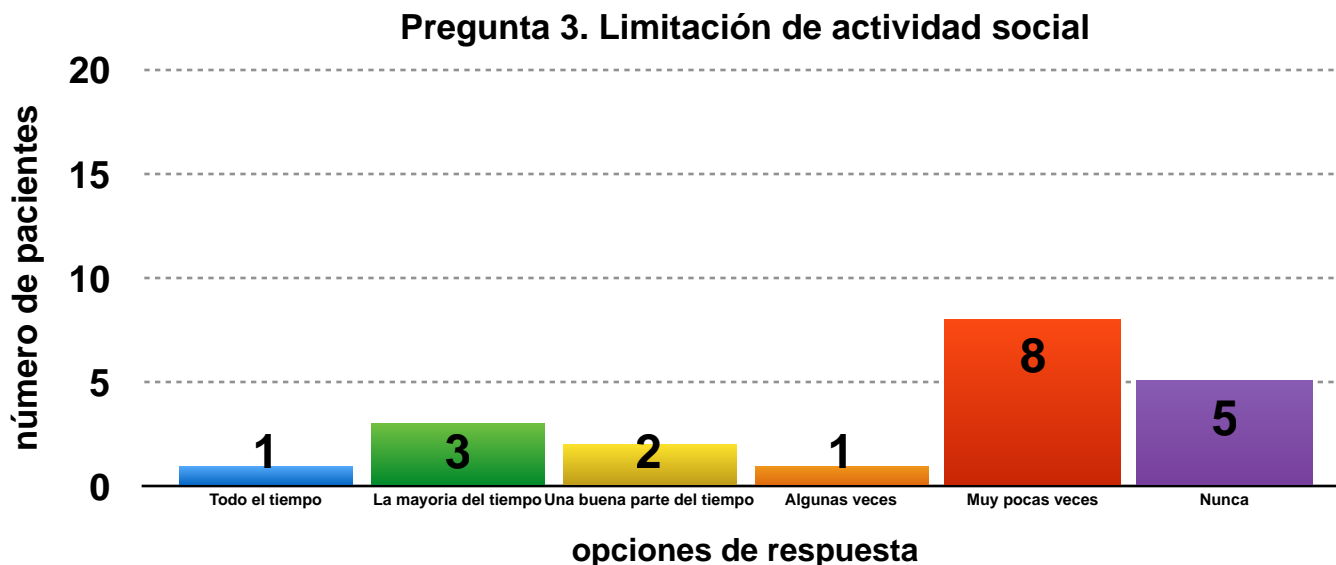
Para la pregunta numero 1, ¿Por su problema de oído usted no se baña o nada, sin proteger el oído? 6 de los pacientes (30%) respondieron DEFINITIVAMENTE VERDADERO, 11 pacientes (55%) VERDADERO, 1 paciente (5%) FALSO, y 2 pacientes (10%) DEFINITIVAMENTE FALSO.



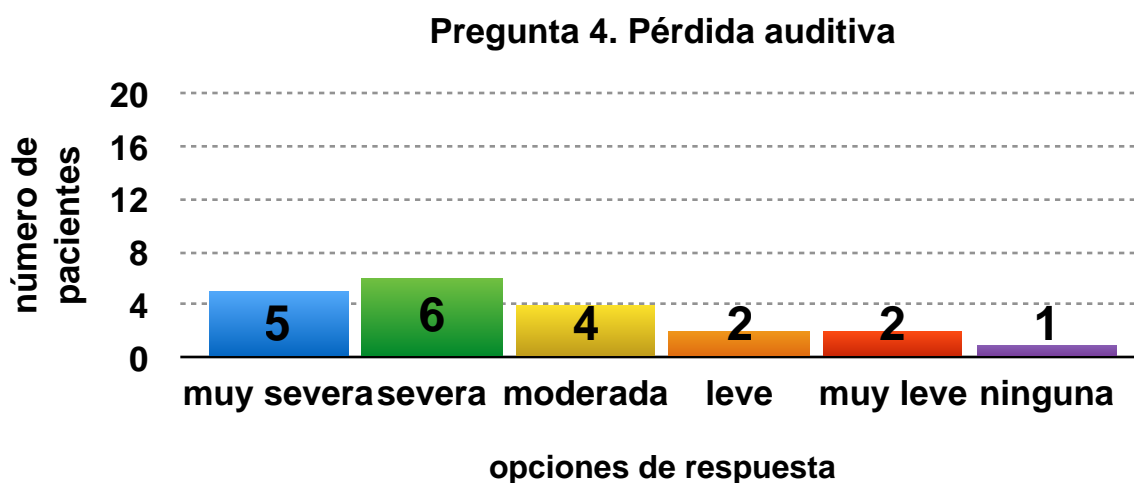
En la pregunta 2, ¿qué tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?: 2 pacientes (10%) respondieron MUY GRAVE, 8 pacientes (40%) GRAVE, 5 pacientes (25%) MODERADO, 2 pacientes (10%) LEVE, 2 pacientes (10%) MUY LEVE, y 1 paciente (5%) NINGUNA.



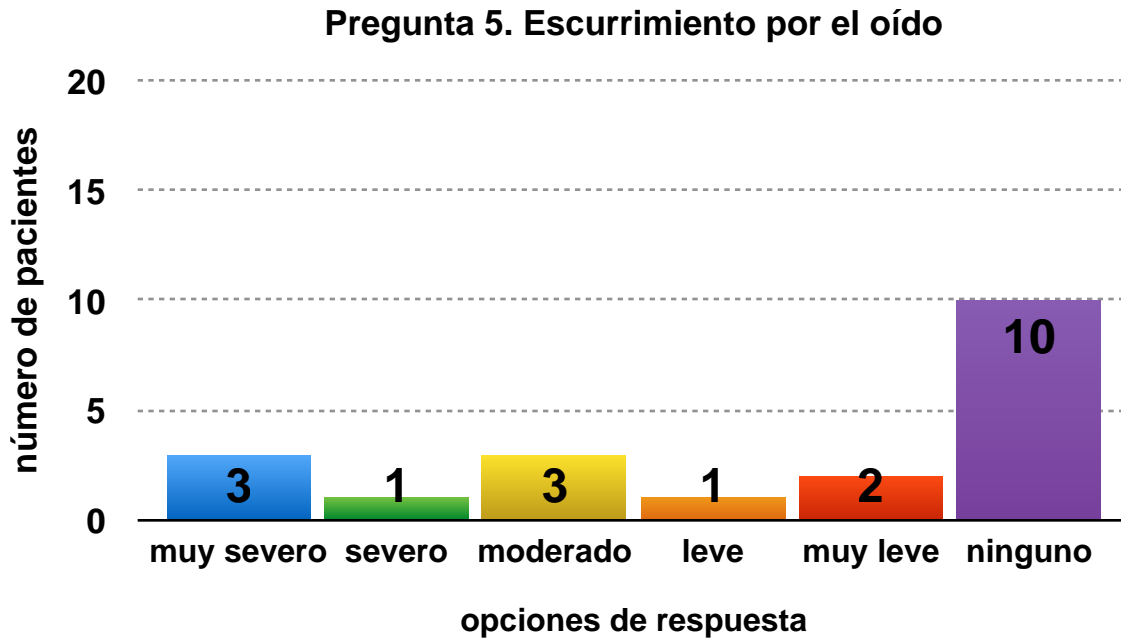
En la pregunta 3 ¿En las ultimas 4 semanas, el problema de su oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia o grupos?: 1 pacientes (5%) respondió TODO EL TIEMPO, 3 pacientes (15%) LA MAYORIA DEL TIEMPO, 2 pacientes (10%) UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO, 1 paciente ALGUNAS VECES, 8 pacientes (40%) MUY POCAS VECES, y 5 pacientes (25%) NUNCA



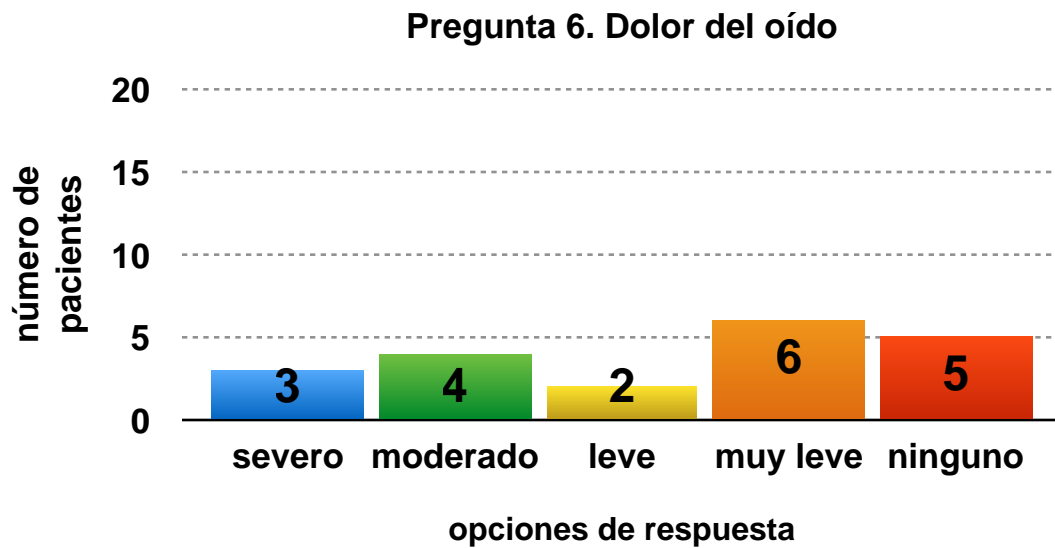
En la pregunta 4 ¿La pérdida de su oído es?: 5 pacientes (25%) respondieron MUY SEVERA, 6 pacientes (30%) SEVERA, 4 pacientes (20%) MODERADA, 2 pacientes (10%) LEVE, 2 pacientes (10%) MUY LEVE, y 1 paciente (5%) NINGUNA.



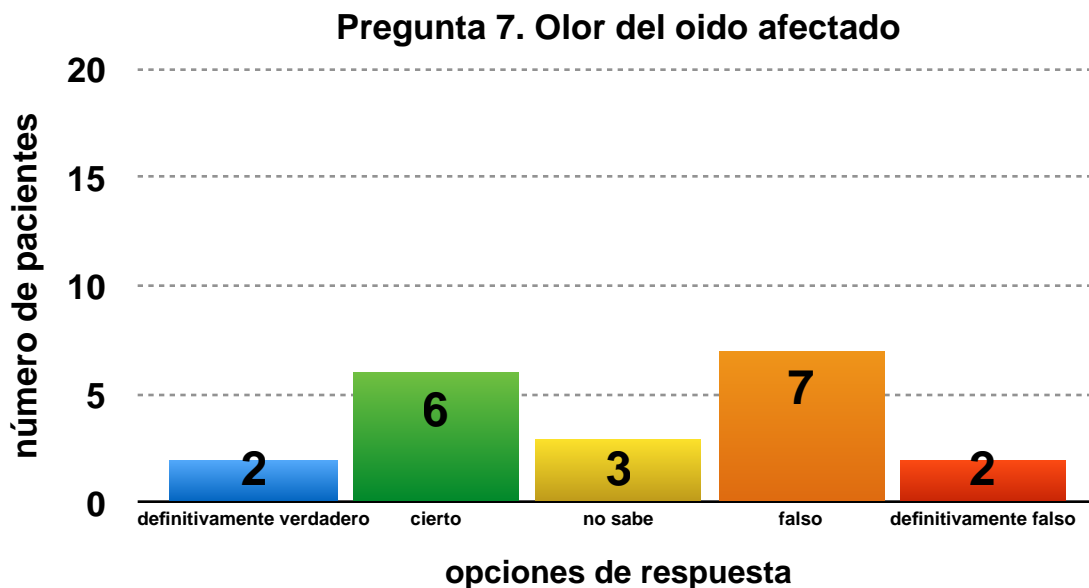
Para la pregunta 5 ¿El escurrimiento de su oído es?: 3 pacientes (15%) contestaron MUY SEVERO, 1 paciente (5%) SEVERO, 3 pacientes (15%) MODERADO, 1 paciente (5%) LEVE, 2 pacientes (10%) MUY LEVE, y 10 pacientes (50%) NINGUNO.



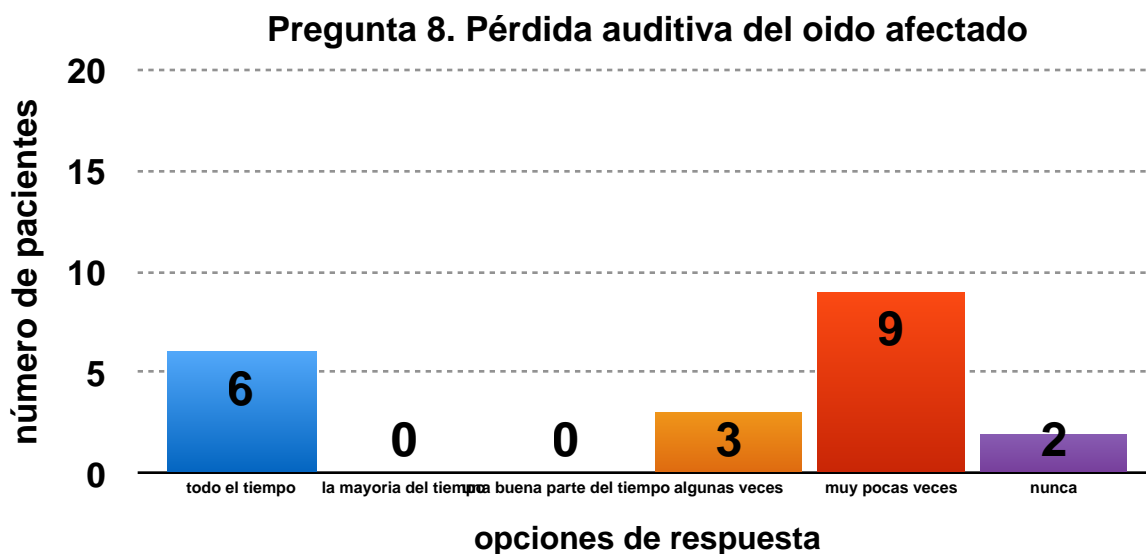
Pregunta 6 ¿El dolor de su oído es?: 3 pacientes (15%) respondieron SEVERO, 4 (20%) MODERADO, 2 (10%) LEVE, 6 (30%) MUY LEVE, y 5 pacientes (25%) NINGUNO.



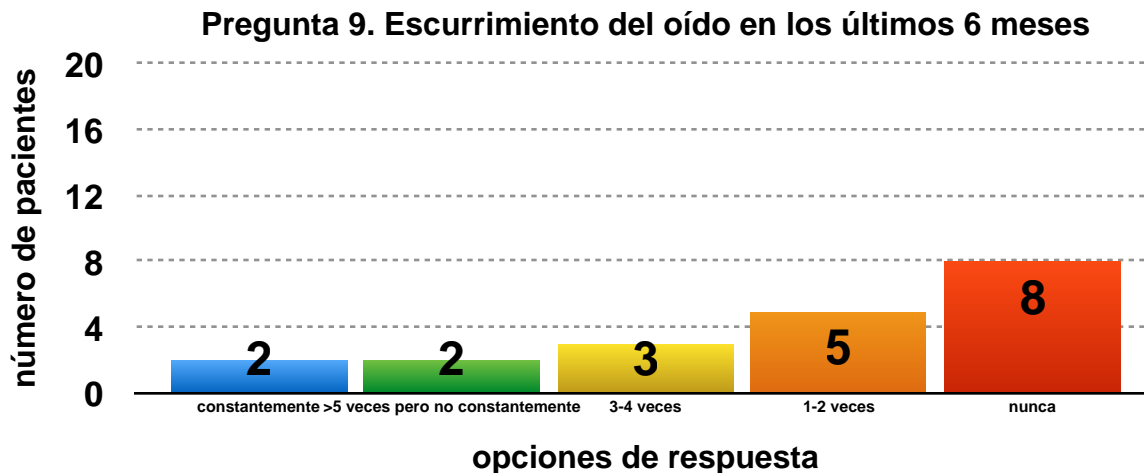
En la pregunta 7: ¿El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros?: 3 pacientes (15%) respondieron DEFINITIVAMENTE VERDADERO, 6 pacientes (30%) CIERTO, 3 (15%) NO SABE, 7 (35%) FALSO, y 2 pacientes (10%) respondieron DEFINITIVAMENTE FALSO.



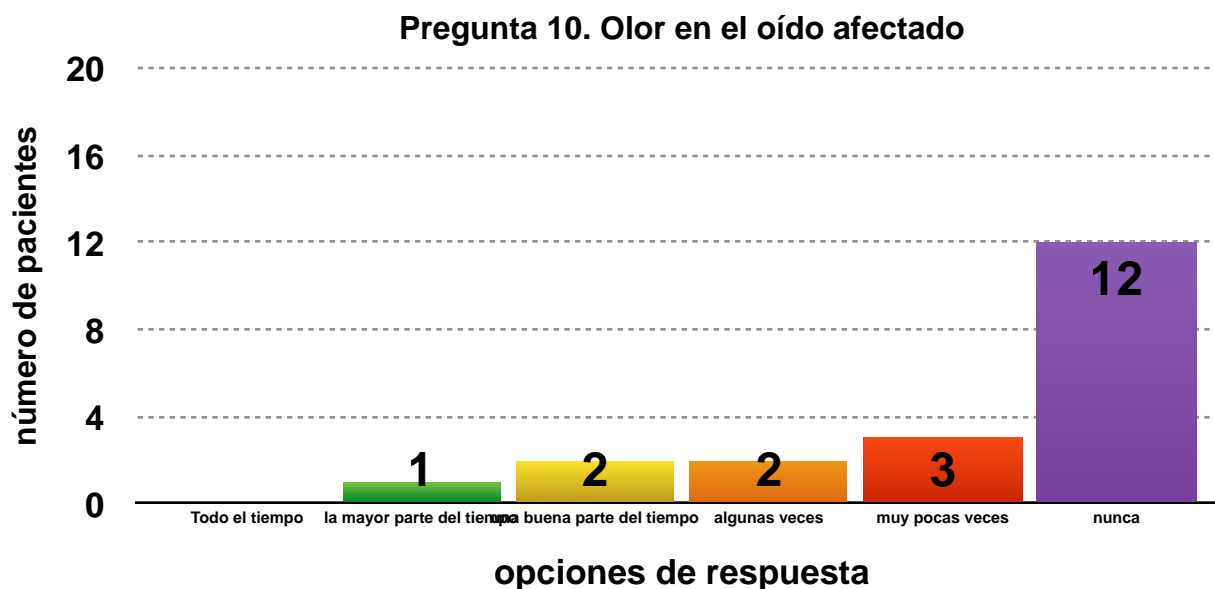
Pregunta 8 ¿La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia?: 6 pacientes (30%) respondieron TODO EL TIEMPO, 3 (15%) ALGUNAS VECES, 9 pacientes (45%) MUY POCAS VECES, y 2 pacientes (10%) NUNCA.



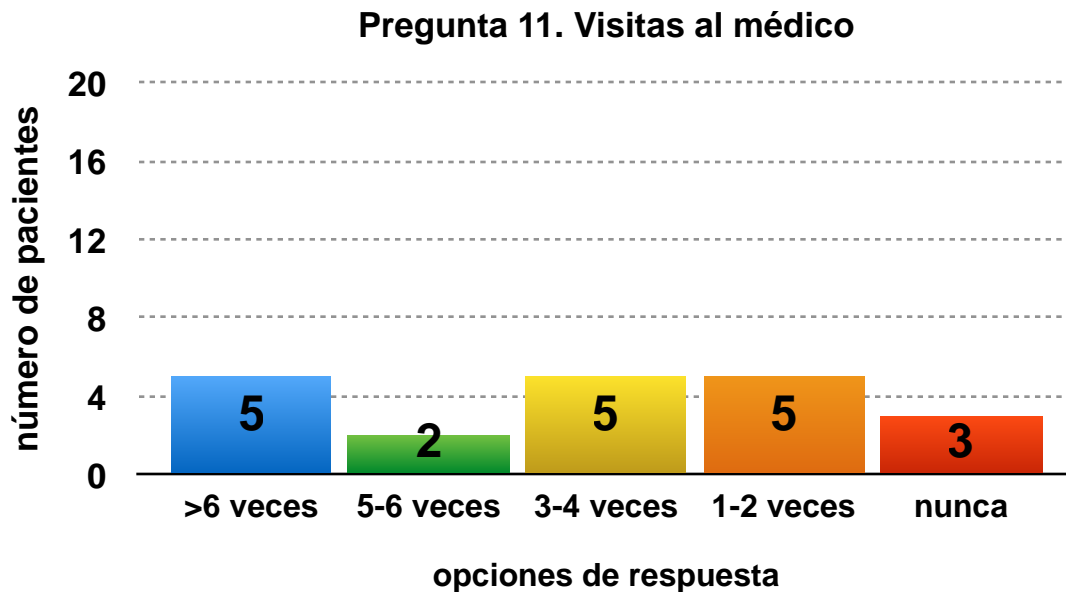
Item número 9, En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento. Dos pacientes (10%) CONSTANTEMENTE, 2 (10%) >5 VECES PERO NO CONSTANTEMENTE, 3 pacientes (15%) 3-4 VECES, 5 pacientes (25%) 1-2 VECES y 8 pacientes (40%) NUNCA.



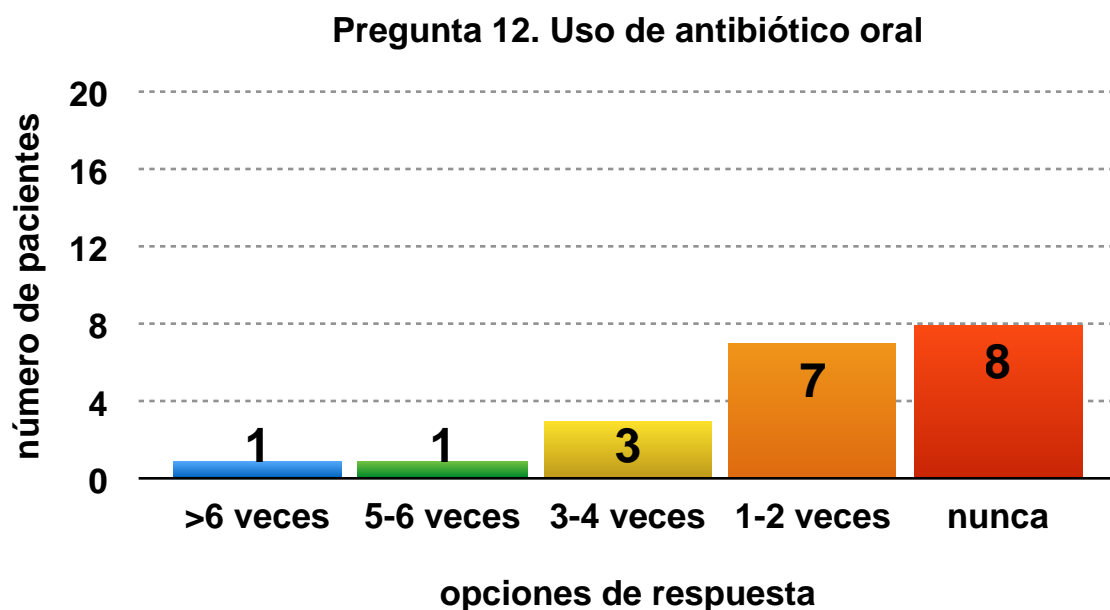
Item número 10. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas: 1 paciente (5%) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, 2 pacientes (10%) UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO, 2 (10%) ALGUNAS VECES, 3 pacientes (15%) MUY POCAS VECES, 12 pacientes (60%) NUNCA.



Pregunta 11. En los 6 meses pasados, cuantas veces por separado ha visitado a su médico por su problema de oído. Cinco pacientes (25%) respondieron >6 VECES, 2 pacientes (10%) 5-6 VECES, 5 pacientes (25%) 3-4 VECES, 5 pacientes (25%) 1-2 VECES, y 3 pacientes (15%) NUNCA.

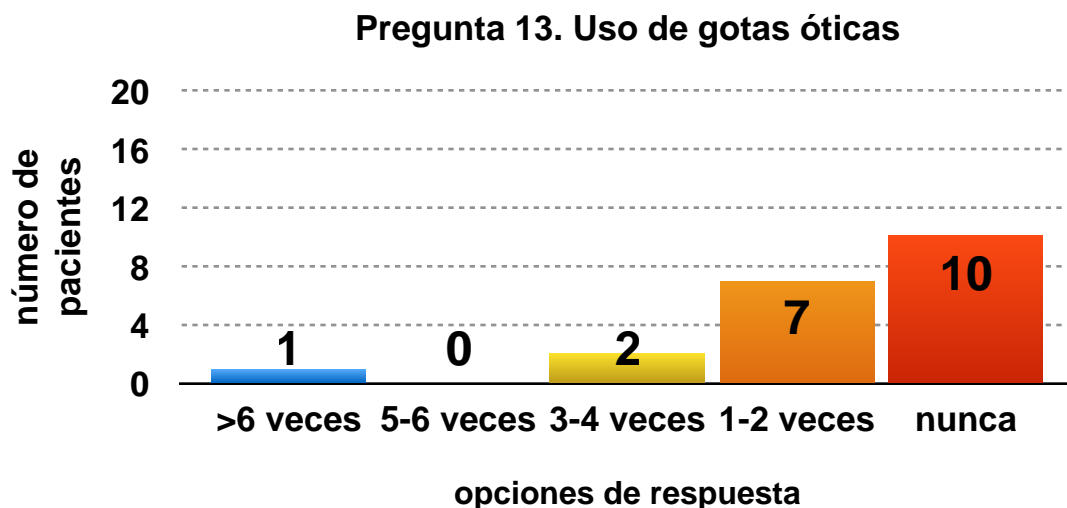


Item 12. En los 6 meses pasados, ¿cuantas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído? Un paciente (5%) >6 VECES, 1 paciente (5%) 5-6 VECES, 3 pacientes (15%) 3-4 VECES, 7 pacientes (35%) 1-2 VECES y 8 pacientes (40%) NUNCA.

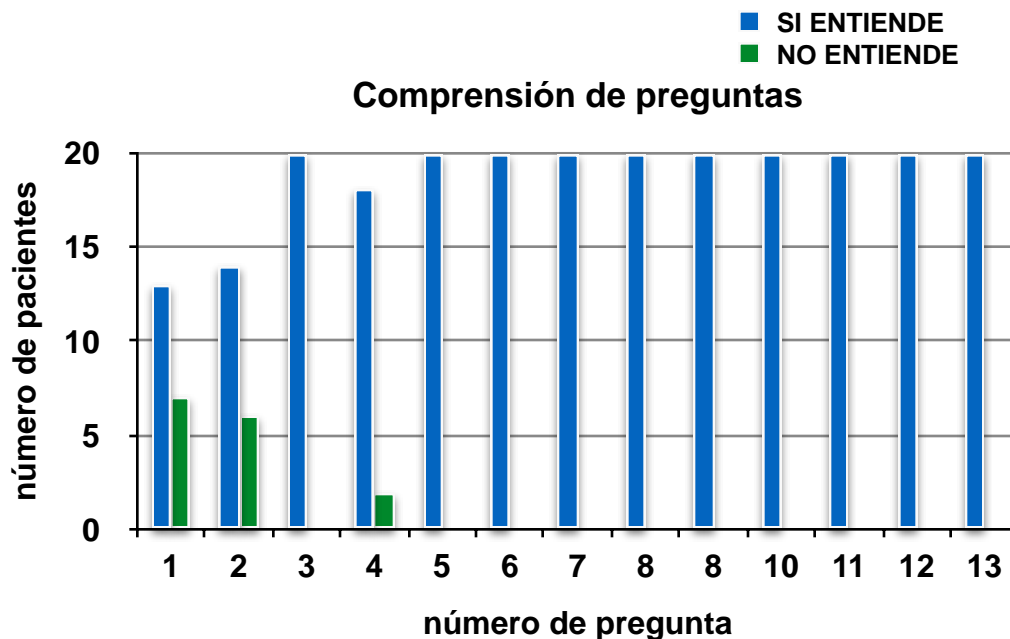




Pregunta 13. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para oídos para tratar la infección de su oído? Un paciente (5%) >6 VECES, 2 (10%) 3-4 VECES, 7 pacientes (35%) 1-2 VECES y 10 pacientes (50%) NUNCA.



Por último se registró la comprensión que cada paciente había tenido de cada una de las 13 preguntas realizadas. Esto se documentó marcando como SI ENTIENDE cuando el paciente no había tenido problema para contestar la pregunta y NO ENTIENDE cuando el

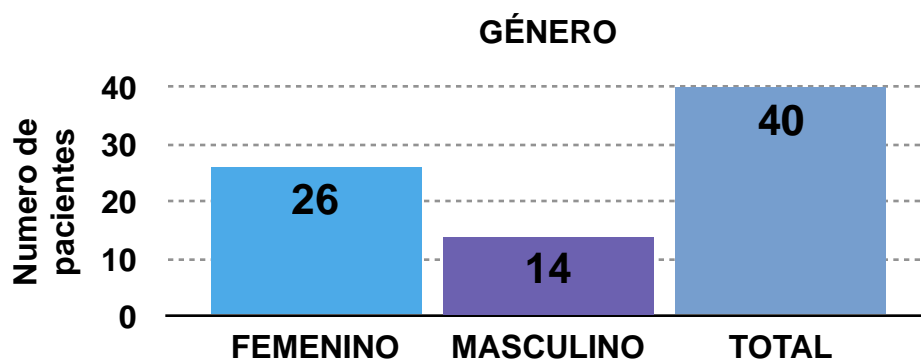


paciente no comprendió la pregunta. Este problema solo se presentó en los ítems 1, 2 y 4,

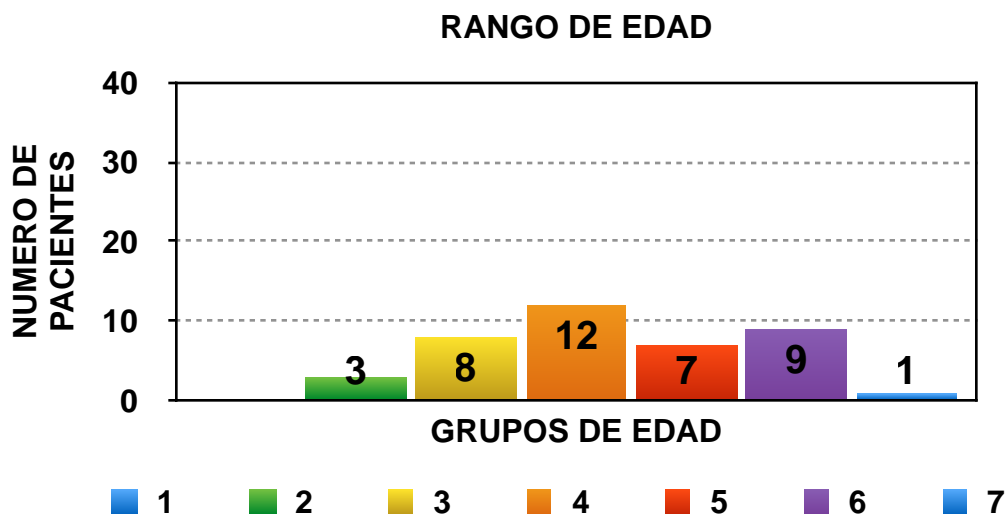
donde el 35%, 30% y 10% de los pacientes (respectivamente), no comprendió la pregunta. Para el ítem número 4 al solo ser 2 pacientes los que no comprendieron la intención de la pregunta, no se considero significativo, por lo que las modificaciones de redacción se realizaron solo en las preguntas 1 y 2.

## VERSION FINAL ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

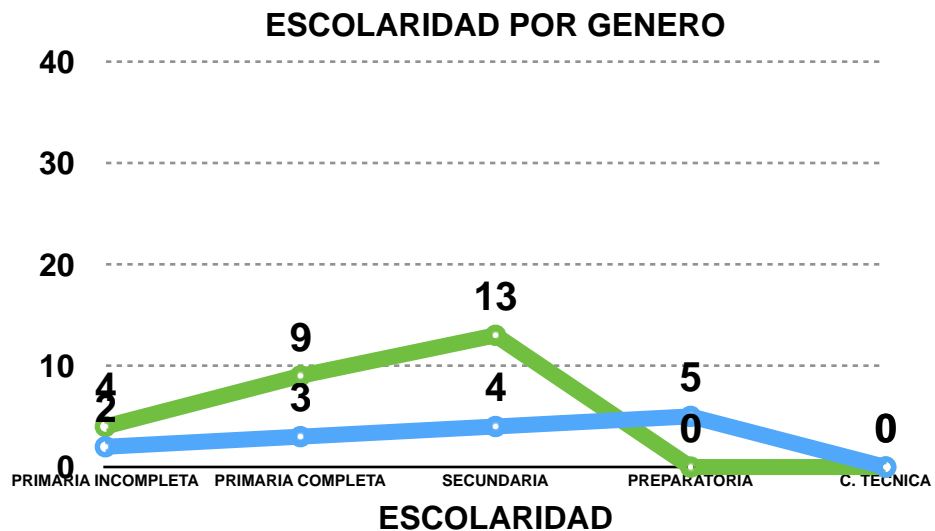
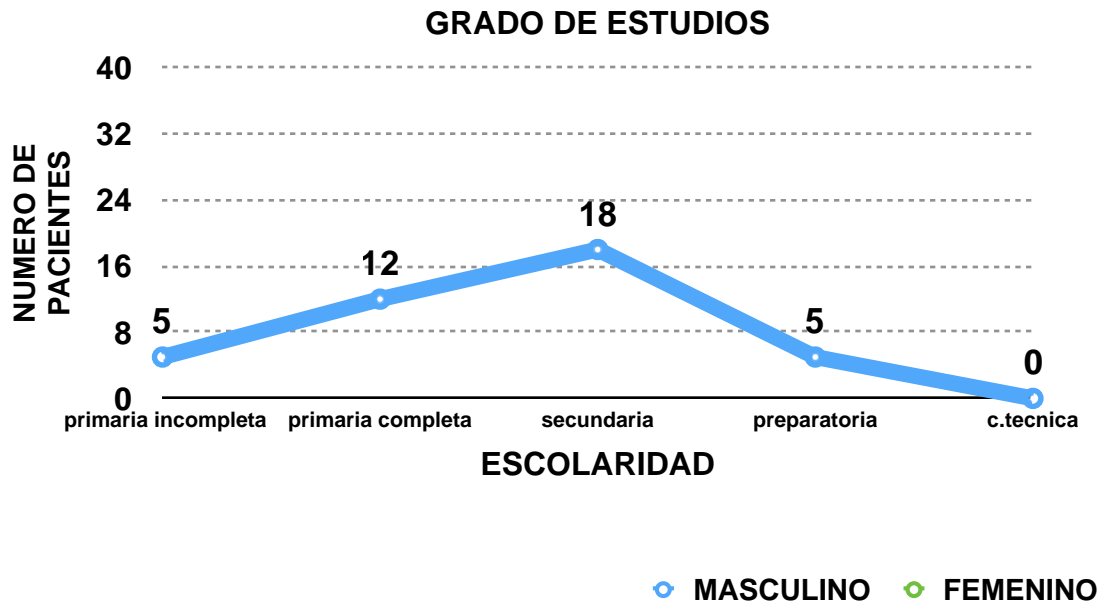
Para la versión final de la encuesta se entrevistaron 40 pacientes, de los cuales 26 de ellos (65%) son del género femenino y 14 (35%) del género masculino. El rango de edad fue de los 22 los 73 años de edad, con una media de 48.02 años en general y 48.02 años para mujeres y 53.07 años para los hombres.



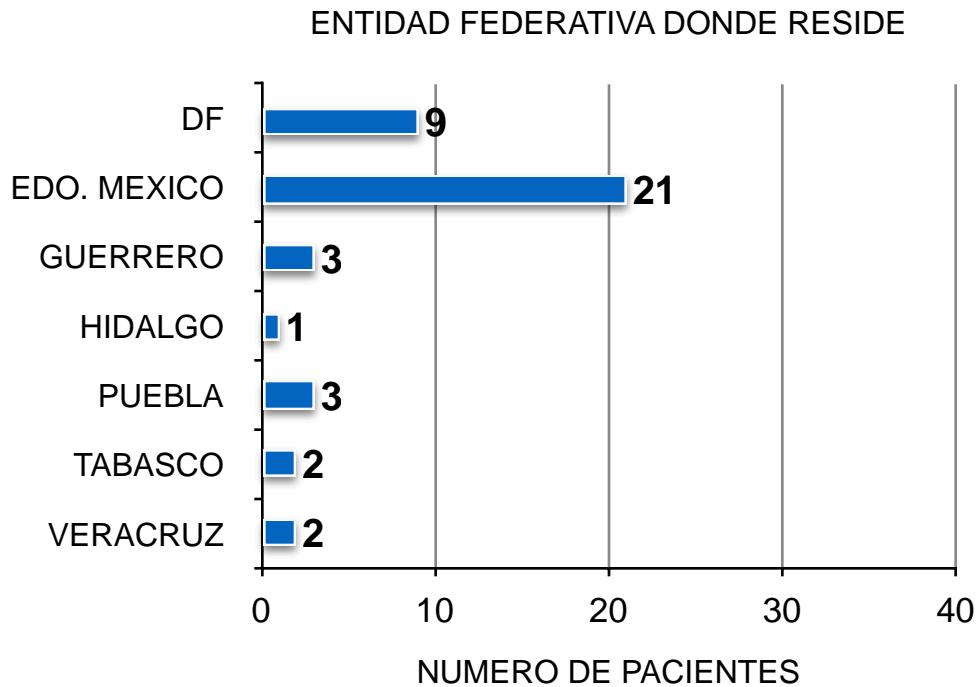
Se utilizó la misma división en grupos de edad (Tabla 1) que el grupo de pacientes encuestados en la versión preliminar, con la siguiente distribución 3 pacientes (7.5%) en el grupo 2, 8 (20%) en el grupo 3, 12 (30%) en el grupo 4, 7 (17.5%) en el grupo 5, 9 (22.5%) en el grupo 6, y 1 paciente (2.5%) en el grupo 7.



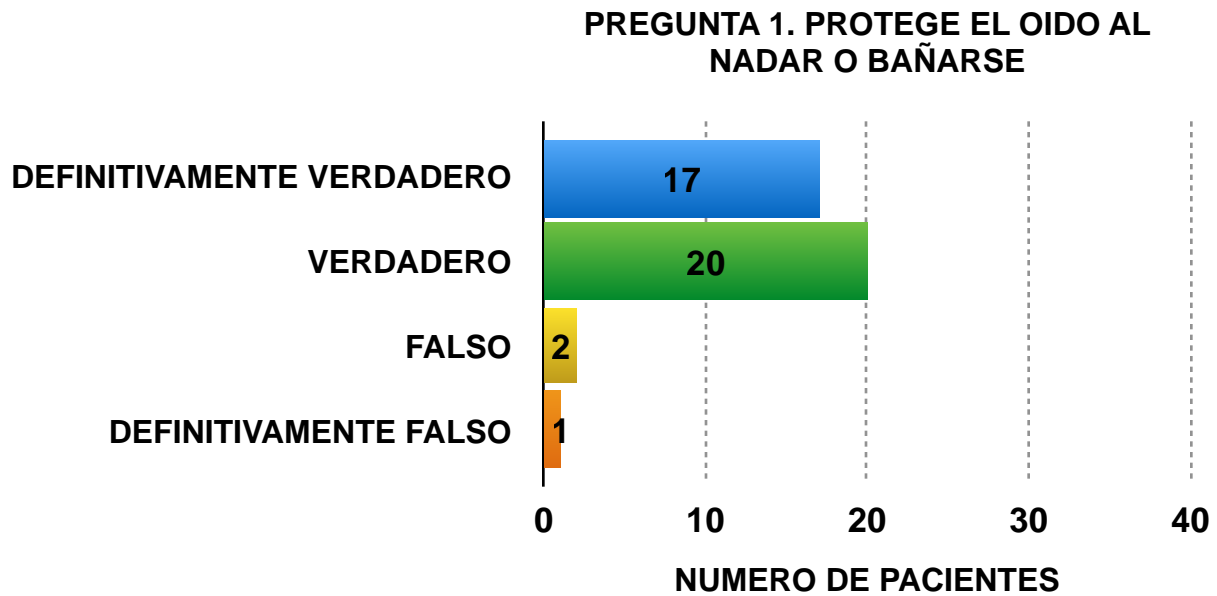
Por grados de escolaridad, los resultados fueron los siguientes: 12.5% primaria incompleta, 30% primaria completa, 45% secundaria y 12.5% preparatoria. La escolaridad por género fue la siguiente para el grupo de hombres: primaria incompleta 14.2%, primaria completa 21.4% , secundaria 28.5% y preparatoria el 35.7%. Para las mujeres fue: primaria incompleta 15.3%, primaria completa 34.6% y secundaria 50%.



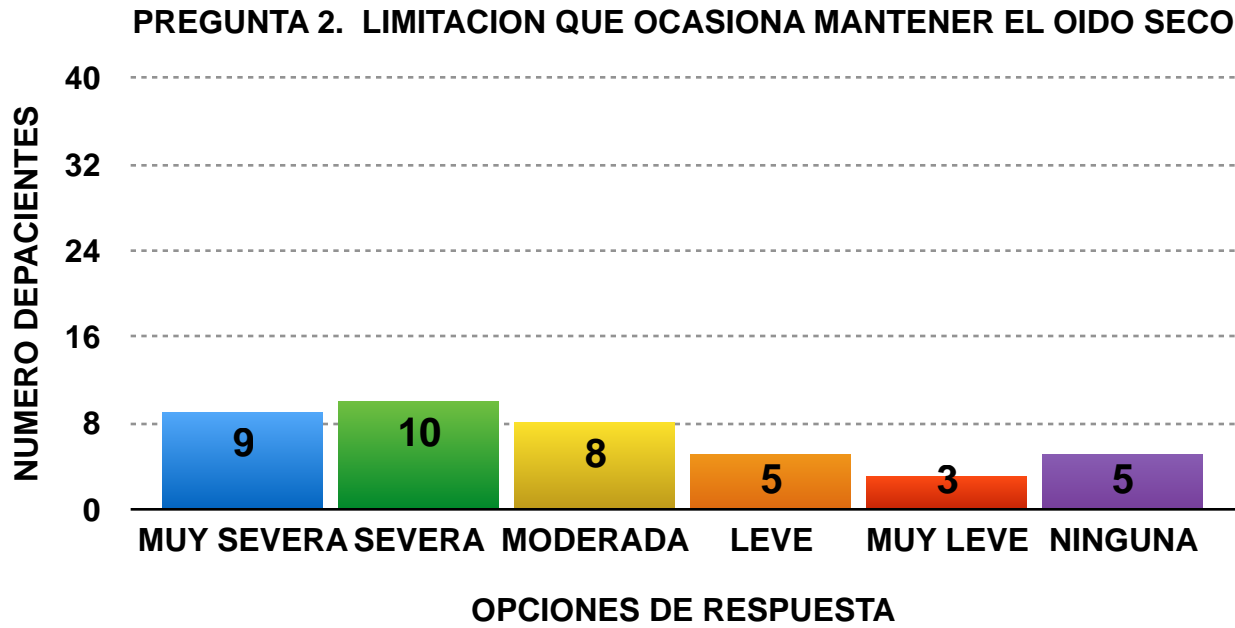
En cuanto al lugar de residencia, el 22.5% de los pacientes residen en el Distrito Federal, 52.5% en el Estado de México, 7.5% Guerrero, 2.5% Hidalgo, 7.5% en Puebla, 5% en Tabasco y 5% en Veracruz.



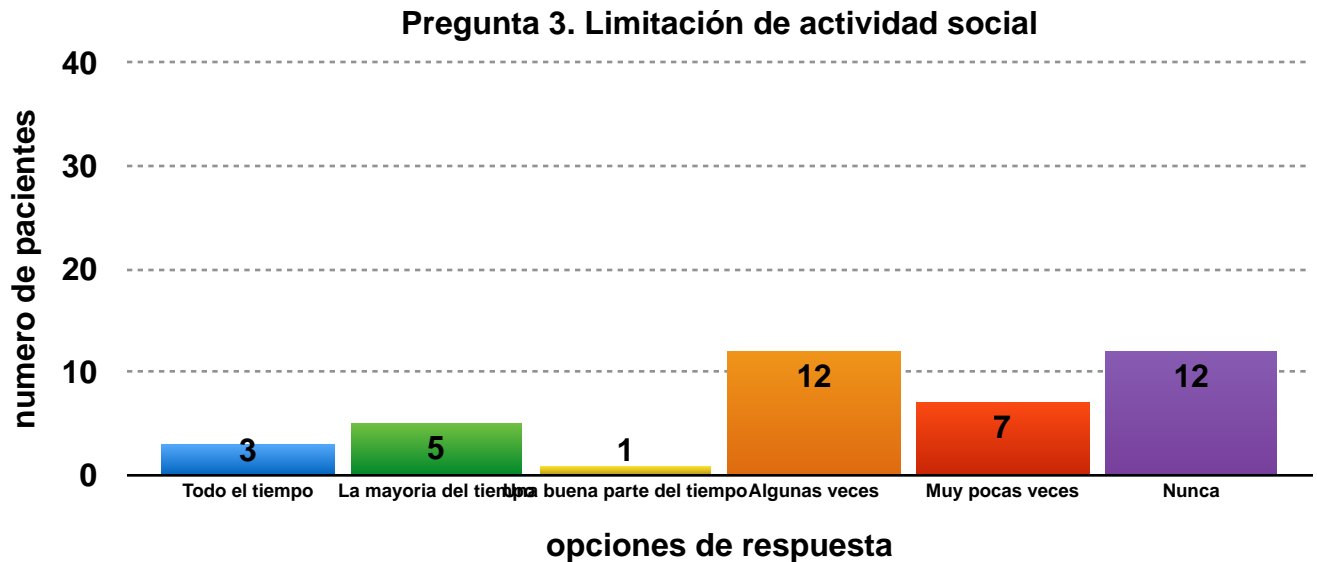
Para la pregunta numero 1, ¿Por su problema de oído usted no se puede bañar o nadar, sin proteger el oído? 17 de los pacientes (42.5%) respondieron DEFINITIVAMENTE VERDADERO, 11 pacientes (27.5%) VERDADERO, 2 pacientes (5%) FALSO, y 1 paciente (2.5%) DEFINITIVAMENTE FALSO.



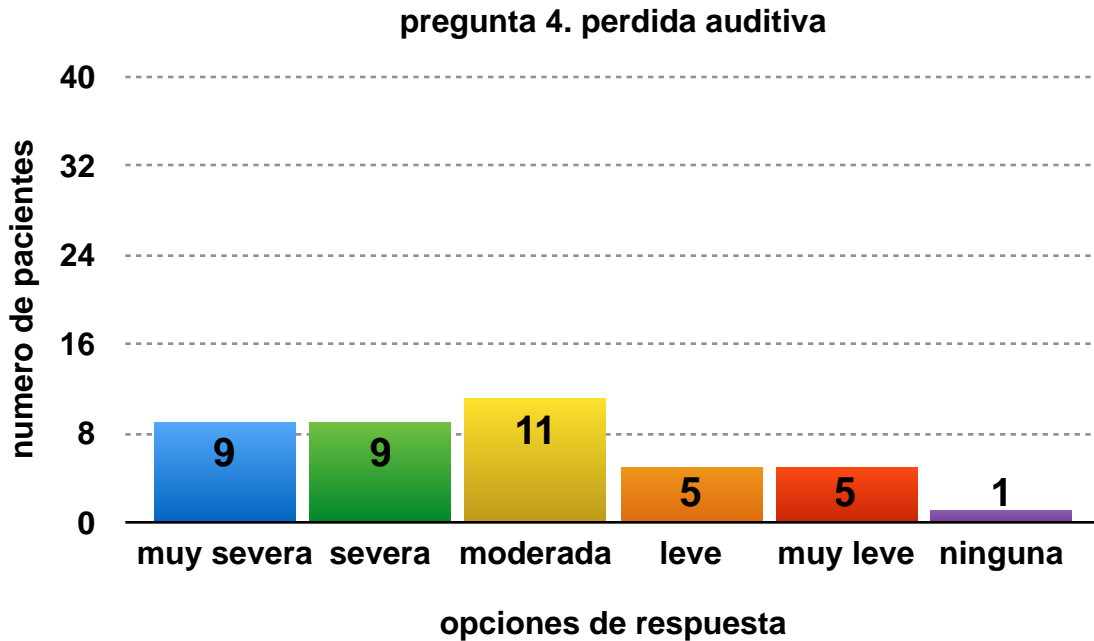
En la pregunta 2, Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?: 9 pacientes (22.5%) respondieron MUY SEVERA, 10 pacientes (25%) SEVERA, 8 pacientes (20%) MODERADA, 5 pacientes (12.5%) LEVE, 3 pacientes (7.5%) MUY LEVE, y 5 pacientes (12.5%) NINGUNA.



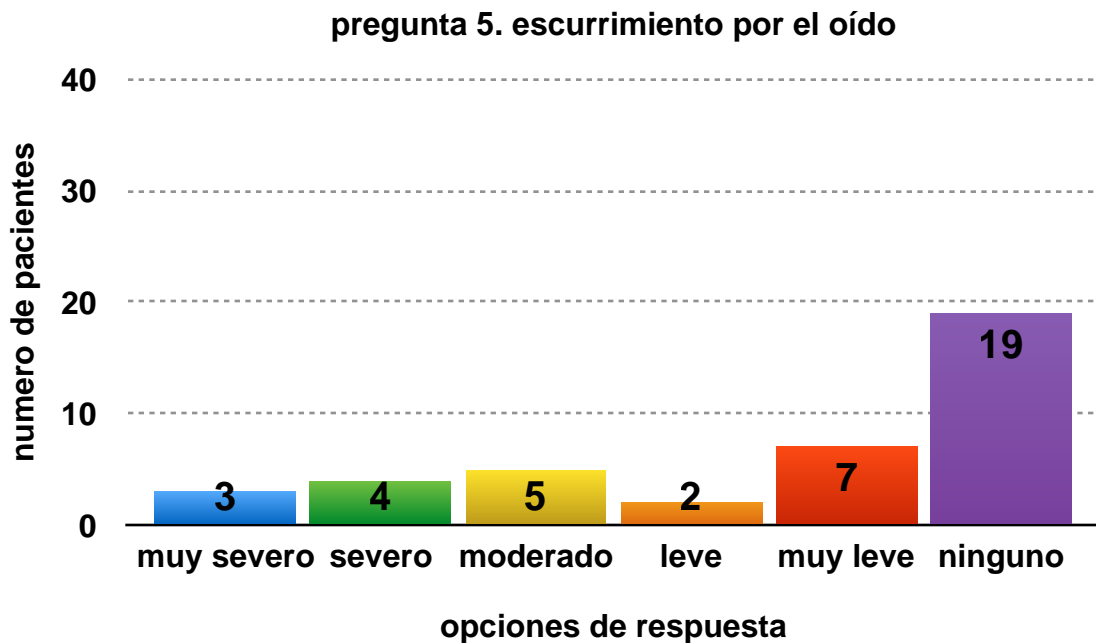
En la pregunta 3 ¿En las ultimas 4 semanas, el problema de su oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia o grupos?: 3 pacientes (7.5%) respondió TODO EL TIEMPO, 5 pacientes (12.5%) LA MAYORIA DEL TIEMPO, 1 paciente (2.5%) UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO, 12 pacientes (30%) ALGUNAS VECES, 7 pacientes (17.5%) MUY POCAS VECES, y 12 pacientes (30%) NUNCA



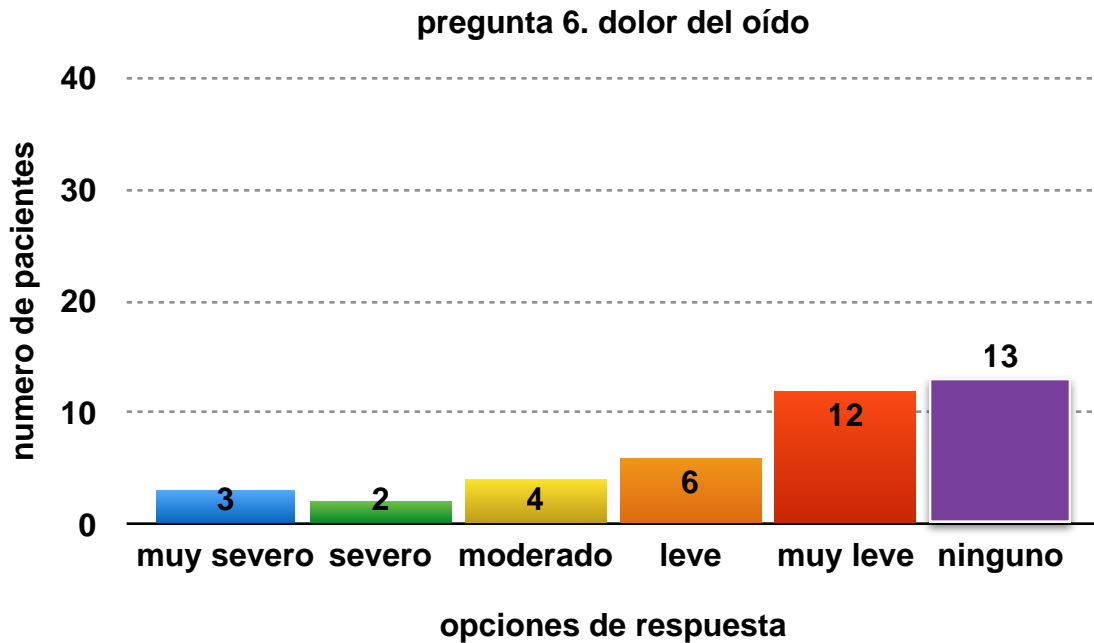
En la pregunta 4 ¿La pérdida de su oído es?: 9 pacientes (22.5%) respondieron MUY SEVERA, 9 pacientes (22.5%) SEVERA, 11 pacientes (27.5%) MODERADA, 5 pacientes (12.5%) LEVE, 5 pacientes (12.5%) MUY LEVE, y 1 paciente (2.5%) NINGUNA.



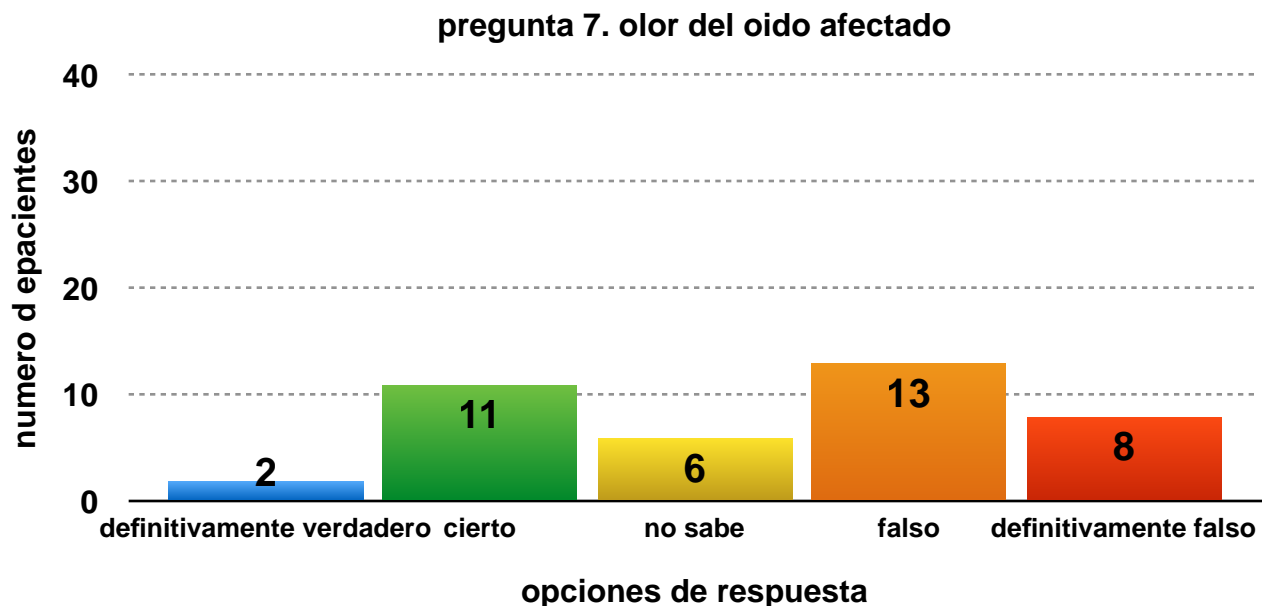
Para la pregunta 5 ¿El escurrimiento de su oído es?: 3 pacientes (7.5%) contestaron MUY SEVERO, 4 pacientes (10%) SEVERO, 5 pacientes (12.5%) MODERADO, 2 pacientes (5%) LEVE, 7 pacientes (17.5%) MUY LEVE, y 19 pacientes (47.5%) NINGUNO.



Pregunta 6 ¿El dolor de su oído es?: 3 pacientes (7.5%) respondieron MUY SEVERO, 2 pacientes (5%) SEVERO, 4 (10%) MODERADO, 6 (15%) LEVE, 12 (30%) MUY LEVE, y 13 pacientes (32.5%) NINGUNO.

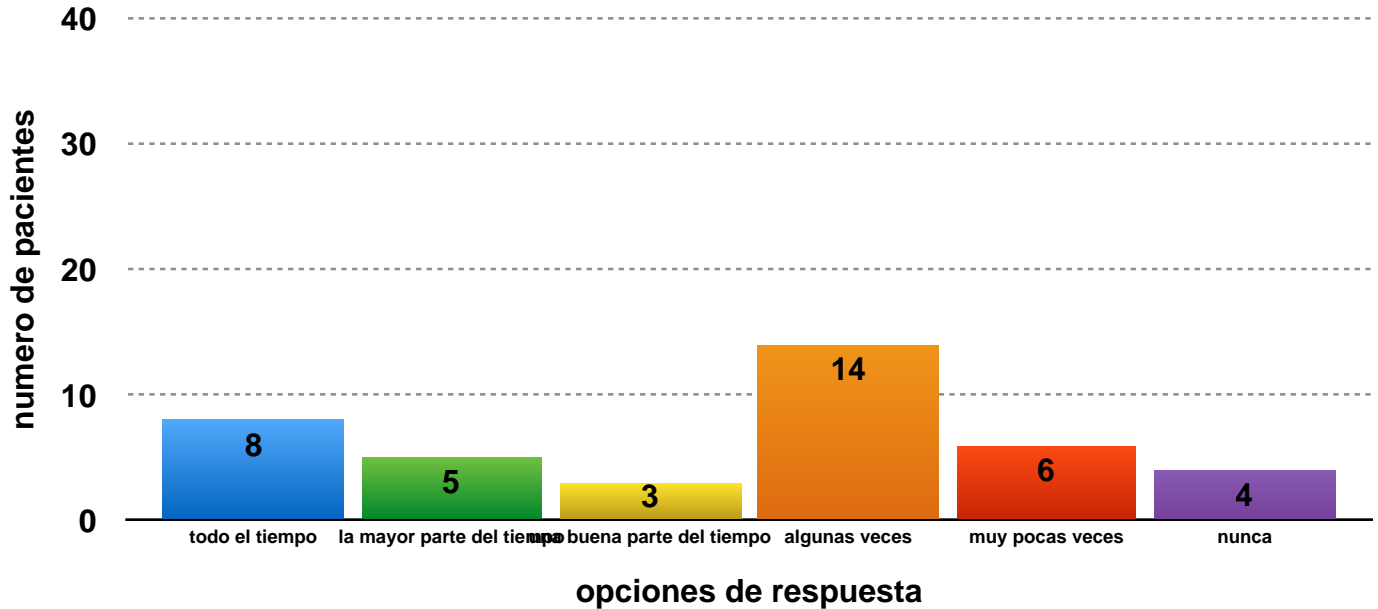


En la pregunta 7: ¿El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros?: 2 pacientes (5%) respondieron DEFINITIVAMENTE VERDADERO, 11 pacientes (27.5%) CIERTO, 6 (15%) NO SABE, 13 (32.5%) FALSO, y 8 pacientes (20%) respondieron DEFINITIVAMENTE FALSO.



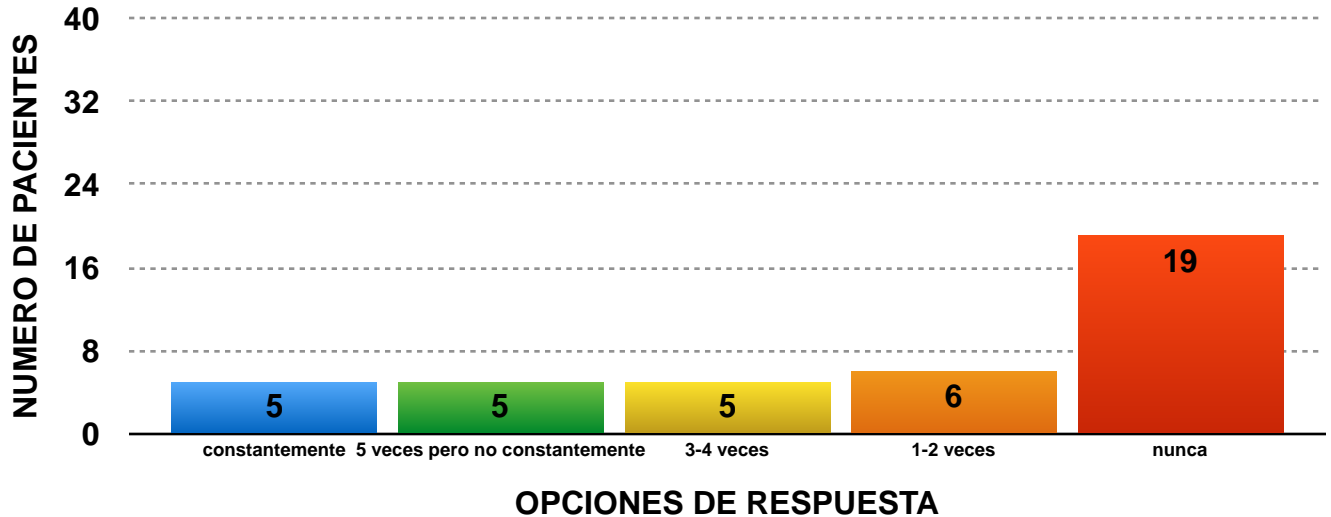
Pregunta 8 ¿La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia?: 8 pacientes (20%) respondieron TODO EL TIEMPO, 5 (12.5%) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, 3 pacientes (7.5%) UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO, 14 (35%) ALGUNAS VECES, 6 pacientes (15%) MUY POCAS VECES , y 4 pacientes (10%) NUNCA.

**pregunta 8. perdida auditiva del oido afectado**



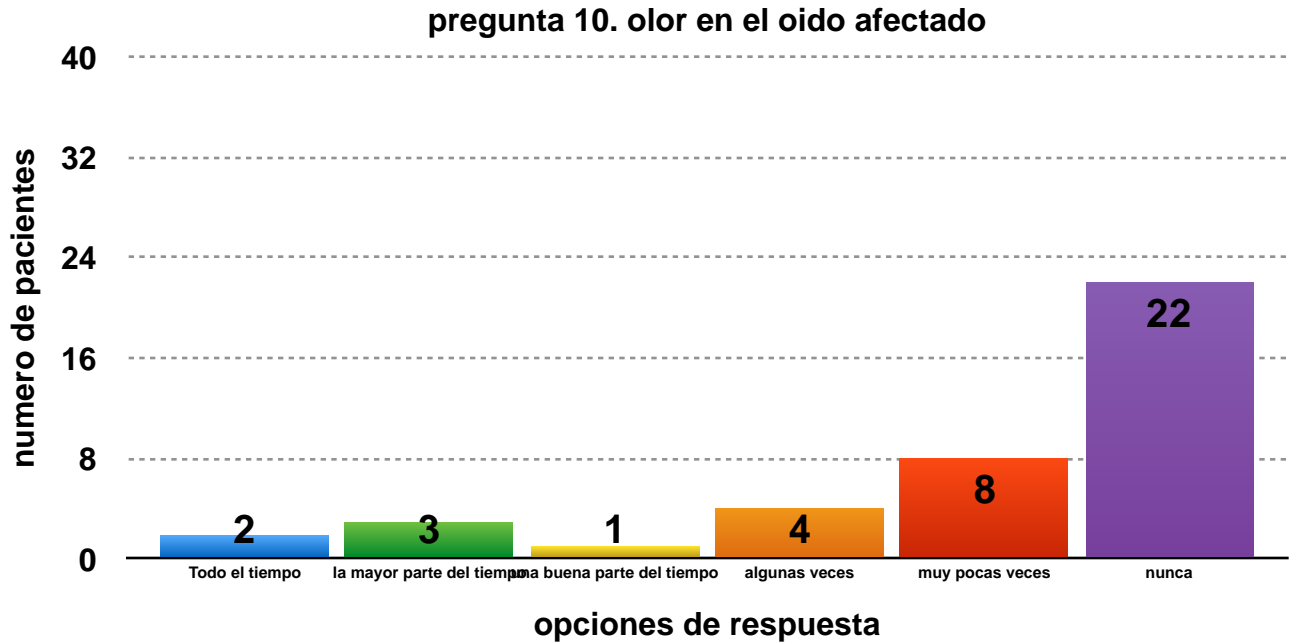
Item número 9, En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento. Cinco pacientes (12.5%) CONSTANTEMENTE, 5 (12.5%) >5 VECES PERO NO CONSTANTEMENTE, 5 pacientes (12.5%) 3-4 VECES, 6 pacientes (15%) 1-2 VECES y 19 pacientes (40%) NUNCA.

**pregunta 9. escurrimiento del oído en los últimos 6 meses**

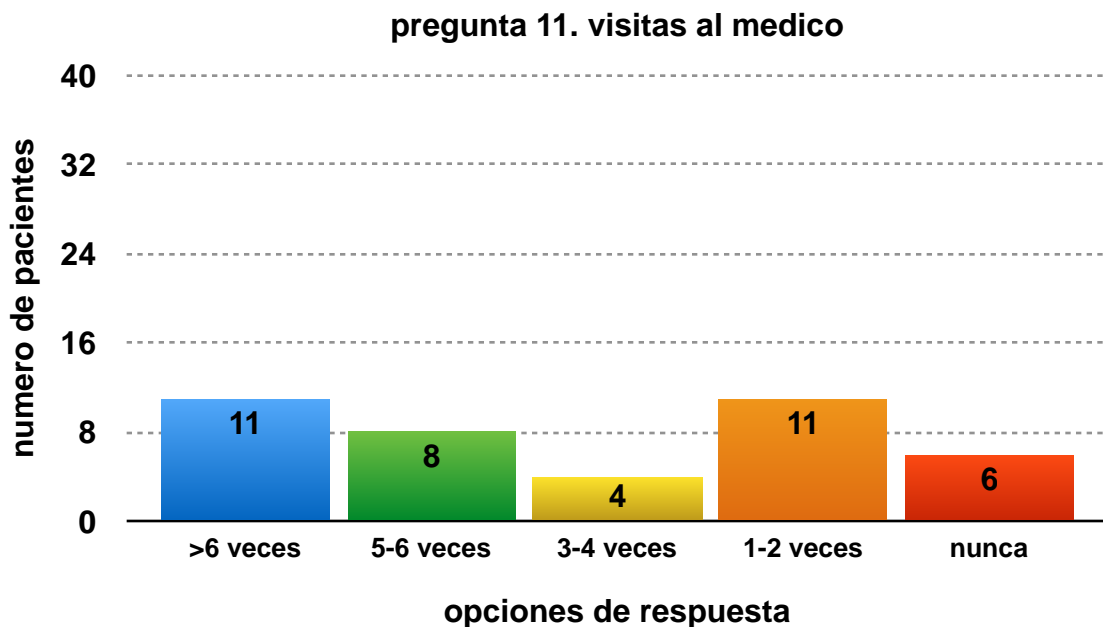




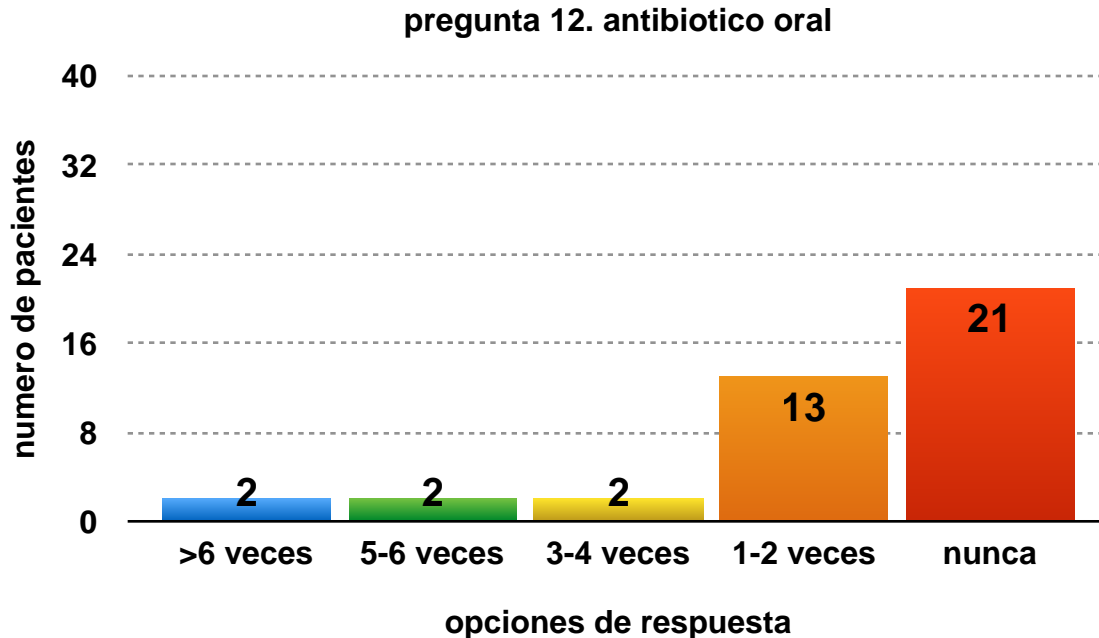
Item número 10. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas: 2 pacientes (5%) TODO EL TIEMPO, 3 pacientes (7.5%) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, 1 paciente (2.5 %) UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO, 4 (10%) ALGUNAS VECES, 8 pacientes (20%) MUY POCAS VECES, 1y 22 pacientes (55%) NUNCA.



Pregunta 11. En los 6 meses pasados, cuantas veces por separado ha visitado a su médico por su problema de oído. Once pacientes (27.5%) respondieron >6 VECES, 8 pacientes (20%) 5-6 VECES, 4 pacientes (10%) 3-4 VECES, 11 pacientes (27.5%) 1-2 VECES, y 6 pacientes (15%) NUNCA.



Item 12. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído? Dos pacientes (5%) >6 VECES, 2 pacientes (5%) 5-6 VECES, 2 pacientes (5%) 3-4 VECES, 13 pacientes (32.5%) 1-2 VECES y 21 pacientes (52.5%) NUNCA.



Pregunta 13. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para oídos para tratar la infección de su oído? Un paciente (2.5%) >6 VECES, 3 (7.5%) 3-4 VECES, 15 pacientes (37.5%) 1-2 VECES y 21 pacientes (52.5%) NUNCA.



Al comparar los resultados entre cada convariable con las demás variables del grupo, se obtuvieron los siguientes resultados significativos.

**COMPARACION SIGNIFICATIVA ENTRE VIDA SOCIAL AFECTADA Y OLOR EN OIDO**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,168 <sup>a</sup>	25	,001
Likelihood Ratio	24,414	25	,496
N of Valid Cases	40		

**ESCURRIMIENTO POR ELOIDO y DOLOR DE OIDO**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,224 <sup>a</sup>	25	,001
Likelihood Ratio	46,883	25	,005
N of Valid Cases	40		

**ESCURRIMIENTO POR EL OIDO y OLOR EN EL OIDO AFECTADO**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,100 <sup>a</sup>	25	,002
Likelihood Ratio	42,695	25	,015
N of Valid Cases	40		

## DOLOR DE OIDO y VIDA SOCIAL

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43,452 <sup>a</sup>	25	,012
Likelihood Ratio	40,824	25	,024
N of Valid Cases	40		

## DOLOR DE OIDO y ESCURRIMIENTO POR EL OIDO 8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,224 <sup>a</sup>	25	,001
Likelihood Ratio	46,883	25	,005
N of Valid Cases	40		

## 8. DISCUSION

La muestra seleccionada para realizar la aplicación de la encuesta, es demasiado pequeña para representar la población que recibe atención médica en el Hospital General de México, en particular del Servicio de Otorrinolaringología. En esta muestra mas de la mitad de los pacientes encuestados fueron mujeres (60%), y la edad promedio de los pacientes fue de 50.9 años, lo cual no se correlaciona con la epidemiología de la otitis media crónica, puesto que no existe un predominio de sexo o edad para esta enfermedad.

En cuanto al grado de estudios que poseen nuestros pacientes, que fue desde primaria incompleta a preparatoria, y solo un paciente de los 60 encuestados contaba con una carrera técnica. Aunque el nivel sociocultural tampoco es un factor relacionado con el desarrollo

de esta enfermedad, es importante comentar que los pacientes que cuentan con un grado de escolaridad mayor suelen acudir a una valoración médica antes, lo cual puede influir en un diagnóstico más oportuno y limitación de posibles complicaciones.

Por lugar de residencia la mitad de los pacientes pertenecen al centro del país (Estado y Ciudad de México), sin embargo para ser una muestra de población pequeña, encontramos pacientes de diversos estados del país, lo que refleja la población tan variada que recibe consulta en nuestro Hospital, pero que tampoco es un factor relacionado con OMC, ya que esta enfermedad no tiene predominio por zonas geográficas o áreas climáticas.

#### • SUBESCALA RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES

Esta subescala de la encuesta que hace referencia a la limitación en las actividades del paciente, consta de tres ítems.

En la pregunta 1 que hace referencia al cuidado que los pacientes con OMC tienen para mantener su oído seco al bañarse o realizar actividades como natación, el 85% de ellos respondió afirmativamente. Esto refleja que estos pacientes tienen que tomar precauciones para poder realizar una actividad tan sencilla como es tomar un baño, además se ven limitados para poder realizar actividades acuáticas, como natación o asistir a balnearios. Esto se corroboró al aplicar la versión final de la encuesta donde el 92.5% de los pacientes también contestaron afirmativamente.

El ítem número 2 hace referencia a la severidad con la que estos pacientes se ven limitados por el hecho de tener que evitar que el agua entre en contacto con sus oídos, por las consecuencias que esto podría ocasionar, es decir un oído que se ha mantenido seco pueda volver a supurar, o un oído que se encuentra con un proceso infeccioso activo pudiera complicarse. En este punto, solo 10% de los pacientes y un 40% de los pacientes respondieron como “muy grave” y “grave”, es decir para la mitad de los pacientes encuestados la limitación que les ocasiona su enfermedad es muy grande, esto puede estar asociado a las actividades, costumbres, empleo o profesión, lugar de residencia e inclusive edad del paciente. Para los pacientes jóvenes el hecho de no poder nadar o ir a la playa sin tener que estar preocupados de que sus oídos puedan exponerse al agua les ocasiona una limitación más grave que a un paciente de edad mayor el cual no realiza estas actividades. Otro ejemplo, los pacientes que viven en sitios o lugares donde cuentan con ríos o playas, o actividades como la pesca, sienten mayor limitación que un paciente que vive en algún lugar donde esto no es parte de su vida diaria. Los resultados de esta pregunta en la versión final, un 67.5% de los pacientes respondió que su enfermedad le ocasionaba una limitación considerable que va desde “moderada” a “muy severa”, demuestra que la OMC ocasiona ciertas limitaciones, que aunque a simple vista parecen sin importancia, en la vida diaria de estos pacientes se convierte en una verdadera molestia.

El tercer ítem pregunta con qué frecuencia, en el mes previo a realizar la encuesta, estos pacientes se vieron afectados para realizar alguna actividad social. Más de la mitad de los pacientes (65%) respondieron como “muy pocas veces” o “nunca”. Esto quiere decir que para la mayoría de los pacientes, su enfermedad no les ha privado de poder convivir o realizar actividades con sus familias o amigos. Sin embargo esto puede estar condicionado por el estado actual de su oído, es decir un paciente que se encuentra con un oído que no está supurando, sin dolor, o con una audición conservada, no se ve restringido de hacer alguna de estas actividades. Lo contrario a un paciente que tiene un oído con dolor, supuración, o pérdida auditiva importante, en el cual estos síntomas tan molestos para el paciente, pueden ocasionar que rehuse o tenga que abstenerse de hacer una actividad en particular. Como la versión preliminar, 77.5% de los pacientes encuestados en el segundo grupo, refirieron “muy pocas veces” o “nunca”, nuevamente podríamos suponer que para la gran mayoría de los pacientes, su enfermedad no les ha impedido realizar alguna actividad con amigos o familia.

#### • SUBESCALA DE SÍNTOMAS

La subescala de síntomas tiene siete ítems. El primero de ellos es acerca de la pérdida auditiva que estos pacientes tienen como secuela de su enfermedad. Once de los pacientes, la refieren como “muy severa” y “severa” y otros 4 pacientes como “moderada”, es decir que por lo menos 15 de los pacientes (75%) refieren tener problemas para escuchar. Esto refleja que esta enfermedad ocasiona secuelas importantes que afectan la funcionalidad del individuo. En la segunda encuesta el número de pacientes que presentaron un grado de pérdida auditiva significativa, es decir desde moderada a muy severa fue del 72.5%, esto es semejante a los resultados de la encuesta preliminar. Nuevamente se demuestra que la pérdida auditiva en estos pacientes es un problema.

El segundo ítem, indaga sobre la supuración de oído, en esta pregunta la mitad de los pacientes respondieron “ninguno”, y 7 presentaron alguna grado considerable de supuración (3 “muy severo”, 1 “severo” y 3 “moderado”). En este punto la respuesta evidentemente refleja el estado actual del oído, es decir que pacientes que en el momento de realizar su encuesta se encontraban asintomáticos, pero que no les excluye de haber presentado previamente cuadros de supuración. Aquí también es importante el tipo de otitis media crónica que presenten, ya que las otitis colesteatomatosas se caracterizan por tener supuración constante y más aparatosas que una OMC sin colesteatoma. Y también debe considerarse la situación del paciente en cuanto al tratamiento que ha recibido, pues pacientes que se han sometido a una cirugía otológica exitosa desde el punto de vista médico, son pacientes en los que la supuración prácticamente ha desaparecido. En esta pregunta, en la versión final que se aplicó al segundo grupo de pacientes, casi la mitad de ellos (47.5) se encontraron sin supuración. Esto como se menciona anteriormente, refleja la situación actual en la que se encuentra el oído del paciente, y también del comportamiento

en particular de su enfermedad, puesto que pacientes con supuración leve o moderada (35%) puede asociarse una enfermedad menos “agresiva” a diferencia de un paciente con cuadros de supuración severo o muy severo.

La pregunta 3 de esta subescala hace referencia al grado de dolor que pueden presentar estos pacientes. De nuestros 20 pacientes, para 7 de ellos el dolor fue considerado como entre “severo” y “moderado”, el resto de los pacientes refirió un dolor “muy leve” o incluso “ninguno”. Aunque el dolor es un síntoma que pueden presentar los pacientes con OMC, no es un síntoma constante, éste es mas común que aparezca cuando el oído presenta una agudización de la enfermedad, durante la cual el dolor puede ser bastante molesto o severo. En la versión final de la encuesta los resultados son semejantes, pues un 77.5% de los pacientes refirieron no tener dolor, o este ser muy leve, lo cual es concordante con lo descrito en la primera encuesta, que el dolor suele presentarse cuando hay un cuadro de infección o agudización de la enfermedad, mientras que un oído que ha mantenido inactivo, suele no presentar dolor.

El ítem 4 habla sobre la molestia o desagrado que causa el olor de su oído al supurar. Para 8 pacientes (40%) refirieron que el olor si era incómodo para ellos u otras personas y 9 pacientes (45%) contestaron que no. En esta pregunta las respuestas son opuestas en la mitad de los pacientes, esto puede deberse nuevamente a la situación en la que se encuentra el oído al momento de realizar el cuestionario, la severidad de los cuadros de otorrea que presentan los pacientes, muy importante también el tipo de otitis, puesto que la otitis media crónica con colesteatoma se caracteriza por una otorrea fétida, y de alguna manera el medio en el que interactúa el paciente, pues pacientes que por su ocupación pueden encontrarse rodeados de un mayor número de personas y pueden estar o ser mas perceptivos de esta situación, que un paciente que está en casa o que se desenvuelve en un área menos concurrida. En esta pregunta, en la encuesta final 21 pacientes (52.5%) respondieron de forma negativa y el 32.5% de manera afirmativa, el resto no sabe. Para la mitad de los pacientes en ambos grupos el olor de su oído no les genera problemas, esto nuevamente está relacionado con el estado en el que se encuentre su oído, un oído que esta sin supuración no presenta mal olor y viceversa.

La pregunta 5, trata de saber con que frecuencia estos pacientes tienen dificultades por la pérdida de audición de su oído afectado. Seis de los pacientes (30%) respondieron “todo el tiempo”, lo cual denota la pérdida de función auditiva tan importante que pueden llegar a tener los pacientes con otitis media crónica y lo que esto implica en la vida del paciente, porque se pueden ver limitados y excluidos a nivel social y laboral, y puede llegar a ser motivo de aislamiento por parte de ellos mismo o presentar cuadros de depresión o daño emocional. El 45% de los pacientes sólo refiere tener inconvenientes a causa de su pérdida auditiva “muy pocas veces”, pero esto puede reflejar el estado en el que se encuentra su oído, siendo los pacientes con una enfermedad de mayor tiempo de evolución, o que no han recibido una atención médica oportuna, o por la misma naturaleza de la enfermedad como en la OMC colesteatomatosa que suele ser más agresiva, siendo oídos con mayor

afectación y mayor pérdida de audición. El problema radica en que se trata de una enfermedad crónica, y la pérdida de audición se hace progresiva. En el grupo de pacientes encuestador con la versión final, el 40% de ellos tiene problemas debido a su pérdida auditiva la mayor parte del tiempo, nuevamente se demuestra las secuelas y limitaciones a los que estos pacientes se ven sometidos a causa de su enfermedad y lo que esta pérdida de función implica en la vida del paciente.

El ítem 6 de esta subescala, estima la frecuencia con la que el paciente ha presentado cuadros de otorrea en los últimos 6 meses. Ocho pacientes refirieron no haber tenido “nunca” un cuadro de otorrea en este tiempo, 2 pacientes “constantemente”, 2 pacientes “>5 pero no constantemente” y el resto refirió cuadros de otorrea de 1-4 veces. En esta pregunta podemos inferir el estado en el que se ha encontrado el oído en los últimos 6 meses. Los 8 pacientes que nunca presentaron otorrea pueden tratarse de pacientes con un tratamiento quirúrgico o médico exitoso, pacientes que no presentaban diagnóstico de OMC. De nuestros pacientes 2 presentaron escurrimiento de manera constante, lo que resulta incómodo y muy molesto para el paciente, y además nos muestra lo difícil que puede llegar a ser controlar esta enfermedad. En la versión final de la encuesta, el 47.5% de los pacientes negaron haber presentado este síntoma en el periodo establecido, el resto tuvo cuadros de otorrea desde 1 hasta más de 6 veces. Para este caso, donde todos los pacientes de este grupo tenían diagnóstico de OMC, esta pregunta refleja el estado en el que se ha encontrado el oído del paciente en los últimos 6 meses.

La pregunta 7 es similar a la pregunta 4, en cuanto que hace referencia a la molestia que ocasiona el olor del oído afectado, pero mientras que en la pregunta 4 la intención es conocer si el olor de su oído le causa molestias al paciente o a otros, en la pregunta 7 la intención es conocer con qué frecuencia sucede esto. De los 8 pacientes que habían referido previamente en la pregunta 4, que el olor de su oído les era molesto a ellos u otras personas, para 2 pacientes lo es “la mayor parte del tiempo”, 2 pacientes “una buena parte del tiempo”, 2 “algunas veces” y 3 pacientes “muy pocas veces”. Los otros 12 pacientes, son los pacientes que habían respondido en la pregunta 4 no tener molestia con el olor de su oído (9 pacientes) y los 3 pacientes que en la pregunta 4 no sabían si el olor de su oído era molesto ni para ellos ni para los demás. En esta pregunta es evidente que influye el grado de supuración que el paciente tenga de su oído, pacientes con muy pocos cuadros de otorrea y ésta sea de mal olor, se verán afectados con menor frecuencia por esta situación. En la versión final de la encuesta, más de la mitad (55%) de los pacientes respondieron no tener este problema nunca, y también se correlaciona con la pregunta 4 donde el 52.5% de estos pacientes respondieron no tener incomodidad con el olor de su oído.

#### • SUBESCALA DE RECURSOS MEDICOS

Por último, la tercer subescala que hace referencia a uso de servicios médicos en pacientes con OMC, consta de tres ítems. El primer ítem, pregunta la frecuencia con la que el



paciente asistió a consulta médica al otorrinolaringólogo por problemas de oído en los últimos 6 meses. El 25% de los pacientes refirió mas de 6 visitas, 10% tuvo de 5-6 visitas y el 50% refirió de 2-4 visitas, 3 pacientes contestaron no haber asistido a consulta en los últimos 6 meses. En los pacientes que no recibieron consulta puede tarares de pacientes con oídos operados, que han permanecido sanos, o pacientes con con diagnóstico diferente a OMC. El resto de los pacientes, varia la frecuencia de las visitas, porque nuevamente esto puede deberse al estado en el que se encuentra su oído, siendo los pacientes con mayor número de visitas, los que presentan una enfermedad de difícil control. También porque los pacientes con otitis media crónica pueden generar cierto grado de ansiedad y aprehensión en cuanto a su enfermedad, ya que conocen lo molesto que es un oído que supura o que duele, y que han sido advertidos de la complicaciones que esta enfermedad puede ocasionarles, por lo que ante cualquier molestia por mínima que sea, acuden al medico para una revisión. En el grupo de pacientes encuestados con la versión final, el 57.5% de ellos asistió a consulta otorrinolaringóloga por los menos 3 veces en los últimos 6 meses.

La pregunta 2 de esta subescala, pretende conocer la frecuencia con la que le paciente ha necesitado usar antibióticos sistemáticos para tratamiento de infección en su oído, en este apartado el 40% de los pacientes contestó que “nunca” había requerido utilizarlos, lo cual puede relacionarse con los pacientes que en los últimos 6 meses no han presentado cuadros de supuración o que sus cuadros infecciosos responden a tratamiento con antibiótico tópico, o por lo que no han ameritado antibióticos sistémicos, a diferencia de los pacientes que respondieron haberlos usados, 35% los usaron 1-2 veces, un 15% respondió 3-4 veces, 10% 5-6 veces y sólo un paciente refirió haberlos usado más de 6 veces. Lo pacientes que usaron antibióticos en más de 3 ocasiones (en total 6 pacientes) puede relacionarse con aquellos pacientes que tuvieron mayor numero de visitas al médico en este mismo periodo de tiempo. En este ítem, en la versión final, el 52.5% de los pacientes refirieron no haber usado antibióticos orales.

El último ítem de la subescala, que pregunta la frecuencia con la que ha sido necesario usar gotas óticas para tratar infección del oído en los 6 meses previos, el 50% de los pacientes refirió no haberlas utilizado, lo que supondría que son pacientes que se han mantenido con el oído libre de supuración, o pacientes que presentaron un cuadro infeccioso muy severo que ameritó de inicio antibiótico sistémico. En los pacientes del encuesta final el 52.5% respondió no haber usado gotas óticas. Esto podría traducir que muchas de las consultas registradas por el paciente por un problema de oído, no se debían a infecciones o agudizaciones, y nuevamente comentar que estos pacientes pueden en ocasiones generar ansiedad o temor y ante la minima molestia o percepción , asisten a revisión medica.

## 9. CONCLUSIONES.

A La traducción y adaptación de este cuestionario en idioma inglés al español mexicano para aplicación en nuestros pacientes del Hospital General de México, representa una herramienta útil para poder conocer la forma en que el paciente vive su enfermedad, no sólo de una manera objetiva desde el punto de vista médico, sino conociendo de qué manera el paciente se ve afligido o afectado por las limitaciones o secuelas que le produce su enfermedad.

Realizar esta traducción no sólo se basó en hacer la traducción literal de la encuesta en su idioma original al idioma español. Fue necesario el trabajo de más de una persona para realizar tres diferentes traducciones, tratando en cada una de ellas de adecuarlo a un contexto o lenguaje coloquial, y que adecuara al español mexicano y en particular a los pacientes que reciben consulta en nuestro servicio. Después realizar una primera versión o versión preliminar, la cual se utilizó para comprobar qué tan entendible era para los pacientes, independientemente de si se trataba de un paciente sano o enfermo, puesto que en este punto lo importante es lograr, que el cuestionario sea entendible para cualquier persona con un grado de comprensión equivalente a la de un niño de 12 años. La segunda versión o versión final, consistió en modificar la redacción de las preguntas que habían ocasionado dudas o no habían sido entendidas por los pacientes. Cabe aclarar que existen términos o palabras que no pueden ser similares, pero el paciente tiene el derecho de preguntar cualquier duda que surge durante la aplicación de la misma.

De las repuestas obtenidas en la primera y la segunda versión, casi todas ellas concuerdan en los porcentajes obtenidos para cada una de las respuestas. Podemos observar como estos pacientes presentan restricción para realizar sus actividades, la forma en que los síntomas como supuración o hipoacusia están presentes en su vida, y el uso de recursos médicos a los que se ven sujetos. Aunque el objetivo de este estudio fue realizar una traducción y adaptación cultural de un cuestionario para medición de calidad de vida en pacientes con OMC, no podemos más que inferir en base a las preguntas que conforman este cuestionario y a las respuestas obtenidas de los pacientes con el diagnóstico de OMC, que esta enfermedad puede realmente generar minusvalía para los pacientes y afectar su calidad de vida.

Es necesario realizar la validación de esta traducción para poder aplicarla a nuestros pacientes y poder medir de manera real y estadísticamente la calidad de vida en pacientes con OMC.

## 10 . BIBLIOGRAFÍA

1. van Dinther J, Valerie Droessaert V, Camp S, et al Validity and Test-Retest Reliability of the Dutch Version of the Chronic Otitis Media Questionnaire 12 (COMQ-12). J Int Adv.
2. Otol 2015; 11(3): 248-52. Bakir S, Kinis V, Bez Y, et al. Mental health and quality of life in patients with chronic otitis media. Eur Arch Otorhinolaryngol (2013) 270:521–526.
3. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex 2002;44:349-361.
4. Levent DU, Yuksel AM, Alpay M. The Factors which Affect Disease-Specific Quality of Life in Patients with Chronic Otitis Media. The Journal of International Advanced Otology 2012; 8:(3) 371-378 .
5. Phillips J, Yung M. A Systematic Review of Patient-Reported Outcome Measures for Chronic Suppurative Otitis Media. Laryngoscope 00: Month 2015.
6. Nadol JB Jr, Staecker H, Gliklich RE. Outcomes assessment for chronic otitis media: the Chronic Ear Survey. Laryngoscope 2000;110(3 pt 3):32–35.
7. Xu A, Ishimoto S, Ito K et al. Assessment of total middle ear reconstruction by patient survey correlated with clinical findings. Auris, Nasus, Larynx 30 (2003) 15 20.
8. Joseph J, Miles A, Ifeacho S, et al. Comparison of quality of life outcomes following different mastoid surgery techniques. The Journal of Laryngology & Otology (2015), 129, 835–839.
9. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine, Volume 25, Number 24, pp 3186 – 3191
10. Jung K, Cho Y-S, Hong S, et al. Quality-of-Life Assessment After Primary and Revision Ear Surgery Using the Chronic Ear Survey. ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG/VOL 136 (NO. 4), APR 2010.
11. Mittal R, Lisi CV Gerring R, et al. Current concepts in the pathogenesis and treatment of chronic suppurative otitis media. Journal of Medical Microbiology (2015), 64, 1103–1116.

12. Quaranta N, Iannuzzi L, Petrone P, et al. Quality of Life After Cholesteatoma Surgery: Intact–Canal Wall Tympanoplasty Versus Canal Wall–Down Tympanoplasty With Mastoid Obliteration. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 122.
13. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex* 2013;55:57-66.
14. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Publica Mex* 2004;46:306-315.
15. Choi S, Cho Y, Lee N, et al. Factors Associated With Quality of Life After Ear Surgery in Patients With Chronic Otitis Media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;138(9):840-845.

## 11.. ANEXOS

### Chronic Ear Survey

#### Activity Restriction–Based Subscale

- A1.** Because of your ear problem, you don't swim or shower without protecting your ear.  
Definitely true      True      False      Definitely false
- A2.** At the present time, how severe a limitation is the necessity to keep water out of your ears?  
Very severe/severe      Moderate      Mild      Very mild      None
- A3.** In the past 4 weeks, has your ear problem interfered with your social activities with friends, family, or groups.  
All of the time      Most of the time      A good bit of the time      Some of the time  
A little of the time      none of the time

#### Symptom Subscale

- S1.** Your hearing loss is:  
Very severe      Severe      Moderate      Mild      Very mild      None
- S2.** Drainage from your ear is:  
Very severe      Severe      Moderate      Mild      Very mild      None
- S3.** Pain from your ear is:  
Very severe      Severe      Moderate      Mild      Very mild      None
- S4.** Odor from your ear is very bothersome to you and/or others  
Definitely true      True      Don't know      False      Definitely false
- S5.** The hearing loss in your affected ear bothers you:  
All of the time      Most of the time      A good bit of the time      Some of the time  
time      A little of the time      None of the time
- S6.** In the past 6 mo, please estimate the frequency that your affected ear has drained:  
Constantly      >5 times, but not constantly      3-4 times      1-2 times      Not at all
- S7.** The odor from your affected ear bothers you and/or others:  
All of the time/most of the time      A good bit of the time      Some of the time  
A little of the time      None of the time

#### Medical Resource Utilization Subscale

- M1.** In the past 6 mo, how many separate times have you visited your physician, specifically about your ear problem?  
>6 Times      5-6 times      3-4 times      1-2 times      Not at all
- M2.** In the past 6 mo, how many separate times have you used oral antibiotics to treat your ear infection?  
>6 Times      5-6 times      3-4 times      1-2 times      Not at all
- M3.** In the past 6 mo, how many separate times have ear drops been necessary to treat your ear condition?  
>6 Times      5-6 times      3-4 times      1-2 times      Not at all

## TRADUCCIÓN 1

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en la restricción de actividades

- A1.** Debido a su problema de oído, usted no nada o se baña sin proteger su oído  
Definitivamente verdadero      Verdadero      Falso      Definitivamente falso
- A2.** Actualmente, ¿con que severidad considera que es una limitación para usted la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa      Severa      Moderada      Leve      Muy leve      Ninguna
- A3.** En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familiares o grupos?  
Todo el tiempo    La mayoría del tiempo    Una buena parte de las veces    Algunas veces  
Una pequeña parte del tiempo      Ninguna de las veces

#### Subescala de síntomas

- S1.** La pérdida de audición es:  
Muy severa      Severa      Moderada      Leve      Muy leve      Ninguna
- S2.** El drenaje de su oído es  
Muy severo    Severo    Moderado    Leve    Muy leve    Ninguno
- S3.** El dolor de su oído es  
Muy severo    Severo    Moderado    Leve    Muy leve    Ninguno
- S4.** El olor de su oído es muy molesto para usted y/o otros  
Definitivamente cierto    Cierto    No sabe      Falso    Definitivamente falso
- S5.** La pérdida de audición en el oído afectado le molesta:  
Todo el tiempo    La mayoría del tiempo    Una buena parte del tiempo    Algunas veces  
Una pequeña parte del tiempo    Ninguna de las veces
- S6.** En los pasados 6 meses, por favor estime la frecuencia que su oído afectado ha drenado:  
Constantemente    5 o mas veces pero no constantemente    3-4 veces    1-2 veces    Para nada
- S7.** El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas  
Todo el tiempo    La mayoría del tiempo    Una buena parte de las veces    Algunas veces  
Una pequeña parte del tiempo    Ninguna de las veces

#### Subescala de recursos médicos

- M1.** En los pasados 6 meses, ¿cuantas veces separadas ha visitado a su médico, especialmente acerca de su problema en el oído?  
Mas de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Ninguna
- M2.** En los pasados 6 meses, cuantas veces por separado ha usado antibióticos orales para el tratamiento de su infección de oído?  
Mas de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
- M3.** En los pasados 6 meses, cuantas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su afección del oído?  
Mas de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

## TRADUCCIÓN 2

### ENCUESTA DEL OÍDO CRÓNICO.

#### Sub-escala basada en la Restricción de la Actividad

**A1.** Debido a su problema de oído, usted evita nadar o bañarse sin proteger su oído.

Definitivamente cierto    Cierto    Falso    Definitivamente falso

**A2.** En la actualidad, ¿qué tanto lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?

Muy severamente    Severamente    Moderadamente    Levemente    Muy levemente    Nula

**A3.** En las últimas cuatro semanas, ¿ha interferido su problema del oído con sus actividades sociales: con sus amigos, familia u otras relaciones?

Todo el tiempo    Casi todo el tiempo    Una buena parte del tiempo

Algo del tiempo    Un poco del tiempo    Nada del tiempo

#### Sub-escala de los Síntomas

**S1.** Su pérdida del oído es:

Muy severa    Severa    Moderada    Leve    Muy leve    Nula

**S2.** El escurrimiento de su oído es:

Muy severo    Severo    Moderado    Leve    Muy leve    Nulo

**S3.** El dolor de su oído es:

Muy severo    Severo    Moderado    Leve    Muy leve    Nulo

**S4.** El olor de su oído es muy molesto para usted y/u otros:

Definitivamente cierto    Cierto    No lo sé    Falso    Definitivamente falso

**S5.** La pérdida de la audición de su oído afectado le molesta:

Todo el tiempo    Casi todo el tiempo    Una buena parte del tiempo    Algo del tiempo

Un poco del tiempo    Nada del tiempo

**S6.** Por favor indique la frecuencia en la cual su oído afectado ha tenido escurrimiento en los últimos 6 meses:

Constantemente    5 ó más veces, pero no constantemente    3-4 veces    Ninguna    1-2

**S7.** El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otros:

Todo el tiempo    Casi todo el tiempo    Una buena parte del tiempo    Algo del tiempo

Un poco del tiempo    Nada del tiempo

#### Sub-escala de Recursos Médicos

**M1.** En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha acudido a su médico debido a sus problemas de oído?

Más de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Ninguna

**M2.** En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha tenido que tomar antibióticos de forma oral para tratar la infección de su oído?

Más de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Ninguna

**M3.** En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha tenido que usar gotas para tratar su problema del oído?

Más de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Ninguna

### TRADUCCIÓN 3

#### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

##### Subescala basada en la restricción de actividades

**A1.** Debido al problema de oído, usted no se baña o nada sin proteger su oído  
Definitivamente cierto      Cierto      Falso      Definitivamente falso

**A2.** En este momento, ¿con que severidad considera que es una limitación para usted la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa      Severa      Moderada      Leve      Muy leve      Ninguna

**A3.** En las últimas 4 semanas, el problema con su oído ha interferido con sus actividades sociales con amigos, familiares o grupos?  
Todo el tiempo    La mayor parte del tiempo    Una buena parte del tiempo    Algunas veces  
Muy pocas veces      Nunca

##### Subescala de síntomas

**S1.** La pérdida de audición de su oído es  
Muy severa      Severa      Moderada      Leve      Muy leve      Ninguna

**S2.** El escurrimiento en su oído es  
Muy severo    Severo    Moderado    Leve    Muy leve    Ninguna

**S3.** El dolor de su oído es  
Muy severo    Severo    Moderado    Leve    Muy leve    Ninguno

**S4.** El olor de su oído es muy molesto para usted y/u otras personas  
Definitivamente cierto    Cierto    Falso    Definitivamente falso

**S5.** La pérdida de su capacidad auditiva en su oído afectado le molesta:  
Todo el tiempo    La mayor parte del tiempo    Una buena parte del tiempo    Algunas veces  
Muy pocas veces      Nunca

**S6.** De los últimos 6 meses, por favor estime la frecuencia con que su oído afectado ha drenado:  
Constantemente    5 o mas veces pero no constantemente    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

**S7.** El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otros  
Todo el tiempo    La mayor parte del tiempo    Una buena parte del tiempo    Algunas veces  
Muy pocas veces      Nunca

##### Subescala de recursos medicos

**M1.** En los últimos 6 meses, ¿cuantas veces por separado ha visitado a su doctor , específicamente acerca del problema de su oído?  
Mas de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

**M2.** En los últimos 6 meses, cuantas veces por separado ha usado antibióticos en forma oral para tratar su infección?  
Mas de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

**M3.** En los últimos 6 meses, cuantas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar la condición de su oído?  
Mas de 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



## VERSIÓN PRELIMINAR

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero      verdadero      falso      definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave      grave      moderada      leve      muy leve      ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo      la mayoría del tiempo      una buena parte del tiempo  
algunas veces      muy pocas veces      nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa      severa      moderada      leve      muy leve      ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo      severo      moderado      leve      muy leve      ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo      severo      moderado      leve      muy leve      ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero      cierto      no sabe      falso      definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo      la mayor parte del tiempo      una buena parte del tiempo  
algunas veces      muy pocas veces      nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente      5 veces, pero no constantemente      3-4 veces  
1-2 veces      nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo      la mayor parte del tiempo      una buena parte del tiempo  
algunas veces      muy pocas veces      nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces      5-6 veces      3-4 veces      1-2 veces      Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces      5-6 veces      3-4 veces      1-2 veces  
Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces      5-6 veces      3-4 veces      1-2 veces      Nunca

## VERSIÓN FINAL

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca





Edad: 1759952

NO 1

Ocupación: Hoster, Sec.

Nic/uk: DF  
fem, 50a

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído? *No entiende*  
Definitivamente verdadero    verdadero    ~~falso~~    definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave     moderada    leve    muy leve    ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayoría del tiempo     muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa     moderada    leve    muy leve    ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado     leve    muy leve    ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado     leve    muy leve    ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto     no sabe    falso    definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo     algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o otras personas:  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces     una buena parte del tiempo    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces     1-2 veces    Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces     Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces     Nunca



NO. 2

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

Reformular

(no enferado)

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayoría del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

No.3

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave grave moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente  5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
1-2 veces nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

No. 9

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna    ✗
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso  
✗ ANTES DE LA CIRUGIA SI
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca ✗

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?



No.5

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es: *Escucha ↓*  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca    *(Revisión de cirugía)*
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
*DESPUES DE LA OPERACION X INFECCION*

NO.6

ECU 3420525  
CD MX  
24 años  
FEM  
SEC  
(Sano)

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayoría del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

No. 7

• 48 años  
• secundario  
• masculino  
• 2816480  
Edo. México

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

- 1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    3-4 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
0-6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
0-6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

ninguna vez.



NO. 8

femenino  
1796675  
Edad 48  
Primaria  
→ Oaxaca

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades



1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave grave moderada leve muy leve ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?

Todo el tiempo algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es: <sup>audición</sup>  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

ECU. NO. 9  
27311

Fem.  
53 años  
DF  
Primaria

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?

Muy grave grave moderada leve muy leve ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?

Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:

Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:

Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

3. El dolor de su oído es:

Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:

Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:

Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:

Constantemente 5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
1-2 veces nunca

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o otras personas:

Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

C-2A

NO.10

2765143

Masculino  
68 años.  
Edad. Guerrero  
Secundaria  
Completa

ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave grave moderada leve muy leve ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?

Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:

Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:

Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

3. El dolor de su oído es:

Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:

Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:

Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:

Constantemente 1-2 veces 5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:

Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?

0 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?

0 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

0 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca



NO. 11

2968843 → 61.

→ Hidalgo.  
→ Secretaría  
Completar  
Hacer  
fondo

ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada-    leve    muy leve    ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

NO. 12

200874/16  
→ 63 años / 16  
Masc  
→ Preparatoria  
→ Tlaxcala  
PO (4 meses)

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero / verdadero / falso / definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave / grave / moderada / leve / muy leve / ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo / algunas veces / la mayoría del tiempo / muy pocas veces / una buena parte del tiempo / nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa / severa / moderada / leve / muy leve / ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo / severo / moderado / leve / muy leve / ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo / severo / moderado / leve / muy leve / ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero / cierto / no sabe / falso / definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo / algunas veces / la mayor parte del tiempo / muy pocas veces / una buena parte del tiempo / nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente / 1-2 veces / 5 veces, pero no constantemente / nunca / 3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo / algunas veces / la mayor parte del tiempo / muy pocas veces / una buena parte del tiempo / nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces / 5-6 veces / 3-4 veces / 1-2 veces / Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces / 5-6 veces / 3-4 veces / 1-2 veces / Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces / 5-6 veces / 3-4 veces / 1-2 veces / Nunca



Nº 13

Edo. México  
2011/00/15  
35 años.

Maestría  
Bachiller

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

antes →  
Cx

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

No 14

2847051  
36 años  
Vocaz voz  
Estilista.  
Secundaria  
comp.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayoría del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

No. 15

27 Sept 6/14  
39 años  
Hogar/H  
Secundaria  
Edo. Mex

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave grave moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces 5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca



NO. 16

2763548  
42 años

Fern  
Høeggar  
Edo. Mex.  
Secundaria  
Completa

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?

Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:

Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

EC: 2961966

No 17

OCF: C+P

687

Max

Guerrero

P. P. Navas

ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted ~~no se baña~~ o ~~no nada sin proteger su oído?~~  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave grave moderada leve muy leve ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces 5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

No. 18

→ 1429827/15  
→ 26 años  
→ Secundaria Completa  
→ se. Hogar  
→ Col. Mex.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave grave moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces 5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca



NO-19

2104798/15  
Edad: 45 años  
Fem  
Carrera Comercio  
Pueblo Nuevo  
Edo. Méx

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave grave moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y / o otras personas:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

No. 20

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se baña o no nada sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso

2. Actualmente que tan grave es la limitante de tener que mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy grave    grave    moderada    leve    muy leve    ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?

Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:

Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:

Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

3. El dolor de su oído es:

Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:

Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:

Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:

Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:

Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

1470076 -  
Edad 79  
SLP  
aprendio leer  
y escribir  
de primera  
Hogar



266874/16  
 ECU  
 EDAD  
 SEXO  
 RESIDENCIA  
 ESCOLARIDAD  
 OIDO  
 DF  
 Proje  
 dev

**ENCUESTA DEL OIDO CRONICO**

**Subescala basada en Restricción de actividades**

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
 Definitivamente verdadero / verdadero / falso / definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
 Muy severa / severa / moderada / leve / muy leve / ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
 Todo el tiempo / algunas veces / la mayoría del tiempo / muy pocas veces / una buena parte del tiempo / nunca

**Subescala de síntomas**

1. La pérdida de su oído es:  
 Muy severa / severa / moderada / leve / muy leve / ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
 Muy severo / severo / moderado / leve / muy leve / ninguno
3. El dolor de su oído es:  
 Muy severo / severo / moderado / leve / muy leve / ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
 Definitivamente verdadero / cierto / no sabe / falso / definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
 Todo el tiempo / algunas veces / la mayor parte del tiempo / muy pocas veces / una buena parte del tiempo / nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
 Constantemente / 1-2 veces /  5 veces, pero no constantemente / nunca / 3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
 Todo el tiempo / algunas veces / la mayor parte del tiempo / muy pocas veces / una buena parte del tiempo / nunca

**Subescala de uso de recursos médicos**

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces / 5-6 veces / 3-4 veces / 1-2 veces / Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces / 5-6 veces / 3-4 veces / 1-2 veces / Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces / 5-6 veces / 3-4 veces / 1-2 veces / Nunca

2

2635937/15  
ECU  
EDAD 39  
SEXO fem  
RESIDENCIA DF  
ESCOLARIDAD Primaria  
OIDO Der.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso

2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

## Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?

Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso

2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?

Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?

Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
 algunas veces muy pocas veces nunca

## Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:

Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:

Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

3. El dolor de su oído es:

Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:

Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:

Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
 algunas veces muy pocas veces nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:

Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
 nunca

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:

Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
 algunas veces muy pocas veces nunca

## Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca



4

3425506/16  
ECU  
EDAD 51  
SEXO Fem  
RESIDENCIA Edo. Mex.  
ESCOLARIDAD Secundaria  
OIDO 10.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo algunas veces muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

ECU  
EDAD  
SEXO  
RESIDENCIA  
ESCOLARIDAD  
OIDO

29/10/99/115  
65 años  
Edo. Mexico  
Secundaria  
Dev

## Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?

Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso

2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?

Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?

Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

## Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:

Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:

Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

3. El dolor de su oído es:

Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:

Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:

Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:

Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:

Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

## Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

6

ED 2903536  
36 años  
Fem  
Secundaria  
Ecob. Mex  
05/29

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero  verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada  leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo  una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa  moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado  leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado  leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso  definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo  una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
*casi cada mes*  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces  nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces  3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces  1-2 veces Nunca



7

ECU 2131007  
Sexo ♀ femenino  
Edad 63 años  
Residencia Tejupilco Edo. Mex  
Escolaridad Primaria  
Oído izquierdo

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

8

ECU 17113454A  
Sexo Femenino  
Edad 51 años  
Reside Estado MEXICO  
Escolaridad 3<sup>er</sup> grado  
Orob. 154 vicido

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



ECU 2232073  
 Sexo Femenino  
 Edad 630  
 Residencia Edo Mexico  
 Escolaridad Primaria  
 Oído Izquierdo

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
 Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
 Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
 Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
 Algunas veces muy pocas veces nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
 Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
 Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
 Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
 Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
 Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
 algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
 Constantemente  5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
 1-2 veces nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
 Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
 algunas veces muy pocas veces nunca

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

10

ECU 2614753/H  
Sexo MAC  
Edad 33  
Residencia DF.  
Escolaridad Secundaria  
Oído Devecho.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
algunas veces la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
nunca muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces 5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces  Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces  Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces  Nunca

ECU 06 1337/16  
 EDAD 43  
 SEXO fem  
 RESIDENCIA Edo. Mexico  
 ESCOLARIDAD Secundaria  
 OIDO 29

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
 Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
 Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
 Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
 algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
 Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
 Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
 Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
 Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
 Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
 algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
 Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
 Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
 algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



12

3428CSA/16  
Fem -  
29 años  
Secundaria  
Edu. Menor  
O.Der.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero  verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa  severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
 Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa  severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo  severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo  severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo  la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
 Constantemente  5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
1-2 veces nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo  la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces  5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces 3-4 veces  1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces 3-4 veces  1-2 veces Nunca

13

3439 232/16  
37 años  
Edo. Nax  
fem  
bikita

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero  verdadero  falso  definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa  severa  moderada  leve  muy leve  ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo  la mayoría del tiempo  una buena parte del tiempo   
Algunas veces  muy pocas veces  nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa  severa  moderada  leve  muy leve  ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo  severo  moderado  leve  muy leve  ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo  severo  moderado  leve  muy leve  ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero  cierto  no sabe  falso  definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo  la mayor parte del tiempo  una buena parte del tiempo   
algunas veces  muy pocas veces  nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente  1-2 veces  5 veces, pero no constantemente  3-4 veces   
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo  la mayor parte del tiempo  una buena parte del tiempo   
algunas veces  muy pocas veces  nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces  Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces  Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces  Nunca

14

ECU 2100888/16.  
Sexo fem  
Edad 45  
Residencia Edo Mexico  
Escolaridad Secundaria  
Oído 129

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



16

ECU 2747962/14  
Sexo fem.  
Edad 45  
Residencia DF.  
Escolaridad Primaria 2°  
Oído B. lateral

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso X definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces 3-5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces Nunca



## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

## Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
 Definitivamente verdadero  verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
 Muy severa severa  moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
 Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces  muy pocas veces nunca

## Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
 Muy severa severa moderada  leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
 Muy severo severo moderado leve muy leve  ninguno
3. El dolor de su oído es:  
 Muy severo severo moderado leve muy leve  ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
 Definitivamente verdadero cierto no sabe falso  definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
 Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
 algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
 Constantemente  1-2 veces  5 veces, pero no constantemente  3-4 veces nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
 Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
 algunas veces muy pocas veces nunca

## Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces  5-6 veces  3-4 veces  1-2 veces Nunca

8/7

ECU 29 00 836  
Sexo FOM  
Edad 67  
Residencia rabafro  
Escolaridad Amari  
Oido Oer

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso

2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces 5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
nunca

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

18

ECU 1175931  
Sexo MF  
Edad 48  
Residencia E.D.M.  
Escolaridad primaria  
Oído ambos

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



19

ECU 1383271  
Sexo femenino  
Edad 36 años  
Residencia Gto Mex  
Escolaridad Secundaria  
Oído ambos

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

20

ECU 1310517  
Sexo MASCULINO  
Edad 47  
Residencia Mexico DF  
Escolaridad 7to. Primaria  
Oído derecho

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente  1-2 veces  5 veces, pero no constantemente  3-4 veces  
1-2 veces nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2

ECU 2627155/14  
Sexo fem  
Edad 22  
Residencia Edo. Mexico  
Escolaridad Secundaria  
Oido Der.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
1-2 veces    nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



27

SATURNINO JAVIER CORONEL, 12/09/01

25 7 11717  
mañe

67 años  
Tehuacan,  
Jardines

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

Después de la cirugía

Antes de la cirugía

Antes de la cirugía

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



29

Ecu 29 23 40 3  
Sex M  
Edad 47  
Escolaridad: Veracruz - 7<sup>ra</sup> Grava  
Reside: E. M. X. Co

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede **bañar** o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

24

1609550  
Pueblo  
Campesino  
Prisioneros  
más  
400

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces 5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

27

- 1895184  
- Albenil  
- Guecose  
- Decadron 400 mg

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
 Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
 Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
 Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
 Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
 Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
 Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
 Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
 Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
 algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
 Constantemente    5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
 1-2 veces    nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
 Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
 algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



26

ECU 2989748  
47 años  
P. Maria Camp  
Solo Mexi  
O Izeg  
MST

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
1-2 veces nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

23

ECO. 2245416  
Edad: 66 años  
Reside Puebla  
Femenino  
Primaria (2º)

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso ✓
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna ✓
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca ✓

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna ✓
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno ✓
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve ✓    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso ✓    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca ✓
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca } 3-4 veces ✓
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces ✓    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
0-6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces ✓    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
0-6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca ✓
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
0-6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca ✓

26  
→

ECU 3926808:  
66 años  
Ede. Mexico  
Principia Cal  
Mace  
Ode1

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente 3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca



24  
21

\* 2970096/16  
44 años  
Puebla  
Fem  
Bilateral  
Secondary

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno (hace 2 años)
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces     5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



30

ECU 2522089/13  
Edad. 37 años.  
Secundaria  
Edo. Mexico  
Oizg.  
Fem.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

31

ECC 2197216/18  
Edad 59 Fem  
Ecol. Primavera con  
Edo. Mexico.  
OO: operado  
3 años

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

304

FCW 1355488/15

Edad 52

Genero fem.

Escolaridad. Secu.

Residencia: Toluca

OIDO: derivat

CIRUGIA: ✓

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso

2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?

Todo el tiempo la mayoría del tiempo una buena parte del tiempo  
Algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:

Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:

Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

3. El dolor de su oído es:

Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:

Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:

Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:

Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:

Todo el tiempo la mayor parte del tiempo una buena parte del tiempo  
algunas veces muy pocas veces nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?

6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca



33

2158282/19  
47 años  
Saltera  
DF  
Secundaria  
Fem.  
0129

ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

Subescala basada en Restricción de actividades

- 1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso
- 2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
- 3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo Algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

Subescala de síntomas

- 1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna
- 2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
- 3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno
- 4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso
- 5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca
- 6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces
- 7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

Subescala de uso de recursos médicos

- 1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
- 2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca
- 3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

34

1107953/15  
31 años  
Fem.  
DF.  
ama casa  
Secundaria  
OO.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero     falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa     severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces     muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa     severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo     moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo     severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso     definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo     la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente     1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces     nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces     1-2 veces    Nunca

35

- 2do Párrafo  
o Sa, f...  
o 2887000  
Oído Derecho

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
~~Todo el tiempo~~    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
~~Todo el tiempo~~    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



ECU 2259648  
 Sexo mae.  
 Edad 73  
 Residencia Guene  
 Escolaridad Primaria  
 Oído debecho (R)

## ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
 Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
 Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
 Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
 Algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
 Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
 Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
 Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
 algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
 Constantemente     5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
 1-2 veces    nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
 Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
 algunas veces    muy pocas veces    nunca

### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



37

ECU 297311  
EDAD 53  
SEXO fem  
RESIDENCIA  
ESCOLARIDAD Prim  
OIDO  
No. 9  
d.c.

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    3-4 veces  
nunca
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

38

2679534

ECU 42  
EDAD Oido derecho  
SEXO Femenino  
RESIDENCIA Edo Hidalgo  
ESCOLARIDAD primaria  
OIDO derecho

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero verdadero falso definitivamente falso

2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo algunas veces la mayoría del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa severa moderada leve muy leve ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo severo moderado leve muy leve ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero cierto no sabe falso definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente 1-2 veces  5 veces, pero no constantemente nunca 3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo algunas veces la mayor parte del tiempo muy pocas veces una buena parte del tiempo nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces 5-6 veces 3-4 veces 1-2 veces Nunca

34

ECU 209/100  
Sexo mas  
Edad 35  
Residencia En  
Escolaridad sec  
Oído sev

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso
2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    la mayoría del tiempo    una buena parte del tiempo  
Algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna
2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno
4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso
5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca
6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces
7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    la mayor parte del tiempo    una buena parte del tiempo  
algunas veces    muy pocas veces    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca
3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca



40

ECU 175982  
EDAD 50  
SEXO F  
RESIDENCIA OF  
ESCOLARIDAD sec  
OIDO

1

### ENCUESTA DEL OIDO CRONICO

#### Subescala basada en Restricción de actividades

1. Por su problema de oído, usted no se puede bañar o nadar sin proteger su oído?  
Definitivamente verdadero    verdadero    falso    definitivamente falso

2. Actualmente, ¿con que severidad lo limita la necesidad de mantener el agua fuera de sus oídos?  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

3. En las últimas 4 semanas, su problema de oído ha interferido en sus actividades sociales con amigos, familia, o grupos?  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayoría del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

#### Subescala de síntomas

1. La pérdida de su oído es:  
Muy severa    severa    moderada    leve    muy leve    ninguna

2. El escurrimiento de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

3. El dolor de su oído es:  
Muy severo    severo    moderado    leve    muy leve    ninguno

4. El olor de su oído le molesta a usted y/o a otros:  
Definitivamente verdadero    cierto    no sabe    falso    definitivamente falso

5. La pérdida de audición de su oído afectado le causa molestia:  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

6. En los 6 meses pasados, por favor calcule las veces que su oído enfermo ha tenido escurrimiento:  
Constantemente    1-2 veces    5 veces, pero no constantemente    nunca    3-4 veces

7. El olor de su oído afectado le molesta a usted y/o a otras personas:  
Todo el tiempo    algunas veces    la mayor parte del tiempo    muy pocas veces    una buena parte del tiempo    nunca

#### Subescala de uso de recursos médicos

1. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha visitado a su médico, por su problema en el oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

2. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha tomado antibióticos orales para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca

3. En los 6 meses pasados, ¿cuántas veces por separado ha sido necesario usar gotas para los oídos para tratar su infección de oído?  
 6 veces    5-6 veces    3-4 veces    1-2 veces    Nunca