**Appendix A.** COMQ-12-MX

Chronic Otitis Media Questionnaire-12-Mx

Estas preguntas son para averiguar qué tanto le afectan sus problemas del oído.

Ninguna máquina puede hacer esto, sólo usted puede decirnos.

Esperamos que los resultados de este cuestionario nos ayuden a entender cuál de los síntomas de oído es más importante para usted. El tener conocimiento nos ayudará a mejorar en la forma que los pacientes de oído se cuidan.

Por favor conteste las preguntas de abajo, considerando cuidadosamente cada pregunta formulada y después colocando el número apropiado; cada número corresponde a una descripción particular. No hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trate de pensar cuidadosamente cada pregunta antes de elegir el número apropiado. Por favor considere cada problema como ha sido en los últimos 6 meses.

Si tiene cualquier problema al contestar estas preguntas, por favor pida ayuda a un integrante del equipo clínico. Gracias.

Para las siguientes preguntas por favor indique con qué severidad le afectan los diversos elementos descritos, usando la escala a continuación y seleccionando el número apropiado:

0 – No me molesta en lo absoluto

1 – Una molestia menor

2 – Una molestia moderada

3 – Una molestia mayor, pero la puedo soportar

4 – Una molestia mayor y la encuentro difícil de soportar

5 – La peor cosa que ha afectado mi vida

**Severidad de los síntomas**

1. Descarga o escurrimiento del oído: 0,   1, 2, 3, 4, 5

2. Tener mal olor en el oído: 0,   1, 2, 3, 4, 5

3. Problemas para escuchar en casa, por ejemplo: si requiere subir el volumen de la televisión o de la radio: 0,   1, 2, 3, 4, 5

4. Problemas para escuchar cuando platica gente en grupos o cuando el ambiente es ruidoso: 0,   1, 2, 3, 4, 5

5. Malestar en y/o alrededor del oído: 0,   1, 2, 3, 4, 5

6. Mareo o sentirse ‘fuera de balance’: 0,   1, 2, 3, 4, 5

7. Zumbido o ruidos en el oído: 0,   1, 2, 3, 4, 5

Para las siguientes preguntas por favor indique qué tan frecuente los varios elementos descritos le afectan, usando la escala de abajo y eligiendo el número apropiado.

0 – Menos frecuente que una vez cada 6 meses

1 – Al menos una vez cada 6 meses

2 – Al menos una vez cada 3 meses

3 – Al menos una vez cada mes

4 – Al menos una vez a la semana

5 – La mayoría de los días de la semana

**Estilo de vida e impacto laboral**

**Qué tan frecuente no ha podido hacer:**

8. Realizar actividades diarias normales en el hogar o trabajo: 0,   1, 2, 3, 4, 5

9. Lavar, ducharse o bañarse como a usted le gustaría, por ejemplo: qué tan frecuente le ha dado miedo que estas actividades causen infección de oído: 0,   1, 2, 3, 4, 5

**Impacto en los servicios de salud**

10. ¿Qué tan frecuente tiene que ver a su médico por sus problemas de oído? 0,   1, 2, 3, 4, 5

11. ¿Qué tan frecuente tiene que tomar medicamentos (incluido gotas óticas) por su problema de oído? 0,   1, 2, 3, 4, 5

Para las siguientes preguntas, por favor indique qué tan mal están las cosas en una escala del 0 al 5.

‘0’ significa en ningún momento y ‘5’ lo peor que se pueda imaginar.

12. ¿En qué grado sus problemas de oído le deprimen? 0,   1, 2, 3, 4, 5

Por favor verifique que usted ha contestado cada pregunta y pida ayuda en caso de encontrarla difícil.

Muchas gracias por ser parte de esta encuesta.