ICIQ-OABqol

Calidad de vida con vejiga hiperactiva

Cuestionario sobre vejiga hiperactiva y calidad de vida

En las siguientes preguntas, piense en los síntomas generales de su vejiga durante las **últimas 4 semanas** y en el efecto que han tenido en su vida. Responda a cada pregunta lo mejor posible indicando la frecuencia con que se ha sentido así.

NOMBRE Y APELLIDOS | FECHA DE HOY | FECHA DE NACIMIENTO

2 Usted es:

☐ Mujer ☐ Varón

DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SUS SÍNTOMAS DE LA VEJIGA...

3 ¿Le hicieron planear cuidadosamente los viajes diarios?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

4 ¿Le hicieron sentirse adormilado(a) o somnoliento(a) durante el día?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

5 ¿Le hicieron planear "rutas de escape" hacia el baño en lugares públicos?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

6 ¿Le causaron angustia?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

7 ¿Le hicieron sentirse frustrado(a)?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

8 ¿Le hicieron sentir que tenía algo que no estaba bien?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

9 ¿Interfirieron con su capacidad de descansar por la noche?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

10 ¿Le hicieron disminuir las actividades físicas (ejercicio, deportes, etc.)?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

11 ¿Le impidieron sentirse descansado(a) al despertar por la mañana?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

12 ¿Hicieron que su familia y amigos se sintieran frustrados?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

13 ¿Le causaron ansiedad o preocupación?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

14 ¿Le hicieron quedarse en casa más a menudo de lo que usted hubiera preferido?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

15 ¿Le hicieron adaptar sus planes de viaje para estar siempre cerca de un baño?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

16 ¿Le hicieron evitar actividades lejos de baños (como caminar, correr, hacer excursiones)?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

17 ¿Le hicieron sentirse frustrado(a) o irritado(a) por la cantidad de tiempo que pasa en el baño?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

18 ¿Lo/La despertaron mientras dormía?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

19 ¿Le hicieron preocuparse por el olor o la higiene?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

20 ¿Le hicieron sentirse incómodo(a) al viajar con otras personas porque necesitaba parar para ir al baño?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

21 ¿Influyeron en sus relaciones con familiares y amigos?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

22 ¿Le hicieron disminuir la participación en reuniones sociales, como fiestas o visitas a familiares o amigos?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

23 ¿Le dieron vergüenza?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

24 ¿Le dificultaron obtener la cantidad de sueño que necesitaba?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

25 ¿Le causaron problemas con su pareja o cónyuge?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

26 ¿Le hicieron planear actividades con más cuidado?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

27 ¿Le hicieron buscar el baño más cercano en cuanto llegaba a un lugar en el que no había estado antes?

nunca	casi nunca	algunas veces	muchas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5	6

28 **¿Hasta qué punto cree usted que estos síntomas urinarios han influido en su vida, en general?**

Marque un número entre 0 (nada en absoluto) y 10 (mucho).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

nada en absoluto — mucho

Puntuación de calidad de vida: sume las respuestas 3 a 27 (de 25 a 150) ____

Muchas gracias por contestar estas preguntas.

ICIQ-OABqol (Spanish) 10/05. Copyright © "ICIQ Group": the ICIQ-OABqol is based on the OABq. © OABq.