CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

A continuación encontrará preguntas sobre sus molestias intestinales y sobre cómo afectan a su bienestar. El término 'Síndrome del Intestino Irritable' es un término general que se refiere a esos problemas y síntomas intestinales.

Las preguntas siguientes tratan sobre cómo se ha sentido, a causa del Síndrome del Intestino Irritable, durante las 4 últimas semanas (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA).

1. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿con qué frecuencia el Síndrome del Intestino Irritable le ha hecho sentirse...**

	Siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
1 a. Enfadado/a?……..	☐	☐	☐	☐	☐
1 b. No tan contento/a como siempre?……	☐	☐	☐	☐	☐
1 c. Menos satisfecho/a de su vida?……	☐	☐	☐	☐	☐
1 d. Harto/a o frustrado/a?……	☐	☐	☐	☐	☐

2. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿cuánto tiempo el Síndrome del Intestino Irritable le ha hecho sentir...**

	Nunca	Un Poco	Algo	Bastante	Mucho	Siempre
2 a. Más nervioso/a de lo habitual?……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 b. Preocupado/a?……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 c. Desanimado/a y deprimido/a?……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 d. Disgustado/a (por ejemplo, ha llorado o casi)?……	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿cuántas noches ha tenido problemas para dormirse debido al Síndrome del Intestino Irritable?** (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- ☐ Todas las noches
- ☐ La mayoría de las noches
- ☐ Bastantes noches
- ☐ Pocas noches
- ☐ Ninguna noche

4. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿con qué frecuencia se despertó usted durante la noche debido al Síndrome del Intestino Irritable?** (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- ☐ Todas las noches
- ☐ La mayoría de las noches
- ☐ Bastantes noches
- ☐ Pocas noches
- ☐ Ninguna noche

5. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿con qué frecuencia se despertó usted más temprano de lo habitual por la mañana debido al Síndrome del Intestino Irritable?** (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- ☐ Todas las mañanas
- ☐ La mayoría de las mañanas
- ☐ Bastantes mañanas
- ☐ Pocas mañanas
- ☐ Ninguna mañana

6. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿con qué frecuencia se ha sentido usted <u>emocionalmente</u> agotado/a y cansado/a debido al Síndrome del Intestino Irritable?** (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- ☐ Todos los días
- ☐ La mayoría de los días
- ☐ Bastantes días
- ☐ Pocos días
- ☐ Nunca

7. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿con qué frecuencia se ha sentido usted <u>físicamente</u> agotado/a y cansado/a debido al Síndrome del Intestino Irritable?** (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- ☐ Todos los días
- ☐ La mayoría de los días
- ☐ Bastantes días
- ☐ Pocos días
- ☐ Nunca

8. **DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS,** ¿hasta qué punto los problemas o síntomas del Síndrome del Intestino Irritable han limitado o han disminuido su...

	No le han limitado en absoluto	Le han limitado ligera-mente	Le han limitado algo	Le han limitado mucho	Le han limitado completa-mente	No procede
8a. Actividad física enérgica (como hacer aeróbic).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8b. Actividades físicas moderadas (como subir varios tramos de escaleras, llevar bolsas de comida o andar un kilómetro)……	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8c. Actividades físicas suaves (como pasar el aspirador o subir un tramo de escaleras)…..…	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿cuántas veces NO ha comido cuando tenía hambre debido al Síndrome del Intestino Irritable?** (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ Bastantes veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

10. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿cuántas veces ha evitado tomar ciertos alimentos o bebidas debido al Síndrome del Intestino Irritable?** (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ Bastantes veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

11. **¿Cuántas veces le ha parecido poco apetecible la comida** DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS **debido al Síndrome del Intestino Irritable?** (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- ☐ Nunca
- ☐ Pocas veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ Bastantes veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre

12. **Debido al Síndrome del Intestino Irritable, ¿con qué frecuencia...**

		Siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
12a.	Se ha sentido incómodo/a en actividades familiares o sociales?.....……	☐	☐	☐	☐	☐
12b.	Ha evitado ciertas actividades sociales porque el aseo no estaba cerca?.....……..	☐	☐	☐	☐	☐
12c.	Le ha preocupado que el Síndrome del Intestino Irritable pudiera avergonzarlo/a durante sus actividades sociales?.....	☐	☐	☐	☐	☐
12d.	Ha notado que el Síndrome del Intestino Irritable ha interferido en las actividades sociales o de tiempo libre de los demás?.....	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, señale hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones para indicar cómo los problemas o síntomas del Síndrome del Intestino Irritable han afectado al trabajo relacionado con su actividad principal DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA).

	Completa-mente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuer-do	Completa-mente en desacuerdo
13. El Síndrome del Intestino Irritable ha afectado a mi capacidad para tener éxito en mi trabajo/actividad principal……	☐	☐	☐	☐	☐
14. He hecho menos trabajo (o actividad principal) debido al Síndrome del Intestino Irritable…..	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ha habido algún trabajo (o actividad principal) que he evitado debido al Síndrome del Intestino Irritable……..……..	☐	☐	☐	☐	☐
16. El Síndrome del Intestino Irritable ha afectado a la calidad de mi trabajo / actividad principal...……	☐	☐	☐	☐	☐

17. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, **¿ha tenido usted actividad sexual?**

☐ SÍ ☐ NO

		Siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
17a	¿Ha interferido el Síndrome del Intestino Irritable en su actividad sexual?.....	☐	☐	☐	☐	☐
17b	¿Ha evitado la actividad sexual debido al Síndrome del Intestino Irritable?.....	☐	☐	☐	☐	☐
17c	¿Se ha sentido menos satisfecho/a con sus experiencias sexuales debido al Síndrome del Intestino Irritable?……	☐	☐	☐	☐	☐

MUCHAS GRACIAS