

POR FAVOR, ESCRIBA AQUÍ

LA FECHA DE HOY:

\_\_\_\_\_  
(Día, Mes, Año)

PARTICIPANTE No.

**POR FAVOR, LEA ESTAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN**

EN LAS PÁGINAS SIGUIENTES ENCONTRARÁ USTED ALGUNOS COMENTARIOS DE  
PERSONAS QUE TIENEN INCONTINENCIA URINARIA  
(ESCAPARSE LA ORINA).

POR FAVOR, ESCOJA LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA MEJOR A CÓMO SE  
ENCUENTRA USTED EN ESTE MOMENTO Y MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO  
CORRESPONDIENTE.

SI NO ESTÁ USTED SEGURO(A) DE CÓMO RESPONDER A UNA PREGUNTA, POR  
FAVOR DÉ LA MEJOR RESPUESTA QUE PUEDA.

**NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS.**

SUS RESPUESTAS SE MANTENDRÁN EstrictAMENTE CONFIDENCIALES.

POR FAVOR, SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

**Sus Sentimientos**

*(Por favor, marque con un círculo el número de su respuesta)*

1. Me preocupa no poder llegar a tiempo al cuarto de baño.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

2. Debido a mis problemas urinarios o la incontinencia, me preocupa toser o estornudar.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

3. Tengo que tener cuidado al levantarme después de estar sentado(a) debido a mis problemas urinarios o la incontinencia.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

4. Me preocupa no saber donde está el cuarto de baño en sitios que no conozco.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

5. Me siento deprimido(a) debido a mis problemas urinarios o la incontinencia.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

*(Por favor, marque con un círculo el número de su respuesta)*

6. Debido a mis problemas urinarios o la incontinencia, no me siento con libertad para estar fuera de casa largos períodos de tiempo.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

7. Me siento frustrado(a) porque mis problemas urinarios o la incontinencia me impiden hacer lo que quiero.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

8. Me preocupa que alguien note que huelo a orina.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

9. Siempre estoy pensando en mis problemas urinarios o la incontinencia.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

10. Para mí es importante ir a menudo al cuarto de baño.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

*(Por favor, marque con un círculo el número de su respuesta)*

11. Tengo que pensar en todos los detalles de antemano debido a mis problemas urinarios o la incontinencia.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

12. Me preocupa que mis problemas urinarios o la incontinencia se agraven con la edad.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

13. Me cuesta dormir bien de noche debido a mis problemas urinarios o la incontinencia.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

14. Me preocupa quedar en ridículo o ser humillado(a) debido a mis problemas urinarios o la incontinencia.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

15. Mis problemas urinarios o la incontinencia me hacen sentir como que no soy una persona saludable.

1 MUCHÍSIMO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 NADA

*(Por favor, marque con un círculo el número de su respuesta)*

16. Mis problemas urinarios o la incontinencia me hacen sentir indefenso(a).

- 1 MUCHÍSIMO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 NADA

17. Disfruto menos de la vida debido a mis problemas urinarios o la incontinencia.

- 1 MUCHÍSIMO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 NADA

18. Me preocupa orinarme encima.

- 1 MUCHÍSIMO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 NADA

19. Tengo la sensación de que no puedo controlar la vejiga (la orina).

- 1 MUCHÍSIMO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 NADA

20. Tengo que vigilar lo que bebo o cuánto bebo debido a mis problemas urinarios o la incontinencia.

- 1 MUCHÍSIMO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 NADA

*(Por favor, marque con un círculo el número de su respuesta)*

21. Mis problemas urinarios o la incontinencia me impiden ponerme la ropa que quiero.

- 1 MUCHÍSIMO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 NADA

22. Me preocupa tener relaciones sexuales debido a mis problemas urinarios o la incontinencia.

- 1 MUCHÍSIMO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 NADA

## Sobre Usted

- A-1 ¿Desde cuándo tiene problemas urinarios o la incontinencia? *(Por favor, escriba el número abajo)*

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE AÑOS**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE MESES**

- A-2 ¿Cuántas veces ha ido al médico en el último año para tratar sus problemas urinarios o la incontinencia? *(Por favor, escriba el número en la línea siguiente)*

\_\_\_\_\_ **NÚMERO DE VISITAS EN EL ÚLTIMO AÑO**

- A-3 ¿Cómo describiría la gravedad de sus problemas urinarios o la incontinencia? *(Por favor, marque con un círculo el número de su respuesta)*

**1 LEVE**

**2 MODERADA**

**3 GRAVE**

- A-4 ¿Se le escapa la orina cuando tose, estornuda, corre, camina, salta o cuando hace alguna otra actividad?

**0 NO**

**1 SÍ**

- A-5 ¿Pierde el control de la vejiga antes de que pueda llegar al cuarto de baño?

**0 NO**

**1 SÍ**

A-6 ¿Se le escapa la orina sin que tenga relación con ninguna actividad concreta ni con la necesidad de ir al cuarto de baño?

**0 NO**

**1 SÍ**

A-7 En el último mes, ¿cuántas veces se le ha escapado involuntariamente la orina, aunque fuera muy poca cantidad? *(Por favor, escriba el número en la línea siguiente)*

\_\_\_\_\_ **NÚMERO DE VECES EN EL ÚLTIMO MES**

A-8 En el último mes, ¿cuántas veces se le ha escapado involuntariamente la orina, aunque fuera muy poca cantidad?

**0 NINGUNA VEZ EN EL ÚLTIMO MES**

**1 1 Ó 2 VECES EN EL ÚLTIMO MES**

**2 4 VECES (MÁS O MENOS UNA VEZ POR SEMANA)**

**3 2 Ó 3 VECES POR SEMANA**

**4 1 VEZ AL DÍA, MÁS O MENOS**

**5 1 Ó 2 VECES AL DÍA**

**6 3 Ó 4 VECES AL DÍA**

**7 5 VECES O MÁS AL DÍA**