

POR FAVOR ESCRIBA AQUÍ  
LA FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_  
(Día, Mes, Año)

PARTICIPANTE No.

LEA ESTAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN, POR FAVOR

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

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

SI USTED NO ESTÁ 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 CONSIDERARÁN Estrictamente CONFIDENCIALES.

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



© University of Washington 1996. Revised 2000.

**Sus sentimientos**

*(Rodee con un círculo el número de su respuesta, por favor)*

1. Me preocupa no poder llegar a tiempo al inodoro.

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

2. Me preocupa toser o estornudar debido a mis problemas urinarios o incontinencia.

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

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

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

4. Me preocupa no saber encontrar el baño en sitios que no conozco.

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

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

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

*(Rodee con un círculo el número de su respuesta, por favor)*

6. Debido a mis problemas urinarios o incontinencia, no me siento libre de salir de casa durante largos períodos de tiempo.

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

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

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

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

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

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

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

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

1 MUCHO  
2 BASTANTE  
3 REGULAR  
4 UN POCO  
5 PARA NADA

*(Rodee con un círculo el número de su respuesta, por favor)*

11. Debido a mis problemas urinarios o incontinencia, es importante planear todo con antelación.

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

15. Mis problemas urinarios o incontinencia hacen que no me sienta una persona sana.

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

*(Rodee con un círculo el número de su respuesta, por favor)*

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

18. Me preocupa orinarme encima.

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

*(Rodee con un círculo el número de su respuesta, por favor)*

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 MUCHO
- 2 BASTANTE
- 3 REGULAR
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

## Sobre Usted

- A-1 ¿Hace cuánto que tiene problemas urinarios o 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 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 incontinencia? *(Rodee con un círculo el número de su respuesta, por favor)*

**1**                    **LEVE**

**2**                    **MODERADA**

**3**                    **GRAVE**

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

**0**                    **NO**

**1**                    **SÍ**

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

**0**                    **NO**

**1**                    **SÍ**

A-6 ¿Se le escapa la orina sin que tenga relación con ninguna actividad específica ni con la necesidad de ir al 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**