

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

PARTICIPANTE No.

LEA ESTAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN, POR FAVOR

EN LAS PÁGINAS SIGUIENTES ENCONTRARÁ USTED ALGUNOS COMENTARIOS DE
PERSONAS QUE TIENEN INCONTINENCIA URINARIA
(ESCAPARSE LA 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 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 CONSIDERARÁN Estrictamente CONFIDENCIALES.

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

Sus sentimientos

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

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

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

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

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

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

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

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

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

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

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

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

6. Mis problemas urinarios o la incontinencia me impiden sentirme con libertad para estar fuera de casa largos períodos de tiempo.

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

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

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

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

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

10. Para mí es importante poder ir a menudo al lavabo.

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

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

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

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

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

1 MUCHO
2 BASTANTE
3 REGULAR
4 UN POCO
5 NADA

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

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

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

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

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

18. Me preocupa orinarme encima.

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

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

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

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

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

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

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

- 1 MUCHO
- 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 diría que son de grave sus problemas urinarios o la incontinencia? *(Por favor, rodee 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 cosa?

0 NO

1 SÍ

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

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 lavabo?

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