

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

IDENTIFICACIÓN DEL
PARTICIPANTE

LEA ESTAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN

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

ESCOJA LA RESPUESTA QUE MEJOR LO O LA INTERPRETE EN ESTE MOMENTO Y MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO DE SU RESPUESTA.

SI NO ESTÁ SEGURO(A) DE CÓMO RESPONDER A UNA PREGUNTA, INDIQUE LA MEJOR RESPUESTA QUE PUEDA. **NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS.**

SUS RESPUESTAS SE MANTENDRÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, PÓNGASE EN CONTACTO CON:



© University of Washington 1996. Revised 2000.

Cómo se siente

(Marque con un círculo el número de su respuesta)

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
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 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

(Marque con un círculo el número de su respuesta)

6. Debido a mis problemas urinarios o incontinencia, no me siento con libertad para salir de mi casa por un tiempo muy prolongado.

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

8. Me preocupa que otros noten que tengo olor a orina.

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

(Marque con un círculo el número de su respuesta)

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

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

1 EXTREMADAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UN POCO
5 PARA NADA

(Marque con un círculo el número de su respuesta)

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

- 1 EXTREMADAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 EXTREMADAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

18. Me preocupa orinarme.

- 1 EXTREMADAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 EXTREMADAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 EXTREMADAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

(Marque con un círculo el número de su respuesta)

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

- 1 EXTREMADAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

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

- 1 EXTREMADAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UN POCO
- 5 PARA NADA

Acerca de usted

A-1 ¿Hace cuánto tiempo que tiene problemas urinarios o incontinencia? (*Escriba abajo el número*)

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? (*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? (*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 realiza alguna otra actividad específica?

0 **NO**

1 **SÍ**

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

0 **NO**

1 **SÍ**

A-6 ¿Se le escapa la orina sin que tenga relación con alguna actividad específica o 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? (*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 O 2 VECES EN EL ÚLTIMO MES

2 4 VECES (APROXIMADAMENTE UNA VEZ A LA SEMANA)

3 2 O 3 VECES POR SEMANA

4 APROXIMADAMENTE 1 VEZ AL DÍA

5 1 O 2 VECES AL DÍA

6 3 O 4 VECES AL DÍA

7 5 O MÁS VECES AL DÍA