

ESCRIBA AQUÍ
LA FECHA DE HOY:

Día Mes Año

PARTICIPANTE No.

POR FAVOR, LEA ESTAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN

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

ESCOJA LA RESPUESTA QUE CONSIDERE MÁS ADECUADA A SU CONDICIÓN EN ESTE MOMENTO Y MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO CORRESPONDIENTE.

SI NO ESTÁ SEGURO(A) DE CÓMO RESPONDER A UNA PREGUNTA, DÉ SU MEJOR RESPUESTA. **NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS.**

SUS RESPUESTAS SE MANTENDRÁN Estrictamente CONFIDENCIALES.

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 baño.

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

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

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

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

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

5. Me siento deprimido(a) debido a mis problemas de incontinencia urinaria.

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

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

6. Debido a mis problemas de incontinencia urinaria, no me siento con libertad para salir de mi casa por largos períodos de tiempo.

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

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

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

8. Me preocupa que otros sientan que huelo a orina.

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

9. Siempre estoy pensando en mis problemas de incontinencia urinaria.

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

10. Para mí es importante ir con frecuencia al baño.

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

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

11. Debido a mis problemas de incontinencia urinaria, es importante planear cada detalle por adelantado.

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

12. Me preocupa que mis problemas de incontinencia urinaria se agraven con la edad.

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

13. Tengo dificultades para dormir bien debido a mis problemas de incontinencia urinaria.

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

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

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

15. Mis problemas de incontinencia urinaria me hacen sentir que no soy una persona saludable.

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

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

16. Mis problemas de incontinencia urinaria me hacen sentir indefenso(a).

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

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

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

18. Me preocupa orinarme.

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

19. Siento como si no tuviera control sobre mi vejiga.

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

20. Tengo que observar lo que bebo o cuánto bebo debido de mis problemas de incontinencia urinaria.

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

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

21. Mis problemas de incontinencia urinaria me limitan elegir la ropa que quiero.

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

22. Me preocupa tener relaciones sexuales debido a mis problemas de incontinencia urinaria.

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

Sobre Usted

- A-1 ¿Por cuánto tiempo ha tenido problemas de incontinencia urinaria? (*Por favor, escriba el número abajo*)

NÚMERO DE AÑOS

NÚMERO DE MESES

- A-2 ¿Cuántas citas médicas ha hecho en el último año para tratar sus problemas de incontinencia urinaria? (*Por favor, escriba el número en la línea siguiente*)

_____ **NÚMERO DE CITAS MÉDICAS EN EL ÚLTIMO AÑO**

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

1 LEVE

2 MODERADA

3 GRAVE

- A-4 ¿Pierde orina cuando tose, estornuda, corre, camina, salta o cuando hace 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 ¿Pierde orina en momentos que no están asociados con alguna actividad específica o la necesidad de ir al baño?

0 NO

1 SÍ

A-7 En el último mes, ¿cuántas veces ha perdido la orina sin querer, aunque sea una pequeña 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 ha perdido la orina sin querer, aunque sea una pequeña 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