



GEMD
GRUPO
ESPAÑOL DE
MOTILIDAD
DIGESTIVA

CUESTIONARIO DE SALUD CONTINENCIA ANAL

Fecha Iniciales paciente Centro

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y las limitaciones que le han podido producir su forma de contener las heces o gases en sus actividades habituales durante el último mes.

Conteste cada pregunta tal como se le indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor no dude en preguntar.

ACLARACIONES :

INCONTINENCIA ANAL es la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la expulsión de gases o heces por el ano. Es decir que una persona cuando se le escapan (sin poder evitarlo) los gases o las heces por el ano se considera que tiene una incontinencia anal.

NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

(tache con una cruz la respuesta que considere adecuada a su situación)

Q1: En general, usted diría que su salud es :

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

Q2: A continuación encontrará un listado de situaciones y de comportamientos que se pueden relacionar con un episodio de incontinencia anal. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren en relación a la posibilidad de que usted tenga un episodio de incontinencia anal. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No procede.



DEBIDO A LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA ANAL

(tache con una cruz la respuesta que considere adecuada a su situación. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No procede)

	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
a) Tengo miedo (temor) a salir fuera de casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Evito hacer visitas a mis amigos:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Evito pasar la noche fuera de casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Me resulta difícil salir de casa para ir a algunos sitios, como el cine o la iglesia.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Si tengo que salir de casa reduzco la cantidad de comida.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cuando estoy fuera de casa intento estar siempre lo más cerca posible de un retrete público.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Para mí es fundamental organizar las actividades diarias en función de cuándo y cuántas veces necesite ir al retrete.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



GEMD

GRUPO
ESPAÑOL DE
MOTILIDAD
DIGESTIVA

DEBIDO A LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA ANAL

(tache con una cruz la respuesta que considere adecuada a su situación En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No procede)

	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
h) Evito viajar:					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Me preocupa no ser capaz de llegar al retrete a tiempo					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Me parece de que no soy capaz de controlar mi defecación					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Soy incapaz de aguantar las heces hasta llegar al retrete.					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Se me escapan las heces sin darme cuenta					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Intento prevenir los episodios de incontinencia situandome cerca de un cuarto de baño.					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DEBIDO A LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA ANAL

(tache con una cruz la respuesta que considere adecuada a su situación En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No procede)

	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
a) Me siento avergonzada/o	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) No hago muchas de las cosas que me gustaria hacer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Estoy preocupado porque se me escapen las heces	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Me siento deprimido:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Me preocupa que otras personas puedan oler mis heces	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Siento que no soy una persona sana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Disfruto menos de la vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DEBIDO A LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA ANAL

(tache con una cruz la respuesta que considere adecuada a su situación En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No procede)

	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
h) Tengo menos relaciones sexuales de las que desearia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Me siento diferente del resto de la gente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) En mi cabeza esta siempre presente la posibilidad de tener un episodio de incontinencia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Tengo miedo al acto sexual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Evito hacer viajes en transportes públicos (tren , avión, autobús, metro etc..)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Evito comer fuera de casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Cuando voy a un lugar nuevo intento siempre saber dónde está el retrete	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4 : Durante el mes pasado , se ha sentido usted tan triste, desanimado, desesperanzado que le parecía que la vida no tenia sentido?

- 1 Siempre - hasta el punto de abandonarlo todo
- 2 Muchas veces
- 3 Pocas veces
- 4 Alguna vez, pero lo suficiente para sentirme molesto
- 5 Muy poco
- 6 Nunca