

## HOJA INFORMATIVA A PADRES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

(LEER ATENTAMENTE)

Esta encuesta tiene como finalidad realizar un estudio sobre la frecuencia de enuresis nocturna (orinarse en la cama) y la adquisición del control de esfínteres (orinar y defecar) en los niños asturianos de edad escolar.

Ha sido diseñada por un grupo de pediatras gracias a la colaboración de la **Oficina de Investigaciones Biosanitarias del Principado de Asturias**.

La respuesta a esta encuesta es completamente voluntaria y anónima en todos sus contenidos. El manejo de la información obtenida se atenderá a las normas legales de confidencialidad y discreción.

Todas la cuestiones planteadas pueden ser respondidas entre 3 y 5 minutos.

La encuesta consta de dos partes: una primera dirigida exclusivamente a los padres y una parte final con unas preguntas que usted deberá realizar directamente a su hijo.

Elija para cada pregunta la respuesta que le parezca correcta y márkela con bolígrafo haciendo una cruz:

Si su hijo se orina en la cama deberá contestar las preguntas de las páginas 1,2,3,4 y 7; si su hijo no se orina en la cama deberá contestar las preguntas de las páginas 1,5,6 y 8.

Siendo la información obtenida completamente confidencial, los datos globales del estudio podrán ser difundidos a través de los medios científicos y profesionales, aunque sin otras referencias más que aquellas de carácter técnico necesarias para la definición de la metodología y materiales utilizados.

La encuesta debe ser entregada en el colegio antes de 1 semana.

**SÍ ALGUNO DE LOS TEMAS TRATADOS EN ESTA ENCUESTA SON DE SU PREOCUPACIÓN DEBERÍA COMENTÁRSELO AL PEDIATRA DE SU HIJO.**

## ESTA ES UNA ENCUESTA ANÓNIMA SOBRE LA SALUD DE SU HIJO

Respondida por madre  <sup>(1)</sup> padre  <sup>(2)</sup> otra persona  <sup>(3)</sup>

Nº total de hijos \_\_\_\_\_ Nº que hace este hijo \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ años (fecha de nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_)

Sexo Varón  <sup>(1)</sup> Hembra  <sup>(2)</sup>

Nacionalidad de los padres Española  <sup>(1)</sup> Otra  <sup>(2)</sup> ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Padres separados Sí  <sup>(1)</sup> No  <sup>(2)</sup>

Situación laboral ambos trabajan  <sup>(1)</sup> uno trabaja  <sup>(2)</sup> ninguno trabaja  <sup>(3)</sup>

Nacimiento de un hermano Sí  <sup>(1)</sup> No  <sup>(2)</sup>

Cambio de domicilio Sí  <sup>(1)</sup> No  <sup>(2)</sup>

Antecedentes de prematuridad Sí  <sup>(1)</sup> No  <sup>(2)</sup>

Tiene o ha tenido su hijo alguna enfermedad del sistema nervioso

No  <sup>(1)</sup>

Sí  <sup>(2)</sup> ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Cambio de colegio Sí  <sup>(1)</sup> No  <sup>(2)</sup>

Está diagnosticado de hiperactividad y/o déficit de atención Sí  <sup>(1)</sup> No  <sup>(2)</sup>

Se mantuvo sentado Normal  <sup>(1)</sup> Tarde  <sup>(2)</sup> No recuerda  <sup>(3)</sup>

Empezó a caminar Normal  <sup>(1)</sup> Tarde  <sup>(2)</sup> No recuerda  <sup>(3)</sup>

Empezó a hablar Normal  <sup>(1)</sup> Tarde  <sup>(2)</sup> No recuerda  <sup>(3)</sup>

Ha repetido algún curso en el colegio Sí  <sup>(1)</sup> No  <sup>(2)</sup>

Tiene sobrepeso (pesa más de lo normal para su edad) Sí  <sup>(1)</sup> No  <sup>(2)</sup>

Padece alguno de estos problemas Anginas grandes  <sup>(1)</sup> Vegetaciones  <sup>(2)</sup>

Tiene alguna alergia alimentaria No  <sup>(1)</sup> Sí  <sup>(2)</sup> a \_\_\_\_\_

ESTUDIOS DEL PADRE Ninguno  <sup>(1)</sup> Primario  <sup>(2)</sup> Bachiller  <sup>(3)</sup> Universitario  <sup>(4)</sup>

ESTUDIOS DE LA MADRE Ninguno  <sup>(1)</sup> Primario  <sup>(2)</sup> Bachiller  <sup>(3)</sup> Universitario  <sup>(4)</sup>

EN SU FAMILIA SE ORINA O HA ORINADO EN LA CAMA:

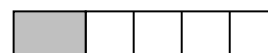
Nadie que sepa  <sup>(1)</sup> Un padre  <sup>(2)</sup> Ambos padres  <sup>(3)</sup> Hermano  <sup>(4)</sup> Otro familiar  <sup>(5)</sup>

### CONTROL DE ESFÍNTERES EN ESCOLARES ASTURIANOS

¿SE ORINA SU HIJO/A durante el sueño?:

No  <sup>(1)</sup> → Pase a la página 5 de este cuestionario

Sí  <sup>(2)</sup> → Seguir con las preguntas que aparecen a continuación



**SU HIJO SE ORINA EN LA CAMA:**

Todos los días <sup>(1)</sup> 2 o más veces/sem. <sup>(2)</sup> 1 vez/semana <sup>(3)</sup> 1 o más/mes <sup>(4)</sup>  
En las primeras horas del sueño <sup>(1)</sup> Indistintamente <sup>(2)</sup> No sabe <sup>(3)</sup>  
Alguna vez se orina más de una vez en la noche Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>  
Empapa las sábanas <sup>(1)</sup> Moja poco las sábanas <sup>(2)</sup>

**¿ SU HIJO HA ESTADO PREVIAMENTE MÁS DE 6 MESES SIN ORINARSE?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿ SU HIJO HA ESTADO PREVIAMENTE MÁS DE 3 MESES SIN ORINARSE?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**LE PREOCUPA A USTED** mucho <sup>(1)</sup> poco <sup>(2)</sup> nada <sup>(3)</sup>

**¿HA CONSULTADO ALGUNA VEZ A SU PEDIATRA POR ESTE ASUNTO?.**

No <sup>(1)</sup>

Sí <sup>(2)</sup> ¿Cuando por primera vez? a los \_\_\_\_\_ años

¿Le ha dado algún consejo? Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

¿Le ha propuesto algún tratamiento? Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**CONSIDERA QUE ORINARSE EN LA CAMA A LA EDAD DE SU HIJO ES:**

Algo normal y frecuente, que mejora y se cura con el tiempo <sup>(1)</sup>

Una enfermedad <sup>(2)</sup>

**CREE QUE ES UN PROBLEMA**

Del riñón y las vías urinarias <sup>(1)</sup>

Psicológico <sup>(2)</sup>

Relacionado con la madurez y el desarrollo <sup>(3)</sup>

Producido por problemas del sueño <sup>(4)</sup>

**¿CREE QUE SU HIJO HACE LO POSIBLE POR NO ORINARSE EN LA CAMA?**

Si <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿LE INFORMARON ALGUNA VEZ EN SU CENTRO DE SALUD SOBRE EL CONTROL DE ORINA DE SU HIJO?**

No <sup>(1)</sup>

Sí <sup>(2)</sup> Cuando su hijo tenía \_\_\_\_\_ años

**¿HA INTENTADO LA ENSEÑANZA DEL CONTROL DE ESFÍNTERES?**

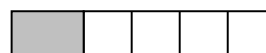
Si <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿CÓMO SE SIENTE PORQUE SU HIJO SE ORINE EN LA CAMA?**

Frustrado <sup>(1)</sup> Enfadado <sup>(2)</sup> Avergonzado <sup>(3)</sup> Nada de lo anterior <sup>(4)</sup>

**¿REPRENDE O CASTIGA A SU HIJO CUANDO SE ORINA?**

Si <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>



**¿PREMIA O HALAGA A SU HIJO CUANDO NO SE ORINA?**

Si <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**RESPECTO AL GASTO QUE ORIGINA QUE SU HIJO SE ORINE EN LA CAMA:**

Nada <sup>(1)</sup>

Poco <sup>(2)</sup>

Bastante <sup>(3)</sup>

Mucho <sup>(4)</sup>

**CREE QUE ORINARSE EN LA CAMA CONDICIONA LA VIDA DE SU HIJO**

Si <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**RESPECTO A LA VIDA SOCIAL DE SU HIJO, CREE QUE**

Le limita la relación con sus amigos

Si <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

Le produce ansiedad

Si <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

Le produce sentimiento de culpa

Si <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

Se siente rechazado por sus compañeros

Si <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿SE LEVANTA ALGUNA VEZ SU HIJO DE NOCHE PARA ORINAR?**

No <sup>(1)</sup>

Sí Con frecuencia <sup>(2)</sup>

Pocas veces <sup>(3)</sup>

Excepcionalmente <sup>(4)</sup>

**¿SE HA ORINADO SU HIJO INVOLUNTARIAMENTE DE DÍA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? (Considere que sí cuando haya mojado al menos su ropa interior).**

No <sup>(1)</sup>

Sí 1 vez al mes <sup>(2)</sup> 1-3 veces al mes <sup>(3)</sup> más de 3 veces <sup>(4)</sup>

**¿CUÁNTAS VECES ORINA AL DÍA SU HIJO?**

1 a 3 veces <sup>(1)</sup>

3 a 7 veces <sup>(2)</sup>

más de 7 veces <sup>(3)</sup>

**¿CONSIDERA QUE SU HIJO ES ESTREÑIDO?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**EN NÚMERO DE DEPOSICIONES DE SU HIJO ES**

Regular <sup>(1)</sup>

Irregular <sup>(2)</sup>

**EN NÚMERO DE DEPOSICIONES DE SU HIJO ES**

A diario <sup>(1)</sup> 4 a 6 por semana <sup>(2)</sup> 1 a 3 por semana <sup>(3)</sup> Menos 1 por semana <sup>(4)</sup>

**¿HA PADECIDO SU HIJO ALGUNA INFECCIÓN DE ORINA?**

No <sup>(1)</sup>

Sí <sup>(2)</sup>

¿Cuántas? \_\_\_\_\_

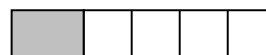
¿A qué edad sufrió la primera? A los \_\_\_\_\_ años

**¿A QUÉ EDAD SU HIJO HIZO POR PRIMERA VEZ PIS EN EL BAÑO O EN EL ORINAL?**

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

**¿A QUÉ EDAD SU HIJO HIZO SUS DEPOSICIONES POR PRIMERA VEZ EN EL BAÑO O EN EL ORINAL?**

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses



**¿A QUÉ EDAD LE RETIRÓ EL PAÑAL DE DÍA?**

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

**¿A QUÉ EDAD LE RETIRÓ EL PAÑAL DE NOCHE?**

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

Todavía sigue usándolo <sup>(1)</sup>

**¿ SE LE ESCAPAN LAS HECES O MANCHA LA ROPA INTERIOR? .**

Nunca <sup>(1)</sup> Ocasionalmente <sup>(2)</sup> Frecuentemente <sup>(3)</sup> Diariamente <sup>(4)</sup>

**¿CREE QUE SU HIJO TIENE UN SUEÑO ANORMALMENTE PROFUNDO?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿RONCA DE NOCHE?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿LE PARECE QUE A VECES DEJA DE RESPIRAR MIENTRAS DUERME?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿SE DESPIERTA CANSADO POR LA MAÑANA?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿SE QUEJA HABITUALMENTE DE SUEÑO DURANTE EL DÍA?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿TIENE MIEDO A LA OSCURIDAD?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿TIENE PESADILLAS O TERRORES NOCTURNOS?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿HABLA DURANTE EL SUEÑO?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿CREE QUE SU HIJO SE RELACIONA BIEN CON NIÑOS DE SU MISMA EDAD?**

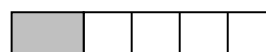
Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**USTED CONSIDERA QUE EL MODELO DE EDUCACIÓN FAMILIAR ES:**

Democrático <sup>(1)</sup> Autoritario <sup>(2)</sup> Permisivo <sup>(3)</sup> Mezcla de los anteriores <sup>(4)</sup>

SI SU HIJO SE ORINA EN LA CAMA, PASE A LA PÁGINA 7 Y REALÍCELE LAS PREGUNTAS QUE APARECEN EN LA MISMA



## CONTESTAR SÓLO SÍ SU NIÑO NO SE ORINA EN LA CAMA

¿LE INFORMARON ALGUNA VEZ EN SU CENTRO DE SALUD SOBRE EL CONTROL DE ORINA DE SU HIJO?

No <sup>(1)</sup>

Sí <sup>(2)</sup>

Cuando su hijo tenía \_\_\_\_\_ años

¿HA INTENTADO LA ENSEÑANZA DEL CONTROL DE ESFÍNTERES?

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

¿A QUÉ EDAD HA LOGRADO SU HIJO ESTAR SECO DE NOCHE MÁS DE 6 MESES?

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

¿A QUÉ EDAD SU HIJO HIZO POR PRIMERA VEZ PIS EN EL BAÑO O EN EL ORINAL?

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

¿A QUÉ EDAD SU HIJO HIZO SUS DEPOSICIONES POR PRIMERA VEZ EN EL BAÑO O EN EL ORINAL?

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

¿A QUÉ EDAD LE RETIRÓ EL PAÑAL DE DÍA?

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

¿A QUÉ EDAD LE RETIRÓ EL PAÑAL DE NOCHE?

Aproximadamente a los \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

¿SE LEVANTA ALGUNA VEZ SU HIJO DE NOCHE PARA ORINAR?

No <sup>(1)</sup>

Sí  Con frecuencia <sup>(2)</sup> Pocas veces <sup>(3)</sup> Excepcionalmente <sup>(4)</sup>

¿SE HA ORINADO SU HIJO INVOLUNTARIAMENTE DE DÍA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? (Considere que sí cuando haya mojado su ropa interior).

No <sup>(1)</sup>

Sí  1 vez al mes <sup>(2)</sup> 1-3 veces al mes <sup>(3)</sup> más de 3 veces <sup>(4)</sup>

¿CUÁNTAS VECES ORINA AL DÍA SU HIJO?

1 a 3 veces <sup>(1)</sup>

3 a 7 veces <sup>(2)</sup>

más de 7 veces <sup>(3)</sup>

¿CONSIDERA QUE SU HIJO ES ESTREÑIDO?

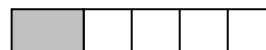
Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

EL NÚMERO DE DEPOSICIONES DE SU HIJO ES

Regular <sup>(1)</sup>

Irregular <sup>(2)</sup>



**EL NÚMERO DE DEPOSICIONES DE SU HIJO ES**

A diario <sup>(1)</sup> 4 a 6 por semana <sup>(2)</sup> 1 a 3 por semana <sup>(3)</sup> Menos 1 por semana <sup>(4)</sup>

**¿ SE LE ESCAPAN LAS HECES O MANCHA LA ROPA INTERIOR? .**

Nunca <sup>(1)</sup> Ocasionalmente <sup>(2)</sup> Frecuentemente <sup>(3)</sup> Diariamente <sup>(4)</sup>

**¿CREE QUE SU HIJO TIENE UN SUEÑO ANORMALMENTE PROFUNDO?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿RONCA DE NOCHE?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿LE PARECE QUE A VECES DEJA DE RESPIRAR MIENTRAS DUERME?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿SE DESPIERTA CANSADO POR LA MAÑANA?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿SE QUEJA HABITUALMENTE DE SUEÑO DURANTE EL DÍA?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿TIENE MIEDO A LA OSCURIDAD?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿TIENE PESADILLAS O TERRORES NOCTURNOS?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿HABLA DURANTE EL SUEÑO?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**¿HA PADECIDO SU HIJO ALGUNA INFECCIÓN DE ORINA?**

No <sup>(1)</sup>

Sí <sup>(2)</sup>

¿Cuántas? \_\_\_\_\_

¿A qué edad sufrió la primera? A los \_\_\_\_\_ años

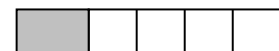
**¿CREE QUE SU HIJO SE RELACIONA BIEN CON NIÑOS DE SU MISMA EDAD?**

Sí <sup>(1)</sup> No <sup>(2)</sup>

**USTED CONSIDERA QUE EL MODELO DE EDUCACIÓN FAMILIAR ES**

Democrático <sup>(1)</sup> Autoritario <sup>(2)</sup> Permisivo <sup>(3)</sup> Mezcla de los anteriores <sup>(4)</sup>

SI SU HIJO NO SE ORINA EN LA CAMA, PASE A LA PÁGINA 8 Y REALÍCELE LAS PREGUNTAS QUE APARECEN EN LA MISMA



## PREGUNTAS A REALIZAR A SU HIJO (SI SE ORINA EN LA CAMA)

**¿CUÁNTAS VECES ORINAS AL DÍA?**

1 a 3 veces <sup>(1)</sup>      3 a 7 veces <sup>(2)</sup>      más de 7 veces <sup>(3)</sup>

**¿CUÁNTAS VECES ORINAS EN HORARIO DE COLEGIO?**

Ninguna <sup>(1)</sup>      1 ó 2 <sup>(2)</sup>      Tres o más <sup>(3)</sup>

**¿SALES HABITUALMENTE DE CLASE AL BAÑO A ORINAR?**

Sí <sup>(1)</sup>      No <sup>(2)</sup>

**¿TIENES ALGUNA VEZ INTENSO DESEO DE ORINAR Y MIEDO A QUE SE TE ESCAPE?**

Sí <sup>(1)</sup>      No <sup>(2)</sup>

**¿SE TE ESCAPA LA ORINA EN ALGUNA OCASIÓN?** (Contestar que sí si se moja la ropa interior)

No <sup>(1)</sup>  
Sí <sup>(2)</sup>

Al hacer algún esfuerzo   
Al reír   
Al toser   
Sin darme cuenta

**CREES QUE ORINARSE EN LA CAMA A TU EDAD ES:**

Frecuente y normal <sup>(1)</sup>      Molesto <sup>(2)</sup>      Una enfermedad <sup>(3)</sup>

**CUANDO TE ORINAS EN LA CAMA, TE SIENTES:**

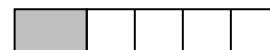
Enfadado <sup>(1)</sup>      Avergonzado <sup>(2)</sup>      Indiferente <sup>(3)</sup>

**¿CREES QUE ORINARTE EN LA CAMA TE LIMITA LA RELACIÓN CON TUS AMIGOS Y COMPAÑEROS?**

Sí <sup>(1)</sup>      No <sup>(2)</sup>

**CUANDO TE ORINAS EN LA CAMA CREES QUE TUS PADRES LE DAN:**

Mucha importancia <sup>(1)</sup>      Poca <sup>(2)</sup>      Ninguna <sup>(3)</sup>





## PREGUNTAS A REALIZAR A SU HIJO (SI NO ORINA EN LA CAMA)

**¿CUÁNTAS VECES ORINAS AL DÍA?**

1 a 3 veces <sup>(1)</sup>

3 a 7 veces <sup>(2)</sup>

más de 7 veces <sup>(3)</sup>

**¿CUÁNTAS VECES ORINAS EN HORARIO DE COLEGIO?**

Ninguna <sup>(1)</sup>

1 ó 2 <sup>(2)</sup>

Tres o más <sup>(3)</sup>

**¿SALES HABITUALMENTE DE CLASE AL BAÑO A ORINAR?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿TIENES ALGUNA VEZ INTENSO DESEO DE ORINAR Y MIEDO A QUE SE TE ESCAPE?**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>

**¿SE TE ESCAPA LA ORINA EN ALGUNA OCASIÓN?** (Contestar que sí si se moja la ropa interior)

No <sup>(1)</sup>

Sí <sup>(2)</sup>

Al hacer algún esfuerzo

Al reír

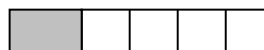
Al toser

Sin darme cuenta

**TE PARECE QUE ORINARSE EN LA CAMA A TU EDAD ES NORMAL:**

Sí <sup>(1)</sup>

No <sup>(2)</sup>



**USTED VIVE EN UNA POBLACIÓN:**

- de menos de 2000 habitantes
- de 2000 a 10.000 habitantes
- de más de 10.000 habitantes

**SI POR ALGÚN TEMA RELACIONADO CON ESTE TRABAJO  
QUIERE CONTACTAR CON NOSOTROS:**

Díganos el nº de teléfono al que le podemos llamar:

---

**Indíquenos la causa de su preocupación:**

Alguna pregunta sobre la enuresis nocturna

Su hijo se orina de día, siente urgencia o dificultad al orinar

Si es otra preocupación, díganos cuál:

---