

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 atendrá 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 márquela 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 <input type="checkbox"/> (1)	padre <input type="checkbox"/> (2)	otra persona <input type="checkbox"/> (3)
Nº total de hijos _____	Nº que hace este hijo _____		
Edad _____ años	(fecha de nacimiento: __ /__ /__)		
Sexo Varón <input type="checkbox"/> (1)	Hembra <input type="checkbox"/> (2)		
Nacionalidad de los padres Española <input type="checkbox"/> (1)	Otra <input type="checkbox"/> (2)	¿Cuál? _____	
Padres separados Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)		
Situación laboral ambos trabajan <input type="checkbox"/> (1)	uno trabaja <input type="checkbox"/> (2)	ninguno trabaja <input type="checkbox"/> (3)	
Nacimiento de un hermano Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)		
Cambio de domicilio Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)		
Antecedentes de prematuridad Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)		
Tiene o ha tenido su hijo alguna enfermedad del sistema nervioso			
No <input type="checkbox"/> (1)			
Sí <input type="checkbox"/> (2) ¿Cuál? _____			
Cambio de colegio Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)		
Está diagnosticado de hiperactividad y/o déficit de atención Sí <input type="checkbox"/> (1) No <input type="checkbox"/> (2)			
Se mantuvo sentado Normal <input type="checkbox"/> (1)	Tarde <input type="checkbox"/> (2)	No recuerda <input type="checkbox"/> (3)	
Empezó a caminar Normal <input type="checkbox"/> (1)	Tarde <input type="checkbox"/> (2)	No recuerda <input type="checkbox"/> (3)	
Empezó a hablar Normal <input type="checkbox"/> (1)	Tarde <input type="checkbox"/> (2)	No recuerda <input type="checkbox"/> (3)	
Ha repetido algún curso en el colegio		Sí <input type="checkbox"/> (1)	No <input type="checkbox"/> (2)
Tiene sobrepeso (pesa más de lo normal para su edad) Sí <input type="checkbox"/> (1)		No <input type="checkbox"/> (2)	
Padece alguno de estos problemas Anginas grandes <input type="checkbox"/> (1)		Vegetaciones <input type="checkbox"/> (2)	
Tiene alguna alergia alimentaria No <input type="checkbox"/> (1)		Sí <input type="checkbox"/> (2) a _____	
ESTUDIOS DEL PADRE Ninguno <input type="checkbox"/> (1)	Primario <input type="checkbox"/> (2)	Bachiller <input type="checkbox"/> (3)	Universitario <input type="checkbox"/> (4)
ESTUDIOS DE LA MADRE Ninguno <input type="checkbox"/> (1)	Primario <input type="checkbox"/> (2)	Bachiller <input type="checkbox"/> (3)	Universitario <input type="checkbox"/> (4)
EN SU FAMILIA SE ORINA O HA ORINADO EN LA CAMA:			
Nadie que sepa <input type="checkbox"/> (1) Un parente <input type="checkbox"/> (2) Ambos padres <input type="checkbox"/> (3) Hermano <input type="checkbox"/> (4) Otro familiar <input type="checkbox"/> (5)			

CONTROL DE ESFÍNTERES EN ESCOLARES ASTURIANOS

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

- No (1) → Pase a la página 5 de este cuestionario
Sí (2) → Seguir con las preguntas que aparecen a continuación



SU HIJO SE ORINA EN LA CAMA:

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

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

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

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

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

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

No. (1)

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 □⁽¹⁾

Algo normal y frecuente
Una enfermedad (2)

CREE QUE ES UN PROBLEMA

DEL RIÑÓN Y LAS VÍAS URINARIAS

Berlinón y las vías amarillas Psicológico

Psicológico
Relacionado con la madurez y el desarrollo

Relacionado con la madurez y el desarrollo
Producido por problemas del sueño

:CREE QUE SU HIJO HACE LO POSIBLE PARA NO OPINARSE EN LA CAMA?

Sí (1) **No** (2)

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

No (1) Sí (2) Cuando su hijo tenía _____ años

¿HA INTENTADO LA ENSEÑANZA DEL CONTROL DE ESFÍNTERES?

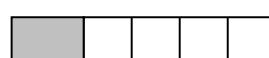
Si (1) No (2)

¿CÓMO SE SIENTE PORQUE SU HIJO SE OBINE EN LA CAMA?

¿COMO SE SIENTE Y PORQUE SU HIJO SE QUITA EN LA CAMA?

: REPRENDE O CASTIGA A SU HIJO CUANDO SE ORINA?

E U CASTIGA A SU HIJO CUANDO SE CRIMINA



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

Si ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

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

Nada ⁽¹⁾

Poco ⁽²⁾

Bastante ⁽³⁾

Mucho ⁽⁴⁾

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

Si ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

RESPECTO A LA VIDA SOCIAL DE SU HIJO, CREE QUE

Le limita la relación con sus amigos

Si ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

Le produce ansiedad

Si ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

Le produce sentimiento de culpa

Si ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

Se siente rechazado por sus compañeros

Si ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

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

No ⁽¹⁾

Sí Con frecuencia ⁽²⁾ Pocas veces ⁽³⁾ Excepcionalmente ⁽⁴⁾

¿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 ⁽¹⁾

Sí 1 vez al mes ⁽²⁾ 1-3 veces al mes ⁽³⁾ más de 3 veces ⁽⁴⁾

¿CUÁNTAS VECES ORINA AL DÍA SU HIJO?

1 a 3 veces ⁽¹⁾

3 a 7 veces ⁽²⁾

más de 7 veces ⁽³⁾

¿CONSIDERA QUE SU HIJO ES ESTREÑIDO?

Sí ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

EN NÚMERO DE DEPOSICINES DE SU HIJO ES

Regular ⁽¹⁾

Irregular ⁽²⁾

EN NÚMERO DE DEPOSICINES DE SU HIJO ES

A diario ⁽¹⁾ 4 a 6 por semana ⁽²⁾ 1 a 3 por semana ⁽³⁾ Menos 1 por semana ⁽⁴⁾

¿HA PADECIDO SU HIJO ALGUNA INFECCIÓN DE ORINA?

No ⁽¹⁾

Sí ⁽²⁾ ¿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 ⁽¹⁾

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

Nunca ⁽¹⁾ Ocasionalmente ⁽²⁾ Frecuentemente ⁽³⁾ Diariamente ⁽⁴⁾

¿CREE QUE SU HIJO TIENE UN SUEÑO ANORMALMENTE PROFUNDO?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿RONCA DE NOCHE?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

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

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿SE DESPIERTA CANSADO POR LA MAÑANA?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿SE QUEJA HABITUALMENTE DE SUEÑO DURANTE EL DÍA?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿TIENE MIEDO A LA OSCURIDAD?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿TIENE PESADILLAS O TERRORES NOCTURNOS?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿HABLA DURANTE EL SUEÑO?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

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

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

USTED CONSIDERA QUE EL MODELO DE EDUCACIÓN FAMILIAR ES:

Democrático ⁽¹⁾ Autoritario ⁽²⁾ Permisivo ⁽³⁾ Mezcla de los anteriores ⁽⁴⁾

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 ⁽¹⁾

Sí ⁽²⁾

Cuando su hijo tenía _____ años

¿HA INTENTADO LA ENSEÑANZA DEL CONTROL DE ESFÍNTERES?

Sí ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

¿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 ⁽¹⁾

Sí Con frecuencia ⁽²⁾ Pocas veces ⁽³⁾ Excepcionalmente ⁽⁴⁾

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

No ⁽¹⁾

Sí 1 vez al mes ⁽²⁾ 1-3 veces al mes ⁽³⁾ más de 3 veces ⁽⁴⁾

¿CUÁNTAS VECES ORINA AL DÍA SU HIJO?

1 a 3 veces ⁽¹⁾

3 a 7 veces ⁽²⁾

más de 7 veces ⁽³⁾

¿CONSIDERA QUE SU HIJO ES ESTRENIDO?

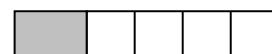
Sí ⁽¹⁾

No ⁽²⁾

EL NÚMERO DE DEPOSICIONES DE SU HIJO ES

Regular ⁽¹⁾

Irregular ⁽²⁾



EL NÚMERO DE DEPOSICIONES DE SU HIJO ES

A diario ⁽¹⁾ 4 a 6 por semana ⁽²⁾ 1 a 3 por semana ⁽³⁾ Menos 1 por semana ⁽⁴⁾

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

Nunca ⁽¹⁾ Ocasionalmente ⁽²⁾ Frecuentemente ⁽³⁾ Diariamente ⁽⁴⁾

¿CREE QUE SU HIJO TIENE UN SUEÑO ANORMALMENTE PROFUNDO?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿RONCA DE NOCHE?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

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

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿SE DESPIERTA CANSADO POR LA MAÑANA?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿SE QUEJA HABITUALMENTE DE SUEÑO DURANTE EL DÍA?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿TIENE MIEDO A LA OSCURIDAD?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿TIENE PESADILLAS O TERRORES NOCTURNOS?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿HABLA DURANTE EL SUEÑO?

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

¿HA PADECIDO SU HIJO ALGUNA INFECCIÓN DE ORINA?

No ⁽¹⁾

Sí ⁽²⁾ ¿Cuántas? _____

¿A qué edad sufrió la primera? A los _____ años

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

Sí ⁽¹⁾ No ⁽²⁾

USTED CONSIDERA QUE EL MODELO DE EDUCACIÓN FAMILIAR ES

Democrático ⁽¹⁾ Autoritario ⁽²⁾ Permisivo ⁽³⁾ Mezcla de los anteriores ⁽⁴⁾

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 (1) 3 a 7 veces (2) más de 7 veces (3)

¿CUÁNTAS VECES ORINAS EN HORARIO DE COLEGIO?

Ninguna (1) 1 ó 2 (2) Tres o más (3)

¿SALES HABITUALMENTE DE CLASE AL BAÑO A ORINAR?

Sí (1) No (2)

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

Sí (1) No (2)

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

No	<input type="checkbox"/> (1)	Al hacer algún esfuerzo	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/> (2)	Al reír	<input type="checkbox"/>
		Al toser	<input type="checkbox"/>
		Sin darme cuenta	<input type="checkbox"/>

CREES QUE ORINARSE EN LA CAMA A TU EDAD ES:

Frecuente y normal (1) Molesto (2) Una enfermedad (3)

CUANDO TE ORINAS EN LA CAMA, TE SIENTES:

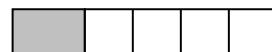
Enfadado (1) Avergonzado (2) Indiferente (3)

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

Sí (1) No (2)

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

Mucha importancia (1) Poca (2) Ninguna (3)



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

¿CUÁNTAS VECES ORINAS AL DÍA?

1 a 3 veces (1) 3 a 7 veces (2) más de 7 veces (3)

¿CUÁNTAS VECES ORINAS EN HORARIO DE COLEGIO?

Ninguna (1) 1 ó 2 (2) Tres o más (3)

¿SALES HABITUALMENTE DE CLASE AL BAÑO A ORINAR?

Sí (1) No (2)

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

Sí (1) No (2)

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

No <input type="checkbox"/> (1)	Al hacer algún esfuerzo <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/> (2)	Al reír <input type="checkbox"/>
	Al toser <input type="checkbox"/>
	Sin darme cuenta <input type="checkbox"/>

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

Sí (1) No (2)



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: