

Cuestionario de Calidad de Vida en la Incontinencia Urinaria

(modificado por Potenziani)
(Hunt-McKenna, Health Policy 1992)

1. ¿Estoy realmente preocupado(a) de orinarme encima?
No _____ A veces _____ Sí _____
2. ¿Estoy preocupado si me río o toso o estornudo debido a mi incontinencia urinaria?
No _____ A veces _____ Sí _____
3. ¿Debo tener cuidado si al estar sentado (a) me levanto súbitamente, ya que me preocuparía orinarme encima?
No _____ A veces _____ Sí _____
4. ¿Estoy siempre pendiente de los baños cuando voy a lugares nuevos que no conozco?
No _____ A veces _____ Sí _____
5. ¿Me siento deprimido (a) por mi incontinencia urinaria?
No _____ A veces _____ Sí _____
6. ¿Debido a mi incontinencia urinaria no me siento seguro de dejar mi hogar por largos períodos de tiempo?
No _____ A veces _____ Sí _____
7. Me siento frustrado debido a que tener incontinencia urinaria me impide hacer lo que yo quisiera?
No _____ A veces _____ Sí _____
8. ¿Me preocupa que otras personas puedan oler orina en mí?
No _____ A veces _____ Sí _____
9. ¿La incontinencia urinaria esta siempre presente en mi mente?
No _____ A veces _____ Sí _____
10. ¿Es importante para mí tener que hacer visitas frecuentes al baño?

No _____ A veces _____ Sí _____

11. ¿Dada la existencia de la incontinencia urinaria es imponente planificar cada detalle en el quehacer inmediato?

No _____ A veces _____ Sí _____

12. ¿Estoy preocupado(a) ya que mi incontinencia urinaria podría empeorar a medida que envejezco?

No _____ A veces _____ Sí _____

13. ¿Tengo dificultad en alcanzar una noche de sueño reparadora debido a mi incontinencia urinaria diaria?

No _____ A veces _____ Sí _____

14. ¿Me preocupa que por mi incontinencia urinaria me pueda sentir en aprietos o inclusive humillado(a)?

No _____ A veces _____ Sí _____

15. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir como si no fuera una persona sana y normal?

No _____ A veces _____ Sí _____

16. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir francamente infeliz?

No _____ A veces _____ Sí _____

17. ¿Yo siento que logro un menor goce de vivir debido a mi incontinencia urinaria?

No _____ A veces _____ Sí _____

18. ¿Me preocupa no ser capaz de llegar a mi baño a tiempo (y por lo tanto orinarme)?

No _____ A veces _____ Sí _____

19. ¿Siento que no tengo control sobre mi vejiga urinaria?

No _____ A veces _____ Sí _____

20. ¿Tengo siempre que estar pendiente de lo que tomo debido a mi incontinencia urinaria?

No _____ A veces _____ Sí _____

21. ¿El tener incontinencia urinaria me limita mi escogida de ropa para mi vida diaria?

No _____ A veces _____ Sí _____

22. ¿Me preocupa tener sexo debido a mi incontinencia urinaria?

No _____ A veces _____ Sí _____

Paciente: _____

Fecha: _____