

# Low Pressure Fitness



Fecha:    /    /

## Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal / Incontinencia de Orina (PISQ-12)

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero.

**Toda la información es estrictamente confidencial.** Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a comprender que aspectos son importantes en su vida sexual.

Por favor, ponga una cruz en la casilla que desde su punto de vista responda mejor a la pregunta.

Conteste a las preguntas considerando su vida sexual **en los últimos 6 meses**.

*Gracias por su ayuda.*

1.-¿Con que frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a falta de relaciones sexuales, etc.

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

2.-¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

3.-¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

4.-¿Esta satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

5.-¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

# Low Pressure Fitness



6.-¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

7.- El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

8.- ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

9.- Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero ¿Siente reacciones emocionales negativas con miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

10.- ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

11.- ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|

12.- En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿Cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos 6 meses?

|               |                   |              |                       |       |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Todo los días | 1 vez a la semana | 1 vez al mes | Menos de 1 vez al mes | Nunca |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------|-------|