



CONFIDENCIAL

Fecha / / 2008

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 los médicos a comprender que aspectos son importantes para los pacientes 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 climax (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

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