

CONFIDENCIAL

FECHA [ ]/[ ]/[ ]

### Cuestionario PISQ-12

#### 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 qué 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 durante los últimos 6 meses. Gracias por su ayuda.

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

Todos los días    1 vez a la semana    1 vez al mes    menos de 1 al mes    Nunca

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

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

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

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

4. **¿Está satisfecha con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?**

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

5. **¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?**

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

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

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

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

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

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

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

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

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

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

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

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

Siempre    Frecuentemente    Algunas veces    Rara vez    Nunca

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

Mucho menos intensos    Menos intensos    Igual de intensos    Más intensos    Mucho más intensos



(11) - 4788 0219



Jorge Alberto Elías



Vuelta de Obligado 2357, 8° A. Belgrano.



9 11 - 2299 8438



Dr. Jorge Alberto Elías



<http://www.drjorgealbertoelias.com/>

<http://www.drjorgealbertoelias.com/seveyna/>