

# Cuestionario Sexual de Mujer

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Cuanto hace que usted está con su actual pareja? \_\_\_\_\_
- 2.Cuál es su orientación sexual primaria? (Hetera) (Lesbiana) (Bi-sexual)
3. En sus propias palabras – cuál es el problema sexual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Cuando empezaron los problemas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. **Tienes orgasmos? (Si) (No)**
6. **Si la respuesta fue no, has alguna vez tenido un orgasmo? (Si) (No)**
7. **Los puedes tener sola? (Si) (No) (No experiencia con masturbación)**
8. **Qué porcentaje del tiempo tienes orgasmos cuando haces el amor? \_\_\_\_\_%**
9. Tienes dolor con la penetración? (Si) (No)
10. Ha tenido problemas con penetración completa por algún compañero? (Si) (No)
11. En ese caso, has alguna vez usado un tampón sin problema? (Si) (No)
12. Ha podido tolerar un examen ginecológico? (Si) (No)
13. Ha alguna vez experimentado alguna forma de penetración con comodidad (con tus dedos o los de tu compañero)? (Si) (No)
14. Tienes algún dolor genital fuera del coito? (Si) (No)
15. En ese caso, donde es el dolor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Como es el dolor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Hay dolor después de coito, cuánto tiempo dura? \_\_\_\_\_
18. Que has probado para aliviar el dolor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. Estas adecuadamente excitada cuando empiezas coito (buena vaso-congestión o hinchazón y lubricación natural o artificial)? (Si) (No)
20. **Cuantas veces por mes piensas en el sexo de una manera positiva? Por ejemplo, cuando ves una película romántica, lees un libro romántico, escuchas una canción que te hace acordar al sexo, tienes un sueño, pensamientos, fantasías: \_\_\_\_\_ por mes**
21. **Cuantas veces por mes piensas en el sexo de una manera negativa? Por ejemplo, preocupándote que tu compañero va a iniciar o querer sexo? \_\_\_\_\_ por semana**
22. Tu compañero comparte igualmente las responsabilidades del cuidado de la casa y/o de los hijos? (Si) (No)
23. Tu compañero te escucha? ( Si ) ( No )
24. Tu compañero te respeta? ( Si ) ( No )
25. Sientes atracción sexual por su compañero? (Si) ( No )
26. Son cariñosos entre ustedes generalmente en instancias fuera del sexo? Por ejemplo, caricias, se besan para saludarse, toman de las manos? (Si) (No)
27. **Tu crees que su compañero esta atraído sexualmente hacia ti? ( Si ) ( No )**

28. **La imagen de tu cuerpo impacta tu experiencia sexual? ( Si ) ( No )**  
Cómo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
29. **¿Lavas sus genitales en la ducha con: (tus manos) (una esponja)?**
30. **Tu compañero tiene algún problema sexual, traumas del pasado, inhibiciones o dificultad con el desempeño?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
31. Tomas medicaciones que pueden tener efectos secundarios sexuales? (Si) (No)
32. Estas usando pastillas de control de la natalidad? (Si) (No)
33. Has tenido tus hormonas examinadas? (Si) (No)
34. Resultados de Testosterona Libre? \_\_\_\_\_ (por favor trae una copia de los resultado a la cita).
35. Eres post-menopausia? (Si) (No)
36. Estas usando HRT? (Si) (No)
37. Usas cremas medicadas? (Si) (No)
38. Indica todas medicaciones y las dosis:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
39. Eres deprimida o ansiosa? (Si) (No)
40. Como has manejado estos sentimientos anteriormente de venir a terapia?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
41. **Cuando haces el amor, cuánto tiempo dura la experiencia entera?** \_\_\_\_\_
42. **Por cuánto tiempo tu compañero estimula tu clitoris?** \_\_\_\_\_
43. **Como es el encuentro sexual: (sexy y erótico) o (aburrido y rutinario)**
44. **Cuan seguido preferirías tener sexo?** \_\_\_\_\_
45. **Cuan seguido preferiría tu compañero tener sexo?** \_\_\_\_\_
46. **Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en el último mes?** \_\_\_\_\_
47. **Entre usted y tu compañero, quien inicia contacto sexual usualmente? Cómo? Esto es un balance aceptable para usted?** \_\_\_\_\_
48. **Como calificarías las habilidades de su compañero como un amante de 1-10 (10 alto)**  
\_\_\_\_\_
49. **Tu compañero es un buen besador? (Si) (No)**
50. **Como esta de dispuesto tu compañero para aprender y crecer como un amante? 1-10 (10 alto)** \_\_\_\_\_
51. **Tu compañero desea algún acto sexual o expresión que te hace sentir incomoda? (Si) (No) Que?** \_\_\_\_\_
52. Describe cualquier experiencia sexual traumática y las edades en que ocurrieron?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
53. Describe de que manera los mensajes de espiritualidad o fe impactan tu sexualidad, si es que los hay?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
54. Describe como era el sexo antes que empezaron los problemas?

---

---

55. Describe tus mensajes alrededor de la sexualidad que recibiste en tu infancia?

---

---

56. Tus padres fueron cariñosos entre ellos? Con ti?

---

---

57. Describe tu primera experiencia sexual?

---

---

58. Tienes algunas enfermedades de transmisión sexual?

---

---

59. Circula cualquier actividad sexual que encuentras ofensiva, incomoda, inmoral y que tu objetas de alguna manera :

Abrazando apretado

Ser vista desnuda

Besando

Besar en la boca

Pecho acariciado

Estomago acariciado

Nalgas acariciadas

Genitales tocados

Lenguaje con contenido sexual

Masturbación

Recibir sexo oral

Dar sexo oral

Limpiar las cosas que se han ensuciados después de tener sexo

Sexo durante ciclo menstrual

Coito con la mujer arriba

Coito con la mujer abajo

Coito con la mujer de espalda al hombre

Usar un vibrador

Tocando el ano

Sexo anal

Fantasías sexuales involucrando tu compañero

Fantasías sexuales involucrando alguien que no sea tu compañero

Actuando fantasías sexuales con tu compañero

Las fantasías sexuales de su compañero

Pornografía usada por tu compañero

Pornografía usada por la pareja