

**PISQ-IR**

**Función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos  
pélvicos (POP), Incontinencia urinaria y/ o fecal**

**IUGA**   
international urogynecological association

Q1 Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual:

Sin **ningún** tipo de actividad sexual 1  → Vaya a la pregunta **Q2- Pag 1**

Sexualmente **activa, con o sin** pareja 2  → Vaya a la pregunta **Q7 - Pag 3**

### Para aquellas mujeres que **NO** son Sexualmente Activas



Si usted mantiene actividad sexual, por favor marque este recuadro  y vaya a la **Página 3**

Q2 A continuación tiene una lista de motivos por los cuales usted podría **no** tener actividad sexual. Por favor, marque en qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de ellos como razón para no tener actividad sexual.

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a No tengo pareja	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b No tengo interés	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c Por problemas de vejiga y/o intestinales (ej. incontinencia urinaria o fecal) y/o por prolapso (sensación de bulto en la zona vaginal)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
d Por mis otros problemas de salud	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
e Por dolor	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

Q3 ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (ya sea vejiga, recto o útero caídos)?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Algo
- 4  Mucho

Q4 Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual:

		VALORACIÓN					
a.	Satisfecha	1	2	3	4	5	Insatisfecha
b.	Adecuada	1	2	3	4	5	Inadecuada

Q5 En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a Me siento frustrada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o prolapso tienen en mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

Q6 En general, ¿en qué medida le molesta no tener actividad sexual?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Algo
- 4  Mucho

**Fin de las preguntas para las mujeres NO Sexualmente Activas**

## Para aquellas mujeres que son Sexualmente Activas

Las preguntas siguientes son de un tema sobre el que no le preguntan con frecuencia.

Las respuestas son totalmente confidenciales.

Por favor, responda lo más honesta y claramente que usted pueda

Q7 Indique con qué frecuencia se siente estimulada sexualmente (excitada físicamente o “está caliente”) durante la actividad sexual.

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  Algunas veces
- 4  A menudo
- 5  Siempre

Q8 Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones?

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
a. Satisfecha	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
b. Vergüenza	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
c. Temor	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

Q9 Con qué frecuencia tiene escapes de orina y/o escapes de heces con cualquier tipo de actividad sexual.

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  Algunas veces
- 4  A menudo
- 5  Siempre

Q10 ¿Cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado?

- 1  Mucho menos intensos
- 2  Menos intensos
- 3  De la misma intensidad
- 4  Más intensos
- 5  Mucho más intensos

Q11 ¿Con qué frecuencia siente dolor durante las relaciones sexuales con coito (penetración)? (Si no mantiene relaciones sexuales con coito marque esta casilla  y pase a la siguiente pregunta)

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  Algunas veces
- 4  A menudo
- 5  Siempre

Q12 ¿Tiene pareja sexual?

- 1  Sí → Vaya a la pregunta Q13
- 2  No → Vaya a la pregunta Q15

Q13 ¿Con qué frecuencia tiene su pareja algún problema (Ej. falta de excitación, de deseo, de erección) que la limite a usted en su actividad sexual?

- 1  Todo el tiempo
- 2  La mayor parte del tiempo
- 3  Algunas veces
- 4  Casi nunca/Rara vez

Q14 En términos generales, considera usted que su pareja le influye de forma positiva o negativa en los siguientes aspectos:

	MUY POSITIVA	ALGO POSITIVA	ALGO NEGATIVA	MUY NEGATIVA
a. El deseo sexual que usted siente	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b. La frecuencia con la que usted tiene actividad sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

Q15 Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?

- 1  Nunca
- 2  Rara vez
- 3  Algunas veces
- 4  A menudo
- 5  Siempre

Q16 ¿Con qué frecuencia tiene usted deseo sexual (esto puede incluir querer mantener relaciones sexuales, tener pensamientos sexuales, fantasías etc.)?

- 1  A diario
- 2  Semanalmente
- 3  Mensualmente
- 4  Menos de una vez al mes
- 5  Nunca

Q17 ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- 1  Muy alto
- 2  Alto
- 3  Moderado
- 4  Bajo
- 5  Muy bajo o ninguno

Q18 ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (prolapso)?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Algo
- 4  Mucho

Q19 Por favor, rodée en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual:

**VALORACIÓN**

		1	2	3	4	5	
a	Satisfecha	1	2	3	4	5	Insatisfecha
b	Adecuada	1	2	3	4	5	Inadecuada
c	Segura	1	2	3	4	5	Insegura

Q20 En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a Me siento frustrada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
b Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
c Me siento avergonzada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
d Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o el prolapso tienen en mi vida sexual	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

## PUNTUACIÓN