

**Cuestionarios y Autorregistros de  
Cómo superar un problema sexual  
Protocolo IDIES  
Técnicas Específicas**

Editorial Cepteco



## ÍNDICE

Historia Sexual Femenina .....	5
Historia Sexual Masculina .....	13
Autorregistro Funcional de la Autoestimulación Femenina .....	21
Autorregistro Funcional de la Autoestimulación Masculina .....	27
Autorregistro Funcional de la Respuesta Sexual Femenina .....	33
Autorregistro Funcional de la Respuesta Sexual Masculina .....	41
EAP+: Escala de Ajuste de Pareja: aspectos positivos .....	49
EAP+: Escala de Ajuste de Pareja: aspectos negativos .....	55



**HISTORIA SEXUAL FEMENINA**

(Cepteco, 2021)

Nombre y Apellidos: ..... Edad: .....

Fecha realización cuestionario: .....

*Estado Civil:*

Casada  Soltera  Separada  Divorciada  Viuda

*Nivel de formación:*

Estudios primarios  Enseñanza media  Bachiller

Universitarios  Formación Profesional

*Profesión:*

Liberal  Funcionaria  Autónoma  Empleada  Estudiante  Parada

**DATOS DE PAREJA**

*¿Actualmente tiene pareja?:*  Sí  No

**Si no tiene pareja pase a contestar en Problema Sexual.**

*Si la tiene, ¿convive con ella?:*  Sí  No *Años de convivencia:* .....

*¿Le atrae sexualmente su pareja?:*  Sí  No

*¿Se siente deseada por su pareja?:*  Sí  No

*¿Hace o dice algo su pareja en situaciones sexuales que le hace aumentar su deseo sexual?:*

Sí  No

*¿Qué es lo que hace o dice?:* .....

*¿Hace o dice algo su pareja en situaciones sexuales que le hace disminuir su deseo sexual?:*

Sí  No

*¿Qué es lo que hace o dice?:* .....

*¿Ha tenido problemas sexuales con parejas anteriores?:*  Sí  No

*Si los ha tenido, ¿cuál/es?:* .....

## PROBLEMA SEXUAL

Presenta problemas en:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bajo deseo sexual                               | <input type="checkbox"/> Imposibilidad o dificultad de mi pareja para conseguir o mantener la erección |
| <input type="checkbox"/> Baja frecuencia en las relaciones sexuales      | <input type="checkbox"/> Dificultad de mi pareja para controlar su eyaculación                         |
| <input type="checkbox"/> Excesiva frecuencia en las relaciones sexuales  | <input type="checkbox"/> Dificultad de mi pareja para excitarme  |
| <input type="checkbox"/> Dolor, escozor o molestia genital               | <input type="checkbox"/> Infidelidad   |
| <input type="checkbox"/> Miedo a la penetración                          | <input type="checkbox"/> Exhibicionismo  |
| <input type="checkbox"/> Imposibilidad o dificultad para la penetración  | <input type="checkbox"/> Sadismo/masoquismo  |
| <input type="checkbox"/> Ausencia o dificultad para conseguir el orgasmo | <input type="checkbox"/> Travestismo   |
| <input type="checkbox"/> Adicción al sexo                                | <input type="checkbox"/> Voyeurismo  |
| <input type="checkbox"/> Dificultades en la relación de pareja           | <input type="checkbox"/> Deseos sexuales con menores   |
| <input type="checkbox"/> Repulsión o asco sexual                         | <input type="checkbox"/> Parafilia   |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos sexuales que me alteran            | <input type="checkbox"/> Dudas o malestar por mi orientación sexual                                    |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para fantasear                       | <input type="checkbox"/> Celotipia   |
| <input type="checkbox"/> Estructura vaginal                              | <input type="checkbox"/> Abuso sexual  |
| <input type="checkbox"/> Otro/s (especificar): .....                     |  |

Si padece varios, ¿cuál fue el primero en aparecer y en qué circunstancias?:.....  
.....

Tiempo que lleva con su/s problema/s sexual/es:.....

Forma de aparición:  Brusca  Paulatina

Presenta su/s problema/s:  Siempre  En determinadas situaciones (especificar cuáles).....  
.....

¿Qué causas cree que motivaron la aparición de su problema?: .....  
.....

¿Qué importancia tiene para Ud. este problema sexual?:

Nada  Poca  Alguna  Bastante  Mucha

¿Ha consultado el problema con otro profesional?:  Si  No

¿Qué resultados ha obtenido?: .....  
.....

**RESPUESTA SEXUAL AUTOESTIMULATORIA**

*¿Suele masturbarse o autoestimularse?:*  Sí  No

**Si la respuesta es NO, pase a Respuesta Sexual con la Pareja.**

*Si lo lleva a cabo, ¿con qué frecuencia semanal/mensual?:*.....

*¿Cuándo fue la primera vez y cómo se sintió?:* .....

*Uso y tipo de fantasías durante la autoestimulación:*

- Siendo observada  Con el cuerpo de mi pareja
- En otros lugares con mi pareja  Con otra/s pareja/s
- En otros lugares con otra/s pareja/s  Hacer un trío
- Ser obligada  Obligar a la pareja
- No uso ninguna fantasía sexual  Otros (especificar cuáles):.....

*¿Cuándo se autoestimula consigue el orgasmo?:*  Sí  No

*¿Presenta algún problema cuando se autoestimula?:*  Sí  No

Si ha contestado Sí, ¿cuál?: .....

**RESPUESTA SEXUAL CON LA PAREJA**

*¿Suele mantener relaciones sexuales?:*  Sí  No

Si no las mantiene actualmente conteste en relación con la/s pareja/s anterior/es que haya tenido.

*Si las realiza, ¿con qué frecuencia semanal/mensual?:*.....

*Quién lleva la iniciativa para comenzar la relación sexual:*

- Mi pareja  Yo  Ambos conjuntamente

*¿Cómo surge?:*  De forma espontánea  De forma programada

*¿Su relación sexual lleva siempre al coito?:*  Sí  No

Si ha contestado Sí, indique un porcentaje aproximado: .....

*¿Se siente libre para expresar su deseo sexual?:*  Sí  No

*¿Es aceptado?:*  Sí  No

*Uso y tipo de fantasías durante la relación sexual:*

- Siendo observada  Con el cuerpo de mi pareja
- En otros lugares con mi pareja  Con otra/s pareja/s
- En otros lugares con otra/s pareja/s  Hacer un trío
- Ser obligada  Obligar a la pareja
- No uso ninguna fantasía sexual  Otros (especificar cuáles):.....

*¿Por qué medios, excluyendo el coito, consigue mayor placer?:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caricias                          | <input type="checkbox"/> Estimulación oral de senos                  |
| <input type="checkbox"/> Besos y abrazos                   | <input type="checkbox"/> Estimulación manual del clítoris y/o vagina |
| <input type="checkbox"/> Uso de vibradores, dildos         | <input type="checkbox"/> Estimulación oral del clítoris y/o vagina   |
| <input type="checkbox"/> Uso de esposas o sujeción         | <input type="checkbox"/> Uso de estimulador de ondas                 |
| <input type="checkbox"/> Uso de geles y lubricantes        | <input type="checkbox"/> Uso de medicación                           |
| <input type="checkbox"/> Uso de comida, bebida             |  |
| <input type="checkbox"/> Estimulación manual de senos      |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especificar cuáles): ..... |  |

*¿Qué medios, excluyendo el coito, utiliza con su pareja para ayudarle a conseguir placer?:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caricias                          | <input type="checkbox"/> Uso de esposas o sujeción             |
| <input type="checkbox"/> Besos y abrazos                   | <input type="checkbox"/> Uso de geles y lubricantes            |
| <input type="checkbox"/> Estimulación manual del pene      | <input type="checkbox"/> Uso de aparatos de vacío              |
| <input type="checkbox"/> Estimulación oral del pene        | <input type="checkbox"/> Uso de anillos constrictores del pene |
| <input type="checkbox"/> Uso de vibradores                 | <input type="checkbox"/> Uso de comida, bebida                 |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especificar cuáles): ..... |  |

*¿Qué porcentaje de la relación sexual le hace conseguir el orgasmo?: .....*

*¿Cómo lo consigue?:*

- Con la penetración  Mediante estimulación de mi pareja  Por autoestimulación  
 Por otro medio (¿cuál?): .....

*Grado de placer de la relación sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción de su respuesta sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción de la respuesta sexual de su pareja (1 bajo – 3 medio – 5 alto): ..*

*Métodos anticonceptivos utilizados:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                          | <input type="checkbox"/> Espermicida                      |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía o ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> DIU                              |
| <input type="checkbox"/> Preservativo masculino           | <input type="checkbox"/> Diafragma                        |
| <input type="checkbox"/> Preservativo femenino            | <input type="checkbox"/> Ogino, temperatura, marcha atrás |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivo hormonal          |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): .....       |   |

*¿Le genera preocupación o molestia el uso de alguno de ellos?:*

- No  Sí (¿cuál/cuáles?): .....



*Motivo:*

- Dudas de su eficacia
- Dolor o molestias físicas
- Disminución del placer
- Dudas en el uso del mismo
- Otros (especificar): .....
- Presión de la pareja para usarlo
- Presión de la pareja para no usarlo
- Dudas en la pareja de su eficacia

*Alteraciones físicas molestas durante las relaciones sexuales:*

- Ninguna
- Taquicardia
- Transpiración, escalofríos o sofocos
- Náuseas o molestias estomacales
- Sensación de ahogo
- Otras (especificar cuáles): .....
- Cefalea
- Mareo o desmayo
- Entumecimiento u hormigueo
- Ansiedad o nerviosismo

*Conductas durante las relaciones sexuales:*

- Tocar o ser tocado por mi pareja
- Movimientos lentos
- Movimientos rápidos
- Pasividad
- Otras (especificar cuáles): .....
- Conductas activas
- Mi pareja estimula mi zona genital
- Jadeos, gritos
- Tensión física (especificar dónde): ...

*¿Cuál sería su relación sexual satisfactoria (frecuencia, duración) y cómo le gustaría que se comportara su pareja?: .....*

*¿Ha tenido actividades sexuales con otras personas distintas de su pareja?:  Sí  No*

*¿Han sido satisfactorias?:  Sí  No*

**EXPERIENCIAS AFECTIVAS Y SEXUALES**

*¿Se sintió querida y aceptada por sus padres?:  Sí  No*

*¿Recibió educación sexual?:  Sí  No*

*Si la hubiera recibido, ¿de qué tipo?:*

- Motivadora
- Castradora
- Con vergüenza
- Miedo
- Otras (especificar): .....

*¿A qué edad aprendió, por primera vez, algo referente al sexo?: .....*

*¿Cómo lo aprendió?:*

- Observando a personas manteniendo relaciones sexuales
- Siendo abusada
- Por comentarios de amigas
- Viendo pornografía
- Otras: .....

¿Cómo fue su primera experiencia sexual?:

- Placentera                       Obligada                       Presionada                       Con violencia  
 Otros (especificar): .....

¿Qué tipo de experiencias sexuales ha tenido?:

- Sólo con hombres                       Sólo con mujeres                       Con hombres y mujeres  
 Otras: .....

¿Cómo se considera sexualmente?:

- Heterosexual (preferencia por hombres)                       Homosexual (preferencia por mujeres)  
 Bisexual (preferencia por hombres y mujeres)                       Asexual (sin deseos de practicar sexo)

¿Ha sufrido abusos sexuales?:

- Sí  No

Si los hubiera recibido, ¿de qué tipo?:

- Contactos en zonas genitales                       Estimular el pene  
 Penetración vaginal                       Estimular senos o vagina  
 Penetración anal                       Exhibirse  
 Penetración oral  
 Otros (especificar): .....

Acontecimientos traumáticos que ha sufrido: .....

¿Le gusta su cuerpo y su imagen corporal?:  Sí  No

¿Le influye en sus relaciones sexuales?:  Sí  No

¿Qué espera conseguir al terminar este tratamiento?: .....

¿De quién fue la idea de acudir a este tratamiento?: .....

## ESTADO DE SALUD

¿Presenta algún problema de salud?:

- Sí  No

Si lo presenta, ¿cuál?:

- Cardíaco                       Neurológico (esclerosis)  
 Endocrino (diabetes, tiroides)                       Genital  
 Hormonal                       Renal  
 Colesterol                       Tumor

Operaciones (edad, tipo y resultados): .....

*Uso de tóxicos actualmente:*

- |                                   |                                  |                                      |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabaco   | (marihuana)                      | <input type="checkbox"/> Ácido       |
| <input type="checkbox"/> Alcohol  | <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Anfetaminas |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Heroína | <input type="checkbox"/> Otros:..... |

*Frecuencia de consumo:*  Moderado  Abusivo  Adicto

*¿De cuál/es?:* .....

*Medicación actual y dosis:*.....

.....

*¿Ha estado hospitalizado por problemas mentales?:*  Sí  No

*Si lo ha sido, causas:*.....

*Síntomas que presenta frecuentemente:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cefaleas              | <input type="checkbox"/> Miedos            |
| <input type="checkbox"/> Mareos, desmayos      | <input type="checkbox"/> Ansiedad          |
| <input type="checkbox"/> Molestias estomacales | <input type="checkbox"/> Depresión         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comida   | <input type="checkbox"/> Ideas de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sueño    | <input type="checkbox"/> Soledad           |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                | <input type="checkbox"/> Inferioridad      |
| <input type="checkbox"/> Otros:.....           |  |

*Otros problemas que le preocupan:*

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laborales   | <input type="checkbox"/> Económicos | <input type="checkbox"/> Familiares |
| <input type="checkbox"/> Amenazas para la integridad personal o a la familia |                                     | <input type="checkbox"/> Maltrato   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): .....                          |                                     |                                     |



**HISTORIA SEXUAL MASCULINA**

(Cepteco, 2021)

Nombre y Apellidos: ..... Edad: .....

Fecha realización del cuestionario: .....

*Estado Civil:*

Casado  Soltero  Separado  Divorciado  Viudo

*Nivel de formación:*

Estudios primarios  Enseñanza media  Bachiller

Universitarios  Formación Profesional

*Profesión:*

Liberal  Funcionario  Autónomo  Empleado  Estudiante  Parado

**DATOS DE PAREJA**

*¿Actualmente tiene pareja?:*  Sí  No

**Si n la tiene pase a contestar en Problema Sexual**

*Si la tiene, ¿convive con ella?:*  Sí  No *Años de convivencia:* .....

*¿Le atrae sexualmente su pareja?:*  Sí  No

*¿Se siente deseado por su pareja?:*  Sí  No

*¿Hace o dice algo su pareja en situaciones sexuales que le hace aumentar su deseo sexual?:*

Sí  No

*¿Qué es lo que hace o dice?:*.....

*¿Hace o dice algo su pareja en situaciones sexuales que le hace disminuir su deseo sexual?:*

Sí  No

*¿Qué es lo que hace o dice?:*.....

*¿Ha tenido problemas sexuales con parejas anteriores?:*  Sí  No

*Si los ha tenido, ¿cuál/es?:* .....

## PROBLEMA SEXUAL

Presenta problemas en:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bajo deseo sexual   | <input type="checkbox"/> Problemas para conseguir o mantener la erección       |
| <input type="checkbox"/> Baja frecuencia en las relaciones sexuales                            | <input type="checkbox"/> Eyacular demasiado pronto                             |
| <input type="checkbox"/> Excesiva frecuencia en las relaciones sexuales                        | <input type="checkbox"/> Problemas por no eyacular o hacerlo tras mucho tiempo |
| <input type="checkbox"/> Dolor, escozor o molestia genital                                     | <input type="checkbox"/> Dificultad de mi pareja para excitarme                |
| <input type="checkbox"/> Miedo a la penetración  | <input type="checkbox"/> Infidelidad   |
| <input type="checkbox"/> Imposibilidad o dificultad para la penetración                        | <input type="checkbox"/> Exhibicionismo  |
| <input type="checkbox"/> Ausencia o dificultad para conseguir el orgasmo                       | <input type="checkbox"/> Sadismo/masoquismo                                    |
| <input type="checkbox"/> Adicción al sexo  | <input type="checkbox"/> Travestismo   |
| <input type="checkbox"/> Dificultades en la relación de pareja                                 | <input type="checkbox"/> Voyeurismo  |
| <input type="checkbox"/> Repulsión o asco sexual   | <input type="checkbox"/> Infidelidad   |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos sexuales que me alteran                                  | <input type="checkbox"/> Deseos sexuales con menores                           |
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual  | <input type="checkbox"/> Parafilia   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para fantasear   | <input type="checkbox"/> Tamaño del pene                                       |
| <input type="checkbox"/> Imposibilidad o dificultad de mi pareja para conseguir la penetración | <input type="checkbox"/> Dudas o malestar por mi orientación sexual            |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de mi pareja para conseguir el orgasmo                     | <input type="checkbox"/> Celotipia   |
| <input type="checkbox"/> Otro/s (especificar): .....   | <input type="checkbox"/> Agresiones sexuales                                   |

Si padece varios, ¿cuál fue el primero en aparecer y en qué circunstancias?: .....

Tiempo que lleva con su/s problema/s sexual/es:.....

Forma de aparición:  Brusca  Paulatina

Presenta su/s problema/s:  Siempre  En determinadas situaciones (especificar cuáles):.....

¿Qué causas cree que motivaron la aparición de su problema?: .....

¿Qué importancia tiene para Ud. este problema sexual?:

- Nada       Poca       Alguna       Bastante       Mucha

¿Ha consultado si problema con otro profesional?:  Sí  No

¿Qué resultados ha obtenido?: .....  
 .....

**RESPUESTA SEXUAL AUTOESTIMULATORIA**

¿Suele masturbarse o autoestimularse?:  Sí  No

**Si la respuesta es NO, pase a Respuesta Sexual con la Pareja.**

Si lo lleva a cabo, ¿con qué frecuencia semanal/mensual?:.....

¿Cuándo fue la primera vez y cómo se sintió?: .....

Uso y tipo de fantasías durante la autoestimulación:

- Siendo observado  Con el cuerpo de mi pareja
- En otros lugares con mi pareja  Con otra/s pareja/s
- En otros lugares con otra/s pareja/s  Hacer un trío
- Ser obligado  Obligar a la pareja
- No uso ninguna fantasía sexual  Otros (especificar cuáles):.....  
 .....

¿Cuándo se autoestimula consigue el orgasmo?:  Sí  No

¿Presenta algún problema cuando se autoestimula?:  Sí  No

Si ha contestado Sí, ¿cuál?: .....

**RESPUESTA SEXUAL CON LA PAREJA**

¿Suele mantener relaciones sexuales?:  Sí  No

Si no las mantiene actualmente conteste en relación con la/s pareja/s anterior/es que haya tenido.

Si las realiza, ¿con qué frecuencia semanal/mensual?:.....

Quién lleva la iniciativa para comenzar la relación sexual:

- Mi pareja  Yo  Ambos conjuntamente

¿Cómo surge?:  De forma espontánea  De forma programada

¿Su relación sexual lleva siempre al coito?:  Sí  No

Si ha contestado Sí, indique un porcentaje aproximado: .....

¿Se siente libre para expresar su deseo sexual?:  Sí  No

¿Es aceptado?:  Sí  No

*Uso y tipo de fantasías durante la relación sexual:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Siendo observado                     | <input type="checkbox"/> Con el cuerpo de mi pareja       |
| <input type="checkbox"/> En otros lugares con mi pareja       | <input type="checkbox"/> Con otra/s pareja/s              |
| <input type="checkbox"/> En otros lugares con otra/s pareja/s | <input type="checkbox"/> Hacer un trío                    |
| <input type="checkbox"/> Ser obligado                         | <input type="checkbox"/> Obligar a la pareja              |
| <input type="checkbox"/> No uso ninguna fantasía sexual       | <input type="checkbox"/> Otros (especificar cuáles):..... |
- .....

*¿Por qué medios, excluyendo el coito, consigue mayor placer?:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caricias                          | <input type="checkbox"/> Uso de geles y lubricantes            |
| <input type="checkbox"/> Besos y abrazos                   | <input type="checkbox"/> Uso de aparatos de vacío              |
| <input type="checkbox"/> Estimulación manual del pene      | <input type="checkbox"/> Uso de anillos constrictores del pene |
| <input type="checkbox"/> Estimulación oral del pene        | <input type="checkbox"/> Uso de comida, bebida                 |
| <input type="checkbox"/> Uso de vibradores                 | <input type="checkbox"/> Uso de medicación                     |
| <input type="checkbox"/> Uso de esposas o sujeción         | <input type="checkbox"/> Uso de estimulador de ondas           |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especificar cuáles): ..... |  |

*¿Qué medios, excluyendo el coito, utiliza con su pareja para ayudarle a conseguir placer?:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caricias                          | <input type="checkbox"/> Uso de comida, bebida        |
| <input type="checkbox"/> Besos y abrazos                   | <input type="checkbox"/> Estimulación manual de senos |
| <input type="checkbox"/> Uso de vibradores, dildos         | <input type="checkbox"/> Estimulación oral de senos   |
| <input type="checkbox"/> Uso de esposas o sujeción         | <input type="checkbox"/> Uso de estimulador de ondas  |
| <input type="checkbox"/> Uso de geles y lubricantes        |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especificar cuáles): ..... |   |

*¿Qué porcentaje de la relación sexual le hace conseguir el orgasmo?: .....*

*¿Cómo lo consigue?:*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Con la penetración             | <input type="checkbox"/> Mediante estimulación de mi pareja | <input type="checkbox"/> Por autoestimulación |
| <input type="checkbox"/> Por otro medio (¿cuál?): ..... |   |   |

*Grado de placer de la relación sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción de su respuesta sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción de la respuesta sexual de su pareja (1 bajo – 3 medio – 5 alto): ..*



*Métodos anticonceptivos utilizados:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                          | <input type="checkbox"/> Espermicida                      |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía o ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> DIU                              |
| <input type="checkbox"/> Preservativo masculino           | <input type="checkbox"/> Diafragma                        |
| <input type="checkbox"/> Preservativo femenino            | <input type="checkbox"/> Ogino, temperatura, marcha atrás |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivo hormonal          |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): .....       |   |

*¿Le genera preocupación o molestia el uso de alguno de ellos?:*

- No  Sí (¿cuál/cuáles?): .....

*Motivo:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dudas de su eficacia       | <input type="checkbox"/> Presión de la pareja para usarlo    |
| <input type="checkbox"/> Dolor o molestias físicas  | <input type="checkbox"/> Presión de la pareja para no usarlo |
| <input type="checkbox"/> Disminución del placer     | <input type="checkbox"/> Dudas en la pareja de su eficacia   |
| <input type="checkbox"/> Dudas en el uso del mismo  |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): ..... |  |

*Alteraciones físicas molestas durante las relaciones sexuales:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                              | <input type="checkbox"/> Cefalea                    |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia                          | <input type="checkbox"/> Mareo o desmayo            |
| <input type="checkbox"/> Transpiración, escalofríos o sofocos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Náuseas o molestias estomacales      | <input type="checkbox"/> Ansiedad o nerviosismo     |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo                   |   |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): .....    |   |

*Conductas durante las relaciones sexuales:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tocar o ser tocado por mi pareja  | <input type="checkbox"/> Conductas activas                        |
| <input type="checkbox"/> Movimientos lentos                | <input type="checkbox"/> Mi pareja estimula mi zona genital       |
| <input type="checkbox"/> Movimientos rápidos               | <input type="checkbox"/> Jadeos, gritos                           |
| <input type="checkbox"/> Pasividad                         | <input type="checkbox"/> Tensión física (especificar dónde): .... |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |   |

*¿Cuál sería su relación sexual satisfactoria (frecuencia, duración) y cómo le gustaría que se comportara su pareja?: .....*

*¿Ha tenido actividades sexuales con otras personas distintas de su pareja?:  Sí  No*

*¿Han sido satisfactorias?:  Sí  No*

## EXPERIENCIAS AFECTIVAS Y SEXUALES

¿Se sintió querido y aceptado por sus padres?:  Sí  No

¿Recibió educación sexual?:  Sí  No

Si la hubiera recibido, ¿de qué tipo?:

Motivadora       Castradora       Con vergüenza       Miedo

Otras (especificar): .....

¿A qué edad aprendió, por primera vez, algo referente al sexo?: .....

¿Cómo lo aprendió?:

Observando a personas manteniendo relaciones sexuales

Por comentarios de amigos       Viendo pornografía       Siendo abusado

Otras:.....

¿Cómo fue su primera experiencia sexual?:

Placentera       Obligado       Presionado       Con violencia

Otros (especificar): .....

Si se masturba, ¿Cuándo fue la primera vez y cómo se sintió?:.....

.....

¿Qué tipo de experiencias sexuales ha tenido?:

Sólo con mujeres       Sólo con hombres       Con hombres y mujeres

Otras:.....

¿Cómo se considera sexualmente?:

Heterosexual (preferencia por mujeres)       Homosexual (preferencia por hombres)

Bisexual (preferencia por hombres y mujeres)       Asexual (sin deseos de practicar sexo)

¿Ha sufrido abusos sexuales?:

Sí  No

Si la hubiera recibido, ¿de qué tipo?:

Contactos en zonas genitales       Estimular el pene

Penetración anal       Estimular senos o vagina

Penetración bucal       Exhibirse

Otros (especificar): .....

Acontecimientos traumáticos que ha sufrido: .....

.....

¿Le gusta su cuerpo y su imagen corporal?:  Sí  No

¿Le influye en sus relaciones sexuales?:  Sí  No

¿Qué espera conseguir al terminar este tratamiento?: .....

¿De quién fue la idea de acudir a este tratamiento?: .....

**ESTADO DE SALUD**

¿Presenta algún problema de salud?:

Sí  No

Si lo presenta, ¿Cuál?:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardíaco                       | <input type="checkbox"/> Neurológico (esclerosis) |
| <input type="checkbox"/> Endocrino (diabetes, tiroides) | <input type="checkbox"/> Genital                  |
| <input type="checkbox"/> Hormonal                       | <input type="checkbox"/> Renal                    |
| <input type="checkbox"/> Colesterol                     | <input type="checkbox"/> Tumor                    |

Operaciones (edad, tipo y resultados): .....

.....

Uso de tóxicos actualmente:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabaco               | <input type="checkbox"/> Heroína      |
| <input type="checkbox"/> Alcohol              | <input type="checkbox"/> Ácido        |
| <input type="checkbox"/> Cannabis (marihuana) | <input type="checkbox"/> Anfetaminas  |
| <input type="checkbox"/> Cocaína              | <input type="checkbox"/> Otros: ..... |

Frecuencia de consumo:  Moderado  Abusivo  Adicto

¿De cuál/es?: .....

Medicación actual y dosis: .....

.....

¿Ha estado hospitalizado por problemas mentales?:  Sí  No

Si lo ha sido, causas: .....

.....

Síntomas que presenta frecuentemente:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cefaleas              | <input type="checkbox"/> Miedos            |
| <input type="checkbox"/> Mareos, desmayos      | <input type="checkbox"/> Ansiedad          |
| <input type="checkbox"/> Molestias estomacales | <input type="checkbox"/> Depresión         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comida   | <input type="checkbox"/> Ideas de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sueño    | <input type="checkbox"/> Soledad           |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                | <input type="checkbox"/> Inferioridad      |
| <input type="checkbox"/> Otros: .....          |  |

*Otros problemas que le preocupan:*

- Laborales       Económicos       Familiares
- Amenazas para la integridad personal o a la familia       Maltrato
- Otros (especificar): .....

## AUTORREGISTRO FUNCIONAL DE LA AUTOESTIMULACIÓN FEMENINA

(Cepteco, 2021)

Por favor, rellene los datos de este autorregistro, a la mayor brevedad posible, **después de cada acto en solitario**. Puede señalar más de una alternativa en cada pregunta.

Nombre:..... Edad:.....

Fecha de la autoestimulación:..... Hora de comienzo: ..... Hora finalización:.....

*¿Cómo surge?*

De forma espontánea  De forma programada

*Lugar de inicio:*

*Lugar de finalización:*

Cama

Cama

Sofá del salón

Sofá del salón

Cuarto de baño

Cuarto de baño

Otra estancia de la casa

Otra estancia de la casa

Coche

Coche

Aire libre

Aire libre

Otros (especificar): .....  Otros (especificar): .....

*¿El lugar dónde se produce le genera sensación de intimidad?*

Sí  No

*Inicialmente, ¿deseaba realizar esta actividad?*

Sí  No

### ANTES DE LA AUTOESTIMULACIÓN:

*Uso de drogas:*

Tabaco  Alcohol  Otros tóxicos (especificar: cannabis, cocaína, heroína, ácido, anfetaminas...): .....

Tratamientos médicos específicos y dosis: .....

Uso de geles, lubricantes, otros: .....

### FASE DE DESEO:

*Presenta deseo sexual en:*

-1 minuto  1-5 minutos  5-15 minutos  15-30 minutos  +30 minutos

No lo consiguió

*Pensamientos que presenta al inicio:*

- Deseos de disfrutar  Decepciones anteriores  
 De preocupación por mi respuesta sexual  Auto-observarme para ver cómo lubrico  
 Ninguno en especial  Otros (especificar cuáles): .....

.....  
*Tipo de fantasías al inicio de la autoestimulación:*

- El cuerpo de mi pareja  Ser observada  Otra/s pareja/s  
 Hacer un trío  Ser obligada  Obligar a la pareja  
 Ninguna  Otras (especificar cuáles):.....

.....  
*¿Alguna característica de sus fantasías le generan algún cambio en su deseo sexual?*

Aumentan su deseo:.....

Disminuyen su deseo: .....

*¿Intenta finalizar la autoestimulación por miedo al error de su respuesta sexual?*

- Sí  No

*¿Termina en ese momento el intento de autoestimulación?*

- Sí  No

**En caso afirmativo, ha terminado este autorregistro.**

---

**FASE DE EXCITACIÓN:**

*Uso de estímulos:*

- Videos, lecturas, fotos eróticas  Vibrador  Geles y lubricantes  
 Perfumes y olores  Música  Ninguno  
 Otros (especificar cuáles):.....

*Grado de lubricación durante la autoestimulación (1 nula o muy escasa – 3 media - 5 abundante): .....*

*Conductas y tipos de autoestimulación ejercida:*

- Estimulación manual del clítoris y/o vagina  Estimulación manual de senos  
 Caricias en otra parte del cuerpo  Movimientos lentos  
 Movimientos rápidos  Uso de vibradores o dildos  
 Uso de geles y lubricantes  Jadeos, gritos

Tensión física (especificar dónde):.....

Otras (especificar cuáles):.....

*¿Alguna conducta de las anteriores le molesta?*

- No  Sí (¿cuál?): .....

*Alteraciones físicas molestas durante la autoestimulación:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                              | <input type="checkbox"/> Taquicardia                       |
| <input type="checkbox"/> Transpiración, escalofríos o sofocos | <input type="checkbox"/> Náuseas o molestias estomacales   |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo                   | <input type="checkbox"/> Cefalea                           |
| <input type="checkbox"/> Mareo o desmayo                      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo        |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o nerviosismo               | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |
- .....

*Fantasías sexuales durante la autoestimulación:*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vídeo/lectura que observo | <input type="checkbox"/> El cuerpo de mi pareja | <input type="checkbox"/> Otra/s pareja/s                   |
| <input type="checkbox"/> Hacer un trío             | <input type="checkbox"/> Ser obligada           | <input type="checkbox"/> Obligar a la pareja               |
| <input type="checkbox"/> Ser observada             | <input type="checkbox"/> Ninguna                | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |
- .....

*Tipo de posturas realizadas durante la autoestimulación:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tumbada boca arriba y piernas abiertas | <input type="checkbox"/> Tumbada boca arriba y piernas cerradas |
| <input type="checkbox"/> Boca abajo con las piernas cerradas    | <input type="checkbox"/> Boca abajo con las piernas abiertas    |
| <input type="checkbox"/> De pie con piernas abiertas            | <input type="checkbox"/> De pie con piernas cerradas            |
| <input type="checkbox"/> Sentada con piernas cerradas           | <input type="checkbox"/> Sentada con piernas abiertas           |
| <input type="checkbox"/> De lado                                | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): .....      |

*¿Cuál fue la postura que le generó mayor placer? .....*

*¿Cuál fue la postura que le hizo conseguir mejor el orgasmo? .....*

*Pensamientos que presenta durante la autoestimulación:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno en especial   | <input type="checkbox"/> Satisfacción por cómo estoy respondiendo |
| <input type="checkbox"/> Ideas de decepción  | <input type="checkbox"/> Insatisfacción                           |
| <input type="checkbox"/> Culpabilidad  | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones                     |
| <input type="checkbox"/> Auto-observarme para ver cómo está reaccionando mi zona genital |   |
| <input type="checkbox"/> De preocupación por cómo estoy respondiendo                     |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar cuáles):.....                                |   |

*¿Piensa en otra cosa para conseguir el orgasmo más rápidamente?*

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí (¿en qué?):..... |
|-----------------------------|--|

*Dificultades encontradas:*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                          | <input type="checkbox"/> Falta de lubricación | <input type="checkbox"/> Dolor o molestia física |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):..... |   |  |

*Reacción ante las dificultades:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin dificultades                               | <input type="checkbox"/> No darle importancia |
| <input type="checkbox"/> Detener la autoestimulación                    | <input type="checkbox"/> Acabar más rápido    |
| <input type="checkbox"/> Justificarme                                   | <input type="checkbox"/> Culpabilizarme       |
| <input type="checkbox"/> Enfadarme                                      | <input type="checkbox"/> Deprimirme           |
| <input type="checkbox"/> Evitar autoestimularme en siguientes ocasiones |   |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):.....               |   |

**FASE DE ORGASMO:**

*Consigue el orgasmo:*

- Sí    No    No lo sé

*¿Se presenta alguna dificultad?:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                          | <input type="checkbox"/> Falta de lubricación    |
| <input type="checkbox"/> Tardanza en el orgasmo           | <input type="checkbox"/> Dolor o molestia física |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):..... |  |

*Grado de placer durante el orgasmo (1 escaso – 3 medio - 5 intenso): .....*

*Grado de lubricación durante el orgasmo (1 escasa – 3 media – 5 abundante):.....*

*Si fracasó en conseguir el orgasmo inicialmente, ¿lo intentó una segunda vez?*

- Sí    No

*Consiguió el orgasmo en esta nueva ocasión:*

- Sí    No    No lo sé

*Pensamientos que favorecen conseguir el orgasmo: .....*

*Pensamientos que le dificultan conseguir el orgasmo:.....*

**FASE DE SATISFACCIÓN:**

*Grado de placer de la autoestimulación (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción de su respuesta sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de deseo final (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de excitación sexual sin valorar el orgasmo (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Atribuye su problema sexual (si existiera) a:.....*

.....

*Pensamientos que presenta después de la autoestimulación:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno en especial | <input type="checkbox"/> Satisfacción por cómo he respondido |
| <input type="checkbox"/> Ideas de decepción  | <input type="checkbox"/> Insatisfacción                      |
| <input type="checkbox"/> Culpabilidad        | <input type="checkbox"/> Otros (especificar cuáles): .....   |

.....



*Conductas que presenta después de la autoestimulación:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Me duermo              | <input type="checkbox"/> Voy al servicio |
| <input type="checkbox"/> Realizo otra actividad | <input type="checkbox"/> Miro el móvil   |
| <input type="checkbox"/> Fumo                   | <input type="checkbox"/> Otra: .....     |

*Emociones que presenta después de la autoestimulación:*

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agrado   | <input type="checkbox"/> Vergüenza                 |
| <input type="checkbox"/> Miedo    | <input type="checkbox"/> Sorpresa                  |
| <input type="checkbox"/> Asco     | <input type="checkbox"/> Enfado                    |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Otra (especificar): ..... |



## AUTORREGISTRO FUNCIONAL DE LA AUTOESTIMULACIÓN MASCULINA

(Cepteco, 2021)

Por favor, rellene los datos de este autorregistro, a la mayor brevedad posible, **después de cada acto en solitario**. Puede señalar más de una alternativa en cada pregunta.

Nombre:..... Edad:.....

Fecha de la autoestimulación:..... Hora de comienzo: ..... Hora finalización:.....

*¿Cómo surge?*

De forma espontánea     De forma programada

*Lugar de inicio:*

*Lugar de finalización:*

Cama

Cama

Sofá del salón

Sofá del salón

Cuarto de baño

Cuarto de baño

Otra estancia de la casa

Otra estancia de la casa

Coche

Coche

Aire libre

Aire libre

Otros (especificar): .....

Otros (especificar): .....

*¿El lugar dónde se produce le genera sensación de intimidad?*

Sí     No

*Inicialmente, ¿deseaba realizar esta actividad?*

Sí     No

### ANTES DE LA AUTOESTIMULACIÓN:

*Uso de drogas:*

Tabaco     Alcohol     Otros tóxicos (especificar: cannabis, cocaína, heroína, ácido, anfetaminas...): .....

Tratamientos médicos específicos y dosis: .....

Uso de geles, lubricantes, otros: .....

### FASE DE DESEO:

*Presentó deseo sexual en:*

-1 minuto     1-5 minutos     5-15 minutos     15-30 minutos     +30 minutos

No lo consiguió

*Pensamientos que presenta al inicio:*

- Deseos de disfrutar  Decepciones anteriores  
 De preocupación por mi respuesta sexual  Auto-observarme cómo reacciona mi pene  
 Ninguno en especial  Otros (especificar cuáles): .....

*Fantasía sexual al inicio de la autoestimulación:*

- El cuerpo de mi pareja  Ser observado  Otra/s pareja/s  
 Hacer un trío  Ser obligado  Obligar a la pareja  
 Ninguna  Otras (especificar cuáles):.....

*¿Alguna característica de sus fantasías le generan algún cambio en su deseo sexual?*

Aumenta su deseo:.....

Disminuye su deseo: .....

*¿Intenta evitar la autoestimulación por miedo al error de su respuesta sexual?*

- Sí  No

*¿Termina en ese momento el intento de autoestimulación?*

- Sí  No

**En caso afirmativo, ha terminado este autorregistro.**

---

**FASE DE EXCITACIÓN:**

*Uso de estímulos:*

- Videos, lecturas, fotos eróticas  Vibrador  Geles y lubricantes  
 Perfumes y olores  Aparatos de vacío  Prótesis  
 Anillos constrictores  Música  Ninguno  
 Otros (especificar cuáles):.....

*Grado de erección durante la autoestimulación (1 flacidez absoluta – 3 rigidez media - 5 erección completa):.....*

*Ángulo del pene durante la máxima erección (-90°, 90°, +90°):.....*

*Conductas y tipos de autoestimulación ejercida:*

- Estimulación manual del pene y/o testículos  Estimulación manual de pezones  
 Caricias en otra parte del cuerpo  Movimientos lentos  
 Movimientos rápidos  Uso de vibradores o dildos  
 Uso de geles y lubricantes  Uso de aparatos de vacío  
 Jadeos, gritos  
 Tensión física (especificar dónde):.....  
 Otras (especificar): .....

¿Alguna conducta de las anteriores le molesta?

No  Sí (¿cuál?): .....

*Alteraciones físicas molestas durante la autoestimulación:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                              | <input type="checkbox"/> Taquicardia                       |
| <input type="checkbox"/> Transpiración, escalofríos o sofocos | <input type="checkbox"/> Náuseas o molestias estomacales   |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo                   | <input type="checkbox"/> Cefalea                           |
| <input type="checkbox"/> Mareo o desmayo                      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo        |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o nerviosismo               | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |

*Fantasías sexuales durante la autoestimulación:*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vídeo/lectura que observo | <input type="checkbox"/> El cuerpo de mi pareja | <input type="checkbox"/> Otra/s pareja/s                   |
| <input type="checkbox"/> Hacer un trío             | <input type="checkbox"/> Ser obligado           | <input type="checkbox"/> Obligar a la pareja               |
| <input type="checkbox"/> Ser observado             | <input type="checkbox"/> Ninguna                | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |

*Tipo de posturas realizadas durante la autoestimulación:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tumbado boca arriba y piernas abiertas | <input type="checkbox"/> Tumbado boca arriba y piernas cerradas |
| <input type="checkbox"/> Boca abajo con las piernas cerradas    | <input type="checkbox"/> Boca abajo con las piernas abiertas    |
| <input type="checkbox"/> De pie con piernas abiertas            | <input type="checkbox"/> De pie con piernas cerradas            |
| <input type="checkbox"/> Sentado con piernas cerradas           | <input type="checkbox"/> Sentado con piernas abiertas           |
| <input type="checkbox"/> De lado                                | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): .....      |

¿Cuál fue la postura que le generó mayor placer? .....

¿Cuál es la postura que le generó mayor erección? .....

¿Cuál fue la postura que le hizo controlar mejor su eyaculación? .....

¿Cuál fue la postura que le hizo conseguir mejor el orgasmo? .....

*Pensamientos que presenta durante la autoestimulación:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno en especial   | <input type="checkbox"/> Satisfacción por cómo estoy respondiendo |
| <input type="checkbox"/> Ideas de decepción  | <input type="checkbox"/> Insatisfacción                           |
| <input type="checkbox"/> Culpabilidad  | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones                     |
| <input type="checkbox"/> Auto-observarme para ver cómo está reaccionando mi zona genital |   |
| <input type="checkbox"/> De preocupación por cómo estoy respondiendo                     |   |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar cuáles): .....                               |   |

¿Piensa en algo para eyacular más rápidamente?

No  Sí (¿en qué?): .....

*¿Piensa en algo para retrasar la eyaculación?*

No  Sí (¿en qué?):.....

*¿Piensa en algo para mejorar su erección?*

No  Sí (¿en qué?):.....

*Dificultades encontradas:*

Ninguna  Pérdida de erección  Dolor o molestia física  
 Falta de control eyaculatorio .....  Otras (especificar cuáles):  
.....

*Reacción ante las dificultades:*

Sin dificultades  No darle importancia  
 Detener la autoestimulación  Acabar más rápido  
 Justificarme  Culpabilizarme  
 Enfadarme  Deprimirme  
 Evitar autoestimularme en siguientes ocasiones  
 Otras (especificar cuáles):.....

**FASE DE ORGASMO:**

*Consigue el orgasmo:*

Sí  No  No lo sé

*Eyaculación al cabo de:*

-1 minuto  1-3 minutos  3-5 minutos  5-10 minutos  10-15 minutos  
 +15 minutos  No eyaculo

*¿Se presenta alguna dificultad?:*

Ninguna  Falta de erección  
 Problemas en el control eyaculatorio  Dolor o molestia física  
 Falta de eyaculación  Otras (especificar cuáles): .....  
.....

*Grado de placer durante el orgasmo (1 escaso – 3 medio - 5 intenso): .....*

*Grado de erección durante el orgasmo (1 flacidez absoluta – 3 rigidez media - 5 erección completa): .....*

*Si fracasó en conseguir el orgasmo inicialmente, ¿lo intentó una segunda vez?*

Sí  No

*Consiguió el orgasmo en esta nueva ocasión:*

Sí  No  No lo sé

*Pensamientos que favorecen conseguir el orgasmo:.....*

*Pensamientos que le dificultan conseguir el orgasmo:.....*

**FASE DE SATISFACCIÓN:**

*Grado de placer de la autoestimulación (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción de su respuesta sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de deseo final (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de excitación sexual sin valorar el orgasmo (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Atribuye su problema sexual (si existiera) a: .....*

.....

*Pensamientos que presenta después de la autoestimulación:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno en especial | <input type="checkbox"/> Satisfacción por cómo he respondido |
| <input type="checkbox"/> Ideas de decepción  | <input type="checkbox"/> Insatisfacción                      |
| <input type="checkbox"/> Culpabilidad        | <input type="checkbox"/> Otros (especificar cuáles): .....   |

.....

*Conductas que presenta después de la autoestimulación:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Me duermo              | <input type="checkbox"/> Voy al servicio |
| <input type="checkbox"/> Realizo otra actividad | <input type="checkbox"/> Miro el móvil   |
| <input type="checkbox"/> Fumo                   | <input type="checkbox"/> Otra: .....     |

*Emociones que presenta después de la autoestimulación:*

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agrado   | <input type="checkbox"/> Vergüenza                 |
| <input type="checkbox"/> Miedo    | <input type="checkbox"/> Sorpresa                  |
| <input type="checkbox"/> Asco     | <input type="checkbox"/> Enfado                    |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Otra (especificar): ..... |





## AUTORREGISTRO FUNCIONAL DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

(Cepteco, 2021)

Por favor, rellene los datos de este cuestionario, a la mayor brevedad posible, **después de cada ocasión** en la que mantenga relaciones sexuales. Puede señalar más de una alternativa en cada pregunta.

Nombre:.....Edad: .....

Fecha de la relación sexual:..... Hora de comienzo:.....Hora finalización:.....

*Realización:*

Con mi pareja habitual  Con otra pareja

*¿Cómo surge?*

De forma espontánea  De forma programada

*Lugar de inicio:*

*Lugar de finalización:*

Cama

Cama

Sofá del salón

Sofá del salón

Cuarto de baño

Cuarto de baño

Otra estancia de la casa

Otra estancia de la casa

Coche

Coche

Aire libre

Aire libre

Otros (especificar) .....  Otros (especificar).....

*¿El lugar dónde está le genera sensación de intimidad?*

Sí  No

### ANTES DE LA RELACIÓN SEXUAL:

*Uso de drogas:*

Tabaco  Alcohol  Otros tóxicos (especificar: cannabis, cocaína, heroína, ácido, anfetaminas...): .....

Tratamientos médicos específicos y dosis .....

Uso de geles, lubricantes, otros: .....

*Quién lleva la iniciativa para comenzar la relación sexual:*

Mi pareja  Yo  Ambos conjuntamente

### FASE DE DESEO:

*Inicialmente, ¿desea mantener una relación sexual?*

Sí  No

*Si no tiene un deseo inicial, ¿lo presenta en algún momento?*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No tengo deseo en toda la relación | <input type="checkbox"/> Antes del orgasmo        |
| <input type="checkbox"/> Cuando mi pareja me estimula       | <input type="checkbox"/> Después del orgasmo      |
| <input type="checkbox"/> Cuando estimo a mi pareja          | <input type="checkbox"/> Al finalizar la relación |

*Duración del juego previo:*

- 1 minuto     1-5 minutos     5-15 minutos     15-30 minutos     +30 minutos

*Pensamientos que presenta al inicio de la relación:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deseos de disfrutar con la pareja    | <input type="checkbox"/> De preocupación por cómo va responder mi pareja |
| <input type="checkbox"/> Decepciones anteriores               | <input type="checkbox"/> Auto-observarme para ver cómo lubrico           |
| <input type="checkbox"/> De preocupación por cómo voy a estar | <input type="checkbox"/> Ninguno en especial                             |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar cuáles):.....     |  |

*Uso y tipo de fantasía al inicio de la relación:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Siendo observada                     | <input type="checkbox"/> Con el cuerpo de mi pareja       |
| <input type="checkbox"/> En otros lugares con mi pareja       | <input type="checkbox"/> Con otra/s pareja/s              |
| <input type="checkbox"/> En otros lugares con otra/s pareja/s | <input type="checkbox"/> Hacer un trío                    |
| <input type="checkbox"/> Ser obligada                         | <input type="checkbox"/> Obligar al otro                  |
| <input type="checkbox"/> No uso ninguna fantasía sexual       | <input type="checkbox"/> Otros (especificar cuáles):..... |

*¿Qué situaciones ambientales le generan un cambio en su deseo sexual?*

Aumentan su deseo:.....

Disminuyen su deseo: .....

*¿Qué conductas hace su pareja que influyen en su deseo sexual?*

Aumentan su deseo:.....

Disminuyen su deseo: .....

*¿Intenta evitar la relación sexual por miedo al error de su respuesta sexual?*

- Sí     No

*¿Intenta evitar la relación sexual por miedo al error de la respuesta sexual de su pareja?*

- Sí     No

*¿Termina en ese momento el intento de la relación sexual?*

- Sí     No

**En caso afirmativo, ha terminado este autorregistro.**

---

**FASE DE EXCITACIÓN:**

*Uso de estímulos:*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Videos, fotos eróticas | <input type="checkbox"/> Vibrador          | <input type="checkbox"/> Geles y lubricantes |
| <input type="checkbox"/> Anillos constrictores  | <input type="checkbox"/> Aparatos de vacío | <input type="checkbox"/> Piercings           |
| <input type="checkbox"/> Perfumes y olores      | <input type="checkbox"/> Música            | <input type="checkbox"/> Ninguno             |

Otros (especificar cuáles):.....

*Grado de lubricación durante la estimulación (1 nula o muy escasa – 3 media lubricación - 5 abundante):.....*

*Grado de sensibilidad y placer sexual durante el coito (1 nula o muy baja – 3 media - 5 muy alta):.....*

*Grado de control orgásmico (1 antes del coito - 3 después de que mi pareja consiguiera el orgasmo - 5 antes de que mi pareja consiguiera el orgasmo): .....*

*Tipos de estimulación ejercida:*

- Caricias
- Besos y abrazos
- Autoestimulación
- Estimulación manual del pene
- Estimulación oral del pene
- Uso de vibradores
- Uso de esposas o sujeción
- Uso de geles y lubricantes
- Uso de aparatos de vacío
- Uso de anillos constrictores del pene
- Uso de comida, bebida
- Otras (especificar): .....

*Tipo de estimulación recibida:*

- Caricias
- Besos y abrazos
- Uso de vibradores o dildos
- Uso de esposas o sujeción
- Uso de geles y lubricantes
- Uso de comida, bebida
- Estimulación manual de senos
- Estimulación oral de senos
- Estimulación manual del clítoris y/o vagina
- Estimulación oral del clítoris y/o vagina
- Coito vaginal
- Coito anal
- Otras (especificar): .....

*¿Alguna conducta de las anteriores le molesta?*

No  Sí (¿cuál?): .....

*Métodos anticonceptivos utilizados:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                 | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas o vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Preservativo masculino  | <input type="checkbox"/> Preservativo femenino            |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivo hormonal | <input type="checkbox"/> Espermicida                      |
| <input type="checkbox"/> DIU                     | <input type="checkbox"/> Diafragma                        |

Ogino, temperatura, marcha atrás  Otros (especificar): .....

*¿Le genera preocupación o molestia el uso de alguno de ellos?*

No  Sí (¿cuál/cuáles?): .....

Motivo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dudas de su eficacia              | <input type="checkbox"/> Dolor o molestias físicas           |
| <input type="checkbox"/> Disminución del placer            | <input type="checkbox"/> Dudas en el uso del mismo           |
| <input type="checkbox"/> Presión de la pareja para usarlo  | <input type="checkbox"/> Presión de la pareja para no usarlo |
| <input type="checkbox"/> Dudas en la pareja de su eficacia | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): .....           |

Alteraciones físicas molestas antes del coito (si se realiza):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                              | <input type="checkbox"/> Taquicardia                       |
| <input type="checkbox"/> Transpiración, escalofríos o sofocos | <input type="checkbox"/> Náuseas o molestias estomacales   |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo                   | <input type="checkbox"/> Cefalea                           |
| <input type="checkbox"/> Mareo o desmayo                      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo        |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o nerviosismo               | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |

Tipo de posturas realizadas durante el coito (si se realizan):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cara a cara con mi pareja encima   | <input type="checkbox"/> De lado, yo de espaldas y mi pareja detrás |
| <input type="checkbox"/> Cara a cara con mi pareja debajo   | <input type="checkbox"/> De pie cara a cara                         |
| <input type="checkbox"/> Boca abajo con mi pareja encima    | <input type="checkbox"/> De pie con mi pareja detrás                |
| <input type="checkbox"/> Cara a cara de lado                | <input type="checkbox"/> Sentados cara a cara                       |
| <input type="checkbox"/> De rodillas y con mi pareja detrás | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): .....          |

¿Cuál fue la postura que le generó mayor placer? .....

¿Cuál fue la postura que le hizo conseguir mejor el orgasmo? .....

Grado de excitación sexual sin valorar el orgasmo (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....

Pensamientos que presenta durante la relación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Satisfacción por cómo está respondiendo mi pareja               | <input type="checkbox"/> De preocupación por cómo está respondiendo mi pareja |
| <input type="checkbox"/> Satisfacción por cómo estoy respondiendo                        | <input type="checkbox"/> De preocupación por cómo estoy respondiendo          |
| <input type="checkbox"/> Auto-observarme para ver cómo está reaccionando mi zona genital | <input type="checkbox"/> Ideas de decepción                                   |
| <input type="checkbox"/> De disfrute con la pareja                                       | <input type="checkbox"/> Culpabilidad   |
| <input type="checkbox"/> Insatisfacción  | <input type="checkbox"/> Ninguno en especial                                  |
| <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones (especificar cuáles): .....                |   |

*Uso y tipo de fantasía durante la relación:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En otros lugares con la pareja     | <input type="checkbox"/> Con el cuerpo de mi pareja       |
| <input type="checkbox"/> En otros lugares con otras parejas | <input type="checkbox"/> Con otras parejas                |
| <input type="checkbox"/> Siendo observado                   | <input type="checkbox"/> Hacer un trío                    |
| <input type="checkbox"/> Ser obligado                       | <input type="checkbox"/> Obligar al otro                  |
| <input type="checkbox"/> No uso ninguna fantasía sexual     | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):..... |
- .....

*Alteraciones físicas durante el coito (si se realiza):*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                              | <input type="checkbox"/> Taquicardia                       |
| <input type="checkbox"/> Transpiración, escalofríos o sofocos | <input type="checkbox"/> Náuseas o molestias estomacales   |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo                   | <input type="checkbox"/> Cefalea                           |
| <input type="checkbox"/> Mareo o desmayo                      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo        |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o nerviosismo               | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |
- .....

*Conductas durante el coito (si se realiza):*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tocar o ser tocada por mi pareja | <input type="checkbox"/> Movimientos lentos                        |
| <input type="checkbox"/> Movimientos rápidos              | <input type="checkbox"/> Pasividad                                 |
| <input type="checkbox"/> Conductas activas                | <input type="checkbox"/> Mi pareja estimula mi zona genital        |
| <input type="checkbox"/> Jadeos, gritos                   | <input type="checkbox"/> Tensión física (especificar dónde): ..... |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):..... |  |

*Tiempo que tarda en eyacular su pareja en el coito:*

- |  |  |                                      |                                      |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antes de la penetración | <input type="checkbox"/> -1 minuto     | <input type="checkbox"/> 1-3 minutos | <input type="checkbox"/> 3-5 minutos |
| <input type="checkbox"/> 5-10 minutos            | <input type="checkbox"/> 10-15 minutos | <input type="checkbox"/> +15 minutos | <input type="checkbox"/> No eyaculó  |

*Quejas del compañero sobre la lubricación o duración del coito:*

- No  Sí (¿cuáles?):.....

*Dificultades encontradas:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                           | <input type="checkbox"/> Falta de lubricación              |
| <input type="checkbox"/> Falta de erección de mi pareja    | <input type="checkbox"/> Rapidez eyaculatoria de mi pareja |
| <input type="checkbox"/> Mi pareja tarda mucho en eyacular | <input type="checkbox"/> Dolor o molestia física           |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):.....  |  |
- .....

*Reacción ante las dificultades:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No darle importancia             | <input type="checkbox"/> Detener la relación |
| <input type="checkbox"/> Acabar más rápido la relación    | <input type="checkbox"/> Justificarme        |
| <input type="checkbox"/> Culpabilizar a mi pareja         | <input type="checkbox"/> Culpabilizarme      |
| <input type="checkbox"/> Enfadarme                        | <input type="checkbox"/> Deprimirme          |
| <input type="checkbox"/> Evitar las siguientes relaciones | <input type="checkbox"/> Reírme de ello      |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):..... |  |

**FASE DE ORGASMO**

*Consigue el orgasmo:*

- Sí  No  No lo sé

*¿Cuándo?*

- Antes del coito  Durante el coito  Después del coito

*¿Cómo lo consigue?*

- Con la penetración  Mediante estimulación de mi pareja  
 Por autoestimulación  Por otro medio (¿cuál?): .....

*¿Presenta alguna dificultad?:*

- Ninguna  Falta de lubricación  
 Tardanza en el orgasmo  Dolor o molestia física  
 Falta de erección de mi pareja  Rapidez eyaculatoria de mi pareja  
 Mi pareja tarda mucho en eyacular  Otras (especificar cuáles): .....

*Si no llega al orgasmo, ¿se siente insatisfecha con la interacción sexual?*

- Sí  No  Me es indiferente

*¿Fingió el orgasmo?:*

- Sí  No

*Grado de placer durante el orgasmo (1 escaso – 3 medio - 5 intenso): .....*

*Grado de lubricación durante el orgasmo (1 escasa – 3 media – 5 profusa):.....*

*Su pareja llegó al orgasmo:*

- Sí  No  No lo sé

*Si su pareja no llegó al orgasmo, ¿intenta que llegue por otros medios?*

- No  Sí (¿cuáles?):.....

*En el caso de que la primera relación no fuera satisfactoria, ¿intentó tener una segunda relación?*

- Sí  No

*Consiguió el orgasmo en esta nueva ocasión:*

- Sí  No  No lo sé

*Pensamientos o fantasías que le ayudan a conseguir el orgasmo:* .....

*Pensamientos o fantasías que le dificultan conseguir el orgasmo:* .....

**FASE DE SATISFACCIÓN:**

*Grado de placer de la relación sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto):* .....

*Grado de satisfacción de su respuesta sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto):* .....

*Grado de satisfacción de la respuesta sexual de su pareja (1 bajo – 3 medio – 5 alto):* ..

*Grado de deseo final (1 bajo – 3 medio – 5 alto):* .....

*Grado de satisfacción mutua (1 bajo – 3 medio – 5 alto):* .....

*Grado de comodidad en la relación (1 bajo – 3 medio – 5 alto):* .....

*Atribuye su problema sexual (si existiera) a:* .....

*Atribuye el problema de su pareja (si existiera) a:* .....

*Pensamientos que presenta después de la relación:*

- Ninguno en especial       Satisfacción por cómo he respondido
- De disfrute con la pareja       Satisfacción por cómo ha respondido mi pareja
- Ideas de decepción       Insatisfacción
- Culpabilidad       Otros (especificar cuáles): .....

*Conductas que presenta después de la relación:*

- Me duermo       Voy al servicio
- Me voy       Terminamos abrazados
- Miro el móvil       Mantenemos una segunda relación
- Fumo       Otra: .....
- Hablamos (especificar los temas): .....

*Emociones que presenta después de la relación:*

- Agrado       Vergüenza
- Miedo       Sorpresa
- Asco       Enfado
- Tristeza       Otra (especificar): .....

*¿Se siente apoyada por su pareja en su problema sexual?*

- Sí     No     No presento problemas

*¿Apoya a su pareja en su problema sexual?*

- Sí     No     No presenta

*¿Le gustaría repetir la interacción sexual con su pareja?*

- Sí     No





## AUTORREGISTRO FUNCIONAL DE LA RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

(Cepteco, 2021)

Por favor, rellene los datos de este cuestionario, a la mayor brevedad posible, **después de cada ocasión** en la que mantenga relaciones sexuales. Puede señalar más de una alternativa en cada pregunta.

Nombre:.....Edad: .....

Fecha de la relación sexual:..... Hora de comienzo:.....Hora finalización: .....

*Realización:*

Con mi pareja habitual  Con otra pareja

*¿Cómo surge?:*

De forma espontánea  De forma programada

*Lugar de inicio:*

*Lugar de finalización:*

Cama

Cama

Sofá del salón

Sofá del salón

Cuarto de baño

Cuarto de baño

Otra estancia de la casa

Otra estancia de la casa

Coche

Coche

Aire libre

Aire libre

Otros (especificar) .....  Otros (especificar).....

*¿El lugar dónde está le genera sensación de intimidad?:*

Sí  No

### ANTES DE LA RELACIÓN SEXUAL:

*Uso de drogas:*

Tabaco  Alcohol  Otros tóxicos (especificar: cannabis, cocaína, heroína, ácido, anfetaminas...): .....

Tratamientos médicos específicos y dosis .....

Uso de geles, lubricantes, otros: .....

*Quién lleva la iniciativa para comenzar la relación sexual:*

Mi pareja  Yo  Ambos conjuntamente

### FASE DE DESEO:

*Inicialmente, ¿desea mantener una relación sexual?:*

Sí  No

*Si no tiene un deseo inicial, ¿lo presenta en algún momento?:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No tengo deseo en toda la relación | <input type="checkbox"/> Cuando mi pareja me estimula |
| <input type="checkbox"/> Cuando estimulo a mi pareja        | <input type="checkbox"/> Antes del orgasmo            |
| <input type="checkbox"/> Después del orgasmo                | <input type="checkbox"/> Al finalizar la relación     |

*Duración del juego previo:*

- 1 minuto     1-5 minutos     5-15 minutos     15-30 minutos     +30 minutos

*Pensamientos que presenta al inicio de la relación:*

- Deseos de disfrutar con la pareja     De preocupación por cómo va responder mi pareja
- Decepciones anteriores     Auto-observarme para ver cómo reacciona mi pene
- Preocupación por cómo voy a estar     Ninguno en especial
- Otros (especificar cuáles):.....

*Uso y tipo de fantasía al inicio de la relación:*

- Siendo observado     Con el cuerpo de mi pareja
- En otros lugares con mi pareja     Con otra/s pareja/s
- En otros lugares con otra/s pareja/s     Hacer un trío
- Ser obligado     Obligar a la pareja
- No uso ninguna fantasía sexual     Otros (especificar cuáles):.....
- .....

*¿Qué situaciones ambientales le generan un cambio en su deseo sexual?:*

Aumentan su deseo:.....

Disminuyen su deseo: .....

*¿Qué conductas hace su pareja que influyen en su deseo sexual?:*

Aumentan su deseo:.....

Disminuyen su deseo: .....

*¿Intenta evitar la relación sexual por miedo a la decepción de su respuesta sexual?:*

- Sí     No

*¿Intenta evitar la relación sexual por miedo a la decepción de la respuesta sexual de su pareja?:*

- Sí     No

*¿Termina en ese momento el intento de la relación sexual?:*

- Sí     No

**En caso afirmativo, ha terminado este autorregistro.**

---

**FASE DE EXCITACIÓN:**

*Uso de estímulos:*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Videos, fotos eróticas | <input type="checkbox"/> Vibrador          | <input type="checkbox"/> Geles y lubricantes |
| <input type="checkbox"/> Anillos constrictores  | <input type="checkbox"/> Aparatos de vacío | <input type="checkbox"/> Piercings           |
| <input type="checkbox"/> Perfumes y olores      | <input type="checkbox"/> Música            | <input type="checkbox"/> Ninguno             |

Otros (especificar cuáles):.....

*Grado de erección durante la estimulación (1 flacidez absoluta - 3 rigidez media - 5 erección completa):.....*

*Grado de erección durante el coito (1 flacidez absoluta - 3 rigidez media - 5 erección completa):.....*

*Grado de control eyaculatorio (1 eyacular antes del coito - 3 antes de que mi pareja consiguiera el orgasmo - 5 después de que mi pareja consiguiera el orgasmo): .....*

*Ángulo del pene durante la máxima erección (-90°, 90°, +90°):.....*

*Tipos de estimulación ejercida:*

- Caricias
- Besos y abrazos
- Autoestimulación
- Uso de vibradores o dildos
- Uso de esposas o sujeción
- Uso de geles y lubricantes
- Uso de comida, bebida
- Estimulación manual de senos
- Estimulación oral de senos
- Estimulación manual del clítoris y/o vagina
- Estimulación oral del clítoris y/o vagina
- Coito vaginal
- Coito anal
- Otras (especificar): .....

*Tipo de estimulación recibida:*

- Caricias
- Besos y abrazos
- Estimulación manual del pene
- Estimulación oral del pene
- Uso de vibradores
- Uso de esposas o sujeción
- Uso de geles y lubricantes
- Uso de aparatos de vacío
- Uso de anillos constrictores del pene
- Uso de comida, bebida
- Otras (especificar): .....

*¿Alguna conducta de las anteriores le molesta?:*

- No  Sí (¿cuál?): .....

*Métodos anticonceptivos utilizados:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                          | <input type="checkbox"/> Vasectomía o ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Preservativo masculino           | <input type="checkbox"/> Preservativo femenino            |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivo hormonal          | <input type="checkbox"/> Espermicida                      |
| <input type="checkbox"/> DIU                              | <input type="checkbox"/> Diafragma                        |
| <input type="checkbox"/> Ogino, temperatura, marcha atrás | <input type="checkbox"/> Otro (especificar):.....         |

*¿Le genera preocupación o molestia el uso de alguno de ellos?*

- No  Sí (¿cuál/cuáles?):.....

*Motivo:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dudas de su eficacia              | <input type="checkbox"/> Dolor o molestias físicas           |
| <input type="checkbox"/> Disminución del placer            | <input type="checkbox"/> Dudas en el uso del mismo           |
| <input type="checkbox"/> Presión de la pareja para usarlo  | <input type="checkbox"/> Presión de la pareja para no usarlo |
| <input type="checkbox"/> Dudas en la pareja de su eficacia | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): .....          |

*Alteraciones físicas molestas antes del coito (si se realiza):*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                              | <input type="checkbox"/> Taquicardia                       |
| <input type="checkbox"/> Transpiración, escalofríos o sofocos | <input type="checkbox"/> Náuseas o molestias estomacales   |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo                   | <input type="checkbox"/> Cefalea                           |
| <input type="checkbox"/> Mareo o desmayo                      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo        |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o nerviosismo               | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |

*Tipo de posturas realizadas durante el coito (si se realizan):*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cara a cara con mi pareja encima | <input type="checkbox"/> De lado con mi pareja delante     |
| <input type="checkbox"/> Cara a cara con mi pareja debajo | <input type="checkbox"/> De pie cara a cara                |
| <input type="checkbox"/> Cara a cara de lado              | <input type="checkbox"/> De pie con mi pareja de espaldas  |
| <input type="checkbox"/> Mi pareja de rodillas            | <input type="checkbox"/> Sentados cara a cara              |
| <input type="checkbox"/> Sentados con mi pareja delante   | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |

*¿Cuál fue la postura que le generó mayor placer? .....*

*¿Cuál fue la postura que le hizo conseguir mejor el orgasmo? .....*

*¿Cuál fue la postura que le generó mayor erección?.....*

*¿Cuál fue la postura que le hizo controlar mejor su eyaculación? .....*

*Grado de excitación sexual sin valorar el orgasmo (1 bajo – 3 medio – 5 alto):.....*

*Pensamientos que presenta durante la relación:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Satisfacción por cómo está respondiendo mi pareja               | <input type="checkbox"/> De preocupación por cómo está respondiendo mi pareja |
| <input type="checkbox"/> Satisfacción por cómo estoy respondiendo                        | <input type="checkbox"/> De preocupación por cómo estoy respondiendo          |
| <input type="checkbox"/> Auto-observarme para ver cómo está reaccionando mi zona genital | <input type="checkbox"/> Ideas de decepción                                   |
| <input type="checkbox"/> De disfrute con la pareja                                       | <input type="checkbox"/> Culpabilidad   |
| <input type="checkbox"/> Insatisfacción  | <input type="checkbox"/> Ninguno en especial                                  |
| <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones (especificar cuáles): .....                |   |

*Uso y tipo de fantasía durante la relación:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En otros lugares con la pareja     | <input type="checkbox"/> Con el cuerpo de mi pareja       |
| <input type="checkbox"/> En otros lugares con otras parejas | <input type="checkbox"/> Con otras parejas                |
| <input type="checkbox"/> Siendo observado                   | <input type="checkbox"/> Hacer un trío                    |
| <input type="checkbox"/> Ser obligado                       | <input type="checkbox"/> Obligar al otro                  |
| <input type="checkbox"/> No uso ninguna fantasía sexual     | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):..... |

*Alteraciones físicas durante el coito (si se realiza):*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                              | <input type="checkbox"/> Taquicardia                       |
| <input type="checkbox"/> Transpiración, escalofríos o sofocos | <input type="checkbox"/> Náuseas o molestias estomacales   |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo                   | <input type="checkbox"/> Cefalea                           |
| <input type="checkbox"/> Mareo o desmayo                      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo        |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o nerviosismo               | <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles): ..... |

*Conductas durante el coito (si se realiza):*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tocar o ser tocado por mi pareja | <input type="checkbox"/> Movimientos lentos                       |
| <input type="checkbox"/> Movimientos rápidos              | <input type="checkbox"/> Pasividad                                |
| <input type="checkbox"/> Conductas activas                | <input type="checkbox"/> Mi pareja estimula mi zona genital       |
| <input type="checkbox"/> Jadeos, gritos                   | <input type="checkbox"/> Tensión física (especificar dónde):..... |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar cuáles):..... |   |

*Eyacuación en el coito (si se realiza):*

- |  |  |                                      |                                      |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antes de la penetración | <input type="checkbox"/> -1 minuto     | <input type="checkbox"/> 1-3 minutos | <input type="checkbox"/> 3-5 minutos |
| <input type="checkbox"/> 5-10 minutos            | <input type="checkbox"/> 10-15 minutos | <input type="checkbox"/> +15 minutos | <input type="checkbox"/> No eyaculo  |

*Quejas de la compañera sobre la rapidez de penetración, la duración del coito o la falta de erección:*

- No  Sí (¿cuáles?):.....

¿Antes y durante el acto sexual piensa en otra cosa para distraerse de tener que eyacular rápidamente?:

No  Sí (¿en qué?).....

*Dificultades encontradas:*

- Ninguna  Pérdida de erección  
 Eyacuación más rápida de lo deseado  Falta de orgasmo  
 Dolor o molestia física  Otras (especificar cuáles): .....

*Reacción ante las dificultades:*

- No darle importancia  Detener la relación  
 Acabar más rápido la relación  Justificarme  
 Culpabilizar a mi pareja  Culpabilizarme  
 Enfadarme  Deprimirme  
 Evitar las siguientes relaciones  Reírme de ello  
 Otras (especificar cuáles):.....

### **FASE DE ORGASMO**

*Consigue el orgasmo:*

Sí  No  No lo sé

*¿Cuándo?:*

Antes del coito  Durante el coito  Después del coito

*¿Cómo lo consigue?:*

Con la penetración  Mediante estimulación de mi pareja  
 Por autoestimulación  Por otro método (¿cuál?): .....

*¿Presenta alguna dificultad?:*

- Ninguna  Falta de erección  
 Problemas en el control eyaculatorio  Dolor o molestia física  
 Falta de lubricación de mi pareja  Tardanza en conseguir el orgasmo mi pareja  
 Otras (especificar cuáles):.....

*Si no llega al orgasmo, ¿se siente insatisfecho con la interacción sexual?:*

Sí  No  Me es indiferente

*¿Fingió el orgasmo?:*

Sí  No

*Grado de placer del orgasmo (1 escaso – 3 medio - 5 intenso):.....*

*Grado de erección durante el orgasmo (1 escasa – 3 media - 5 rígida):.....*

*Su pareja llegó al orgasmo:*

Sí  No  No lo sé

*Si su pareja no llegó al orgasmo, ¿intenta que llegue por otros medios?:*

No  Sí (¿cuáles?):.....

*En el caso de que la primera relación no fuera satisfactoria, ¿intentó tener una segunda relación?*

Sí  No

*Consiguió el orgasmo en esta nueva ocasión:*

Sí  No  No lo sé

*Pensamientos o fantasías que le ayudan a conseguir el orgasmo: .....*

.....

*Pensamientos o fantasías que le dificultan conseguir el orgasmo:.....*

.....

**FASE DE SATISFACCIÓN:**

*Grado de placer de la relación sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción de su respuesta sexual (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción de la respuesta sexual de su pareja (1 bajo – 3 medio – 5 alto): ..*

*Grado de deseo final (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de satisfacción mutua (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Grado de comodidad en la relación (1 bajo – 3 medio – 5 alto): .....*

*Atribuye su problema sexual (si existiera) a:.....*

*Atribuye el problema de su pareja (si existiera) a: .....*

*Pensamientos que presenta después de la relación:*

Ninguno en especial  Satisfacción por cómo he respondido

De disfrute con la pareja  Satisfacción por cómo ha respondido mi pareja

Ideas de decepción  Insatisfacción

Culpabilidad  Otros (especificar cuáles): .....

.....

*Conductas que presenta después de la relación:*

Me duermo  Voy al servicio

Me voy  Terminamos abrazados

Miro el móvil  Mantenemos una segunda relación

Fumo  Otra: .....

Hablamos (especificar los temas): .....

.....

*Emociones que presenta después de la relación:*

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agrado   | <input type="checkbox"/> Vergüenza                 |
| <input type="checkbox"/> Miedo    | <input type="checkbox"/> Sorpresa                  |
| <input type="checkbox"/> Asco     | <input type="checkbox"/> Enfado                    |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Otra (especificar): ..... |

*¿Se siente apoyado por su pareja en su problema sexual?:*

- Sí  No  No presento problemas

*¿Apoya a su pareja en su problema sexual?:*

- Sí  No  No presenta

*¿Le gustaría repetir la interacción sexual con su pareja?:*

- Sí  No



**EAP+. ESCALA DE AJUSTE DE PAREJA: ASPECTOS POSITIVOS***(Cepteco, 2021)*

Nombre y Apellidos ..... Fecha: .....

Conteste detenidamente este cuestionario. Valore de 1 a 5 puntos cada ítem de las diferentes áreas según el grado de conocimiento y satisfacción que le genera la relación de pareja:

- 1: *Totalmente en desacuerdo.*
- 2: *En desacuerdo.*
- 3: *Ni de acuerdo ni en desacuerdo.*
- 4: *De acuerdo.*
- 5: *Totalmente de acuerdo.*

<b>ÁREA DE CONOCIMIENTO MUTUO</b>	
1. Conozco la mayoría de las amistades de mi pareja	
2. Mi pareja conoce lo que me preocupa y me hace sufrir	
3. Conozco los sueños, aspiraciones y planes de futuro de mi pareja	
4. Mi pareja conoce la mayoría de mis amistades	
5. Mi pareja conoce los aspectos más importantes de mi pasado	
6. Conozco lo que a mi pareja le preocupa y le hace sufrir	
7. Mi pareja conoce mis esperanzas, sueños y aspiraciones	
8. Conozco los aspectos más importantes del pasado de mi pareja	
<b>Total</b>	/8 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE AFECTO</b>	
9. Estoy orgulloso/a de mi pareja	
10. Cuando estamos separados, pienso con cariño en mi pareja	
11. Puedo nombrar muchas cosas que admiro en mi pareja	
12. Mi pareja es mi cómplice y un buen amigo/a	
13. Disfruto compartiendo algunas aficiones con mi pareja	
14. Generalmente tengo algo agradable que comentar a mi pareja	
15. Confío plenamente en mi pareja	
<b>Total</b>	/7 <input type="text"/>

<b>ÁREA SEXUAL</b>		
16. Mi pareja me excita		
17. Nuestra vida sexual es bastante divertida y pasional		
18. Somos compatibles y nos entendemos bien sexualmente		
19. Me siento satisfecho/a de mi vida sexual		
20. Soy fiel en mi relación		
21. Sé cómo excitar a mi pareja		
22. La hora de acostarse es un buen momento para sentirnos cerca el uno del otro		
<b>Total</b>		/7 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE COMUNICACIÓN</b>		
23. Si tengo problemas los hablo con mi pareja		
24. Expreso a mi pareja lo que me gusta o molesta de él/ella		
25. Me siento escuchado/a por mi pareja		
26. Mi pareja y yo discrepamos de forma calmada		
27. Nuestras peleas son suaves y poco intensas		
28. Nuestras discusiones no suelen terminan de manera negativa		
29. Hay temas de los que no hablamos para evitar molestar al otro		
30. Generalmente intentamos razonar y escucharnos a pesar de que la discusión sea muy fuerte		
<b>Total</b>		/8 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE ACEPTACIÓN DE LA INFLUENCIA</b>		
31. Suelo tener en cuenta las ideas o sugerencias de mi pareja		
32. Mi pareja tiene formas de pensar y actuar razonables		
33. Siento que tengo voz y voto cuando tomamos una decisión		
34. Suelo respetar, aunque no esté de acuerdo, las opiniones de mi pareja		
35. Mi pareja es una gran ayuda a la hora de resolver problemas		
36. Por lo general aprendo de mi pareja cuando disentimos		
37. Nos expresamos con respeto en nuestras discusiones		
<b>Total</b>		/7 <input type="text"/>

<b>ÁREA DE EQUILIBRIO</b>	
38. Mi pareja me halaga de forma habitual	
39. Mi pareja es una persona optimista	
40. Estamos bien en el aspecto económico	
41. La relación con las familias no afecta a nuestra relación	
42. Entre nosotros existe tranquilidad y sosiego	
43. Solemos tener también tiempo de ocio por separado	
44. Mi pareja me demuestra que le gusta mi forma de ser	
<b>Total</b>	
<b>ÁREA DE DESAGRAVIOS</b>	
45. Soy capaz de admitir a mi pareja que me he equivocado	
46. Mi pareja suele aceptar mis disculpas cuando me equivoco	
47. Cuando estamos enfadados, mis intentos de romper el hielo suelen ser efectivos	
48. Acepto de buen grado las disculpas de mi pareja	
49. Usamos el sentido del humor o el cariño para intentar que nuestra pareja supere un enfado	
50. Si una discusión se nos va de las manos sabemos parar o comenzar de nuevo	
51. Podemos hablar de forma abierta de los grandes desacuerdos existentes entre nosotros	
52. Mi pareja sabe cómo actuar cuando me altero o angustio	
53. Podemos resolver la mayoría de conflictos que tenemos entre nosotros	
<b>Total</b>	
<b>ÁREA DE TRASCENDENCIA</b>	
54. Disfruto de las vacaciones y viajes junto a mi pareja	
55. Tengo la misma opinión que mi pareja sobre la importancia de la familia	
56. Las reuniones familiares (cumpleaños, aniversarios) son muy especiales para mi	
57. Valoramos de la misma forma las relaciones con las familias	

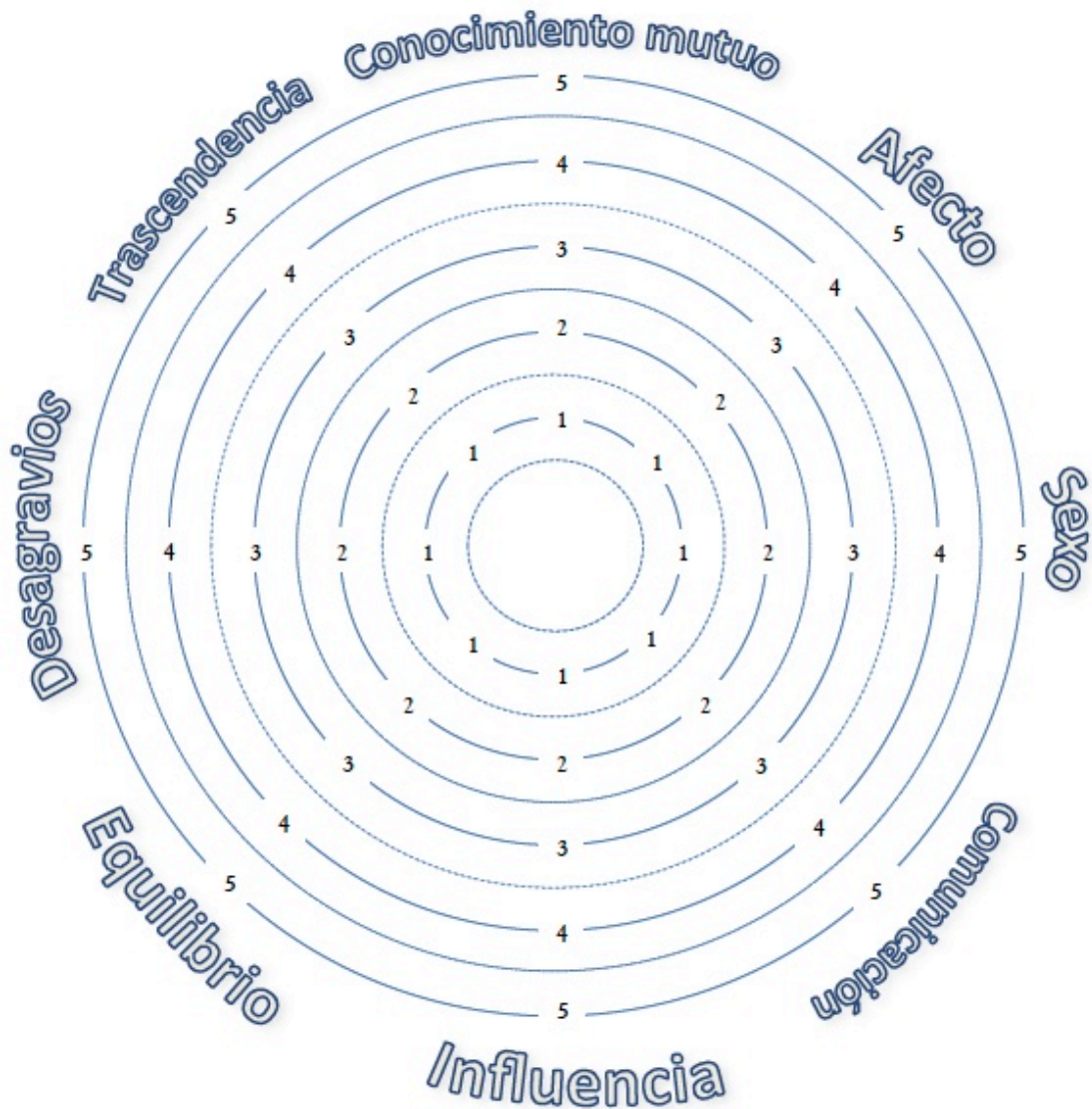
/7

/9

58. Compartimos muchos objetivos en nuestra relación de pareja y nos apoyamos		
59. Cuando me pongo enfermo me siento cuidado y querido por el otro		
60. Al final de un duro día de trabajo con ver a mi pareja me siento mejor		
61. Tenemos visiones similares sobre el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar		
62. Compartimos objetivos en nuestra vida juntos		
63. Cuando hacemos algún recado juntos solemos pasarlo bien		
<b>Total</b>		/10 <input type="text"/>
<b>ÁREA EDUCATIVA (rellenar sólo si educa a hijos)</b>		
64. Apoyo a mi pareja cuando castiga a los hijos		
65. Me agrada la forma de educar de mi pareja		
66. Mi pareja apoya la forma de educar que tengo		
67. Mi pareja respeta los castigos que impongo a los hijos		
68. Cuando tenemos divergencias en la educación solemos discutirlos pausadamente		
69. Nuestros hijos nos quieren y respetan		
<b>Total</b>		/6 <input type="text"/>

## GRÁFICO EAP+. ESCALA DE AJUSTE DE PAREJA: ASPECTOS POSITIVOS

- 1: Grave deterioro en la relación
- 2: Importante deterioro en la relación
- 3: Adecuada relación
- 4: Buena relación
- 5: Excelente relación





**EAP-. ESCALA DE AJUSTE DE PAREJA: ASPECTOS NEGATIVOS***(Cepteco, 2021)*

Nombre y Apellidos ..... Fecha: .....

Conteste detenidamente este cuestionario. Valore de 1 a 5 puntos cada ítem de las diferentes áreas según la frecuencia que se suele dar en su relación de pareja:

1: *Nada frecuente.*2: *Algo frecuente.*3: *Frecuente.*4: *Bastante frecuente.*5: *Muy frecuente.*

<b>ÁREA DE ESTRATEGIAS COERCITIVAS</b>		
1. Mi pareja me amenaza si no hago lo que él/ella quiere		
2. Hago cosas que no me gustan sólo porque lo quiere mi pareja		
3. Vivo con miedo a que a mi pareja no le guste algo de lo que haga		
4. El entorno cercano de mi pareja me presiona para complacerle/la		
5. Las reacciones de mi pareja son impredecibles		
<b>Total</b>		/5 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE ESTRATEGIAS EMOCIONALES</b>		
6. Los insultos y gritos son habituales en nuestra relación de pareja		
7. Mi pareja suele avergonzarme o ridiculizarme en público		
8. Mi familia, amigos o hijos son usados para hacerme daño		
9. Las minusvaloraciones y las faltas de respeto son normales en nuestra relación		
10. Mi pareja me manipula para hacerme sentir mal		
11. Mi pareja suele culpabilizarme ante una dificultad		
12. Me siento despreciada y no valorada por mi pareja		
13. Mi pareja suele hablar mal de mí a otras personas		
<b>Total</b>		/8 <input type="text"/>

<b>ÁREA DE ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</b>		
14. Mi pareja se hace el tonto o se excusa de ser torpe cuando tiene que hacer algo que no le gusta		
15. Mi pareja se hace la víctima para evitar hacer algo		
16. Mi pareja se excusa en que yo lo hago mejor para no hacer algo que le corresponde		
17. Mi pareja suele decir una cosa y hacer otra		
18. Mi pareja me desanima a hacer algo que me gusta poniendo excusas		
<b>Total</b>		/5 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE EVASIVIDAD Y ENGAÑO</b>		
19. Para evitar discusiones, mi pareja suele ocultarme cosas		
20. Después de una discusión, a veces pasamos horas o días sin hablarnos		
21. Mi pareja no suele cumplir sus promesas		
22. Mi pareja suele justificarse o quitarle importancia cuando creo que ha cometido un error		
23. Mi pareja miente o niega lo evidente cuando hablamos de algo que ha hecho		
<b>Total</b>		/5 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE VIOLENCIA</b>		
24. Durante las discusiones mi pareja pierde los estribos y reacciona agresivamente		
25. Se producen golpes, agresiones o destrucción de objetos durante nuestras discusiones		
26. Las discusiones desagradables suelen desembocar en violencia		
27. La violencia y las agresiones físicas son un recurso más en nuestra relación		
28. Nuestras discusiones parecen surgir de la nada		
29. Solemos terminar nuestras discusiones enfadados o sin hablarnos		
30. Nuestras discusiones suelen dejar marcas o señales en el cuerpo		
31. Mi pareja me agrede físicamente cuando se enfada		
<b>Total</b>		/8 <input type="text"/>



<b>ÁREA DE CONTROL</b>	
32. Mi pareja me mira el móvil o las cuentas de correo sin mi permiso	
33. Mi pareja necesita tenerme constantemente localizado/a	
34. Mi pareja siempre tiene que saber con quién estoy y lo que estoy haciendo	
35. A mi pareja le molesta que salga a solas con mis amigos/as	
36. Mi pareja no confía en mí y teme que le engañe con otro/a	
37. A mi pareja no le gusta que hable tanto con mi familia	
38. Mi pareja no me consulta para tomar decisiones	
39. Recibo constantemente comentarios de desprecio hacia mi forma de ser o de vestir	
40. Existen frecuentes discusiones por los gastos	
41. A mi pareja le molesta que trabaje o que busque un trabajo	
42. Mi pareja controla mis gastos	
43. He perdido mucho contacto con mi familia y amigos desde que estamos juntos	
<b>Total</b>	/12 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE AGOBIO</b>	
44. Me cuesta mucho calmarme después de una discusión	
45. Me cuesta pensar con claridad durante nuestras discusiones	
46. Después de una discusión quiero mantener las distancias	
47. Cuando mi pareja se queja me siento atacado/a	
48. Me altero mucho durante nuestras discusiones	
49. Siento molestias físicas al pensar en mi pareja	
50. Me siento inquieto/a cuando estamos solos en la misma estancia de la casa	
<b>Total</b>	/7 <input type="text"/>
<b>ÁREA SEXUAL</b>	
51. Apenas disfruto en las relaciones sexuales con mi pareja	
52. Mi pareja me obliga a realizar actos sexuales que no deseo hacer	
53. El sexo con mi pareja se ha convertido en algo desagradable	

54. Hace tiempo que no mantenemos relaciones sexuales		
55. El sexo ha dejado de ser algo placentero y excitante		
56. Creo que en el futuro me será muy difícil disfrutar del sexo con mi pareja		
<b>Total</b>		/6 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE SALUD</b>		
57. Me cuesta mucho dormir o tomo medicación por mis problemas de pareja		
58. Mi salud ha empeorado mucho desde que estoy con mi pareja		
59. Hago uso de alcohol u otras drogas si quiero evadirme de mis problemas con mi pareja		
60. Me cuesta concentrarme por los problemas con mi pareja		
61. Me siento triste y alicaído/a desde que empezaron nuestros problemas		
<b>Total</b>		/5 <input type="text"/>
<b>ÁREA DE RECUERDOS</b>		
62. Me cuesta recordar cosas positivas de mi relación de pareja		
63. Mi pareja no pide perdón cuando se equivoca		
64. Cada uno hace su vida por su cuenta		
65. Me siento muy distanciado/a de mi pareja		
66. Mi pareja no acepta mis disculpas cuando le pido perdón		
<b>Total</b>		/5 <input type="text"/>

**GRÁFICO EAP-. ESCALA DE AJUSTE DE PAREJA: ASPECTOS NEGATIVOS**

- 1: *Muy bajo conflicto en la relación*
- 2: *Escaso conflicto en la relación*
- 3: *Moderado conflicto en la relación*
- 4: *Importante conflicto en la relación*
- 5: *Grave conflicto en la relación*

