



Questionario de Función Sexual de la Mujer: FSM-2

Iniciales: _____ Edad: _____ años

-Este cuestionario evalúa la **actividad sexual realizada en pareja**, que puede ser mediante caricias, juegos sexuales, masturbación o relaciones sexuales con penetración.

-Las preguntas se refieren a las **últimas 4 semanas**. Lea las respuestas posibles y marque una.

1. SU INTERÉS O DESEO DE REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL HA SIDO:
 - Muy bajo o nulo (1)*
 - Bajo (2)*
 - Normal (3)*
 - Alto o muy alto (4)*
2. DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO ¿HA SENTIDO EXCITACIÓN SEXUAL? Por ejemplo, sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.
 - Nunca o casi nunca (1)*
 - Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)*
 - La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)*
 - Casi siempre - Siempre (4)*
 - No ha habido actividad sexual (0)*
3. CUANDO SE SINTIÓ EXCITADA SEXUALMENTE ¿NOTÓ SUFICIENTE HUMEDAD Y/O LUBRICACIÓN VAGINAL?
 - Nunca o casi nunca (1)*
 - Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)*
 - La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)*
 - Casi siempre - Siempre (4)*
 - No ha habido actividad sexual (0)*
4. DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO EN VAGINA Y/O ZONA GENITAL ¿HA SENTIDO DOLOR?
 - Casi siempre-siempre (1)*
 - La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (2)*
 - Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (3)*
 - Nunca o casi nunca (4)*
 - No ha habido actividad sexual (0)*
5. DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, LA PENETRACIÓN VAGINAL (DEL PENE, DEDO, OBJETO...) ¿PODÍA REALIZARSE CON FACILIDAD?
 - Casi siempre-siempre (4)*
 - La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)*
 - Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)*
 - Nunca o casi nunca (1). Si eligió esta opción señale las causas (una o más):*
 - a) *Sentir dolor*
 - b) *Miedo a la penetración*
 - c) *Falta de interés para la penetración*
 - d) *Incapacidad para la penetración por parte de la pareja*
 - e) *Otras causas (indicar) _____*
 - No ha habido actividad sexual (0)*
6. ¿HA NOTADO RETRASO O DIFICULTAD PARA ALCANZAR EL ORGASMO, CUANDO MANTUVO ACTIVIDAD SEXUAL, CON O SIN PENETRACIÓN?
 - Casi siempre-siempre (1)*
 - La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (2)*
 - Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (3)*
 - Nunca o casi nunca (4)*
 - No ha habido actividad sexual (0)*

7. ¿HA SENTIDO INQUIETUD O MIEDO ANTE LA IDEA O POSIBILIDAD DE TENER ACTIVIDAD SEXUAL?
- Mucha (1)*
 - Bastante (2)*
 - Algo (3)*
 - Nada (4)*
8. ¿CUANTAS VECES HA SIDO USTED QUIEN HA DADO LOS PASOS INICIALES PARA PROVOCAR UN ENCUENTRO SEXUAL?
- Nunca o casi nunca (1)*
 - Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)*
 - La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)*
 - Casi siempre - Siempre (4)*
9. ¿SE HA SENTIDO CONFIADA PARA COMUNICAR A SU PAREJA LO QUE LE GUSTA O DESAGRADA EN SUS ENCUENTROS SEXUALES?
- Nunca o casi nunca (1)*
 - Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)*
 - La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)*
 - Casi siempre – Siempre (4)*
10. ¿CUANTAS VECES HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTAS 4 SEMANAS?
- 1-4 veces (1)*
 - De 5 a 8 veces (2)*
 - De 9 a 12 veces (3)*
 - Más de 12 veces (4)*
 - No ha habido actividad sexual (0). Si eligió esta respuesta indique el motivo (una o más respuestas):*
 - a) Falta de deseo o interés*
 - b) Inseguridad o miedo a no responder sexualmente de manera adecuada*
 - c) Dolor o molestias durante la actividad sexual*
 - d) Problemas sexuales de la pareja*
 - e) Otros motivos (describir): _____*
11. DURANTE ESTAS 4 SEMANAS SU NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL HA SIDO
- Muy bajo o nulo (1)*
 - Bajo (2)*
 - Normal (3)*
 - Alto o muy alto (4)*
12. ¿LE HA SUCEDIDO ALGÚN ACONTECIMIENTO EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS QUE HAYA PODIDO INFLUIR EN SU VIDA SEXUAL?:
- SÍ*
 - NO*

Si ha respondido SÍ, descríballo brevemente: _____

¿Cuánto cree que ha influido dicho acontecimiento en su vida sexual?:

- Mucho*
- Algo*
- Nada*

Sánchez-Sánchez F, Ferrer-Casanova C, Ponce-Buj B, Sipán-Sarrión Y, Jurado-López AR, San Martín-Blanco C, Tijeras-Úbeda MJ, Ferrández Infante A. Diseño y validación de la segunda del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2 Semergen. 2020; 46(5):324-30. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.01.004>

Para saber cómo utilizar este cuestionario, es recomendable descargar el libro:
“Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2. Instrucciones de uso”.
 Visite <https://www.cuestionariosdesalud.com/> , sección “MIS LIBROS”