
HISTORIA SEXUAL MASCULINA

Documento de valoración para la comprensión
integral de la sexualidad masculina.

Identificación del usuario

DNI

Usuario

Edad

Estado civil

Describe como recuerdas tu educación sexual

¿Quién te habla acerca de sexualidad por primera vez?

¿Cuáles fueron tus fuentes de información sexual?

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐Padre
Madre
Padre y madre
Amistades
Docentes
Universidad☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐Cursos y charlas
Libros
Revistas
Películas tradicionales
Películas eróticas
Películas pornográficas

¿Tu familia hablaba cuestiones referentes a la sexualidad?

Sí ☐ No ☐

¿Puedes hablar de temas de sexualidad con ellos?

Sí ☐ No ☐

¿Tus padres mostraban afecto en público?

Sí ☐ No ☐

De qué forma

¿Alguna vez te has estimulado con el fin de tener placer erótico (masturbación)?

Sí ☐ No ☐

¿A qué edad iniciaste la estimulación en busca de placer erótico (masturbación)?

¿Fueron experiencias satisfactorias?

Sí

☐

No

☐

¿Con cuánta frecuencia la practicabas (la masturbación)?

Explícame como fue evolucionando la frecuencia de practicar la masturbación, con forme fue aumentando su edad

¿En la actualidad te masturbas?

Sí

☐

No

☐

¿Con qué frecuencia te masturbas en la actualidad?

¿Tuviste algún problema o experiencia desagradable con la masturbación?

Sí

☐

No

☐

¿Te sientes culpable cuando te masturbas?

Sí

☐

No

☐

¿Has usado fantasías durante la masturbación?

Sí

☐

No

☐

¿Actualmente usas fantasías durante la masturbación?

Sí

☐

No

☐

¿En tu vida general usas las fantasías a diario?

Sí

☐

No

☐

¿Lees libros eróticos?

Sí

☐

No

☐

¿Observas fotos eróticas?

Sí

☐

No

☐

¿Observas películas eróticas?

Sí ☐ No ☐

¿Con qué frecuencia consultas este tipo de material?

Libros eróticos _____

Fotos eróticas _____

Películas eróticas _____

Describe tus primeras experiencias eróticas (besos, caricias, toqueteos, contactos genitales), además como las viviste

Describe la primera vez como fue que viviste:

Besos	Abrazos

Masturbación	Orgasmos

Primera relación coital

Edad

Tipo de práctica

Sitio

Con qué frecuencia lleva a cabo:

Dar besos

Dar abrazos

Producir orgasmos

Tener relaciones
coitales

Cuáles practicas
coitales te gustan más

En qué sitio te gusta
más practicar el coito

Evolución posterior a la primera vez de:

Dar besos	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado
Dar abrazos	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado
Masturbarse	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado
Vivenciar orgasmos	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado
Relaciones coitales	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado

Actualmente como es la evolución de estas prácticas

Dar besos	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado
Dar abrazos	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado
Masturbarse	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado
Vivenciar orgasmos	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado
Relaciones coitales	☐	Disminuido	☐	Mantenido	☐	Aumentado

¿Está en pareja actualmente?
HISTORIA SENTIMENTAL

Sí ☐ No ☐

¿Ha tenido amores no correspondidos?

¿Ha tenido relaciones amorosas?

¿Ha tenido relaciones amorosas con ruptura?

Relaciones eróticas con la pareja

¿Cuándo se inician las relaciones eróticas con la pareja?

¿Cómo ha sido la evolución de las relaciones eróticas con la pareja?

¿Comparte caricias con su pareja?

¿Comparte contactos genitales con su pareja?

¿Comparte relaciones coitales con su pareja?

¿Cómo ha sido sus relaciones eróticas durante el noviazgo?

Con su pareja actual: (responda de acuerdo con lo que ha realizado en pareja)

¿Se tocan y acarician mucho?

Sí ☐ No ☐¿Se tocan y acarician bastante – *por el cuerpo* –, sin usarlo siempre como preliminares de un contacto genital/coital?Sí ☐ No ☐

¿Disfrutan esas caricias?

Sí ☐ No ☐

¿No se dan estas caricias, pero a uno de los dos o a ambos les gustaría que estuvieran?

Sí ☐ No ☐
Él ☐ Ella ☐

¿A quién le gustaría que estuvieran?

¿De qué manera? _____

¿Cómo son esas caricias?

_____¿Cuándo se dan esas caricias?

_____¿Ha cambiado la forma y frecuencia de las caricias desde el inicio de la relación?

¿Siente uno de los dos enfado o molestia si ve que el otro le acaricia siempre para buscar un contacto genital?

Sí ☐ No ☐

¿Alguno de los dos evita las caricias por evitar un posterior contacto genital?

Sí ☐ No ☐

¿Los contactos genitales han variado con respecto a los del inicio de la relación?

Sí ☐ No ☐

Cómo son los contactos genitales, de los siguientes tipos:

Coito		Masturbación	
Sexo oral			

¿Disfruta el contacto genital tipo coito?

Sí ☐ No ☐

¿Disfruta el contacto genital tipo masturbación?

Sí ☐ No ☐

¿Disfruta el contacto genital tipo sexo oral?

Sí ☐ No ☐

¿Tiene orgasmos en el contacto genital tipo coito?

Sí ☐ No ☐

¿Tiene orgasmos en el contacto genital tipo masturbación?

Sí ☐ No ☐

¿Tiene orgasmos en el contacto genital tipo sexo oral?

Sí ☐ No ☐

¿Vive bien el contacto genital tipo coito?

Sí ☐ No ☐

¿Vive bien el contacto genital tipo masturbación?

Sí ☐ No ☐

¿Vive bien el contacto genital tipo sexo oral?

Sí ☐ No ☐

¿Siguen siempre la misma pauta para los contactos genitales o la varía?

La seguimos ☐ La variamos ☐

¿Le gusta seguir la misma pauta para los contactos genitales?

Sí ☐ No ☐

¿Le gusta variar la pauta para los contactos genitales?

Sí ☐ No ☐

¿Acude al encuentro sexual como quien acude a un deber, o a un trabajo?

Sí ☐ No ☐

Si no le apetece el encuentro erótico, ¿cómo lo manifiesta?

¿Suele enfadarse la otra persona ante la negativa de la pareja a tener contacto erótico?

Describeme las situaciones donde su pareja se ha disgustado ante la negativa de tener contacto erótico

¿Se siente presionado a tener contactos genitales o coitales?

Sí ☐ No ☐

CLIMA GENERAL DE LA PAREJA

¿Cómo son los **contactos** entre ustedes?

¿Cómo es la **intimidad** entre ustedes?

¿Cómo es la **cercanía** entre ustedes?

¿Cómo es la **atención mutua** entre ustedes?

¿Cómo son las **caricas** entre ustedes?

¿Cómo es la **confianza** entre ustedes?

¿Se ven a lo largo del día?

Sí ☐ No ☐

¿Tienen tiempo para hablar de sus situaciones, actividades, deseos, vivencias cotidianas, pensamientos, proyectos; o están cada uno en sus actividades?

Sí ☐ No ☐

¿Se comunican?

Sí ☐ No ☐

¿Hay distancia entre ustedes, o se sienten cercanos?

Distancia entre nosotros
Nos sentimos cercanos

Sí ☐ No ☐
Sí ☐ No ☐

¿Hay contactos físicos a lo largo del día?

Sí ☐ No ☐

¿Tienen momentos de pareja?

Sí ☐ No ☐

¿Se siente emocionalmente cercanos o lejanos en su vida diaria?

Cercanos

Sí ☐ No ☐

Lejanos

Sí ☐ No ☐

¿Qué momentos o tiempos tienen para hacer vida de pareja (a solas, sin hijos, sin actividades planificadas, y descansados)?

☐ A diario

☐ Fin de semana

☐ Momentos del fin de semana

¿Son los contactos eróticos más frecuentes en esos momentos?

Sí ☐ No ☐

¿Se dan los contactos eróticos exclusivamente en esos momentos?

Sí ☐ No ☐

¿Varían los contactos eróticos cuando varían estos momentos -cuando hay más momentos de pareja- tienen más contactos?

Sí ☐ No ☐

HISTORIA DE LAS RELACIONES COITALES O GENITALES

¿Cómo eran las relaciones genitales o coitales **al principio**?

Genitales

Coitales

¿Cómo son las relaciones genitales o coitales **ahora**?

Genitales

Coitales

Acerca de las **relaciones coitales y genitales actuales**, indíqueme:

Lugar preferido

Horario preferido

Iniciativa preferida

Actitud preferida

De las relaciones coitales y genitales actuales, ¿cuál es su motivo para realizarlas?

☐ Deseo propio ☐ Deseo del otro ☐ Por costumbre ☐ Por obligación

Frecuencia de las relaciones coitales y genitales al principio de la relación

☐ Ninguna ☐ Pocas ☐ Suficientes ☐ Muchas ☐ Demasiadas

Frecuencia de las relaciones coitales y genitales antes del problema

☐ Ninguna ☐ Pocas ☐ Suficientes ☐ Muchas ☐ Demasiadas

Frecuencia de las relaciones coitales y genitales actualmente

☐ Ninguna ☐ Pocas ☐ Suficientes ☐ Muchas ☐ Demasiadas

Frecuencia de los contactos genitales que vos desees

☐ Ninguno ☐ Pocos ☐ Suficientes ☐ Muchos ☐ Demasiados

Frecuencia de los contactos **no** genitales que vos desees

☐ Ninguno
 ☐ Pocos
 ☐ Suficientes
 ☐ Muchos
 ☐ Demasiados

¿Tiene orgasmos durante la relación íntima?

☐ Sólo usted

☐ Ambos

¿Cuál es la duración total del encuentro en minutos?

¿Cuál es la duración total de las caricias antes del contacto genital en minutos?

FANTASIAS DURANTE LA RELACIÓN

¿Cuáles son sus fantasías durante la relación?

Cómo es la comunicación durante la relación:

Afectiva	Verbal	Informativa

No verbal - Afectiva	Informativa

--	--

¿Hablan frecuentemente de lo que le gusta a nivel de caricias, de contacto genital?

Sí ☐ No ☐

¿Cómo conoce los gustos de su pareja actual?

¿Le ha dicho su pareja actual cuáles son sus gustos?

Sí ☐ No ☐

¿Disfruta su pareja durante las relaciones coitales o genitales?

Sí ☐ No ☐

Valora en una escala del 1 al 10, donde 10 es el valor más alto, el grado de atracción por su pareja

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

El grado de atracción anterior, ¿ha cambiado desde el inicio de la relación?

Sí ☐ No ☐

¿Cuáles son los **olores corporales** que le gustan?

¿Cuáles son los **perfumes** que le gustan?

¿Cuál es el tipo de voz que le gusta oír?

¿Cuáles son las palabras durante las relaciones sexuales que le gusta escuchar?

¿Eres sensible al tacto de las caricias?

Sí ☐ No ☐

¿Dónde eres sensible a las caricias?

¿Cuáles son sus zonas más sensibles?

¿Tienes habilidad con las manos (ser una persona delicada y tierna al tocar)?

Sí ☐ No ☐

¿Su pareja es habilidosa con sus manos (es una persona delicada y tierna al tocar)?

Sí ☐ No ☐

¿Cómo es su estilo de vida?

Frecuencia con la que presenta cansancio

☐ Nunca ☐ Poco ☐ A veces ☐ Mucho ☐ Demasiado

Frecuencia con la que presenta estrés

☐ Nunca ☐ Poco ☐ A veces ☐ Mucho ☐ Demasiado

Cuanto estrés posee actualmente

☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Regular ☐ Mucho ☐ Demasiado

Cuanto tiempo libre dispone

☐ Ninguno ☐ Poco ☐ + / - ☐ Mucho ☐ Demasiado

¿Cuándo tiene tiempo libre?

¿Cómo organiza su vida cotidiana?

¿Cuáles son sus posiciones sexuales preferidas durante el coito?

☐ Misionero clásico	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Misionero con piernas elevadas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Misionero con apoyo de almohada pélvica	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Misionero lateralizado	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla

☐ Persona receptiva encima	☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente ☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Persona receptiva encima con movimiento lento	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Persona receptiva encima de espaldas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Persona insertiva encima	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de cuchara	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Cuchara con piernas flexionadas

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ Cuchara con una pierna elevada

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ De lado, cara a cara

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ Sentados cara a cara

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ Sentados con piernas entrelazadas

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ Sentados sobre silla	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Sentados al borde de la cama	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ De pie, cara a cara	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ De pie con apoyo en pared	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ De pie con apoyo en mueble estable	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Desde atrás con apoyo de manos y rodillas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Desde atrás con apoyo de antebrazos	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Desde atrás con apoyo en almohadas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Desde atrás en posición lateral	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición inclinada hacia adelante	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Posición de piernas cerradas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de piernas abiertas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con una pierna elevada	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con ambas piernas elevadas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de abrazo íntimo	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Posición de contacto corporal completo	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de estimulación externa sin penetración	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de caricias genitales mutuas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de masturbación compartida	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición oral receptiva	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Posición oral activa	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición oral mutua	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con uso de lubricante	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con pausas sexológicas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con control respiratorio	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Posición adaptada por dolor, movilidad o condición de salud

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

Incluyo estas otras que realizo, pero no están en el listado facilitado:

¿Cuáles son las posiciones sexuales preferidas de su pareja durante el coito?

☐ Misionero clásico	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Misionero con piernas elevadas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Misionero con apoyo de almohada pélvica	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Misionero lateralizado	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla

☐ Persona receptiva encima	☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente ☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Persona receptiva encima con movimiento lento	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Persona receptiva encima de espaldas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Persona insertiva encima	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de cuchara	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Cuchara con piernas flexionadas

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ Cuchara con una pierna elevada

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ De lado, cara a cara

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ Sentados cara a cara

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ Sentados con piernas entrelazadas

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

☐ Sentados sobre silla	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Sentados al borde de la cama	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ De pie, cara a cara	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ De pie con apoyo en pared	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ De pie con apoyo en mueble estable	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Desde atrás con apoyo de manos y rodillas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Desde atrás con apoyo de antebrazos	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Desde atrás con apoyo en almohadas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Desde atrás en posición lateral	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición inclinada hacia adelante	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Posición de piernas cerradas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de piernas abiertas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con una pierna elevada	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con ambas piernas elevadas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de abrazo íntimo	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Posición de contacto corporal completo	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de estimulación externa sin penetración	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de caricias genitales mutuas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición de masturbación compartida	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición oral receptiva	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Posición oral activa	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición oral mutua	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con uso de lubricante	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con pausas sexológicas	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente
☐ Posición con control respiratorio	☐ La he practicado ☐ Me resulta cómoda ☐ Me genera dolor o molestia ☐ Me genera ansiedad o inseguridad ☐ Deseo explorarla ☐ Prefiero evitarla ☐ Requiere adaptación física ☐ No aplica actualmente

☐ Posición adaptada por dolor, movilidad o condición de salud

- ☐ La he practicado
- ☐ Me resulta cómoda
- ☐ Me genera dolor o molestia
- ☐ Me genera ansiedad o inseguridad
- ☐ Deseo explorarla
- ☐ Prefiero evitarla
- ☐ Requiere adaptación física
- ☐ No aplica actualmente

Incluyo estas otras que son preferidas de mi pareja pero no están incluidas en el listado anterior.

¿Practica la masturbación compartida con su pareja? Sí ☐ No ☐

¿Practica caricias buco-genitales con su pareja? Sí ☐ No ☐

¿Practica sexo oral con su pareja? Sí ☐ No ☐

¿Practica las caricias por todo el cuerpo con su pareja? Sí ☐ No ☐

¿Cuáles zonas acaricias preferentemente?

¿Cuáles zonas le acaricia su pareja a usted?

¿Practica la masturbación individual? Sí ☐ No ☐

Frecuencia con la que se masturba

☐ Nunca ☐ Poco ☐ A veces ☐ Mucho ☐ Demasiado

¿Cuál es la duración total al masturbarse en minutos? _____

¿Usa películas al masturbarse? Sí ☐ No ☐

¿Lee relatos eróticos al masturbarse? Sí ☐ No ☐

¿Piensa en fantasías al masturbarse?

Sí ☐ No ☐

¿Usa imágenes eróticas al masturbarse?

Sí ☐ No ☐

¿Prefiere usar imágenes porno al masturbarse?

Sí ☐ No ☐

¿Usa juguetes masturbadores de glande al masturbarse?

Sí ☐ No ☐

¿Usa juguetes anales al masturbarse?

Sí ☐ No ☐

¿Se masturba cuando tiene poco tiempo disponible?

Sí ☐ No ☐

¿Se masturba escuchando audios eróticos?

Sí ☐ No ☐

¿Se masturba escuchando gemidos?

Sí ☐ No ☐

¿Cómo se masturba (lugar, horario, como lo realiza)?

¿Cuáles métodos anticonceptivos usas?

¿Mantiene relaciones extra-pareja?

Sí ☐ No ☐

¿Cuál es el tipo de relación extra-pareja que tiene?

Frecuencia de las relaciones extra-pareja

☐ Nunca ☐ Poca ☐ A veces ☐ Mucha ☐ Demasiada

¿Ha tenido alguna experiencia traumática en relación con la sexualidad?

Sí ☐ No ☐

¿Ha hecho algún intento de resolver el problema?

Sí ☐ No ☐

¿Qué tipo de intentos?

¿Con qué resultados estos intentos?

¿Ha asistido alguna terapia, atención o apoyo anterior?

Sí ☐ No ☐

¿En cuáles casos ha asistido a terapias, atenciones o apoyos anteriores?

¿Cómo ha sido el transcurso de las terapias, atenciones o apoyos anteriores?

¿Cuáles han sido los resultados de las terapias, atenciones o apoyos anteriores?

¿Qué piensa que ha fallado en las terapias, atenciones o apoyos anteriores?

¿Ha habido ocasiones en las que el problema ha mejorado o ha empeorado?

Sí ☐ No ☐

¿En qué ocasiones ha mejorado?

¿En qué ocasiones ha empeorado?

¿Asocia el mejoramiento de la problemática a alguna circunstancia o evento?

Sí ☐ No ☐

¿A cuál circunstancia o evento?

Describeme una **relación sexual normal** para usted

Describeme una **relación sexual ideal** para usted

¿Qué es el sexo, según lo que usted considera?

¿Son las caricias sexo?

Sí ☐ No ☐

¿La masturbación es sexo?

Sí ☐ No ☐

¿Piensas que las caricias y la masturbación son iguales en calidad que el coito, son relaciones un poco sustitutivas, de segunda categoría?

Sí ☐ No ☐

¿Piensas que si su pareja o persona con la que tiene relaciones sexuales no disfruta en parte es su responsabilidad?

Sí ☐ No ☐

¿De qué forma es responsabilidad suya que la pareja o persona con la que intima no disfrute?

¿Piensas que lo que haga el hombre tiene más peso en el disfrute de ambos en la relación sexual?

Sí ☐ No ☐

Historia sexual

Salud sexual
masculina

¿Se siente buen amante?

Sí ☐ No ☐

¿Se siente atractivo para su pareja?

Sí ☐ No ☐

¿Le gusta su pareja como amante?

Sí ☐ No ☐