

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL HOMBRE EN PAREJAS ATENDIDAS POR ESTERILIDAD CONYUGAL

(Para uso exclusivo del investigador y del monitor del estudio)

Código:

Este cuestionario pretende conocer su experiencia personal ante el diagnóstico y el tratamiento de esterilidad de pareja. Responda sinceramente a todas las preguntas marcando la casilla que refleje mejor su situación personal en cada pregunta, y escriba la información solicitada sobre las líneas de puntos. No hay respuestas correctas ni erróneas. Nos interesa su opinión personal, no la de su pareja. La información que proporcione será tratada de forma confidencial y anónima.

Datos generales

- 1 Fecha de nacimiento (mes/año): /
- 2 País de nacimiento:
- 3 Nivel de educación completado:
 Ninguno
 Enseñanza Primaria o Elemental
 Enseñanza Secundaria Obligatoria
 Formación profesional
 Bachillerato
 Título Universitario (diplomatura)
 Título Universitario (licenciatura, doctorado)
- 4 Profesión/Empleo actual:
- 5 Fecha de nacimiento de su esposa/pareja actual: (mes/año): /
- 6 ¿Cuánto tiempo lleva buscando un embarazo con su esposa/pareja actual? años y meses
- 7 ¿Qué tipo de atención médica está recibiendo ahora por su problema de fertilidad?
 Seguridad Social
 Mutualidad o aseguradora privada
 Centro privado
- 8 ¿Había sido atendido antes en algún otro centro por problemas de fertilidad? No Sí

Proceso diagnóstico

- 9 ¿Deseaba ser estudiado médicamente sobre su problema de esterilidad y sus causas?
 No
 Sí, porque a mi pareja le preocupa
 Sí, quiero saber
- 10 ¿Cuántos seminogramas ha realizado en el centro actual?
 Ninguno Uno Dos Más de dos
- 11 En el centro donde le atienden ¿existe alguna habitación habilitada para la obtención de las muestras seminales?
 No Una Varias

- 12 ¿Se le ha realizado una visita médica?
 No me han visitado
 Sí, por el ginecólogo junto con mi pareja
 Sí, individual por un médico andrólogo/urólogo
- 13 ¿Le han realizado un interrogatorio médico?
 No Breve Detallado
- 14 ¿Le han realizado una exploración física?
(Puede marcar más de una respuesta)
 No
 General (talla, peso, tensión arterial)
 Específica (genital)
- 15 ¿Le han realizado otras pruebas diagnósticas?
 No
 Sí (puede marcar más de una):
 Análisis generales de sangre
 Análisis hormonales
 Análisis cromosómicos o genéticos
 Cultivos de orina y/o semen
 Ecografía testicular
 Biopsia testicular
 Otras pruebas (describa cuáles, si las conoce):
.....
.....
- 16 ¿Le han explicado el motivo para hacer estas pruebas?
 No Un poco Bastante Mucho
- 17 ¿Le han explicado el significado de los resultados de dichas pruebas?
 No Un poco Bastante Mucho
- 18 ¿Le han informado sobre las causas de su esterilidad?
 No Un poco Bastante Mucho
- 19 ¿Quién le ha dado esta información?
(Puede marcar más de una respuesta)
 Personal de enfermería o biólogos
 Médico ginecólogo
 Médico andrólogo
- 20 ¿Cómo calificaría globalmente la información recibida en la fase de estudio diagnóstico?
 Deficiente Aceptable Buena Muy buena

- 21 ¿Cómo calificaría globalmente el trato recibido en la fase de estudio diagnóstico?
 Deficiente Aceptable Buena Muy buena
- 22 En caso de haber sido visitado individualmente por un andrólogo ¿cómo calificaría la coordinación entre ginecólogo-andrólogo?
 Sólo ha intervenido el ginecólogo
 Deficiente Aceptable Buena Muy buena
- 23 Según lo que puede entender ¿Cuál es el problema que causa la esterilidad de Vd. y su esposa?
(Puede marcar más de una respuesta)
 Por parte masculina (mía):
 Todo parece normal
 Hay una alteración moderada de la fertilidad
 Hay una alteración grave de la fertilidad
 Por parte femenina (mi esposa):
 Todo parece normal
 Hay una alteración moderada de la fertilidad
 Hay una alteración grave de la fertilidad

Tratamientos

- 24 ¿Le han propuesto a Vd. algún tratamiento?
 Tratamiento con medicamentos
 Operación quirúrgica
 Inseminación artificial con semen propio
 Fecundación in Vitro (FIV)
 Inseminación artificial con semen de donante
 No era necesario, o no era posible tratar
(Si ha marcado esta última opción, pase a la pregunta 30)
- 25 ¿Le han explicado en qué consiste el tratamiento indicado en su caso personal?
 No Un poco Bastante Mucho
- 26 ¿Le han informado acerca de los porcentajes de éxito?
 No Un poco Bastante Mucho
- 27 ¿Le han informado sobre los posibles riesgos?
 No Un poco Bastante Mucho
- 28 ¿Quién le ha dado la información?
(Puede marcar más de una respuesta)
 Personal de enfermería o biólogos
 Médico ginecólogo
 Médico andrólogo
- 29 ¿Cree que el tratamiento le repercute (o le podrá repercutir) negativamente?
 No
 Sí *(indique en qué, puede marcar más de una respuesta):*
 Psicológicamente
 En el aspecto sexual
 En la relación de pareja (conflictos)
 En las relaciones sociales

- 30 Si está realizando, o ya ha realizado tratamientos en el centro actual, o anteriormente, ¿cuáles fueron?
(Puede marcar más de una respuesta)
 Tratamiento con medicamentos
 Operación quirúrgica
 Inseminación artificial con semen propio
 Fecundación in Vitro (FIV)
 Inseminación artificial con semen de donante
- 31 En caso de haber realizado tratamientos anteriormente: ¿le han informado ahora sobre los motivos del fallo de sus anteriores tratamientos reproductivos?
 No he realizado tratamientos previamente
 No, no me han informado
 Sí, me han informado
- 32 Si no hubiera otra alternativa ¿aceptaría recurrir a la utilización de semen de donante?
 No creo Tendría dudas Sí, aceptaría
- 33 ¿Cuál es su grado de satisfacción global con la atención personal recibida en el Centro actual?
 Baja Aceptable Buena Muy buena

Preferencias

Instrucciones: Le proponemos ahora preguntas con dos posibles opciones teóricas distintas. Deberá elegir si prefiere la opción A o B marcando la casilla correspondiente, o bien marcar la casilla del centro si no es capaz de decidirse por ninguna de ellas. Nos interesa su opinión personal, no la de su pareja.

- 34 **A:** El estudio masculino es breve, pero únicamente orientado a decidir el tratamiento de reproducción asistida
B: El estudio masculino profundiza sobre las causas y efectos de la esterilidad masculina, pero es más prolongado
 Prefiero A No sé cual elegir Prefiero B
- 35 **A:** El estudio masculino es breve, pero el centro tiene un porcentaje de embarazo del 35%
B: El centro tiene un porcentaje de embarazo del 50%, pero el estudio masculino es más prolongado,
 Prefiero A No sé cual elegir Prefiero B
- 36 **A:** El estudio masculino es breve, porque el ginecólogo visita a la pareja, y dedica una parte de la visita al hombre.
B: El estudio masculino es realizado por un andrólogo en visitas individuales, por lo que es más prolongado
 Prefiero A No sé cual elegir Prefiero B
- 37 **A:** El centro tiene un porcentaje de embarazo del 50%, pero estudio masculino está únicamente orientado a decidir el tratamiento de reproducción asistida
B: El estudio masculino profundiza sobre las causas y efectos de la esterilidad masculina, pero el centro tiene un porcentaje de embarazo del 35%
 Prefiero A No sé cual elegir Prefiero B

38 **A:** El centro tiene un porcentaje de embarazo del 50%, el ginecólogo visita a la pareja, y dedica una parte de la visita al hombre.

B: El estudio del hombre es realizado por un andrólogo en visitas individuales, el centro tiene un porcentaje de embarazo del 35%

Prefiero A No sé cual elegir Prefiero B

39 **A:** El estudio masculino es realizado por un andrólogo, porque intenta profundizar sobre las causas y efectos de la esterilidad masculina.

B: El ginecólogo visita a la pareja, y dedica una parte de la visita al hombre, porque se hace un estudio orientado únicamente a decidir el tratamiento de reproducción asistida

Prefiero A No sé cual elegir Prefiero B

Escala HAD

Instrucciones: Lea cada pregunta y subraye la respuesta que Vd. considere que coincida con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

40 Me siento tenso o nervioso:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

41 Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Ciertamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

42 Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder:

- Sí, y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

43 Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

44 Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

45 Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

46 Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

47 Me siento lento y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

48 Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

49 He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuido como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

50 Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

51 Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

52 Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

53 Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

FertiQol Internacional

Instrucciones: En cada pregunta, marque la respuesta (la casilla) que más se ajusta a su opinión y sentimiento. Relacione sus respuestas con sus pensamientos y sentimientos actuales. Algunas preguntas pueden ser de su vida privada, pero son necesarias para medir bien todos los aspectos de su vida

	Totalmente	Mucho	Bastante	Poco	Nada
54 ¿Se encuentran su atención y concentración afectadas por los pensamientos de infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 ¿Piensa que no puede avanzar con otros planes de su vida debido a los problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 ¿Se siente vacío o agotado debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 ¿Se siente capaz de afrontar sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni mucho ni poco	Satisfecho	Muy satisfecho
58 ¿Está satisfecho del apoyo que recibe de sus amistades sobre sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 ¿Está satisfecho con sus relaciones sexuales aunque tenga problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Siempre	Muy frecuente	Frecuente	A veces	Nunca
60 ¿Causan sus problemas de fertilidad sentimientos de celos y resentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 ¿Siente desconsuelo o sentimiento de pérdida por no poder tener un hijo (o más hijos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 ¿Alterna usted entre esperanza y desesperación debido a los problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63 ¿Se siente aislado socialmente debido a problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64 ¿Son usted y su pareja cariñosos a pesar de tener problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 ¿Interfieren sus problemas de fertilidad con sus obligaciones o tareas diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66 ¿Se siente molesto asistiendo a reuniones sociales debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67 ¿Siente que su familia puede comprender lo que usted está sufriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muchísimo	Mucho	Moderadamente	Un poco	Nada
68 ¿Han fortalecido los problemas de fertilidad su compromiso hacia su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69 ¿Se siente triste y deprimido sobre sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 ¿Se siente inferior a las personas que tienen hijos por sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 ¿Le molesta la fatiga que experimenta debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 ¿Han provocado sus problemas de fertilidad repercusiones negativas en su relación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73 ¿Siente que es difícil hablarle a su pareja sobre sus sentimientos relacionados con la infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 ¿Está contento con su relación de pareja a pesar de tener problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 ¿Siente presión social para tener un hijo (o más hijos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76 ¿Le causan enojo sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77 ¿Siente dolor y malestar físico debido a sus problemas de fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias por contestar este cuestionario. Repase por si ha olvidado contestar alguna pregunta