

# Sesión de cuestionarios 1

Buenos días, a continuación llevaremos a cabo una serie de preguntas que debe contestar. Si tiene cualquier duda pregunte a la persona encargada de esta evaluación y se la resolverá.

Muchas gracias!

## Preguntas demográficas

**A continuación realizaremos una serie de cuestionarios en el que debe contestar TODAS las preguntas, si necesita aclarar alguna pregunta o no entiende algo, por favor, consulte al evaluador que lo/la acompaña**

Ingrese su identificación en el proyecto que es  
[record\_id]

\_\_\_\_\_

En la actualidad y en relación con el total de ingresos netos mensuales de su hogar ¿cómo suelen llegar a fin de mes?

- ☐ Con mucha dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ Con cierta dificultad
- ☐ Con cierta facilidad
- ☐ Con facilidad
- ☐ Con mucha facilidad

Podría decirme si es usted el/la cabeza de familia en su hogar? (la persona que más ingresos aporta al hogar)

- ☐ No
- ☐ Si

En cuál de estas situaciones se encuentra usted actualmente?

- ☐ Trabaja
- ☐ Parado
- ☐ Jubilado/Pensionista
- ☐ Ama de casa/Sus labores

Cuál es su ocupación actual o la última ocupación desempeñada?

\_\_\_\_\_

En cuál de estas situaciones se encuentra el/la cabeza de familia actualmente?

- ☐ Trabaja
- ☐ Parado
- ☐ Jubilado/Pensionista
- ☐ Ama de casa/Sus labores

Cuál es la ocupación actual o la última ocupación desempeñada por el/la cabeza de familia?

\_\_\_\_\_

Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado usted?

-No sabe leer ni escribir. Incluye a personas que no son capaces de leer o escribir comprendiendo una breve y sencilla exposición de hechos relativos a su vida corriente.

-Enseñanza primaria incompleta pero sabe leer y escribir en algún idioma. No aprobó 5º Educ. Primaria. / 5º EGB/ Est. Primarios. -Enseñanza primaria completa. Aprobó Est. o Educ. Primaria. / 5º de EGB / Ingreso / Ens. Iniciales Adultos / Ens. grado Elemental de Música y Danza / Prog. Formación-inserción laboral u otros estudios que No necesitan título de 1º etapa de secundaria. -Enseñanza secundaria 1º etapa. Aprobó ESO/ FP-1/ EGB completa/ Graduado Escolar/ Bach. Elemental/ Ens. Secundaria Adultos/ Prog. Formación-inserción laboral u otros estudios que necesitan título de 1º etapa de secundaria/ Ciclos formativos medios. -Enseñanza secundaria 2º etapa. Aprobó Bachillerato/ BUP/ Bach. Sup./ FP-2/ Ciclos formativos superiores/ COU/ PREU/ Ens. grado medio de FP específica y equivalentes, artes plásticas y diseño, y deportivas/ Ens. grado medio música y danza/ Ens. Escuelas Oficiales de Idiomas/ Auxiliar vuelo/ Prog. formación-inserción laboral u otros estudios que necesitan título de secundaria de 2º etapa. -Estudios universitarios medios. Perito/ Aparejador/ Ingenieros y Arquitectos Técnicos/ Diplomado de Escuela Universitaria/ 3 cursos completos de licenciatura o escuela técnica superior aprobados/ Enseñanza de grado superior de FP específica y equivalentes, artes plásticas y diseño y deportivas/ Estudios de Náutica y Pilotos (piloto 2º, oficial 2º de marina mercante, piloto de vuelo, controlador tráfico aéreo)/ Programa de dos o más años que precisan título de bachiller (Títulos propios de universidades no de postgrado, Programa de formación-inserción laboral que precisan título FP de grado superior)/ Suboficiales del ejército/ Programa de formación-inserción laboral u otros estudios que precisan título universitario medio para su realización. -Estudios universitarios superiores. Licenciatura/ Arquitectura e Ingeniería superior/ Ens. superior militar -Oficiales-/Ens. Náutica de segundo ciclo (Capitán piloto 1, Maquinista naval jefe) / Doctorado/ Másteres o Prog. oficiales de especialización que precisan título universitario superior para su realización/ Prog. de formación-inserción laboral u otros estudios que precisan título universitario superior para su realización

- ☐ No sabe leer ni escribir  
☐ Enseñanza primaria incompleta pero sabe leer y escribir en algún idioma  
☐ Enseñanza primaria completa  
☐ Enseñanza secundaria 1ª etapa  
☐ Enseñanza secundaria 2ª etapa  
☐ Estudios universitarios medios  
☐ Estudios universitarios superiores  
☐ Otros

A diario	1 vez al me o más	Cada 2-3 meses	2 a 3 meses al año	1 vez al año	Rara vez (menos de 1 vez al año)
----------	-------------------	----------------	--------------------	--------------	----------------------------------

Con qué frecuencia acude a la consulta del médico general o de familia o a la consulta de enfermera?

☐☐☐☐☐☐

Con qué frecuencia acude a la consulta del médico especialista?

☐☐☐☐☐☐

Con qué frecuencia acuden el médico o la enfermera a su casa?

☐☐☐☐☐☐

Con qué frecuencia acude al servicio de urgencias?

☐☐☐☐☐☐


---

No

Si

Durante los últimos doce meses ha estado hospitalizado como paciente al menos durante una noche?

☐☐

Se ha vacunado contra la gripe en la última campaña?

☐☐

Le ha recomendado el médico alguna vez la vacuna contra la neumonía o pulmonía?

☐☐

Se ha vacunado alguna vez contra la neumonía (también conocida como vacuna contra el neumococo)?

☐☐

Se ha vacunado alguna vez contra la COVID-19?

☐☐

**Cuestionario de McGill de dolor****Describe su dolor durante la última semana**

	No	Leve	Moderado	Severo
Como palpitante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como una sacudida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como un latigazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pinchazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retortijón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ardiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escozor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como un desgarró	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que consume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que maree	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terrible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que atormenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La línea presentada a continuación representa el dolor en orden creciente de intensidad, desde "no dolor" hasta "dolor extremo".

Deslice la barra a la posición que mejor describa su dolor durante la última semana.

No dolor Dolor extremo



(Place a mark on the scale above)

Q5 MCGILL Summary Score

\_\_\_\_\_

**Movilidad y agilidad Su salud actual le limita para hacer alguna de las siguientes actividades.****Si es así, ¿Cuánto?**

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes demandantes (fútbol, tenis, etc..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar más de medio Km	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir varios pisos de escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir un solo piso de escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar varias manzanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar una manzana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agacharse o arrodillarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Cuestionario de calidad del sueño**

**Las siguientes preguntas se refieren a la forma en que normalmente ha dormido únicamente durante el último mes. Sus respuestas intentarán ajustar de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor, conteste TODAS las preguntas**

Durante el ltimo mes:

1.Cuál ha sido normalmente su hora de acostarse?

\_\_\_\_\_

2. Cuánto tiempo ha tardado en dormirse normalmente las noches del último mes? (Minutos)

\_\_\_\_\_ (Minutos)

3. A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana durante el último mes?

\_\_\_\_\_

4. A. Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que ha permanecido en la cama)

\_\_\_\_\_

4. B. Cuántas horas permaneció en cama?

\_\_\_\_\_

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de

	Ninguna vez en el ltimo mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o ms veces a la semana
A. No poder conciliar el sueño la primera media hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Despertarse durante la noche o de madrugada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Tener que levantarse para ir al servicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. No poder respirar bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Toser o roncar ruidosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Sentir frío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. Sentir demasiado calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H. Tener pesadillas o "malos sueños"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I. Sufrir dolores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J. Otras razones (por favor, descríbalas a continuación

\_\_\_\_\_

Si existieron otras razones, por favor especificar aquí

- ☐ Ninguna vez en el ltimo mes (0)  
☐ Menos de una vez a la semana (1)  
☐ Una o dos veces a la semana (2)  
☐ Tres o ms veces a la semana (3)

6. Durante el último mes, cómo valorará, en conjunto la calidad del sueño?

- ☐ Bastante buena  
☐ Buena  
☐ Mala  
☐ Bastante mala

	Ninguna vez en el último mes (0)	Menos de una vez a la semana (1)	Una o dos veces a la semana (2)	Tres o ms veces a la semana (3)
7. Durante el último mes, Cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Durante el último mes, Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía o desarrollaba alguna otra actividad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Durante el último mes, ha presentado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar algunas de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- ☐ Ningn problema  
☐ Solo un leve problema  
☐ Un problema  
☐ Un grave problema

Indique algún comentario si lo encuentra necesario

---

PSQI #1 Score

---

PSQI #2 Score

---

PSQI #4 Score

---

PSQI #5 Score

---

PSQI #5b Score

---

PSQI #7&8 Score

---

PSQI Component#1 Subjective Sleep Quality Score

---

PSQI Component#2 Sleep Latency Score

---

([psqi\_que2\_score])

PSQI Component#3 Sleep Duration Score

---

---

PSQI Component#4 Sleep efficiency Score

---

---

PSQI Component#5 Sleep Disturbance Score

---

([psqi\_que5b\_score])

---

PSQI Component#6 Sleep Medication Score

---

---

PSQI Component#7 Daytime Dysfunction Score

---

([psqi\_que7\_8\_score])

---

PSQI Tota Score

---