

**CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS  
A LOS 20 AÑOS DE SEGUIMIENTO.**

**COHORTE DE VITORIA**

## CUESTIONARIO

---

UNIDAD DE SUEÑO. HOSPITAL TXAGORRITXU  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
**IMPACTO EN LA SALUD, LA ACCIDENTALIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DEL RONQUIDO Y EL  
PADECIMIENTO DE APNEAS E HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO EN LA POBLACIÓN GENERAL  
ADULTA DE 30 A 100 AÑOS. Estudio de cohortes longitudinales**  
Proyecto SUEÑO VITORIA-GASTEIZ LO Proiektua

---

P1.- N° IDENTIFICACION:

P2.- APELLIDOS, NOMBRE:

P3.- DIRECCIÓN: ( LUGAR PARA ETIQUETA )

P4.- FECHA DE NACIMIENTO:

P5.- TELEFONO.....|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

P 6.- CODIGO DEL ENCUESTADOR: |\_|\_|

P 7.- FECHA DE LA ENTREVISTA: |\_|\_| - |\_|\_| - **20**|\_|\_| (Día -mes- año)

P 8.- HORA DE COMIENZO: |\_|\_| - |\_|\_| (Hora : minutos)

P 9.- HORA DE FINALIZACIÓN: |\_|\_| - |\_|\_| (Hora : minutos)

---

**HOJA DE CONTROL DEL ENTREVISTADOR (I)**

**IMPRESO AUTOCUMPLIMENTADO**

I1.- FECHA DE HOY:                     \_\_\_\_\_                     \_\_\_\_\_                     \_\_\_\_\_  
  Día                     Mes                     Año

I2.- DÍA DE LA SEMANA: \_\_\_\_\_

I3.- CIUDAD: \_\_\_\_\_

I4.- NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

I5.- DIRECCIÓN COMPLETA: \_\_\_\_\_

I6.- EDAD: \_\_\_\_\_

I7.- FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_                     \_\_\_\_\_                     \_\_\_\_\_  
  Día                     Mes                     Año

I8.- NOMBRE DE SU MADRE: \_\_\_\_\_

I9.- NOMBRE DEL REY: \_\_\_\_\_

I10.- NOMBRE DEL PAPA: \_\_\_\_\_

I11.- DIGA LOS DÍAS DE LA SEMANA EN SENTIDO INVERSO EMPEZANDO POR EL DOMINGO:  
Domingo, sábado, ...

I12.- RESTE 3 DE 20 Y CONTINUE RESTANDO 3 DEL RESULTADO ANTERIOR HASTA CERO.  
20, 17, ...

**P10.- SEXO:**                    **Varón**        **1**  
                                      **Mujer**         **2**

**P11.- ¿ALGUN MEDICO U OTRO PROFESIONAL SANITARIO LE HA DICHO ALGUNA VEZ QUE TIENE LA TENSION ARTERIAL ALTA?**

Si.....1

No\*.....2 (\* Pasar a pregunta P13)

**P12.- ¿ESTA UD. TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO (EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS) PARA LA TENSION ARTERIAL ALTA?**

Si \*.....1

No.....2 (\* Tabla de medicamentos)

**MEDIDA DE LA TENSION ARTERIAL**

**P13.- CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO (cm)**     |\_|\_|\_|

**P14.- BRAZALETE UTILIZADO PARA MEDIR LA T.A.:**

Pequeño            1  
Normal             2  
Grande             3

**P15.- RITMO DEL PULSO**

Normal            1  
Anormal           2

**P16.- PRESION DE ABOLICION** |\_|\_|\_| + 20mm Hg |\_|\_|\_| (no rellenar con medición automática)

**P17.- TENSION ARTERIAL SISTOLICA.** |\_|\_|\_|

**P18.TENSION ARTERIAL DIASTOLICA**

(4º RUIDO)        |\_|\_|\_| (no rellenar con medición automática)

**P19.TENSION ARTERIAL DIASTOLICA**

(5º RUIDO)        |\_|\_|\_|

**TALLAJE**

**P20 TALLAJE**

Medido            1  
Declarado         2

**P21.- ¿CUANTO PESA? (Sin ropa) (Kg)**

|\_|\_|\_|

**P22.- ¿CUAL ES SU ESTATURA? (cm)**

|\_|\_|\_|

---

LAS PRIMERAS PREGUNTAS SON SOBRE EL SUEÑO. ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS LAS RESPONDERÁ MEJOR CON LA AYUDA DE SU PAREJA O DE LA PERSONA QUE CONVIVA CON UD.

- |  |   |
|--|---|
| 1.- DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES, ¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIRSE?  | Nunca o menos que una vez por mes ..... 1<br>Menos que una vez por semana ..... 2<br>1-2 días por semana ..... 3<br>3-5 días por semana ..... 4<br>A diario, o casi a diario ..... 5    |
| 2.- ¿CUANTO TIEMPO (CUANTOS MINUTOS DE PROMEDIO) ESTA DESPIERTO EN LA CAMA ANTES DE DORMIRSE?  | En días de labor: tardo unos ..... _ _ _ <br>minutos antes de dormirme<br><br>En días libres: tardo unos ..... _ _ _ <br>minutos antes de dormirme                                      |
| 3.- DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA DESPERTADO POR LAS NOCHES?<br><i>(Si responde 1 ó 2, pase a la preg. 5)</i> | Nunca o menos de una vez por mes ..... 1<br>Menos que una vez por semana ..... 2<br>1-2 noches por semana ..... 3<br>3-5 noches por semana ..... 4<br>A diario, o casi a diario ..... 5 |
| 4.- ¿CUÁNTAS VECES SE DESPIERTA NORMALMENTE DURANTE UNA NOCHE?   | Una vez por noche ..... 1<br>2 veces ..... 2<br>3-4 veces ..... 3<br>Al menos 5 veces por noche ..... 4   |
| 5.- DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES, ¿CUANTAS VECES SE HA DESPERTADO DEMASIADO PRONTO POR LA MAÑANA, SIN PODER DORMIRSE DE NUEVO?          | Nunca o menos que una vez por mes ..... 1<br>Menos que una vez por semana ..... 2<br>1-2 días por semana ..... 3<br>3-5 días por semana ..... 4<br>A diario, o casi a diario ..... 5    |
| 6.- DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES, ¿QUE TAL HA DORMIDO?  | Bien ..... 1<br>Bastante bien ..... 2<br>Ni bien ni mal ..... 3<br>Bastante mal ..... 4<br>Mal ..... 5  |
| 7.- DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES, ¿HA TOMADO PASTILLAS PARA DORMIR POR PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA?  | Nunca o menos que una vez por mes ..... 1<br>Menos que una vez por semana ..... 2<br>1-2 días por semana ..... 3<br>3-5 días por semana ..... 4<br>A diario, o casi a diario ..... 5    |
| ESPECIFIQUE QUE PASTILLAS <i>(Vaya a la última página y rellene los datos en la tabla de medicamentos)</i>                             |   |
| 8.- ¿SIENTE UN SUEÑO EXCESIVO POR LAS MAÑANAS AL LEVANTARSE?   | Nunca o menos que una vez por mes ..... 1<br>Menos que una vez por semana ..... 2<br>1-2 días por semana ..... 3<br>3-5 días por semana ..... 4<br>A diario, o casi a diario ..... 5    |
| 9.- ¿SIENTE UN SUEÑO EXCESIVO DURANTE EL DÍA?  | Nunca o menos que una vez por mes ..... 1<br>Menos que una vez por semana ..... 2<br>1-2 días por semana ..... 3<br>3-5 días por semana ..... 4<br>A diario, o casi a diario ..... 5    |
| 10.- DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES, ¿HA  | Nunca o menos que una vez por mes ..... 1   |

Historia Natural del síndrome de apneas-hipopneas del sueño

SENTIDO UN SUEÑO IRRESTIBLE MIENTRAS TRABAJABA O REALIZABA SUS TAREAS HABITUALES?

- Menos que una vez por semana ..... 2
- 1-2 días por semana ..... 3
- 3-5 días por semana ..... 4
- A diario, o casi a diario ..... 5

11.- DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES, ¿HA SENTIDO UN SUEÑO IRRESTIBLE EN SU TIEMPO LIBRE?

- Nunca o menos que una vez por mes ..... 1
- Menos que una vez por semana ..... 2
- 1-2 días por semana ..... 3
- 3-5 días por semana ..... 4
- A diario, o casi a diario ..... 5

12.- DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES, ¿HA SENTIDO UN SUEÑO IRRESTIBLE MIENTRAS CONDUCÍA UN VEHÍCULO A MOTOR?

- Nunca ..... 1
- Sólo alguna vez ..... 2
- Algunas veces ..... 3
- Muchas veces ..... 4
- Casi siempre que conduzco ..... 5
- Siempre que conduzco ..... 6
- No conduce ..... 7

13.- ¿NORMALMENTE, CUANTAS HORAS DUERME POR LA NOCHE LOS DIAS DE LABOR?

..... h min  
 ..... |\_\_| - |\_\_|

14.- NORMALMENTE, ¿A QUÉ HORA SE ACUESTA LOS DIAS DE LABOR?

..... h min  
 ..... |\_\_| - |\_\_|

15.- NORMALMENTE, ¿A QUÉ HORA SE LEVANTA LOS DIAS DE LABOR?

..... h min  
 ..... |\_\_| - |\_\_|

Y LOS DIAS DE FIESTA

16.- ¿NORMALMENTE, CUANTAS HORAS DUERME POR LA NOCHE ?

..... h min  
 ..... |\_\_| - |\_\_|

17.- NORMALMENTE, ¿A QUÉ HORA SE ACUESTA LOS DIAS DE FIESTA?

..... h min  
 ..... |\_\_| - |\_\_|

18.- NORMALMENTE, ¿A QUÉ HORA SE LEVANTA LOS DIAS DE FIESTA?

..... h min  
 ..... |\_\_| - |\_\_|

19.- EXCLUYENDO LA SIESTA. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ECHA ALGUNA CABEZADA (EPISODIOS DE SUEÑO VOLUNTARIO) DURANTE EL DÍA?

- Nunca o menos que una vez por mes ..... 1
- Menos que una vez por semana ..... 2
- 1-2 días por semana ..... 3
- 3-5 días por semana ..... 4
- A diario, o casi a diario ..... 5

Si responde 1 ó 2, pase a la preg. 21

20.- SI ECHA UD. CABEZADAS, ¿NORMALMENTE CUANTO SUELEN DURAR ESAS CABEZADAS?

Suelen durar cerca de |\_\_| horas |\_\_| min

21.- ¿SUELE RONCAR MIENTRAS DUERME (PREGUNTE A OTRAS PERSONAS SI NO ESTA SEGURO)?

- Nunca o menos que una vez por mes ..... 1
- Menos que una vez por semana ..... 2
- 1-2 días por semana ..... 3
- 3-5 días por semana ..... 4
- A diario, o casi a diario ..... 5
- No sabe ..... 6

22.- ¿COMO ES SU RONQUIDO (PREGUNTE A

- No ronco ..... 1
- Mi ronquido es regular y poco ruidoso ..... 2

OTRAS PERSONAS SOBRE LA CALIDAD DE SU RONQUIDO)?

23.- ¿HA TENIDO PAUSAS RESPIRATORIAS (APNEAS DEL SUEÑO) DURANTE EL SUEÑO (HAN NOTADO OTRAS PERSONAS QUE UD. TENGA PAUSAS RESPIRATORIAS DURANTE EL SUEÑO)?

24.- SI UD. RONCA AL MENOS 1-2 VECES POR SEMANA, ¿HACE CUANTOS AÑOS QUE RONCA? (PREGUNTE A OTRAS PERSONAS SI UD. NO LO SABE)?

25.- ¿CUANTAS HORAS NECESITA DORMIR POR NOCHE (CUÁNTAS HORAS DORMIRIA SI PUDIERA DORMIR TODO LO QUE NECESITA)?

26.- SI TIENE PROBLEMAS DE SUEÑO, ¿QUÉ TIPO DE PROBLEMAS TIENE (DESCRIBA SUS PROBLEMAS DE SUEÑO CON SUS PROPIAS PALABRAS)?

27.- ¿QUIEN HA RESPONDIDO A LAS PREGUNTAS SOBRE LOS RONQUIDOS Y LAS PAUSAS RESPIRATORIAS (PREGUNTAS 21-24)

*Historia Natural del síndrome de apneas-hipopneas del sueño*

Es regular pero bastante ruidoso ..... 3  
Es regular pero muy ruidoso (se oye desde la Habitación contigua) ..... 4  
Ronco muy fuertemente y de forma intermitente (con pausas respiratorias durante las que no se oyen ronquidos , y en ocasiones con ronquidos muy fuertes y sonidos de dificultad respiratoria) .....5  
No sabe ..... 6

Nunca o menos que una vez por mes ..... 1  
Menos que una vez por semana ..... 2  
1-2 días por semana ..... 3  
3-5 días por semana ..... 4  
A diario, o casi a diario ..... 5  
No sabe ..... 6

Ronco desde hace (años)..... | | |  
Empecé a roncar a los (años de edad) ..... | | |

Necesito dormir | | | horas y | | | min por noche

.....  
.....  
.....

Compañero/a de habitación..... 1  
Conviviente ..... 2  
Sujeto a estudio ..... 3  
Otros. Especificar..... 4

**ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH**

	Nunca se adormilaría	Pocas posibilidades de que se adormilase	Es posible que se adormilase	Grandes posibilidades de que se adormilase	No procede
SENTADO LEYENDO.	0	1	2	3	*
VIENDO LA TELEVISION.	0	1	2	3	*
SENTADO, INACTIVO, EN UN LUGAR PÚBLICO. ( p. Ej.un teatro o un acto público o una reunión).	0	1	2	3	*
COMO PASAJERO EN UN COCHE UNA HORA SEGUIDA.	0	1	2	3	*
DESCANSANDO ECHADO POR LA TARDE CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITEN.	0	1	2	3	*
SENTADO CHARLANDO CON ALGUIEN.	0	1	2	3	*
SENTADO TRANQUILAMENTE DESPUES DE UNA COMIDA SIN ALCOHOL.	0	1	2	3	*
EN UN COCHE, AL PARARSE UNOS MINUTOS EN EL TRÁFICO	0	1	2	3	*

**SUMA DE PUNTUACION DEL EPWORT: \_\_\_\_\_**



**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A LO QUE USTED PIENSA SOBRE SU SALUD. SUS RESPUESTAS PERMITIRÁN SABER CÓMO SE ENCUENTRA USTED Y HASTA QUÉ PUNTO ES CAPAZ DE HACER SUS ACTIVIDADES HABITUALES. CONTESTE CADA PREGUNTA TAL COMO SE INDICA. SI NO ESTÁ SEGURO/A DE CÓMO RESPONDER A UNA PREGUNTA, POR FAVOR CONTESTE LO QUE LE PAREZCA MÁS CIERTO.**

28.- EN GENERAL, USTED DIRIA QUE SU SALUD ES

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5

29.- ¿COMO DIRIA USTED QUE ES SU SALUD ACTUAL, COMPARADA CON LA DE HACE UN AÑO?

- Mucho mejor ahora que hace un año ..... 1
- Algo mejor ahora que hace un año ..... 2
- Más o menos igual que hace un año ..... 3
- Algo peor ahora que hace un año ..... 4
- Mucho peor ahora que hace un año ..... 5

30.- LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL. SU SALUD ACTUAL ¿LE LIMITA PARA HACER ESAS ACTIVIDADES O COSAS? SI ES ASI, ¿CUANTO?

ACTIVIDADES	Si me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
a) <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores .....	1	2	3
b) <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.....	1	2	3
c) Coger o llevar la bolsa de la compra .....	1	2	3
d) Subir varios pisos por la escalera .....	1	2	3
e) Subir <u>un solo</u> piso por la escalera .....	1	2	3
f) Agacharse o arrodillarse.....	1	2	3
g) Caminar <u>un kilómetro o más</u> .....	1	2	3
h) Caminar <u>varias manzanas</u> (varios centenares de metros) ..	1	2	3
i) Caminar <u>una sola manzana</u> (100 mtrs) .....	1	2	3
j) Bañarse o vestirse por sí mismo .....	1	2	3

Historia Natural del síndrome de apneas-hipopneas del sueño

31.- DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS A CAUSA DE SU SALUD FISICA?

	Si	No
a) ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? .....	1	2
b) ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?.....	1	2
c) ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d) ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) .....	1	2

32.- DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, A CAUSA DE ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL (COMO ESTAR TRISTE, DEPRIMIDO, O NERVIOSO)?

	Si	No
a) ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <u>por algún problema emocional</u> ?.....	1	2
b) ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer, <u>por algún problema emocional</u> ?.....	1	2
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <u>cuidadosamente</u> como de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?.....	1	2

33.- DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿HASTA QUE PUNTO SU SALUD FISICA O LOS PROBLEMAS EMOCIONALES HAN DIFICULTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES HABITUALES CON LA FAMILIA, LOS AMIGOS, LOS VECINOS U OTRAS PERSONAS?

- Nada..... 1
- Un poco ..... 2
- Regular ..... 3
- Bastante ..... 4
- Mucho..... 5

34.- ¿TUVO DOLOR EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS?

- No, ninguno ..... 1
- Si, muy poco ..... 2
- Si, un poco ..... 3
- Si, moderado..... 4
- Si, mucho ..... 5
- Si, muchísimo ..... 6

35.- DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS, ¿HASTA QUE PUNTO EL DOLOR LE HA DIFICULTADO SU TRABAJO HABITUAL (INCLUIDO EL TRABAJO FUERA DE CASA Y LAS TAREAS DOMESTICAS)?

- Nada..... 1
- Un poco ..... 2
- Regular ..... 3
- Bastante ..... 4
- Mucho..... 5

**36.- LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MAS A COMO SE HA SENTIDO USTED. DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS )CUANTO TIEMPO...**

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a) ..se sintió lleno de vitalidad.....	1	2	3	4	5	6
b) ..estuvo muy nervioso .....	1	2	3	4	5	6
c) ..se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle .....	1	2	3	4	5	6
d) ..se sintió calmado y tranquilo.....	1	2	3	4	5	6
e) ..tuvo mucha energia .....	1	2	3	4	5	6
f) ..se sintió desanimado y triste .....	1	2	3	4	5	6
g) ..se sintió agotado.....	1	2	3	4	5	6
h) ..se sintió feliz .....	1	2	3	4	5	6
i) ..se sintió cansado.....	1	2	3	4	5	6

37.- DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS ¿CON QUE FRECUENCIA LA SALUD FISICA O LOS PROBLEMAS EMOCIONALES LE HAN DIFICULTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES (COMO VISITAR A LOS AMIGOS O FAMILIARES)?

Siempre .....	1
Casi siempre.....	2
Algunas veces .....	3
Solo alguna vez .....	4
Nunca .....	5

38.- POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas .....	1	2	3	4	5
b) Estoy tan sano como cualquiera.....	1	2	3	4	5
c) Creo que mi salud va a empeorar .....	1	2	3	4	5
d) Mi salud es excelente.....	1	2	3	4	5

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A POSIBLES SÍNTOMAS RESPIRATORIOS QUE UD. MANIFIESTE.**

39.- ¿TOSE VD. HABITUALMENTE AL LEVANTARSE? *Se tendrá en cuenta la tos ocasionada por el primer cigarrillo del día o al salir de casa. No se tendrá en cuenta un ataque de tos ocasional.* Si.....1  
No .....2

40.- ¿TOSE VD. HABITUALMENTE DURANTE EL DÍA O DURANTE LA NOCHE? *No se tendrá en cuenta una tos ocasional (Si la respuesta a las preguntas 39 y 40 es "no", pase directamente a la pregunta 43).* Si.....1  
No .....2

41.- ¿TOSE VD. ASI CASI TODOS LOS DIAS DURANTE TRES MESES AL AÑO? Si.....1  
No .....2

42.- ¿A QUE EDAD EMPEZO A TOSER? años | | |

43.- ¿ECHA VD. ESPUTOS (FLEMAS) HABITUALMENTE AL LEVANTARSE? *Se tendrá en cuenta la expectoración ocasionada por el primer cigarrillo del día o al salir de casa. No se tendrá en cuenta el moco de origen rino-faríngeo* Si.....1  
No .....2

44.- ¿SUELE VD. ECHAR ESPUTOS (FLEMAS) DURANTE EL DÍA O DURANTE LA NOCHE? *No se tendrá en cuenta el moco de origen rino-faríngeo* Si.....1  
No .....2

*Si la respuesta a las preguntas 43 y 44 es "no", pase directamente a la pregunta 47.*

45.- ¿ECHA VD. ESPUTOS (FLEMAS) ASI CASI TODOS LOS DIAS O CASI TODAS LAS NOCHES DURANTE TRES MESES POR AÑO? Si.....1  
No .....2

46.- ¿A QUE EDAD EMPEZO VD. A ECHAR ESPUTOS (FLEMAS) DE ESTA FORMA? años | | |

47.- ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO QUE INTERRUMPIR VD. SUS ACTIVIDADES HABITUALES, TANTO LAS LABORALES COMO EN TIEMPO LIBRE EN EL TRANSCURSO DE LOS TRES ULTIMOS AÑOS A CONSECUENCIA DE UNA TOS O DE UNA EXPECTORACIÓN (AUMENTADA\*) DURANTE AL MENOS TRES SEMANAS? Si.....1  
No .....2  
*\*Para los que tosen y producen esputos con regularidad*

48.- ¿TIENE ALGUN LIMITACION QUE LE HAGA CAMINAR CON DIFICULTAD POR ALGUNA RAZON QUE NO SEA DE ORIGEN CARDIACO O PULMONAR? Si.....1  
¿CUAL? \_\_\_\_\_  
No .....2

49.- ¿SE QUEDA VD. SIN ALIENTO AL SUBIR UN PISO A PASO NORMAL? Si.....1  
No .....2  
*(Si la Respuesta es No pasar a la pregunta T1)*  
No aplicable.....3

50.- ¿LE FALTA EL ALIENTO CUANDO CAMINA CON OTRAS PERSONAS DE SU MISMA EDAD A PASO NORMAL EN TERRENO LLANO? Si.....1  
No .....2  
No aplicable.....3

51.- ¿NECESITA PARAR PARA TOMAR ALIENTO CUANDO CAMINA A SU PASO NORMAL EN TERRENO LLANO? Si.....1  
No .....2  
No aplicable.....3

52.- ¿LE FALTA EL ALIENTO AL VESTIRSE O DESVESTIRSE? Si.....1  
No .....2  
No aplicable.....3

53.- ¿A QUE EDAD NOTO VD. QUE SU RESPIRACION NO ERA NORMAL? años | | |

54.- ¿DESDE QUE EDAD SE QUEDA VD. SIN ALIENTO EN LA MISMA MEDIDA DE AHORA? años | | |

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A SU CONSUMO HABITUAL DE TABACO**

T1.- A LO LARGO DE SU VIDA, ¿HA FUMADO MAS DE 100 CIGARRILLOS (5 PAQUETES)?  
(Si la respuesta es No pasar a la pregunta 52)

Si .....1  
No .....2

T2.- ¿FUMA UD. TODOS LOS DIAS?  
(Si la respuesta es Si pasar a la pregunta T5)

Si .....1  
No .....2

T3.- ¿CUAL DE LAS FRASES SIGUIENTES DESCRIBIRÍA SU COMPORTAMIENTO RESPECTO AL TABACO?  
(Si responde 1 o 2 pasar a la pregunta 52)

Fumo solo en ocasiones ..... 1  
Antes fumaba en ocasiones ..... 2  
Antes fumaba todos los días ..... 3

T4.- ¿HACE CUANTO TIEMPO DEJO DE FUMAR?

años    meses  
|\_|\_| - |\_|\_|

T5.- ¿A QUE EDAD COMENZO A FUMAR TODOS LOS DÍAS?

Años  
|\_|\_|

ESCRIBA LA CANTIDAD APROXIMADA

T6.- ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA(BA) AL DIA?

|\_|\_|\_|

T7.- ¿CUANTOS PUROS FUMA(BA) AL DIA?

|\_|\_|\_|

T8.- ¿CUANTAS PIPAS FUMA(BA) AL DIA?

|\_|\_|\_|

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LA ACTIVIDAD O EJERCICIO FÍSICO QUE UD. REALIZA.**

55.- DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA REALIZADO ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA EN SU TIEMPO LIBRE COMO HACER DEPORTE, CORRER, NADAR, ANDAR EN BICICLETA, HACER GIMNASIA, ETC...?  
( Si la respuesta es No pasar a la pregunta 57)

Si ..... 1  
No ..... 2

56.- DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS ¿CUÁNTAS VECES, Y DURANTE CUÁNTO TIEMPO, HA PRACTICADO LAS ACTIVIDADES QUE APARECEN EN LA TABLA?

Escriba el número de veces y el tiempo medio que hace cada vez (si el tiempo es variable hacer una media) en las dos últimas semanas.

Actividad	N1 de veces	Tiempo medio (minutos)/cada vez
a) Andar (en terreno llano, en ciudad)		
b) Andar en el monte (senderismo)		
c) Footing		
d) Deportes de equipo (futbol, baloncesto)		
e) Gimnasia, Aerobic		
f) Bicicleta, Natación		
g) Deporte de playa y raqueta (squash, frontón, tenis)		
h) Musculación, lucha, judo, kárate		
i) Otros (especificar): .....		
.....		
.....		

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A SU CONSUMO HABITUAL DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.**

- 57.- ¿EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES HA TOMADO USTED ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA? *(Incluyendo el vino de las comidas)*
- Si ..... 1  
No ..... 2
- 58.- ¿CON QUE FRECUENCIA HA TOMADO USTED BEBIDAS ALCOHOLICAS?
- A diario ..... 1  
Al menos una vez por semana ..... 2  
Una o mas veces al mes ..... 3  
Menos de una vez al mes ..... 4
- 59.- EN LA ÚLTIMA SEMANA, ¿CUANTOS DIAS HA BEBIDO O TOMADO ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA?
- días por semana.

**LAS CUATRO PREGUNTAS SIGUIENTES PUEDEN NO TENER SENTIDO PARA UD., PERO LE RUEGO LAS CONTESTE. SUS RESPUESTAS SON IMPRESCINDIBLES PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACION**

- 60.- ¿HA PENSADO ALGUNA VEZ QUE DEBERÍA BEBER MENOS?
- Si ..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc ..... 3
- 61.- ¿LE HA MOLESTADO QUE LA GENTE LE HAYA CRITICADO SU FORMA DE BEBER?
- Si ..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc ..... 3
- 62.- ¿SE HA SENTIDO MAL O CULPABLE POR SU FORMA DE BEBER?
- Si ..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc ..... 3
- 63.- ¿HA BEBIDO ALGUNA VEZ A PRIMERA HORA DE LA MAÑANA PARA CALMAR LOS NERVIOS O EVITAR LA RESACA?
- Si ..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc ..... 3

**LAS PREGUNTAS SIGUIENTES SE REFIEREN A SUS ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES Y DE POSIBLES TRATAMIENTOS DE FARMACOS**

- 64.- ¿LE HAN DICHO ALGUNA VEZ QUE UD. PADECE DE DIABETES (UN NIVEL ANORMALMENTE ELEVADO DE GLUCOSA ["AZÚCAR"] EN LA SANGRE O EN LA ORINA)? *(Si contesta "No" pasar a la pregunta 68)*
- Si ..... 1  
No ..... 2
- 65.- ¿EN QUÉ FECHA LE DIAGNOSTICARON LA DIABETES?:
- mes año
- 66.- ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO PARA LA DIABETES? *(Si contesta "No" pasar a la pregunta 68)*
- Si ..... 1  
No ..... 2
- 67.- ¿CUAL?
- Antidiabéticos orales (pastillas) ..... 1  
Insulina (inyecciones) ..... 2  
Dieta (sin fármacos) ..... 3  
Otros ..... 4  
No recuerda ..... 5
- 68.- ¿ALGUN MEDICO LE HA DICHO QUE UD. PADECE EPILEPSIA O ATAQUES EPILEPTICOS? *(Si contesta "No" pasar a la pregunta 71)*
- Si ..... 1  
No ..... 2
- 69.- ¿EN QUÉ FECHA LE DIAGNOSTICARON?:
- mes año
- 70.- ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO?
- Pasar a la tabla de medicamentos*
- Si ..... 1  
No ..... 2

71.- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORAZON? Si.....1  
 No.....2  
 (Si contesta "No" pasar a la pregunta 75)

72.- ¿ESPECIFIQUE POR FAVOR, QUE ENFERMEDAD DEL CORAZON? \_\_\_\_\_ | | | | . | | |

73.- ¿EN QUÉ FECHA SE LA DESCUBRIERON?: \_\_\_\_\_ mes año  
 | | | | | | | |

74.- ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO? Si.....1  
 No.....2  
*Pasar a la tabla de fármacos*

75.- ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UN ATAQUE AL CORAZON? Si.....1  
 No.....2  
 (Si contesta No pasar a la pregunta 79)

76.- ¿QUE TIPO DE ATAQUE AL CORAZON? \_\_\_\_\_ | | | | . | | |

77.- ¿EN QUÉ FECHA? (Si más de un episodio, la del primero) \_\_\_\_\_ mes año  
 | | | | | | | |

78.- ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO CON FARMACOS? Si.....1  
 No.....2  
*Pasar a la tabla de fármacos*

79.- ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UN ATAQUE DE TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA CEREBRAL? (DERRAMES CEREBRALES) Si.....1  
 No.....2  
 (Si responde "No" pasar a la pregunta 83)

80.- ¿QUE TIPO DE ATAQUE? \_\_\_\_\_ | | | | . | | |

81.- ¿EN QUÉ FECHA? (Si más de un episodio, la del primero) \_\_\_\_\_ mes año  
 | | | | | | | |

82.- ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO CON FARMACOS? Si.....1  
 No.....2  
*Pasar a la tabla de medicamentos*

83.- ¿PADECE UD. ALGUNA (OTRA) ENFERMEDAD (CRÓNICA)? Si.....1  
 No.....2  
 (Si contesta "No" pasar a la pregunta 82)

84.- ¿CUAL(ES)? \_\_\_\_\_ | | | | . | | |  
 \_\_\_\_\_ | | | | . | | |  
 \_\_\_\_\_ | | | | . | | |  
 \_\_\_\_\_ | | | | . | | |  
 \_\_\_\_\_ | | | | . | | |  
 \_\_\_\_\_ | | | | . | | |  
 \_\_\_\_\_ | | | | . | | |

85.- ¿ EN LAS CUATRO ULTIMAS SEMANAS ESTABA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO O RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PARA ...? a)Para la depresión, o para mejorar su estado de animo.....1 2  
 b)Para dormir .....1 2  
 c)Para la ansiedad.....1 2  
 d)Para problemas de salud mental.....1 2  
 e)Para el dolor (a excepción de las aspirinas) .....1 2  
 f)Para tratar las alergias.....1 2  
 g)Para los mareos .....1 2  
 (para cada una de las respuestas afirmativas, rellénense los datos correspondientes en la matriz de fármacos)

86.- ¿ACTUALMENTE, ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO O ALGUN TRATAMIENTO CON HORMONAS (ESTROGENOS, ETC).? Si.....1  
 No.....2  
 (Tabla de medicamentos)

87.- ¿DURANTE LAS CUALTRO ULTIMAS SEMANAS, ESTABA TOMANDO ALGUN OTRO MEDICAMENTO?  
(Tabla de medicamentos)

Si .....1  
No .....2



## Sección A AUTONOMÍA

AHORA VOY A HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDADES FÍSICAS QUE SON IMPORTANTES PARA LA VIDA COTIDIANA Y QUE ALGUNAS PERSONAS TIENEN DIFICULTADES DE REALIZAR. QUERRÍA SABER SI USTED PUEDE O NO REALIZARLAS CON Y SIN AYUDA, O SI NO PODRÍA REALIZARLAS DE NINGUNA MANERA.

### CÓDIGOS

<i>Para V</i>		<i>Para Fr</i>	<i>Para D</i>	<i>Para R</i>
1 Esposo/a 2 Hija 3 Hijo 4 Nuera 5 Yerno 6 Hermana 7 Hermano 8 Otro familiar mujer 9 Otro familiar hombre	10 Amiga 11 Amigo 12 Vecino/a 13 Cuidados pagados 14 Enfermera 15 Asistente social 16 Ayuda a domicilio 17 Voluntario 18 Otros 19 Nadie	1 Diario 2 Varias veces por semana 3 Una vez por semana 4 De una a tres veces por mes 5 Menos de una vez por mes	1 Una semana 2 Un mes 3 Tres meses 4 Seis meses 5 Un año 6 Más de un año	1 La misma 2 Otra

*¡ NO OLVIDE PREGUNTAR LAS TRES PREGUNTAS a), b) y c) !*

#### A1

a) ¿ ES USTED CAPAZ DE CAMINAR A TRAVÉS DE UNA HABITACIÓN PEQUEÑA?

Capaz: 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A CAMINAR A TRAVÉS DE SU HABITACIÓN?

Sí: 1  
No: 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda
- 2.- 2º persona que ayuda
- 3.- 3º persona que ayuda

	Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)
1.- 1º persona que ayuda				
2.- 2º persona que ayuda				
3.- 3º persona que ayuda				

#### A2

a) ¿ES USTED CAPAZ DE BAÑARSE O DUCHARSE? (LAVARSE TODO EL CUERPO)

Capaz: 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A BAÑARSE O DUCHARSE?

Sí: 1  
No: 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda
- 2.- 2º persona que ayuda
- 3.- 3º persona que ayuda

	Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)
1.- 1º persona que ayuda				
2.- 2º persona que ayuda				
3.- 3º persona que ayuda				

#### A3

a) ¿ES USTED CAPAZ DE HACER SU ASEO PERSONAL ? ( PEINARSE, CEPILLARSE LOS DIENTES, AFEITARSE, LAVARSE LA CARA)

Capaz: 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A HACER SU ASEO PERSONAL?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda  
2.- 2º persona que ayuda  
3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A4**

a) ¿ES USTED CAPAZ DE VESTIRSE ? (PONERSE UNA CAMISA, ABOTONARLA, PONERSE LOS ZAPATOS, ETC)

Capaz 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿Hay alguna persona que le ayuda a vestirse?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda  
2.- 2º persona que ayuda  
3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A5**

a) ¿ES USTED CAPAZ DE CORTARSE LAS UÑAS DE LOS PIES ?

Capaz 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A CORTARSE LAS UÑAS DE LOS PIES?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda  
2.- 2º persona que ayuda  
3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A6**

a) ¿ES USTED CAPAZ DE COMER? (CORTAR LA CARNE, COGER EL VASO, BEBER?)

Capaz 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A COMER?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda  
2.- 2º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

3.- 3º persona que ayuda

--	--	--	--

**A7**

a) ¿ES USTED CAPAZ DE SALIR DE LA CAMA?

Capaz 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A SALIR DE LA CAMA?

Si 1  
No 2

c)

1.- 1º persona que ayuda

2.- 2º persona que ayuda

3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A8**

a) ¿ES USTED CAPAZ DE LEVANTARSE DE LA SILLA?

Capaz 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A LEVANTARSE DE LA SILLA?

Si 1  
No 2

c)

1.- 1º persona que ayuda

2.- 2º persona que ayuda

3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A9**

a) ¿ES USTED CAPAZ DE USAR EL RETRETE?

Capaz 1  
Capaz con ayuda: 2  
Incapaz: 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A USAR EL RETRETE?

Si 1  
No 2

c)

1.- 1º persona que ayuda

2.- 2º persona que ayuda

3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A10**

a) ¿PUEDE USAR EL TELÉFONO? (BUSCAR EL NÚMERO Y MARCAR)

Puede sin ayuda 1  
Puede con ayuda 2  
No puede de ninguna manera 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A USAR EL TELÉFONO O QUE TELEFONEA POR USTED?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda  
2.- 2º persona que ayuda  
3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A11**

a) ¿PUEDE USTED COGER EL AUTOBÚS, TREN TAXI, O CONDUCIR EL COCHE?

Puede sin ayuda 1  
Puede con ayuda 2  
No puede de ninguna manera 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE TRANSPORTA?

Sí 1  
No: 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda  
2.- 2º persona que ayuda  
3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A12**

a) ¿PUEDE COMPRAR ROPA O COMIDA?

Puede sin ayuda 1  
Puede con ayuda 2  
No puede de ninguna manera 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA HACER LA COMPRA DE ROPA O COMIDA?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda  
2.- 2º persona que ayuda  
3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A13**

a) ¿PUEDE USTED HACER LOS RECADOS?

Puede sin ayuda 1  
Puede con ayuda 2  
No puede de ninguna manera 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A HACER LOS RECADOS?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda
- 2.- 2º persona que ayuda
- 3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A14**

a) ¿PUEDE USTED PREPARAR LA COMIDA?

Puede sin ayuda 1  
Puede con ayuda 2  
No puede de ninguna manera 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A PREPARAR LA COMIDA?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda
- 2.- 2º persona que ayuda
- 3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A15**

a) ¿PUEDE USTED HACER EL TRABAJO LIGERO DE LA CASA' (HACER CAMAS, LAVAR PLATOS, BARRER, LIMPIAR EL POLVO)

Puede sin ayuda 1  
Puede con ayuda 2  
No puede de ninguna manera 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A HACER EL TRABAJO LIGERO DE LA CASA?

Sí: 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda
- 2.- 2º persona que ayuda
- 3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A16**

a) ¿PUEDE USTED HACER EL TRABAJO PESADO DE LA CASA? ( LAVAR, PLANCHAR, FREGAR SUELOS Y VENTANAS)

Puede sin ayuda 1  
Puede con ayuda 2  
No puede de ninguna manera 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A HACER EL TRABAJO PESADO DE LA CASA?

Sí 1  
No 2

c)

- 1.- 1º persona que ayuda
- 2.- 2º persona que ayuda
- 3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A17**

a) ¿PUEDE ADMINISTRAR SU PROPIO DINERO?

Puede sin ayuda 1  
Puede con ayuda 2  
No puede de ninguna manera 3

b) ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE LE AYUDA A MANEJAR EL DINERO?

Sí 1  
No 2

c)

1.- 1º persona que ayuda

2.- 2º persona que ayuda

3.- 3º persona que ayuda

Vínculo (V)	Frecuencia (Fr)	Duración (D)	Residencia (R)

**A CONTINUACIÓN LE PRESENTARÉ UNA SERIE DE FRASES SOBRE CÓMO PUEDE HABERSE SENTIDO O COMPORTADO. POR FAVOR DÍGAME CON QUE FRECUENCIA SE HA SENTIDO ASÍ EN LA ÚLTIMA SEMANA. (DARLE LA TARJETA).**

RESPÓNDAME PARA CADA AFIRMACIÓN SI SE HA SENTIDO ASÍ NUNCA O CASI NUNCA, A VECES, CON FRECUENCIA Y SIEMPRE O CASI SIEMPRE.

NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
-------	---------	----------------	---------

D1	ME MOLESTARON COSAS QUE NORMALMENTE NO ME MOLESTAN.	1	2	3	4
D2	NO TENÍA GANAS DE COMER, CASI NO TENÍA HAMBRE.	1	2	3	4
D3	NI SIQUIERA LA AYUDA DE MIS AMIGOS Y DE MI FAMILIA HAN CONSEGUIDO QUE NO ESTUVIERA TRISTE.	1	2	3	4
D4	SABÍA QUE ERA TAN COMPETENTE COMO CUALQUIERA.	1	2	3	4
D5	ME COSTABA CONCENTRARME EN LO QUE ESTABA HACIENDO.	1	2	3	4
D6	ME SENTÍ DEPRIMIDO.	1	2	3	4
D7	ME COSTABA MUCHO HACER CUALQUIER COSA.	1	2	3	4
D8	ME SENTÍA OPTIMISTA SOBRE EL FUTURO.	1	2	3	4
D9	PENSÉ QUE MI VIDA ERA UN FRACASO.	1	2	3	4
D10	TENÍA MIEDO.	1	2	3	4
D11	NO PODÍA DORMIR BIEN.	1	2	3	4
D12	ESTABA CONTENTO.	1	2	3	4
D13	HABLÉ MENOS QUE DE COSTUMBRE	1	2	3	4
D14	ME SENTÍ SOLO.	1	2	3	4
D15	LA GENTE A MI ALREDEDOR PARECÍA DISTANTE Y ANTIPÁTICA.	1	2	3	4
D16	DISFRUTÉ DE LA VIDA.	1	2	3	4
D17	HE LLORADO.	1	2	3	4
D18	ME SENTÍ TRISTE.	1	2	3	4
D19	SENTÍA QUE NO LE CAÍA BIEN A LA GENTE.	1	2	3	4
D20	NO TENÍA GANAS DE HACER NADA.	1	2	3	4





**LAS PREGUNTAS SIGUIENTES SE REFIEREN A LA CONDUCCION DE VEHICULOS A MOTOR Y A LOS POSIBLES ACCIDENTES DE TRAFICO QUE USTED HAYA SUFRIDO COMO CONDUCTOR.**

C1.- EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS ¿HA CONDUCIDO EN ALGUNA OCASION UN VEHICULO A MOTOR (TURISMO, MOTO, CAMIONES, CAMION, AUTOBUS, TRACTOR, ETC...), EN LAS CARRETERAS DEL ESTADO ESPAÑOL?

Si .....1  
 No .....2  
 (Fin de la encuesta relativa a los accidentes de tráfico. Pasar a la pregunta S1.)

CON LAS PREGUNTAS QUE VIENEN A CONTINUACIÓN SE RELLENARÁN LAS TABLAS ADJUNTAS EN LAS PÁGINAS SIGUIENTES.

C2.- ¿QUE CANTIDAD DE KILOMETROS HA CONDUCIDO DURANTE EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS?

EN FUNCIÓN DEL LUGAR Y TIPO DE CARRETERA DONDE HA CONDUCIDO:

Recogida de número aproximado de kms conducidos:

C3.-¿QUE PORCENTAJE DE KILOMETROS ERAN INTERURBANOS (CARRETERA, AUTOPISTA)?

Si	Anotaremos
- menos de 1.000	555
- más de 1.000 y menos de 10.000	5.555
- más de 10.000 y menos de 20.000	15.555
- más de 20.000 y menos de 40.000	25.555
- más de 40.000 y menos de 80.000	45.555
- más de 80.000	85.555

C4.- ¿QUE PORCENTAJE DE KILOMETROS ERA EN ZONAS URBANAS (EN CIUDAD)?

EN FUNCIÓN DEL MOMENTO DEL DÍA EN QUE HA CONDUCIDO:

C5.- ¿QUE PORCENTAJE DE KILOMETROS CONDUIÓ DE DÍA (CON LUZ SOLAR)?

C6.- ¿QUE PORCENTAJE DE KILOMETROS CONDUIÓ DE NOCHE (SIN LUZ SOLAR)?

Periodo del año 19__ al 19__	Número total de Km anuales	En trayectos		Luminosidad (sin luz solar)	
		Inteurbanos %	Urbanos %	De día %	De Noche %

C7.- EN LOS CINCO ULTIMOS AÑOS ¿HA SIDO SANCIONADO CON MULTAS DE TRÁFICO? (EXCLUIR LAS DE APARCAMIENTO).  
 (\* Pasar a C9)

Si .....1  
 No \* .....2  
 Ns/Nc .....3

C8.-¿RECUERDA CUANTAS VECES HA SIDO SANCIONADO? (EXCLUIR LAS MULTAS DE APARCAMIENTO)

C9.- EN LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿HA SENTIDO EN ALGUNA OCASION QUE SE QUEDABA DORMIDO (SE ECHABA "CABEZADAS") MIENTRAS CONDUCIA?  
 (\* Pasar a C12)

Nunca: \* .....1  
 En muy raras ocasiones: ..... 2  
 Con cierta frecuencia: ..... 3  
 Casi siempre que conduzco: ..... 4  
 Siempre que conduzco: ..... 5  
 NS/NC: ..... 6

C10.- ¿ALGUNA DE ESAS CABEZADAS QUE HA SUFRIDO MIENTRAS CONDUCIA, LE HA PUESTO EN UNA SITUACION DE ALTO RIESGO DE ACCIDENTE DE TRAFICO (POR EJEMPLO HA ESTADO A PUNTO DE SALIRSE DE LA CALZADA, DE INVADIR EL CARRIL CONTRARIO, DE CHOCAR CON OTRO VEHICULO, ETC)?

Si .....1  
 No .....2  
 Ns/Nc .....3

(Si la respuesta es "No" o "Ns/Nc" pasar a la pregunta C12)

C11.- ¿CUANTAS VECES EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?

C12.- EN LOS CINCO ULTIMOS ANOS, ¿HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE DE TRÁFICO MIENTRAS CONDUCÍA UN VEHÍCULO?.

Si.....1  
 No.....2  
 NS/NC.....3

(Si la respuesta es "No" o "Ns/Nc" pasar a la pregunta S1)

C13.- ¿CUANTOS? \_\_\_\_\_

**Para cada uno de los accidentes, rellénesse la Tabla de Accidentes de Tráfico**

C14.- ¿EN QUE FECHA OCURRIO EL ACCIDENTE?

C15.- ¿EN QUE DIA DE LA SEMANA OCURRIO EL ACCIDENTE

Lunes.....1  
 Martes.....2  
 Miercoles.....3  
 Jueves.....4  
 Viernes.....5  
 Sabado.....6  
 Domingo ó día de fiesta.....7  
 Dia laborable.....8  
 Fin de semana ó puente.....9

C16.- ¿EN QUE TIPO DE VIA OCURRIO EL ACCIDENTE?

Autopista o autovía.....1  
 Carretera nacional.....2  
 Carretera comarcal.....3  
 Travesía (carretera que atraviesa por un casco urbano)4  
 Vía urbana (calle o avenida en un casco urbano).....5  
 Otros (aparcamiento, camino vecinal, etc).....6  
 NS/NC.....8

C17.- ¿EN QUE PROVINCIA OCURRIO

.....

C18.- ¿EN QUE MOMENTO DEL DÍA SE PRODUJO EL ACCIDENTE ?

En pleno día (con luz solar).....1  
 Al amanecer o en el crepúsculo.....2  
 Por la noche (en ausencia de luz solar).....3  
 NS / NC.....4

C19.- ¿CUAL FUE LA HORA DEL ACCIDENTE?.

Hora del accidente (0 a 23 h)..... \_\_\_\_\_

C20.- ¿ QUE TIPO DE ACCIDENTE OCURRIÓ?.

Colisión con otro vehículo en marcha en la vía.....1  
 Colisión con obstaculo o vehículo parado en la vía.....2  
 Atropello de peatón.....3  
 Atropello o colisión con un animal.....4  
 Salida de la carretera.....5  
 Otros.....6  
 NS/NC.....7

C21.- ¿CUALES FUERON LAS CONDICIONES ATMOSFÉRICAS CUANDO SE PRODUJO EL ACCIDENTE?

Buen tiempo: con carretera seca y buena visibilidad...1  
 Carretera mojada.....2  
 Lluvia.....3  
 Niebla.....4  
 Carretera con nieve, o granizo, o hielo.....5  
 Viento fuerte.....6  
 Una combinación de 2, 3, 4, 5 y/o 6.....7  
 Otros.....8

C22.- ¿CUAL FUE, EN SU OPINION, LA CAUSA PRINCÍPAL DEL ACCIDENTE?

Velocidad inadecuada.....1  
 Distracción, falta de atención al conducir.....2  
 Cansancio.....3  
 Cabezadas, somnolencia (quedarse dormido).....4  
 Alcohol o drogas.....5  
 Condiciones externas (carretera, tiempo, animal, etc).....6  
 Fallo mecánico.....7  
 Causado por otros conductores o peatón.....8  
 NS / NC.....9

C23.- ¿HUBO ALGUNA PERSONA, INCLUIDA USTED, LESIONADA?

Ninguno.....1  
 Heridos leves.....2  
 Heridos graves (necesitaron hospitalización).....3  
 Muertos (por las lesiones del accidente).....4

C24.- ¿SUFRIÓ USTED ALGÚN TIPO DE LESIÓN

Si.....1

FISICA?

No..... 2

C25.- ¿RECIBIO ASISTENCIA SANITARIA?

Si.....1  
No.....2  
(Si la respuesta es "No" pasar a pregunta S1)

C26.- ¿QUE TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA NECESITO

Ambulatorio, centro de salud, SAU (No hospital) ... 1  
Urgencias hospitalarias ..... 2  
Intervención quirúrgica hospitalaria ..... 3  
NS/NC ..... 4

C27.- ¿INGRESO EN EL HOSPITAL MAS DE 24 HORAS?.

Si ..... 1  
No ..... 2

Nº	Fecha (mes/año)	Día de la semana	Tipo de vía	Lugar (prov)	Momento del día	Hora	Tipo	Condición Atmosf	causa	Personas lesionada	Lesión física	Asistencia médica	Tipode asistencia	Ingreso hospitalario
1														
2														
3														
4														
5														



## SECCIÓN S: ACCIDENTES NO DE TRAFICO

AHORA LE VOY A PREGUNTAR POR OTROS ACCIDENTES Y CAÍDAS QUE HALLA TENIDO USTED EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

S1. ¿HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE O CAÍDA EN EL CURSO DE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?

(En caso de más de un accidente, preguntar por el último)

- Si 1  
No 2 (fin de esta sección, pasar a la siguiente)

S2. ¿A CONSECUENCIA DE ESTE ACCIDENTE O CAÍDA DURANTE CUANTO TIEMPO TUVO QUE ALTERAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS?

- Al menos un mes 1  
Al menos una semana 2  
Al menos un día 3  
Nada 4

S3. ¿QUE TIPO DE LESION LE PRODUJO ESTE ACCIDENTE O CAÍDA QUE LE ALTERÓ SU VIDA?

(En caso de varios accidentes preguntar por el último)

	SI	NO
a) Corte o excisión	1	2
b) Torcedura o luxación	1	2
c) Fractura	1	2
d) Asfixia	1	2
e) Hinchazón	1	2
f) Quemadura	1	2
g) Envenenamiento	1	2
h) Conmoción	1	2
i) Dolor en el área afectada	1	2

S4. ¿DONDE SE PRODUJO ESTE ACCIDENTE O CAÍDA? ESPECIFIQUE EL LUGAR: \_\_\_\_\_

- En la calle o vía pública 1  
En su casa 2  
En otro lugar 3

S6. ¿LE PRESTO ALGUIEN AYUDA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE O CAÍDA?

	SI	NO
a) Un extraño	1	2
b) Esposo/a	1	2
c) Miembro de la familia	1	2
d) Conocido/a	1	2
e) Médico	1	2
f) Ambulancia	1	2
h) Enfermero	1	2

S6. ¿FUE TRANSPORTADO?

- En ambulancia 1  
Por la policía 2  
Otros 3 (Especificar): \_\_\_\_\_  
No fue transportado 4

S7. ¿CUANTOS DÍAS ESTUVO HOSPITALIZADO A CAUSA DEL ÚLTIMO ACCIDENTE O CAÍDA? \_\_\_\_\_

S8. ¿FUE CAÍDA?

- Si 1  
No 2

S9. ¿SE HA CAÍDO USTED MÁS DE UNA VEZ EN EL ÚLTIMO AÑO?

- Si 1  
No 2

S10. ¿CUANTAS VECES DIRÍA USTED QUE SE HA CAÍDO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? \_\_\_\_\_



**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ASPECTOS PERSONALES SOBRE USTED.**

87.- ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?	Soltero/a	1
	Casado/a o similar	2
	Separado/a Divorciado/a	3
	Viudo/a	4

88 .- ¿QUE ESTUDIOS HA REALIZADO?	No sabe leer ni escribir	1
	Sin estudios	2
	Estudios primarios	3
	Bachiller elemental, graduado escolar, EGB hasta 8ª	4
	BUP, Formación profesional, Bachiller Superior	5
	Escuelas técnicas universitarias de grado Medio	6
	Facultades universitarias, Escuelas Técnicas Superiores	7

89 .- ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN LABORAL ACTUAL?	Jubilado, retirado pensionista y rentista	1
	Ama de casa	2
	Trabajando	3
	Otros	4

*Es imprescindible rellenar estas preguntas (90-93). Si es jubilado preguntar por la ocupación que ha ejercido más tiempo. Si es ama de casa sin haber trabajado nunca, por la de su marido, padre o persona que le mantenga o de la que reciba su pensión.*

90.- ¿QUE CARGO O CATEGORÍA TENÍA EN LA EMPRESA DONDE TRABAJABA?	Directores, Subdirectores, Gerentes, Empresarios	1
	Técnico Superior	2
	Técnicos medios(ATS, maestros, contables, peritos)	3
	Capataces, encargados, viajantes	4
	Técnicos especialistas, oficiales, administrativos	5
	Técnicos auxiliares, aux clinica, aux administrativo, dependientes	6
	Conserjes, ordenanza, peones, aprendices, Ayudantes	7

91.- ¿ME PODRIA ESPECIFICAR MAS LA OCUPACION QUE DESEMPEÑABA?

92.- ¿CUAL ES O HA SIDO SU RELACION LABORAL CON LA EMPRESA EN LA QUE TRABAJA O HA TRABAJADO MAS AÑOS?	Empresario o empleador	1
	Trabajador por cuenta propia, autónomo	2
	Cooperativista	3
	Asalariado fijo	4
	Asalariado eventual	5
	Ayuda familiar	6
	Otras	7
	(Especificar: _____) Ns/Nc	8

93.- ¿QUE ACTIVIDAD REALIZABA EN LA EMPRESA DONDE TRABAJABA?	Agricultura, minería, ganadería, pesca	1
	Industria	2
	Construcción	3
	Administración pública (local, estatal)	4
	Profesiones liberales de servicio	5
	Comercio y hostelería	6
	Otros servicios:Transportes, seguros,...	7

94.- ¿EN CUAL DE LOS SIGUIENTES GRUPOS SITUARIA SUS INGRESOS NETOS MENSUALES?	Hasta 50.000 ptas. (Hasta 300 €)	1
	50.000-74.999 ptas. (301-450 €)	2

(Mostrar tarjetas del grupo 2)

75.000-99.999 ptas. (451-600 €)	3
100.000-124.999 ptas. (601-750 €)	4
125.000-149.999 ptas. (751-900 €)	5
150.000-199.999 ptas. (901-1.200 €)	6
200.000-249.999 ptas. (1.201-1.500 €)	7
250.000-299.999 ptas. (1.501-1.800 €)	8
300.000 ptas. o más (> 1.800 €)	9
Ns/Nc	0

95.- ¿EN CUAL DE LOS SIGUIENTES GRUPOS SITUARIA LOS INGRESOS MENSUALES NETOS DE SU HOGAR DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES, CONSIDERANDO LAS APORTACIONES DE TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?

(Mostrar tarjetas del grupo 3)

Hasta 50.000 ptas. (Hasta 300 €)	1
50.000-74.999 ptas. (301-450 €)	2
75.000-99.999 ptas. (451-600 €)	3
100.000-124.999 ptas. (601-750 €)	4
125.000-149.999 ptas. (751-900 €)	5
150.000-199.999 ptas. (901-1.200 €)	6
200.000-249.999 ptas. (1.201-1.500 €)	7
250.000-299.999 ptas. (1.501-1.800 €)	8
300.000-349.999 ptas. (1.801-2.100 €)	9
350.000-399.999 ptas. (2.101-2.400 €)	10
400.000-449.999 ptas. (2.401-2.700 €)	11
450.000-499.999 ptas. (2.701-3.000 €)	12
500.000-599.999 ptas. (3.001-3.600 €)	13
600.000-699.999 ptas. (3.601-4.200 €)	14
700.000-799.999 ptas. (4.201-4.800 €)	15
800.000-899.999 ptas. (4.801-5.400 €)	16
900.000-999.999 ptas. (5.401-6.000 €)	17
Mas de 1.000.000 ptas (> 6.000 €)	18
Ns/Nc	0

A CONTINUACIÓN LE RUEGO VUELVA A RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE EL SUEÑO.

R1. ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS DESCRIBE MEJOR LA FORMA DE DORMIR DE \_\_\_\_\_?

Nunca ronca .....	1
Solo ronca ocasionalmente .....	2
Ronca con frecuencia .....	3
Ronca sistemática mente y a diario .....	4
No sabe .....	5

R2. MIENTRAS ESTÁ DORMIDO ¿SUELE TENER PAUSAS RESPIRATORIAS ? (PARA DE RESPIRAR DURANTE UN TIEMPO ANORMALMENTE LARGO Y LUEGO VUELVE A RESPIRAR. A VECES SE ACOMPAÑA DE SONIDOS AXFICTICOS Y/O RUIDOS ENTRECORTADOS. CON FRECUENCIA SE DESPIERTA SOBRESALTADO VARIAS VECES EN LA MISMA NOCHE)

Si .....	1
No .....	2
No sabe .....	3

R3. LLAMAMOS HIPERSOMNIA DIURNA A LA ANORMAL TENDENCIA A QUEDARSE DORMIDO DURANTE EL DÍA SIN QUE LA PERSONA TENGA INTENCIÓN PREVIA DE DORMIRSE (LA SOMNOLENCIA QUE APARECE A VECES DESPUÉS DE COMER NO ES HIPERSOMNIA DIURNA). ¿ CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE SI D/DÑA \_\_\_\_\_ TIENE O NO ALGÚN TIPO DE TENDENCIA AL SUEÑO DURANTE EL DÍA ?

No tiene tendencia a dormirse de día	1
Se duerme con frecuencia en situaciones en que hay poca estimulación: solo en el trabajo a media tarde, cuando hay un ambiente propicio (buena temperatura, baja intensidad de luz,...) escuchando una lectura, viendo la TV, escuchando música suave, de pasajero en un vehículo	2

Se duerme con frecuencia leyendo el periódico, en el cine o esperando en la consulta del médico.	3
--	---

Se duerme con frecuencia comiendo, sentado en el WC, o en un autobus urbano. Tiene tendencia a dormirse mientras está conduciendo	4
---	---

Sueño incontrolable. Se duerma incluso mientras está hablando o en las relaciones sexuales. No puede permanecer despierto suficiente tiempo como para hacer su trabajo normalmente o relacionarse con los demás.	5
--	---

---

P23.- PERÍMETRO DEL CUELLO ( En centímetros) \_\_\_\_\_

---

**2º MEDIDA DE LA TENSIÓN ARTERIAL**

P24 RITMO DEL PULSO:            Normal            1  
   Anormal            2

P25 PRESION DE ABOLICIÓN \_\_\_\_\_ + 20 mmHg  
\_\_\_\_\_

P26 TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: \_\_\_\_\_

P27 TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (4ª Ruido)  
\_\_\_\_\_

P28 TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (5º Ruido)  
\_\_\_\_\_

P29 PEAK FLOW (La mejor de las tres medidas)  
\_\_\_\_\_



**3º MEDIDA DE LA TENSIÓN ARTERIAL**

P27 TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (4ª Ruido) \_\_\_\_\_

P24 RITMO DEL PULSO: Normal 1  
Anormal 2

P28 TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (5º Ruido) \_\_\_\_\_

P25 PRESION DE ABOLICIÓN \_\_\_\_\_ + 20 mmHg  
\_\_\_\_\_

P29 PEAK FLOW (La mejor de las tres medidas) \_\_\_\_\_

P26 TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: \_\_\_\_\_

**TABLA DE MEDICAMENTOS**

(Para cada medicamento se anotará el número de la pregunta de origen, el nombre comercial, la frecuencia, las fechas de comienzo y final y el número de semanas al año de consumo)

**FRECUENCIA:**

- Menos de un día por mes* 1
- Menos de un día por semana* 2
- Por episodios* b 3
- De un a dos días por semana* 4
- De tres a cinco días por semana* 5
- A diario o casi a diario* 6

F1 Pregunta		Nombre comercial	F2 Frecuencia	F3 Fecha Comienzo				F4 Fecha Finalización				F5 Nº semanas/año

## HOJA DE CONTROL DEL ENTREVISTADOR (II)

	SI	NO
PR1. PARTICIPANTE RESPONDE		
a) Solo	1	2
b) Acompañado por:		
- Esposo/a	1	2
- Hijos	1	2
- Miembro familia	1	2
- Otros	1	2

	TOTAL	PARCIAL	NO
PR2. ¿OTRA PERSONA RESPONDE POR ELLA?	1	2	3

	SI	NO
PR3. MOTIVO:		
- Deterioro cognitivo	1	2
- Problemas para hablar/oír	1	2
- Enfermedad física	1	2
- Otros	1	2

	SI	NO
PR4. ¿QUIEN RESPONDE POR ELLA?		
- Esposo/a	1	2
- Hijos	1	2
- Miembro familia	1	2
- Otros	1	2

## HOJA DE CONTROL DEL ENTREVISTADOR (III)

A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR DESPUES DE LA ENTREVISTA

I1 ¿QUE DÍA ES HOY?

I2 ¿QUE DÍA DE LA SEMANA ES HOY?

I3 ¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS?

I4 ¿CUAL ES SU NÚMERO DE TELÉFONO?

I5 ¿CUÁL ES SU DIRECCIÓN COMPLETA?

I6 ¿QUE EDAD TIENE?

I7 ¿CUANDO NACIÓ?

I8 ¿CUAL ES EL NOMBRE DE SU MADRE?

I9 ¿COMO SE LLAMA EL REY?

I10 ¿COMO SE LLAMA EL PAPA?

I11 DIGA TODOS LOS DÍAS DE LA SEMANA EN SENTIDO INVERSO  
EMPEZANDO POR EL DOMINGO:

I12 RESTE 3 DE 20 Y CONTINUE RESTANDO 3 DEL RESULTADO  
ANTERIOR HASTA CERO: 20, 17,...

CORRECTA	INCORRECTA
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

## CUESTIONARIOS COMUNES

### ESCALA DE SOMNOLENCIA DE STANFORD

A continuación le vamos a describir unas situaciones. Por favor, elija usted la respuesta que, en general, mejor describa su situación actual en cuanto a la somnolencia.

Marque con una X la respuesta más adecuada y recuerde que sólo puede elegir una.

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | ME SIENTO ACTIVO Y VITAL. ESTOY COMPLETAMENTE ALERTA Y DESPIERTO.  |
| 2. | <input type="checkbox"/> | FUNCIONO BIEN PERO NO ESTOY AL MÁXIMO. PUEDO CONCENTRARME.   |
| 3. | <input type="checkbox"/> | ESTOY RELAJADO, DESPIERTO, AUNQUE NO COMPLETAMENTE ALERTA. PUEDO MANTENER EL INTERES.  |
| 4. | <input type="checkbox"/> | SIENTO LA CABEZA UN POCO "TORPE", COMO "EMBOTADA", AUNQUE NO MUCHO. ME SIENTO CON POCO "ÁNIMO".  |
| 5. | <input type="checkbox"/> | SIENTO LA CABEZA BASTANTE "TORPE". ESTOY PERDIENDO EL INTERÉS POR PERMANECER DESPIERTO. NO TENGO GANAS DE HACER NADA.  |
| 6. | <input type="checkbox"/> | ME SIENTO SOMNOLIENTO, ME GUSTARÍA TUMBARME UN POCO, TENGO QUE LUCHAR PARA NO DORMIRME, ME SIENTO ATURDIDO. TENGO DIFICULTADES PARA PENSAR CON CLARIDAD.                                   |
| 7. | <input type="checkbox"/> | ESTOY DURMIÉNDOME TODO EL DIA, TENGO LA SENSACIÓN DE QUE ME VOY A QUEDAR DORMIDO EN CUALQUIER MOMENTO, CASI NO PUEDO PERMANECER DESPIERTO, HE PERDIDO MI RESISTENCIA PARA EVITAR DORMIRME. |

## CUESTIONARIO SOBRE LOS RESULTADOS FUNCIONALES DEL SUEÑO (FOSQ)

Algunas personas tienen problemas para hacer las actividades diarias cuando se sienten cansados o con sueño. El propósito de este cuestionario es averiguar si tiene usted, en general, problemas para hacer algunas actividades porque está demasiado cansado o somnoliento. En este cuestionario, las palabras "somnoliento" y "cansado" se refieren a la sensación de no poder mantener los ojos abiertos, de que se le cae la cabeza de sueño, de que necesita "dar una cabezada" o que siente la necesidad urgente de dormir. Estas palabras NO se refieren aquí a la sensación de cansancio o fatiga que puede tener después de haber hecho ejercicio.

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una (X) la casilla correspondiente a su respuesta en cada pregunta. Contesté sólo UNA respuesta para cada pregunta. Procure ser lo más preciso posible. Toda la información será confidencial.

1. ¿Tiene dificultad para concentrarse en lo que hace porque está cansado o soñoliento?

(4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

2. ¿Generalmente, tiene dificultad para recordar las cosas porque está cansado o soñoliento?

(4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

3. ¿Tiene dificultad para terminar una comida porque se siente cansado o soñoliento?

(4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

4. ¿Tiene dificultad para practicar sus aficiones (por ejemplo costura, coleccionismo, jardinería, etc.) porque está cansado o soñoliento?

(0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

5. ¿Tiene dificultad para hacer las tareas domésticas (por ejemplo hacer la limpieza, lavar la ropa, sacar la basura, arreglar las cosas) porque está cansado o soñoliento?

(0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

6. En trayectos cortos (menos de 50 kilómetros), ¿tiene dificultad para conducir un vehículo a motor porque se siente cansado o soñoliento?

(0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS RESULTADOS FUNCIONALES DEL SUEÑO (FOSQ)  
(Cont.)**

7. En trayectos largos (más de 100 kilómetros), ¿tiene dificultad para conducir un vehículo de motor porque se siente cansado o soñoliento?

- (0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

8. ¿Estar demasiado cansado o somnoliento para conducir o para usar el transporte público le dificulta hacer sus actividades diarias?

- (0) NO CONDUZCO NI USO EL TRANSPORTE PÚBLICO PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

9. ¿Tiene dificultad para encargarse de los asuntos económicos y el papeleo (por ejemplo extender cheques, pagar facturas, llevar las cuentas, rellenar los formularios de Hacienda) porque está cansado o soñoliento?

- (0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

10. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo como empleado o como voluntario porque está cansado o soñoliento?

- (0) NO TRABAJO PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

11. ¿Tiene dificultad para mantener una conversación telefónica porque se siente cansado o soñoliento?

- (0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

12. ¿Tiene dificultad para recibir visitas de familiares o amigos porque se siente cansado o soñoliento?

- (0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS RESULTADOS FUNCIONALES DEL SUEÑO (FOSQ)  
(Cont.)**

13. ¿Tiene dificultad para ir de visita a casa de sus familiares o amigos porque se siente cansado o soñoliento?

(0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

14. ¿Tiene dificultad para hacer cosas para sus familiares o amigos porque se siente cansado o soñoliento?

(0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

15. ¿Ha afectado a su relación con la familia, los amigos o los compañeros de trabajo el que esté cansado o soñoliento?

(4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

¿Cómo le ha afectado?  
.....  
.....  
.....

16. ¿Tiene dificultad para hacer ejercicio o participar de una actividad deportiva porque está demasiado cansado o soñoliento?

(0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

17. ¿Tiene dificultad para ver una película o un vídeo porque se siente cansado o soñoliento?

(0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

18. ¿Tiene dificultad para disfrutar del teatro o de una conferencia porque se siente cansado o soñoliento?

(0) NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES  
 (4) NO, NINGUNA  
 (3) SI, UN POCO  
 (2) SI, BASTANTE  
 (1) SI, MUCHA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS RESULTADOS FUNCIONALES DEL SUEÑO (FOSQ)  
(Cont.)**

19. ¿Tiene dificultad para disfrutar de un concierto porque se siente cansado o soñoliento?	<input type="checkbox"/> (0) <u>NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES</u> <input type="checkbox"/> (4) NO, NINGUNA <input type="checkbox"/> (3) SI, UN POCO <input type="checkbox"/> (2) SI, BASTANTE <input type="checkbox"/> (1) SI, MUCHA
20. ¿Tiene dificultad para ver la televisión porque se siente cansado o soñoliento?	<input type="checkbox"/> (0) <u>NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES</u> <input type="checkbox"/> (4) NO, NINGUNA <input type="checkbox"/> (3) SI, UN POCO <input type="checkbox"/> (2) SI, BASTANTE <input type="checkbox"/> (1) SI, MUCHA
21. ¿Tiene dificultad para participar en los oficios religiosos, en las reuniones de un grupo o asociación porque está cansado o soñoliento?	<input type="checkbox"/> (0) <u>NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES</u> <input type="checkbox"/> (4) NO, NINGUNA <input type="checkbox"/> (3) SI, UN POCO <input type="checkbox"/> (2) SI, BASTANTE <input type="checkbox"/> (1) SI, MUCHA
22. ¿Tiene dificultad para estar tan activo como quisiera por la <u>noche</u> porque está cansado o soñoliento?	<input type="checkbox"/> (4) NO, NINGUNA <input type="checkbox"/> (3) SI, UN POCO <input type="checkbox"/> (2) SI, BASTANTE <input type="checkbox"/> (1) SI, MUCHA
23. ¿Tiene dificultad para estar tan activo como quisiera por la <u>mañana</u> porque está cansado o soñoliento?	<input type="checkbox"/> (0) <u>NO HAGO ESA ACTIVIDAD PERO POR OTRAS RAZONES</u> <input type="checkbox"/> (4) NO, NINGUNA <input type="checkbox"/> (3) SI, UN POCO <input type="checkbox"/> (2) SI, BASTANTE <input type="checkbox"/> (1) SI, MUCHA
24. ¿Tiene dificultad para estar tan activo como quisiera por la <u>tarde</u> porque está cansado o soñoliento?	<input type="checkbox"/> (4) NO, NINGUNA <input type="checkbox"/> (3) SI, UN POCO <input type="checkbox"/> (2) SI, BASTANTE <input type="checkbox"/> (1) SI, MUCHA
25. ¿Tiene dificultad para seguir el ritmo de otras personas de su edad porque está cansado o soñoliento?	<input type="checkbox"/> (4) NO, NINGUNA <input type="checkbox"/> (3) SI, UN POCO <input type="checkbox"/> (2) SI, BASTANTE <input type="checkbox"/> (1) SI, MUCHA



**CUESTIONARIO SOBRE LOS RESULTADOS FUNCIONALES DEL SUEÑO (FOSQ)  
(Cont.)**

26. ¿Cómo valoraría usted su nivel de actividad general?

- (1) MUY BAJO
- (2) BAJO
- (3) MEDIO
- (4) ALTO

27. ¿Ha afectado a sus relaciones íntimas o sexuales el hecho de estar cansado o soñoliento?

- (0) NO TENGO RELACIONES ÍNTIMAS O SEXUALES
- (4) NO
- (3) SI, UN POCO
- (2) SI, BASTANTE
- (1) SI, MUCHO

28. ¿Ha afectado a su deseo sexual o de intimidad el hecho de estar cansado o soñoliento?

- (0) NO TENGO RELACIONES ÍNTIMAS O SEXUALES PERO POR OTRAS RAZONES
- (4) NO
- (3) SI, UN POCO
- (2) SI, BASTANTE
- (1) SI, MUCHO

29. ¿Ha afectado a su capacidad de excitación sexual el hecho de estar cansado o soñoliento?

- (0) NO TENGO RELACIONES ÍNTIMAS O SEXUALES PERO POR OTRAS RAZONES
- (4) NO
- (3) SI, UN POCO
- (2) SI, BASTANTE
- (1) SI, MUCHO

30. ¿Ha afectado a su capacidad de "correserse" (tener un orgasmo) el hecho de estar cansado o soñoliento?

- (0) NO TENGO RELACIONES ÍNTIMAS O SEXUALES PERO POR OTRAS RAZONES
- (4) NO
- (3) SI, UN POCO
- (2) SI, BASTANTE
- (1) SI, MUCHO

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. RECUERDE QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS SUMINISTRE ES CONFIDENCIAL**

## PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (CUESTIONARIO CONFIDENCIAL)

A CONTINUACIÓN VERÁ ALGUNOS PROBLEMAS QUE LA GENTE PUEDE TENER EN SU VIDA DIARIA

LEA ATENTAMENTE LA LISTA DE PROBLEMAS

EN CADA PROBLEMA SI USTED LO TIENE MARQUE UNA CRUZ EN LA CASILLA DEL "SI"

SI USTED NO TIENE EL PROBLEMA MARQUE UNA CRUZ EN LA CASILLA DE "NO"

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. SI NO ESTÁ MUY SEGURO/A DE CONTESTAR "SI" o "NO", SEÑALE LA RESPUESTA QUE USTED CREA QUE ES LA MAS CIERTA EN ACTUALIDAD

	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Siempre estoy fatigado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
Tengo dolor por las noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
Las cosas me deprimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Tengo un dolor insoportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Tomo pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
He olvidado que es pasarlo bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Tengo los nervios de punta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7
Tengo dolor al cambiar de postura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8
Me encuentro sólo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Sólo puedo andar por dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10
Me cuesta agacharme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11
Todo me cuesta un esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12

**PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL (Cont.)**

	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Me despierto antes de hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13
Soy totalmente incapaz de andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14
Últimamente me resulta difícil contactar con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Los días se me hacen interminables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16
Me cuesta subir y bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17
Me cuesta coger las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Tengo dolor al andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19
Últimamente me enfado con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20
Creo que soy una carga para los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Me paso la mayor parte de la noche despierto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22
Siento que estoy perdiendo el control de mimismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23
Tengo dolor cuando estoy de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24

**PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL (Cont.)**

	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Me cuesta vestirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25
Enseguida me quedo sin fuerzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26
Me cuesta estar de pie mucho rato (por ejemplo, haciendo cola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Tengo dolor constantemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28
Me cuesta mucho dormirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29
Creo que no tengo a nadie en quien confiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Las preocupaciones me desvelan por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31
Creo que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32
Duermo mal por las noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Me cuesta llevarme bien con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34
Necesito ayuda para caminar fuera de casa (por ejemplo, bastón, muletas o ayuda de una persona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 35
Tengo dolor al subir y bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36
	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Me despierto desanimado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37
Tengo dolor cuando estoy sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 38

**PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL (Cont.)**

EN LA LISTA SIGUIENTE SEÑALE "SI" PARA CADA UNO DE LOS ASPECTOS DE SU VIDA QUE SE HAYA VISTO AFECTADO POR SU SALUD. CONTESTE "NO" PARA AQUELLOS ASPECTOS QUE NO ESTEN AFECTADOS

	SI	NO	<b>POR FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE MARGEN</b>
Actualmente su estado de salud, ¿le causa problemas con su puesto de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>39</b>
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con los trabajos domésticos (por ejemplo limpiar, cocinar, pintar, hacer reparaciones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>40</b>
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida social? (por ejemplo, salir, ver a los amigos, ir al bar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>41</b>
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida familiar? (es decir, las relaciones con los de casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>42</b>
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>43</b>
Actualmente su estado de salud, ¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficiones? (por ejemplo, hacer deportes, ver la TV, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>44</b>
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con los días de fiesta? (vacaciones, navidades, fines de semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>45</b>

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION  
ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL**

## CUESTIONARIO EURO QOL

MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA DE CADA APARTADO QUE MEJOR DESCRIBA SU ESTADO DE SALUD **HOY** .  
NO MARQUE MAS DE UNA CASILLA EN CADA GRUPO

### MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar  1  
Tengo algunos problemas para caminar  2  
Tengo que estar en la cama  3

### CUIDADO PERSONAL

- No tengo problemas con el cuidado personal  1  
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme  2  
Soy incapaz de lavarme o vestirme  3

### ACTIVIDADES COTIDIANAS *(Ejemplo: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)*

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas  1  
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas  2  
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas  3

### DOLOR / MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar  1  
Tengo moderado dolor o malestar  2  
Tengo mucho dolor o malestar  3

### ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido  1  
Estoy moderadamente ansioso o deprimido  2  
Estoy muy ansioso o deprimido  3

### COMPARANDO CON MI ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES, MI ESTADO DE SALUD **HOY** ES:

- Mejor  1  
Igual  2  
Peor  3

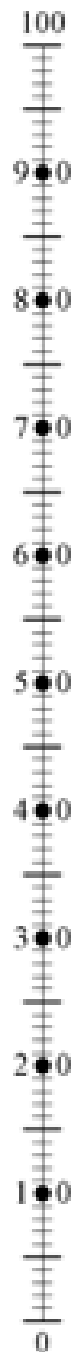
## SU ESTADO DE SALUD HOY

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que no indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" (\*) hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

SU ESTADO  
DE SALUD  
HOY

El mejor estado  
de salud  
imaginable



El peor estado  
de salud  
imaginable

(\*). A veces se tiende a valorar el estado de salud actual haciendo una cruz o una marca

## CUESTIONARIO EURO QOL

TODOS LOS CUESTIONARIOS SON ANÓNIMOS. EL DISPONER DE ALGUNOS DATOS ADICIONALES REFERENTES A USTED NOS AYUDARÁ A COMPRENDER MEJOR SUS RESPUESTAS

1. ¿Qué edad tiene?      |\_|\_|

Por favor marque la casilla correspondiente

2. Usted es:      **Hombre**      **Mujer**  
                   1       2

3. Usted es:

Soltero.....  
Casado-a.....  
Viudo-a.....  
Separado-a.....  
Divorciado-a.....

Por favor marque la casilla correspondiente

4. Indique su nivel de estudios:

Sin estudios.....  
Educación primaria.....  
Educación secundaria.....  
Enseñanza universitaria.....

5. ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor su situación actual?

Empleado o trabajador autónomo.....  
Jubilado / Pensionista.....  
Ama de casa.....  
Estudiante.....  
Parado.....  
Otro (especificar).....

Por favor marque la casilla correspondiente

6. Si conoce su código postal,

¿podría indicarlo?      |\_|\_|\_|\_|\_|

**MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA. TODA ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL**



**APNEA-LINK**

Fecha: |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
01-31 día mes (0-12) año

Tiempo de registro (TIB) (min): |\_\_|\_|\_|\_|

Tiempo total de análisis (TTA): |\_\_|\_|\_|\_|

**Índice de apnea/hipopnea / hora (IAH):** |\_\_|\_|\_|\_|

Nº eventos respiratorios: |\_\_|\_|\_|\_| Nº apneas obstructivas: |\_\_|\_|\_|\_|

Nº apneas centrales: |\_\_|\_|\_|\_| Nº apneas mixtas: |\_\_|\_|\_|\_|

Nº hipopneas: |\_\_|\_|\_|\_| Duración media apneas (seg): |\_\_|\_|\_|\_|

Duración media hipopneas (seg): |\_\_|\_|\_|\_|

Saturación media (SaO2 m): |\_\_|\_|

SaO2 media de los puntos más bajos: |\_\_|\_|  
30-99

Saturación mínima |\_\_|\_|  
30-99

T90 |\_\_|\_| T85 |\_\_|\_| T80 |\_\_|\_| T75 |\_\_|\_|  
0-99 0-99 0-99 0-99

# CUESTIONARIO NOCHE APNEA-LINK

Fecha: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
          día mes año

**NOMBRE (etiqueta)**

- ¿Qué tal ha dormido?

Bien

Regular

Mal

- A qué hora conectó el aparato?

- ¿A qué hora se lo quitó?

- Cuánto tiempo, aproximadamente, cree que tardó en dormirse?

10 minutos  media hora  1 hora  2 horas  3 horas o más

- ¿Se ha despertado durante la noche?

Si

No

- Si se ha despertado, ¿recuerda cuántas veces?

No  No sabe  1-2 veces  3-5 veces  más de 5

- Si se despertó, le costó volver a conciliar el sueño?

Si

No sabe

No

- comentarios/ sugerencias/ otras incidencias:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

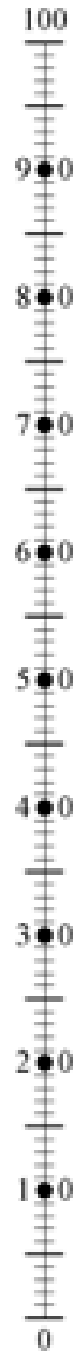
## SU SENSACIÓN DE HABER DORMIDO

ESTE TERMOMETRO VA DE 0-100  
100 ES LA MAXIMA SENSACIÓN DE  
HABER DORMIDO (100% DEL TIEMPO) Y CERO ES  
LA PEOR SENSACIÓN DE HABER DORMIDO  
(ABSOLUTAMENTE NADA).

INDIQUE CUAL ES SU SENSACIÓN  
DE HABER DORMIDO DURANTE LA PRUEBA.

SU PERCEPCION  
DE HABER  
DORMIDO  
DURANTES LA  
PRUEBA ES:

La mejor sensación



La peor sensación

## MAPA DE 24 HORAS (HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL)

Fecha: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
                            día mes año

El MAPA de 24 horas se realizará con tomas de TA diurnas cada 20 minutos y nocturnas cada 30 minutos.

Se considera HTA cuando la presión diurna sea superior a 130/80 y la nocturna > 125/75.

### MAPA 24 horas:

Nº lecturas válidas diurnas: |\_|\_|\_|\_|\_| Nº lecturas válidas nocturnas |\_|\_|\_|\_|\_|

PAS máxima diurna: |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| PAS máxima nocturna: |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|

PAD máxima diurna: |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| PAD máxima nocturna: |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|

### SISTÓLICA

Diurna (7h a 24 h) |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| mm. Nocturna (24h a 7h) |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|

(Rangos 60-240)

Global (24 h) |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|\_|\_| mm Hg. (Rangos 60-240)

### DIASTÓLICA

Diurna (7h a 24 h) |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| mm Nocturna (24h a 7 h) |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|

(Rangos 40-140)

Global (24 h) |\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|\_|\_| mm. (Rangos 40-140)

Carga PAS diurna (% de lecturas diurnas superiores a 135 mmHg)

|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| %

Carga PAS nocturna (% de lecturas nocturnas superiores a 125 mmHg)

|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| %

Carga PAD diurna (% de lecturas diurnas superiores a 85 mmHg)

|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| %

Carga PAD nocturna (% de lecturas nocturnas superiores a 75 mmHg)

|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| %

**Extracción de muestra de sangre para determinación de mediadores:**

Fecha: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
                  día mes año

La determinación de mediadores es deseable que sea llevada a cabo por todos los centros participantes.

Cada centro extraerá dos muestras de 10 c.c. de sangre. Una de ellas sin anticoagulante y otra con anticoagulante. Se centrifuga de forma estándar y se distribuye en alícuotas de 50 microlitros (se pueden introducir en tubos Eppendorf). Las alícuotas guardándose en dos bolsas separadas y etiquetando lo que es plasma (con EDTA) de lo que es suero (sin EDTA). Todas las muestras se archivarán a -80 ° C hasta su disponibilidad.

Al final del estudio, todas las muestras serán remitidas a un laboratorio central para su análisis.

¿Se realiza la extracción de sangre de acuerdo al protocolo?:

SI |\_| NO: |\_|

¿Se archiva en alícuotas etiquetadas a -80 ° C.?:

SI |\_| NO: |\_|

**POR FAVOR: NO OLVIDAR ADJUNTAR EL RESULTADO DE LA ANALÍTICA AL CRD PARA QUE CONSTE EN EL PROTOCOLO Y PUEDA PASARSE A LA BBDD**

# CUESTIONARIO PARA SUJETOS QUE HAYAN FALLECIDO

Fecha de fallecimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Causa fundamental del fallecimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codificación \_\_\_\_\_

Causa inicial o desencadenante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codificación \_\_\_\_\_

Causas secundarias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codificación de causas secundarias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FUENTES DE INFORMACIÓN

Códigos de identificación del Dpto. Sanidad del GV \_\_\_\_\_

Necropsia \_\_\_\_\_

Informe médico Hospitalario \_\_\_\_\_

Parte médico de defunción \_\_\_\_\_

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO PARA ESTABLECER LOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS COMPROBADOS

Fecha de diagnóstico 1 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 1 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 2 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 2 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 3 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 3 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 4 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 4 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 5 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 5 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 6 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 6 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 7 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 7 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 8 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 8 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 9 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 9 \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico 10 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Codificación diagnóstico 10 \_\_\_\_\_

## FUENTES DE INFORMACIÓN

Informe médico Hospitalario \_\_\_\_\_

Informe médico de consenso \_\_\_\_\_

Médico de asistencia primaria \_\_\_\_\_

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO PARA SUJETOS QUE HAYAN FALLECIDO

Fecha de fallecimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Causa fundamental del fallecimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codificación \_\_\_\_\_

Causa inicial o desencadenante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codificación \_\_\_\_\_

Causas secundarias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codificación de causas secundarias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FUENTES DE INFORMACIÓN

Códigos de identificación del Dpto. Sanidad del GV \_\_\_\_\_

Necropsia \_\_\_\_\_

Informe médico Hospitalario \_\_\_\_\_

Parte médico de defunción \_\_\_\_\_

Otros (especificar) \_\_\_\_\_