



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## TRASTORNOS DEL SUEÑO: ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

### Display Name- 24 Horas: Trastornos del sueño

Las siguientes preguntas hacen referencia a sus hábitos de sueño del mes pasado. Sus respuestas deben indicar la respuesta que más se asemeje a su caso durante la mayoría de los días y noches del último mes.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora se acostó habitualmente por la noche?	Hora habitual de acostarse: ____:____ (a. m./p. m)
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha llevado normalmente quedarse dormido cada noche?	Tiempo en minutos _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?	____:____ (a. m./p. m)
4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real tuvo por la noche? <i>Esto podría ser diferente a la cantidad de horas que estuvo en la cama.</i>	Horas de sueño por noche _____
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para dormir porque...	
a. no podía conciliar el sueño durante 30 minutos?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
b. se despierta en medio de la noche o muy temprano en la mañana?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
c. tiene que levantarse para ir al baño?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
d. no puede respirar cómodamente?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
e. tiene tos o ronca fuerte?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## TRASTORNOS DEL SUEÑO: ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

### Display Name- 24 Horas: Trastornos del sueño

f. siente demasiado frío?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
g. siente demasiado calor?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
h. tiene pesadillas?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
i. siente dolor?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
j. ¿Hay algún otro motivo por el que le cuesta conciliar el sueño en 30 minutos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. Describa los otros motivos por los que le cuesta conciliar el sueño en 30 minutos.	(Describa los motivos.) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/>
l. ¿Con qué frecuencia durante el último mes ha tenido problemas para dormir debido a esto?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
m. Durante el último mes, ¿cómo calificaría la calidad de su sueño en general?	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Bastante buena <input type="checkbox"/> Bastante mala <input type="checkbox"/> Muy mala



**Participant ID:**

**Participant Initials:**

**Site:**

**Visit Number:**

**CRF Date:**

**RC ID:**

## TRASTORNOS DEL SUEÑO: ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

### Display Name- 24 Horas: Trastornos del sueño

<p>5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tomado medicamentos para ayudarse a dormir (recetados o de venta libre)?</p>	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
<p>6. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para mantenerse despierto mientras conduce, come o participa en actividades sociales?</p>	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
<p>7. Durante el último mes, ¿qué tan problemático le fue mantener el entusiasmo suficiente para hacer las cosas?</p>	<input type="checkbox"/> Nada problemático <input type="checkbox"/> Muy poco problemático <input type="checkbox"/> Problemático <input type="checkbox"/> Demasiado problemático
<p>8. ¿Tiene un compañero de cama o de vivienda?</p>	<input type="checkbox"/> No tengo compañero de cama o de cuarto <input type="checkbox"/> Compañero en otra habitación <input type="checkbox"/> Compañero en la misma habitación pero no en la misma cama <input type="checkbox"/> Compañero en la misma cama

Si tiene un compañero de vivienda o de cama, pregúntele con qué frecuencia durante el último mes usted ha tenido o presentado:

<p>a. Ronquidos fuertes</p>	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
<p>b. Pausas largas entre respiraciones mientras duerme</p>	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
<p>c. Sacudidas o espasmos de las piernas mientras duerme</p>	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
<p>d. Episodios de desorientación o confusión durante el sueño</p>	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## TRASTORNOS DEL SUEÑO: ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

### Display Name- 24 Horas: Trastornos del sueño

e. ¿Alguna otra falta de quietud al dormir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. Describa cuáles son las otras causas de falta de quietud al dormir:	
g.	
h. ¿Con qué frecuencia ha sucedido esto durante el último mes?	<input type="checkbox"/> No tuve problemas en el último mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana

¡Gracias por completar este cuestionario!

**For Research Coordinator use only:** CRF was:  Self-administered  Interviewer-administered