

## ANEXO 1. Cuestionario de uso de pantallas y hábitos de sueño

**Comunidad Autónoma** \_\_\_\_\_

**Código colaborador** \_\_\_\_\_

**Código del caso** \_\_\_\_\_

**1. Edad:** \_\_\_\_ años

**2. Sexo:** ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ No me identifico con ninguno

**3. ¿Qué estudios tiene la madre o uno de los tutores legales?**

- ☐ Estudios primarios
- ☐ Estudios secundarios
- ☐ Bachillerato o Formación profesional
- ☐ Estudios universitarios superiores
- ☐ Sin estudios
- ☐ No sé

**4. ¿Qué estudios tiene el padre o el otro tutor legal si lo hubiere**

- ☐ Estudios primarios
- ☐ Estudios secundarios
- ☐ Bachillerato o Formación profesional
- ☐ Estudios universitarios superiores
- ☐ Sin estudios
- ☐ No sé

**5. ¿Tienes conexión a internet en casa?** ☐ Sí ☐ No

**6. ¿Cuál es el principal uso que haces de las Tecnologías de la Información y Comunicación?**

Diversión / Ocio (videojuegos, vídeos, redes sociales...) ☐ Sí ☐ No

Realizar tareas escolares o estudiar ☐ Sí ☐ No

Contactar con amistades (mensajes, redes sociales) ☐ Sí ☐ No

Conocer a gente nueva ☐ Sí ☐ No

Informarte (noticias, tutoriales, buscar información) ☐ Sí ☐ No

**7. Señala cuáles de los siguientes dispositivos son de uso personal y cuáles compartes con tu familia:**

|                |                                   |                                     |
|----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Ordenador      | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Compartido |
| Tablet         | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Compartido |
| Teléfono móvil | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Compartido |
| Ebook          | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Compartido |
| Videoconsola   | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Compartido |

2

**8. Indica cuál es el dispositivo que más utilizas.**

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Tablet: \_\_\_\_\_  
 Ordenador: \_\_\_\_\_ Ebook: \_\_\_\_\_  
 Videoconsola: \_\_\_\_\_

**9. ¿En tu casa hay límites para el uso de las TIC?** ☐ Sí ☐ No

**Si has respondido SÍ, marca en qué aspectos existen esos límites:**

- Respecto a **horarios de uso**: ☐ Sí ☐ No
- Respecto a **días de uso**: ☐ Sí ☐ No
- Respecto a **lugares visitados** (páginas web, apps):  
☐ Sí ☐ No
- Respecto a **redes sociales utilizadas**: ☐ Sí ☐ No

**10. ¿En qué lugar de la casa utilizas con más frecuencia estos dispositivos?**

- ☐ En tu habitación u otras zonas privadas (baño)
- ☐ En zonas comunes (salón, cocina, etc.)

**11. ¿A qué edad tuviste por primera vez alguno de los siguientes dispositivos o como de uso exclusivo o propio?** *(Si no lo has tenido nunca como propio, deja el espacio en blanco)*

| Dispositivo    | Edad (años) |
|----------------|-------------|
| Teléfono móvil | _____       |
| Videoconsola   | _____       |
| Ordenador      | _____       |
| Tablet         | _____       |
| Ebook          | _____       |

3

**12. ¿Cuándo utilizas el dispositivo electrónico por última vez antes de dormir?** *(Marca solo una opción)*

- ☐ Antes de cenar (más de 1 h antes de acostarme).
- ☐ Después de cenar (30 min – 1 h antes de acostarme).
- ☐ Inmediatamente antes de acostarme (en la habitación, con la luz encendida).
- ☐ Ya en la cama, con la luz apagada.

**13. Si utilizas el dispositivo electrónico en tu habitación con la luz encendida antes de dormir ¿qué sueles hacer con él?** *(puedes marcar más de una opción)*

- |                                     |                             |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ver vídeos (YouTube, TikTok, etc.)  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Jugar                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Chatear o enviar mensajes           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Escuchar música, cuentos o podcasts | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Revisar redes sociales              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**14. Si utilizas el dispositivo electrónico en la cama con la luz apagada antes de dormir ¿qué sueles hacer con él ?** *(puedes marcar más de una opción)*

- |                                     |                             |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ver vídeos (YouTube, TikTok, etc.)  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Jugar                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Chatear o enviar mensajes           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Escuchar música, cuentos o podcasts | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Revisar redes sociales              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**15. Si utilizas el dispositivo electrónico en la cama con la luz apagada antes de dormir, ¿cuánto tiempo lo usas? (aproximadamente)**

- ☐ Menos de 15 minutos
- ☐ Entre 15 y 30 minutos
- ☐ Entre 30 minutos y 1 hora
- ☐ Más de 1 hora

**16. ¿Realizas algún tipo de deporte o actividad física (como fútbol, correr, bailar...) fuera del horario escolar?** ☐ Sí ☐ No

**15. Si has respondido "Sí", ¿cuántos días a la semana practicas deporte o actividad física?** ☐ 1 día ☐ 2–3 días ☐ 4–5 días ☐ Todos los días

**17. ¿Has probado alguna vez un cigarrillo, aunque solo haya sido una calada?** ☐ Sí ☐ No

**18. ¿Has probado alguna vez alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.), aunque solo haya sido un sorbo?** ☐ Sí ☐ No

**19. ¿Lees libros en formato papel (no digitales) por gusto personal, fuera del horario escolar?** ☐ Sí ☐ No

## ANEXO 2. Escala EUPI-a

Instrucciones: marque con una X las veces que te ha pasado cada una de las cuestiones relacionadas con el uso de Internet. Para responder utilice la siguiente tabla:

- 0 = *muy desacuerdo*  
 1 = *en desacuerdo*  
 2 = *ni en acuerdo ni en desacuerdo*  
 3 = *de acuerdo*  
 4 = *muy de acuerdo.*

5

Con qué frecuencia te ha pasado que...

|                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Cuando me conecto siento que el tiempo vuela y pasan las horas sin darme cuenta.                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| En ocasiones he intentado controlar o reducir el uso que hago de Internet pero no fui capaz.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| En alguna ocasión he llegado a descuidar algunas tareas o a rendir menos (en exámenes, deportes, etc.) por conectarme a Internet. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cada vez me gusta más pasar horas conectado/a a Internet.                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A veces me irrito o me pongo de mal humor por no poder conectarme a Internet o tener que desconectarme.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Prefiero que mis padres no sepan el tiempo que paso conectado a Internet porque les parecería excesivo.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| He dejado de ir a sitios o de hacer cosas que antes me interesaban para poder conectarme a Internet.                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| En alguna ocasión me he metido en líos o problemas por culpa de Internet.                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me fastidia pasar horas sin conectarme a Internet.                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cuando no puedo conectarme no paro de pensar si me estaré perdiendo algo importante.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Digo o hago cosas por Internet que no sería capaz de decir/hacer en persona.                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TOTAL                                                                                                                             |   |   |   |   |   |

## ANEXO 3. Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Instrucciones: las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes.

Por favor, conteste a todas las cuestiones.

6

**1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, tu hora de acostarte?**

**2.- ¿Cuánto tiempo habrás tardado en dormirte, normalmente, las noches del último mes?** (Marque con una X la casilla correspondiente)

| Menos de 15 min | Entre 16-30 min | Entre 31-60 min | Más de 60 min |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
|                 |                 |                 |               |

**3.- Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?**

**Calcula el número de HORAS que pasas ACOSTADO en la cama restando la hora en que te acuestas y la hora en que te levantas, dormido o intentando dormir.**

**4.- ¿Cuántas horas calcula que habrás dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?**

**5.-Durante el último mes, cuántas veces has tenido problemas para dormir a causa de:**

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o malos sueños:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

j) Otras razones. Por favor descríbelas:

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

**6) Durante el último mes, ¿cómo valorarías en conjunto, la calidad de tu sueño?**

- ☐ Muy buena
- ☐ Bastante buena
- ☐ Bastante mala
- ☐ Muy mala

8

**7) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrás tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?**

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

**8) Durante el último mes, ¿cuántas veces has sentido somnolencia mientras desarrollabas alguna otra actividad?**

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

**9) Durante el último mes, ¿ha representado para ti mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?**

- ☐ Ningún problema
- ☐ Sólo un leve problema
- ☐ Un problema
- ☐ Un grave problema

**10) ¿Duermes solo o acompañado?**

- ☐ Solo
- ☐ Con alguien en otra habitación
- ☐ En la misma habitación, pero en otra cama
- ☐ En la misma cama

Si tienes compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido:

**(a) Ronquido fuerte**

- ☐ No me ha ocurrido
- ☐ Menos de una vez
- ☐ Una o dos veces
- ☐ Tres o más veces durante el último mes a la semana

**(b) Largas pausas entre las respiraciones mientras dormías**

- ☐ No me ha ocurrido
- ☐ Menos de una vez
- ☐ Una o dos veces
- ☐ Tres o más veces durante el último mes a la semana

**(c) Temblor o sacudidas de las piernas mientras dormías**

- ☐ No me ha ocurrido
- ☐ Menos de una vez
- ☐ Una o dos veces
- ☐ Tres o más veces durante el último mes a la semana

**(d) Episodios de desorientación o confusión durante el sueño**

- ☐ No me ha ocurrido
- ☐ Menos de una vez
- ☐ Una o dos veces
- ☐ Tres o más veces durante el último mes a la semana

**(e) Otro tipo de trastorno mientras dormías, por favor descríbelo:**

- 
- ☐ No me ha ocurrido
  - ☐ Menos de una vez
  - ☐ Una o dos veces
  - ☐ Tres o más veces durante el último mes a la semana