**Estudio HORMONIT**

**Sobre luminosidad en el trabajo y posibles cambios en los niveles hormonales**

**ID:\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datos Personales**

Nombre:

Apellido 1: Apellido 2:

Sexo: Femenino 🞎 Masculino 🞎

Unidad/Departamento:

Dirección domicilio:

Calle: Nº: Piso, puerta:

Municipio: CP:

Número de teléfono y móvil:

Correo electrónico:

Fecha: I\_\_\_I\_\_\_I - I\_\_\_I\_\_\_I - I\_\_\_I\_\_\_I\_\_\_I\_\_\_I

Hora de inicio de la entrevista: I\_\_\_I\_\_\_I : I\_\_\_I\_\_\_I

 

**A. SECCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA**

A1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

(Día) (Mes) (Año)

A2. Dígame, por favor, a qué etnia o raza considera que pertenece:

Blanco/Caucásico 1

Magrebí 2

Otro africano 3

Asiático 4

Gitano 5

Otra (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6

NS 99

A3. ¿Cuál es el grado o nivel de estudios más alto que completó?

No sabe leer ni escribir 1

Sin estudios, pero sabe leer 2

Estudios primarios incompletos o completos (EGB. o similar) 3

Formación profesional Bachiller o BUP o COU (FP. o similar) 4

Universidad 5

Otros (especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6

NS 99

**B. DATOS ANTROPOMÉTRICOS**

B1. ¿Cuánto mide?

|\_\_|\_\_|\_\_| cm No Sabe=999

B2. ¿Cuál es su peso actual, desnudo y sin zapatos?

|\_\_|\_\_|\_\_| kg No sabe=999

1. **OCUPACIÓN**

A continuación me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su trabajo actual.

C1. ¿Desde cuándo trabaja en turno rotativo o permanente de noche en SEAT?

Mes |\_\_|\_\_| Año |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

C2. ¿Antes del trabajo actual, ha trabajado alguna vez o en otra ocasión en turno de noche de modo permanente o rotativo?

Sí 1

No.................. 2 *[saltar a C4]*

No sabe 9

C3. ¿Cuántos años ha trabajado en total en el turno de noche de modo permanente y/o rotativo? Por favor sume todos los trabajos nocturnos que ha hecho hasta hoy, incluyendo el trabajo actual.

a. Modo permanente: |\_\_|\_\_| años b. Modo rotativo: |\_\_|\_\_| años

C4. ¿Qué intensidad de luz hay en su lugar de trabajo? Piense en la sala donde pasa la mayor parte del tiempo?

Tenue…………………………………1

Normal…………………………..…..2

Intensa…………………………......3

NS………………………………........9

C5. ¿Qué tipo de trabajo es, por lo que concierne a la actividad física, según las siguientes categorías?

-Sedentario

(*Implica estar sentado casi siempre, sin desarrollar actividad física*)………………………..…..…1

-Poco activo

(*profesiones o actividades que requieren estar de pie, algún desplazamiento corto* )……..…2

-Moderadamente activo

(*trabajos manuales que no requieren transporte de peso* )………….…………………………..…….3

-Muy activo

(*trabajo muy vigoroso que requiere importante gasto energético* )………………………………...4

-NS……………………………………………………………………………………………………………………….….9

1. **TABACO**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el hábito tabáquico.

D1. ¿Ha fumado alguna vez de forma habitual, es decir al menos un cigarrillo al día durante seis meses o más?

Sí 1

No.................. 2 *[saltar a Sección E]*

No sabe 9

D2. a) ¿Fuma actualmente?

Sí 1

No.................. 2

Si D2a= no *[saltar a Sección E]*

b) ¿Cuánto hace que lo dejó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No sabe 9

Si D2a= si:

D3. ¿Cuánto fuma actualmente de promedio?

Número de cigarrillos: |\_\_|\_\_| al día/semana/mes/año

Número de puros a la semana: |\_\_|\_\_| 0 si <1 puro/semana

Tabaco de pipa en: |\_\_|\_\_|\_\_| gramos/semana

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre las **últimas 24 horas**.

D4. ¿Ha fumado durante las últimas 24h?

Sí 1

No.................. 2 *[saltar a Sección E]*

No sabe 9

D5. ¿Cuánto ha fumado durante las **últimas 24h**?

Número de cigarrillos: |\_\_|\_\_|

Número de puros: |\_\_|\_\_|

Tabaco de pipa en: |\_\_|\_\_|\_\_| gramos

D6. ¿Cuánto hace que ha fumado su último cigarrillo? |\_\_|\_\_|minutos / horas

1. **CAFÉ- ALCOHOL**

E1. ¿Durante **las últimas 24 horas** cuánto ha consumido de cada una de estas bebidas?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BEBIDAS | 0 | 1 | 2-3 | 4-5 | 6+ |
| Café (1 taza) |  |  |  |  |  |
| Café descafeinado (1 taza) |  |  |  |  |  |
| Té (1 taza) |  |  |  |  |  |
| Refrescos con cafeína (1 lata, 250cc) |  |  |  |  |  |
| Vino tinto, blanco y cava (1 vaso, 125 cc) |  |  |  |  |  |
| Cerveza (una caña o botellín 1/5, 200 cc) |  |  |  |  |  |
| Cerveza sin alcohol (una caña o botellín 1/5, 200 cc) |  |  |  |  |  |
| Licores (20-25º): de frutas, de crema (Catalana, *Bayleys*), vermut (1 copa, 50 cc) |  |  |  |  |  |
| Brandy, jerez, ginebra, ron, whisky, vodka,  Aguardientes 40º (1 copa, 50 cc) |  |  |  |  |  |

1. **HÁBITOS ALIMENTICIOS**

F1. Me gustaría preguntarle ahora sobre las horas en las que ha comido en las **últimas 24 horas:**

* + Desayuno a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|
  + Comida/almuerzo a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|
  + Merienda a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|
  + Cena a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|
  + Otras comidas |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|

1. **ACTIVIDADES FÍSICAS**

A continuación le preguntaré sobre **actividades físicas** que realiza **fuera de horas de trabajo**, incluyendo caminar, realizar algún deporte, ir al gimnasio, etc. Nos interesan actividades físicas que realiza de manera regular.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| G1. ¿Qué tipo de actividad física realiza? | G2. ¿Con qué frecuencia la practica? (horas/semana) | G3. ¿En qué momento del día la realiza cuando trabaja de turno de mañana? | G4. ¿En qué momento del día la realiza cuando trabaja de turno de noche? | G5. ¿Con qué intensidad la realiza? | G6.¿ La ha realizado durante las **últimas 24 horas?** |
| 1: | |\_\_\_|\_\_\_| | 1. mañana (4 a.m -12 a.m)  2. mediodía (12 a.m-4 p.m)  3. tarde (4 p.m-8 p.m)  4. noche (8 p.m-4 a.m) | 1. mañana (4 a.m -12 a.m)  2. mediodía (12 a.m-4 p.m)  3. tarde (4 p.m-8 p.m)  4. noche (8 p.m-4 a.m) | 1. Leve  2. Moderada  3. Vigorosa | Sí 1  No 2  No sabe 9 |
| 2: | |\_\_\_|\_\_\_| | 1. mañana (4 a.m -12 a.m)  2. mediodía (12 a.m-4 p.m)  3. tarde (4 p.m-8 p.m)  4. noche (8 p.m-4 a.m) | 1. mañana (4 a.m -12 a.m)  2. mediodía (12 a.m-4 p.m)  3. tarde (4 p.m-8 p.m)  4. noche (8 p.m-4 a.m) | 1. Leve  2. Moderada  3. Vigorosa | Sí 1  No 2  No sabe 9 |
| 3: | |\_\_\_|\_\_\_| | 1. mañana (4 a.m -12 a.m)  2. mediodía (12 a.m-4 p.m)  3. tarde (4 p.m-8 p.m)  4. noche (8 p.m-4 a.m) | 1. mañana (4 a.m -12 a.m)  2. mediodía (12 a.m-4 p.m)  3. tarde (4 p.m-8 p.m)  4. noche (8 p.m-4 a.m) | 1. Leve  2. Moderada  3. Vigorosa | Sí 1  No 2  No sabe 9 |
| 4: | |\_\_\_|\_\_\_| | 1. mañana (4 a.m -12 a.m)  2. mediodía (12 a.m-4 p.m)  3. tarde (4 p.m-8 p.m)  4. noche (8 p.m-4 a.m) | 1. mañana (4 a.m -12 a.m)  2. mediodía (12 a.m-4 p.m)  3. tarde (4 p.m-8 p.m)  4. noche (8 p.m-4 a.m) | 1. Leve  2. Moderada  3. Vigorosa | Sí 1  No 2  No sabe 9 |

*Nota entrevistadora:*

*\*Intensidad Leve: Ir caminando de un sitio a otro, paseos de recreación o deporte*

*\*\* Intensidad Moderada: Aquellas actividades que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte de lo normal (ej.cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular o jugar a tenis, no incluye paseos)*

*\*\*\*Intensidad Vigorosa: Las actividades que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal*

1. **ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES**

H1. ¿Le ha diagnosticado su médico alguna enfermedad crónica? (e.g. tiroides, diabetes, hepatitis)

Sí 1

No.................. 2

No sabe 9

H2. ¿Cuál / es ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A continuación le haré algunas preguntas sobre el uso de medicamentos

H3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento?

Sí 1 (rellene la tabla)

No 2 (Ir a H7)

No sabe 9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| H4. ¿Recuerda el nombre del medicamento? | H5. ¿Para qué síntoma/ enfermedad lo está tomando? | H6. ¿Lo ha tomado durante las **últimas 24 horas**? |
|  |  | Sí ………..1  No ……….2  No sabe…9 |
|  |  | Sí ………..1  No ……….2  No sabe…9 |
|  |  | Sí ………..1  No ……….2  No sabe…9 |
|  |  | Sí ………..1  No ……….2  No sabe…9 |

H7. Durante **las últimas 24 horas,** ¿ha tomado alguno de los medicamentos de la siguiente lista?

Aspirina o algún otro anti-inflamatorio no esteroideo (AINES)………. SI NO

(tipo ibuprofeno, diclofenaco, piroxicam, etc)

Medicamentos para tratar el insomnio (hipnóticos)……………………….SI NO

Suplementos de melatonina………………………………………………………. SI NO

Sedantes o relajantes muscular…………………………………………………. SI NO

1. **Hábitos de sueño entre dos turnos de MAÑANA**

I1. ¿A qué hora se acuesta normalmente?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

*[Nota entrevistador: consignar todas las horas usando la escala de 24 h]*

I2. Si tiene en cuenta que puede permanecer despierto algún tiempo cuando está en la cama (leyendo, mirando la tele, etc.), ¿en realidad a qué hora apaga las luces y está listo para dormir?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

I3. Durante este tiempo, ¿utiliza algún dispositivo electrónico que emita luz (TV, móvil, tablet, etc.)?

Sí 1

No 2

I4. ¿Cuántos minutos necesita para conciliar el sueño?

|\_\_|\_\_| minutos NS=99

I5. ¿A qué hora se despierta?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

I6. ¿Utiliza despertador?

Sí 1

No 2

I7. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que decide levantarse?

|\_\_|\_\_| minutos NS=99

I8. ¿Hace siesta?

Sí 1

No 2 (saltar a 20)

I9. ¿Desde qué hora hasta qué hora hace siesta?

De las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas

I10. ¿Hay razones particulares por las que no puede elegir libremente sus horas de sueño en turnos de MAÑANA?:

Sí 1

No 2 (saltar a G11)

I11. Si "Sí": ¿Cuál es la razón?

|\_\_| Hijo (s) / mascota (s)

|\_\_| Aficiones

|\_\_| Otros. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I12. ¿Cómo considera que es la luminosidad de su habitación cuando duerme durante la noche?

Oscura (No puede ver la mano en frente de su cara o usa mascarilla para dormir).........1

Moderadamente oscura (Puede ver hasta dónde acaba la habitación)….………................2

Clara (Puede casi leer)...............................................................................................3

No sabe...................................................................................................................9

I13. De la siguiente lista, por favor, dígame si padece alguna de estas situaciones:

Insomnio SÍ NO

Sueño insuficiente SÍ NO

Sueño de mala calidad SÍ NO

Dificultades para conciliar el sueño SÍ NO

Desvelarse a media noche SÍ NO

Despertarse antes de tiempo SÍ NO

Tener sueño o cansancio cuando se despierta SÍ NO

Necesidad de tomar medicación para dormir SÍ NO

Otros (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SÍ NO

1. **Hábitos de sueño entre dos días libres después de los turnos de MAÑANA**

J1. ¿A qué hora se acuesta normalmente?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

*[Nota entrevistador: consignar todas las horas usando la escala de 24 h]*

J2. Si tiene en cuenta que puede permanecer despierto algún tiempo cuando está en la cama (leyendo, mirando la tele, etc.), ¿en realidad a qué hora apaga las luces y está listo para dormir?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

I3. Durante este tiempo, ¿utiliza algún dispositivo electrónico que emita luz (TV, móvil, tablet, etc.)?

Sí 1

No 2

J4. ¿Cuántos minutos necesita para conciliar el sueño?

|\_\_|\_\_| minutos NS=99

J5. ¿A qué hora se despierta?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

J6. ¿Utiliza despertador?

Sí 1

No 2

J7. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que decide levantarse?

|\_\_|\_\_| minutos NS=99

J8. ¿Hace siesta?

Sí 1

No 2 (saltar a 30)

J9. ¿Desde qué hora hasta qué hora hace siesta?

De las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas

J10. ¿Hay razones particulares por las que no puede elegir libremente sus horas de sueño entre dos días LIBRES después de los turnos de MAÑANA?:

Sí 1

No 2 (saltar a G11)

J11. Si "Sí": ¿Cuál es la razón?

|\_\_| Hijo (s) / mascota (s)

|\_\_| Aficiones

|\_\_| Otros. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J12. ¿Cómo considera que es la luminosidad de su habitación cuando duerme durante la noche?

Oscura (No puede ver la mano en frente de su cara o usa mascarilla para dormir).........1

Moderadamente oscura (Puede ver hasta dónde acaba la habitación)….………................2

Clara (Puede casi leer)...............................................................................................3

No sabe...................................................................................................................9

J13. De la siguiente lista, por favor, dígame si padece alguna de estas situaciones:

Insomnio SÍ NO

Sueño insuficiente SÍ NO

Sueño de mala calidad SÍ NO

Dificultades para conciliar el sueño SÍ NO

Desvelarse a media noche SÍ NO

Despertarse antes de tiempo SÍ NO

Tener sueño o cansancio cuando se despierta SÍ NO

Necesidad de tomar medicación para dormir SÍ NO

Otros (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SÍ NO

FIN DE LA ENTREVISTA

**RECOGIDA DE LAS MUESTRAS DE ORINA Y DE LOS MEDIDORES DE LA LUZ**

**Especifica donde y cuando se recogerán las muestras de orina, la hoja de horas y el medidor:**

Lugar de recogida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de recogida: \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Horario de recogida (rango de 2 horas): De \_\_ \_\_: \_\_ \_\_ a \_\_ \_\_: \_\_ \_\_

**CALIDAD DE LA ENTREVISTA**

X1. Resultado final de la entrevista

Acabada 1

Acabada parcialmente 2

Otras (especificar) 3

X2. La cooperación de la persona entrevistada fue:

Muy buena 1

Buena 2

Regular 3

Mala 4

X3. La calidad general de la entrevista es:

De alta calidad 1

Fiable 2

Cuestionable 3

Insatisfactoria 4

X4. Observaciones:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora fin entrevista: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_