

CUESTIONARIO

EVALUACIÓN TRASTORNOS DEL SUEÑO

Centro del Sueño
santiago **sleep** centre

www.centrodelsueno.cl

PRESENTACIÓN

El cuestionario que tiene en sus manos es una herramienta de evaluación para el diagnóstico de las alteraciones del sueño.

Consta de diferentes preguntas sobre sus hábitos de sueño e historial médico

A continuación, le presentamos unas recomendaciones para completar este cuestionario:

1. Lea con atención y cuidadosamente cada una de las preguntas, con sus alternativas de respuesta y las escalas ofrecidas para intentar describir con más precisión su situación.
2. Es importante que se tome el tiempo necesario para entender y contestar a cada una de las preguntas.
3. Conteste a las preguntas de manera precisa y atendiendo a su experiencia o situación específica, tal y como se le indica.
4. No hay respuestas correctas o incorrectas, la mayoría de las preguntas se refieren a su experiencia diaria. Todas sus respuestas son adecuadas en cuanto que se refieren a Usted.
5. Las escalas de respuesta a los cuestionarios no son las mismas, por ello es necesario que preste atención especialmente a lo que se le pide.

DATOS PERSONALES

INSTITUCIÓN:

NOMBRE:

EDAD:

PESO:

TALLA:

SECCION A

¿Cuales son sus molestias más importantes en relación al sueño?

(Por favor haga una **X** según corresponda en el casillero de la derecha):

1.	Problemas para dormir en la noche	
2.	Somnolencia durante el día	
3.	Ronquidos	
4.	Despertar frecuentemente en la noche para ir al baño	
5.	Sentirse paralizado o incapaz de moverse durante el sueño o al despertar	
6.	Ver alucinaciones, cosas inusuales o sombras al dormirse o al despertar	
7.	Problemas al conducir: cabecear, salirse de la vía o quedarse dormido en los semáforos	
8.	Somnolencia que afecta sus habilidades en el trabajo	
9.	Quedarse dormido en el trabajo	
10.	Somnolencia que afecta su vida social y/o familiar	
11.	Otras conductas no deseables durante el sueño	

Indique la cantidad de tiempo en que ha presentado problemas relacionados al sueño:

(haga una **x** según corresponda en el casillero de la derecha)

12	Días	
13	Semanas	
14	Meses	
15	Años	

SECCION B

Hábitos de sueño

Nos gustaría conocer sus hábitos de sueño con más detalle, en relación a su horario para acostarse y levantarse. Por favor complete en el siguiente cuadro su horario de la hora en que se acuesta y levanta normalmente (AM/PM).

1.-En la semana	
A.-Se acuesta	B.-Se levanta
2.-Fin de semana	
A.-Se acuesta	B.-Se levanta

3.-Número de veces que se despierta en la noche	
4.-Número de siestas en la semana	

SECCION C

Las siguientes preguntas están relacionadas a sus hábitos regulares de sueño **sólo durante el último mes**. Señale la respuesta más adecuada para la mayoría de los días y noches del último período.

Por favor, marque con una **x** la respuesta que mejor describe su situación.

1. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha costado dormirse cada noche?

Menos de 15	
Entre 15 y 30	
Entre 30 y 1 hora	
Más de una hora	

2. Durante el último mes, ¿Cuántas horas de sueño en total durmió en la noche? (Por favor, tome en cuenta de que este número de horas es diferente al número de horas que Usted estuvo tendido en la cama).

Más de 7	
Entre 6-7	
Entre 5 y 6	
Menos de 5	

SECCION D

Síntomas de sus problemas de Sueño

(Por favor haga una **X** en las respuestas que corresponda en las casillas a su izquierda)

1.-Pérdida de Sueño Cosas/Situaciones que afectan mi sueño....	2.-Síntomas durante el día	3.-Síntomas durante la noche (Por Ud mismo o su compañero/a de cama)
A.-En general, encuentro difícil quedarme dormido	A.-Me quedo dormido/a en momentos poco apropiados	A.-Detención de la respiración mientras duermo
B.-Me despierto a menudo en la noche	B.-El cansancio está interfiriendo con mi vida	B.-Piernas se mueven antes o durante el sueño
C.-Me cuesta volver a dormirme cuando me despierto	C.-Duermo más de 9 horas al día	C.-Sueños o pesadillas muy vívidos
D.-Me siento cansado/a cuando me despierto	D.-He tenido accidentes de tránsito u otros accidentes	D.-Ronquidos muy fuertes
E.- Una rutina de trabajo diferente cada día	E.-Quedarme dormido sin darme cuenta	E.-Dientes rechinan en la noche
F.-Al realizar viajes	F.-Estoy irritado/a durante todo el día	F.-Mandíbulas doloridas en las mañanas
G.-Al realizar turnos en mi trabajo o trabajar de noche	G.-Dormir siesta cuando no lo quiero	G.-Temblor nocturno o convulsiones
H.-El dormir con la luz encendida	H.-Despertar con dolores de cabeza	H.-Levantarse de la cama durante el sueño
I.-El dormir en un ambiente con ruido	I.-Repentina sensación de debilidad en piernas y rodillas	I.-Patear o moverse excesivamente en la cama
J.-Mi Compañero/a de cama interrumpe mi sueño	J.-No puedo concentrarme o recordar algo	J.-Despertarse de manera repentina y sentir ansiedad o miedo
K.-Hacer ejercicio horas antes de ir a la cama	K.-Sueños o alucinaciones durante el día	K.-Ronquidos fuertes y detención de la respiración durante el sueño
L.-Beber café o té después de las 2 PM		L.-Sudoración nocturna
M.-Las preocupaciones		M.-Sonambulismo
N.-Duermo mejor en espacios que no me son familiares		N.-Despertar asfixiado o ahogándose
O.-Lugares muy calurosos		
P.-Algún tipo de dolor		

SECCION E Historia Médica
--

A continuación se describen diferentes dolencias y enfermedades frecuentes. Por favor indique si sufre en estos momentos o ha sufrido en el pasado alguna de ellas.

Haga una **X** en la casilla a la izquierda según corresponda.

1.-Asma, ahogos, bronquitis o neumonía	10.-Artritis / Reumatismo
2.-Presión alta	11.-Enfermedades musculares
3.-Problemas cardíacos (palpitaciones irregulares marcapasos, angina)	12.-Acidez / Problemas digestivos o cambios intestinales / Ulceras
4.-Trombosis Venosa o Embolia Pulmonar	13.-Problemas al orinar
5.-Sufro desmayos fácilmente	14.-Alergias
6.-Convulsiones	15.-Problemas de piel
7.-Ictericia / Problemas de Hígado	16.-Diabetes
8.-Anemia	17.-Problemas de salud mental – depresión, ansiedad, etc.
9.-Sangro con facilidad, sufro de moretones fácilmente	18.-Otras enfermedades

Medicación habitual

19.-Estoy tomando medicamentos en forma regular
20.-Uso somníferos o remedios para ayudarme a dormir

En el pasado he sufrido:

21.-Reacción alérgica a antibióticos u otros medicamentos

Hábitos sociales

Complete con una X en las casillas de la siguiente tabla según sus hábitos

	SI	NO
22.-Bebo alcohol		
23.-Fumo cigarrillos		

Síntomas respiratorios

A continuación le describimos algunos problemas respiratorios comunes. Por favor, haga una X en las casillas correspondientes.

	SI	NO	
24.-Tengo dificultad al respirar			

Si su respuesta es afirmativa, indique frecuencia:

Nunca		A veces		A menudo		Siempre	
-------	--	---------	--	----------	--	---------	--

Su compañero/a de cama le ha mencionado que usted durante la noche....
(Por favor haga una X donde corresponda)

25.-Ronca fuertemente		30.-Ronca ligeramente
26.-Mueve sus piernas		31.-Detiene la respiración
27.-Rechina sus dientes		32.-Habla
28.-Se levanta y camina		33.-Se levanta dormido
29.-Se sienta en la cama dormido		34.-Permanece muy rígido o tiembla

Índice de sueño desajustado. Haga una X donde corresponda

Por favor describa la severidad de su problema de sueño.

	Inexistente	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
35.-Dificultad para quedarse dormido					
36.-Dificultad para permanecer dormido					
37.-Despertarse muy temprano					

38.- Indique el nivel de satisfacción respecto de sus hábitos de sueño

Por favor, indique con una **X** la casilla de su grado de satisfacción.

A.-Muy satisfecho	B.- Satisfecho	C.- Moderadamente satisfecho	D.- Insatisfecho	E.-Muy insatisfecho

39.- ¿En qué medida cree Usted que sus problemas de sueño están interfiriendo con su funcionamiento diario?

Por favor, indique con una **X**

A.-Nada	B.-Un poco	C.-A veces	D.-A menudo	E.-Mucho

40.- Criterios Síndrome de piernas inquietas

Por favor, marque con una **X** sus respuestas.

		Si	No
1	¿Tiene o ha tenido alguna vez, la urgencia incontrolable de mover las piernas, normalmente acompañado o causado por una sensación de malestar o incomodidad en ellas?		
2.	¿Tiene o ha tenido alguna vez, la sensación de malestar en las piernas o la urgencia de moverlas, que empieza o empeora durante períodos de inactividad o descanso, tales como al estar tumbado o sentado?		
3.	¿Tiene o ha tenido alguna vez, la sensación de malestar en las piernas o la urgencia de moverlas, la cual es parcial o totalmente satisfecha al moverse, cuando camina o se estira, por tanto tiempo como la actividad continúa?		
4.	¿Tiene o ha tenido alguna vez, la sensación de malestar en las piernas o la urgencia de moverlas que empeora en la tarde o la noche más que durante el día?		

41.-LA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

¿Qué probabilidad tiene de adormecerse o quedarse dormido en las siguientes situaciones, en comparación con solamente sentirse cansado?

Esto se refiere a su estilo de vida acostumbrado en tiempos recientes. Aún si Ud. no ha hecho alguna de estas cosas recientemente, intente calcular de qué forma le habrían afectado. Use la siguiente escala para escoger el número apropiado para cada situación:

- 0 = NUNCA me adormecería**
- 1 = LEVE POSIBILIDAD de adormecerme**
- 2 = MODERADA posibilidad de adormecerme**
- 3 = ALTA posibilidad de adormecerme**

SITUACION	POSIBILIDAD DE ADORMECERSE
Estar sentado y leyendo	
Estar viendo televisión	
Estar sentado inactivo en un lugar público	
Ir como pasajero en un auto por una hora sin pausa	
Acostarse a tomar una siesta en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	
Estar sentado hablando con alguien	
Estar sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	
Estar en un auto detenido por algunos minutos en el tráfico	
Puntaje Total	

Av. Luis Pasteur, 5607 Vitacura. Fono 596 24 80
www.centrodelsueno.cl – evaluacion@centrodelsueno.cl