

## CUESTIONARIO PEDIÁTRICO DE SUEÑO

### A. Conducta durante la noche

Cuando su hijo/a duerme.....	(NS = NO SABE)			No rellene este cuadro
...ronca alguna vez	SI	NO	NS	A1
...ronca más de la mitad del tiempo	SI	NO	NS	A2
...ronca siempre?	SI	NO	NS	A3
... ronca de forma ruidosa?	SI	NO	NS	A4
...tiene una respiración ruidosa o profunda?	SI	NO	NS	A5
...tiene problemas o dificultad para respirar?	SI	NO	NS	A6
<b>Alguna vez.....</b>				
... ha visto a su hijo/a parar de respirar por la noche?	SI	NO	NS	A7
Si es así, por favor describa lo que ocurrió:				
... ha estado preocupado por la respiración de su hijo/a durante el sueño?	SI	NO	NS	A8
... ha tenido que mover o sacudir a su hijo/a mientras estaba durmiendo para conseguir que respire o se despierte y vuelva a respirar?	SI	NO	NS	A9
... ha visto a su hijo/a despertarse con un bufido?	SI	NO	NS	A11
<b>Su hijo/a....</b>				
... tiene un sueño inquieto?	SI	NO	NS	A12
... refiere inquietud o desasosiego en las piernas cuando está en la cama?	SI	NO	NS	A13
... tiene dolores de crecimiento (dolor de piernas sin causa clara)?	SI	NO	NS	A13a
... tiene dolores de crecimiento que empeoran cuando está en la cama?	SI	NO	NS	A13b
<b>Mientras su hijo/a duerme, ha visto alguna vez.....</b>				
...pequeñas patadas en una o ambas piernas?	SI	NO	NS	A14
...patadas repetidas o sacudidas de las piernas con intervalos regulares (p.ej cada 20 o 40 segundos)	SI	NO	NS	A14a
<b>Por la noche, su hijo/a habitualmente....</b>				
...suda o moja los pijamas por la transpiración?	SI	NO	NS	A15
...se levanta de la cama (por el motivo que sea)	SI	NO	NS	A16
...se levanta de la cama para orinar?	SI	NO	NS	A17
Si es así, ¿cuántas veces lo hace por la noche por término medio?	Nº veces			A17a
¿Su hijo/a duerme habitualmente con la boca abierta?	SI	NO	NS	A21
¿Su hijo/a tiene habitualmente la nariz congestionada o tapada durante la noche?	SI	NO	NS	A22
¿Su hijo/a tiene algún tipo de alergia que le dificulte respirar por la nariz?	SI	NO	NS	A23
<b>Su hijo/a...</b>				
...tiene tendencias a respirar con la boca abierta durante el día?	SI	NO	NS	A24
...tiene la boca seca cuando se despierta por las mañanas?	SI	NO	NS	A25
...tiene molestias en el estómago por las noches?	SI	NO	NS	A27
...tiene sensación de quemazón en la garganta por la noche?	SI	NO	NS	A29
---le rechinan los dientes por la noche?				A30
... de vez en cuando moja la cama?	SI	NO	NS	A32
¿Alguna vez su hijo/a ha caminado mientras dormía (sonambulismo)?	SI	NO	NS	A33
¿Alguna vez ha oído hablar a su hijo/a cuando está durmiendo?	SI	NO	NS	A34
¿Tiene su hijo/a pesadillas una o más veces por semana (por término medio)?	SI	NO	NS	A35
¿Alguna vez si hijo/a se ha despertado chillando por la noche?	SI	NO	NS	A36
¿Alguna vez si hijo, se ha movido o comportado de una forma que a Vd. le ha hecho pensar que no estaba ni completamente dormido ni despierto?	SI	NO	NS	A37
Si es así, describa qué ocurrió:				

<b>CUESTIONARIO PEDIÁTRICO DE SUEÑO</b>				
				No rellene
¿Le cuesta a su hijo/a dormirse por las noches?	SI	NO	NS	A40
¿Cuánto tiempo tarda su hijo/a en dormirse por las noches? (Aproximadamente)	minutos			A41
A la hora de irse a dormir, ¿tiene su hijo "rutinas" o "rituales" problemáticos, discute mucho o se porta mal?	SI	NO	NS	A42
<b>Su hijo/a...</b>				
...golpea su cabeza contra algo o balancea su cuerpo cuando esta durmiéndose?	SI	NO	NS	A43
...se despierta más de dos veces por noche (por término medio)?	SI	NO	NS	A44
...si se despierta por las noches, le cuesta volverse a dormir?	SI	NO	NS	A45
...se despierta muy temprano por las mañanas y le cuesta volverse a dormir?	SI	NO	NS	A46
¿La hora a la que se acuesta su hijo/a, cambia mucho de un día para otro?	SI	NO	NS	A47
¿Se levanta cada día a una hora diferente?	SI	NO	NS	A48
<b>A qué hora su hijo/a, habitualmente....</b>				
...se acuesta entre semana?				A49
... se acuesta los fines de semana o en vacaciones?				A50
...se levanta entre semana?				A51
...se levanta los fines de semana o en vacaciones?				A52
B. Conducta durante el día y otros problemas posibles:				
<b>Su hijo/a...</b>				
...se despierta cansado por las mañanas?	SI	NO	NS	B1
...se va durmiendo durante el día?	SI	NO	NS	B2
...se queja de que tiene sueño durante el día?	SI	NO	NS	B3
¿Su profesor o cualquier otro cuidador le ha comentado alguna vez que su hijo/a parece que esté dormido durante el día?				B4
¿Su hijo/a duerme la siesta durante el día?				B5
¿Le cuesta despertar a su hijo/a por la mañana?	SI	NO	NS	B6
¿Su hijo/a se queja de dolor de cabeza por las mañanas, cuando se despierta?				B7
¿Su hijo/a se queja de dolor de cabeza, como mínimo una vez al mes como media?	SI	NO	NS	B8
¿Alguna vez su hijo/a, desde que nació, ha tenido un "parón" en su crecimiento?				B9
Si ha sido así, describa que ocurrió:				
¿Su hijo/a conserva todavía las amígdalas?	SI	NO	NS	B10
Si no, ¿cuándo y por qué fue operado de amígdalas?				
<b>Alguna vez su hijo/a.....</b>				
...ha tenido algún problema médico que le causara dificultad para respirar?	SI	NO	NS	B11
Si es así, por favor descríbalos:				
...ha sido operado de algo?	SI	NO	NS	B12
Si ha sido operado, ¿tuvo algún problema respiratorio antes, durante o después de la operación?	SI	NO	NS	B12a
...ha tenido de forma repentina debilidad en las piernas o en alguna otra parte después de reírse o de haber sido sorprendido por algo?	SI	NO	NS	B13
...ha tenido la sensación de no poder moverse durante un período corto de tiempo, estando en la cama, a pesar de estar despierto y estar viendo lo había a su alrededor?	SI	NO	NS	B15
¿Ha sentido alguna vez su hijo/a una necesidad irresistible de dormir una siesta, teniendo incluso que dejar de hacer lo que estaba haciendo con tal de poder dormir?	SI	NO	NS	B16
¿Ha tenido alguna vez su hijo/a la sensación de estar soñando (ver imágenes o escuchar sonidos) mientras estaba despierto?	SI	NO	NS	B17

<b>CUESTIONARIO PEDIÁTRICO DE SUEÑO</b>				
				No rellene
¿Su hijo/a bebe bebidas con cafeína en un día normal (cola, café o té)?	SI	NO	NS	B18
Si es así, ¿cuántas tazas, vasos o latas toma al día?				B18a
¿Su hijo/a toma algún tipo de droga?	SI	NO	NS	B19
Si es así ¿cuáles y con qué frecuencia?				
¿Su hijo/a fuma?	SI	NO	NS	B20
Si es así, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?				
¿Su hijo/a tiene sobrepeso (pesa más de lo normal para su edad)?	SI	NO	NS	B22
Si es así, ¿a qué edad empezó a ocurrirle?			Años	B22a
¿Alguna vez algún doctor le ha dicho que su hijo/a tiene el paladar (el techo de la boca) arqueado?	SI	NO	NS	B23
¿Ha tomado alguna vez su hijo algún medicamento por problemas de conducta?	SI	NO	NS	B24
Si es así, indique cuál:				
¿Alguna vez algún profesional le ha dicho que su hijo/a padece déficit de atención o déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?	SI	NO	NS	B25

C. Por favor, marque con una X la casilla correspondiente	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	No rellene
No pone atención en los detalles, comete errores por descuido en las tareas					C1
Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y en los juegos					C2
No parece escuchar lo que se le dice					C3
No sigue las instrucciones o no termina las tareas en la escuela o en casa a pesar de comprender las órdenes					C4
Tiene dificultad para organizar sus actividades					C5
Evita hacer tareas o cosas que le exijan un esfuerzo mental sostenido					C6
Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades					C7
Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes					C8
Es descuidado en las actividades diarias					C9
Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado					C10
Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado					C11
Corre o salta en situaciones inadecuadas					C12
Dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio					C13
Está permanentemente en marcha como si tuviera un motor					C14
Habla demasiado					C15
Contesta o actúa antes de que se termine de realizar la pregunta					C16
Tiene dificultades para guardar su turno					C17
Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás					C18