

**Identificación** ..... **Fecha** .....

*Las siguientes cuestiones hacen referencia a sus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Sus respuestas deben reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes. Por favor conteste a todas las preguntas.*

**1. Durante el último mes, ¿a qué hora solía acostarse por la noche?**

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE \_\_\_\_\_

**2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha costado quedarse dormido después de acostarse por las noches?**

NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO \_\_\_\_\_

**3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?**

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE \_\_\_\_\_

**4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches? (puede ser diferente del numero de horas que estuvo acostado)**

HORAS DE SUEÑO POR NOCHE \_\_\_\_\_

*Para cada una de las cuestiones siguientes, seleccionar la respuesta más adecuada a su situación. Por favor conteste todas las preguntas.*

**5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de....?**

(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="radio"/> Menos de una vez a la semana | <input type="radio"/> Una o dos veces a la semana | <input type="radio"/> Tres o más veces a la semana |
|---|--|---|--|

(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="radio"/> Menos de una vez a la semana | <input type="radio"/> Una o dos veces a la semana | <input type="radio"/> Tres o más veces a la semana |
|---|--|---|--|

(c) tener que ir al baño

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="radio"/> Menos de una vez a la semana | <input type="radio"/> Una o dos veces a la semana | <input type="radio"/> Tres o más veces a la semana |
|---|--|---|--|

(d) no poder respirar adecuadamente

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="radio"/> Menos de una vez a la semana | <input type="radio"/> Una o dos veces a la semana | <input type="radio"/> Tres o más veces a la semana |
|---|--|---|--|

(e) tos o ronquidos

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="radio"/> Menos de una vez a la semana | <input type="radio"/> Una o dos veces a la semana | <input type="radio"/> Tres o más veces a la semana |
|---|--|---|--|

(f) sensación de frío

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="radio"/> Menos de una vez a la semana | <input type="radio"/> Una o dos veces a la semana | <input type="radio"/> Tres o más veces a la semana |
|---|--|---|--|

Identificación ..... Fecha .....

(g) sensación de calor

- No me ha ocurrido durante 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) pesadillas

- No me ha ocurrido durante 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) sentir dolor

- No me ha ocurrido durante 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) otra causa(s), describir: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?**

- No me ha ocurrido durante 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 calificaría, en general, la calidad de su sueño?**

- Muy buena        
 Bastante buena        
 Bastante mala        
 Muy mala

**7. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuvo que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?**

- No las he necesitado durante 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, ¿con que frecuencia tuvo dificultad para mantenerse despierto mientras conducía, comía o desarrollaba alguna actividad social?**

- No me ha ocurrido durante 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, ¿cómo de problemático ha resultado para usted el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?**

- No ha resultado problemático en absoluto        
 Sólo ligeramente problemático        
 Moderadamente problemático        
 Muy problemático

**Identificación** ..... **Fecha** .....

**10. ¿Tiene usted pareja o compañero/a de habitación?**

- No tengo pareja ni compañero/a de habitación
- Si tengo pero duerme en otra habitación
- Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
- Si tengo y duerme en la misma cama

**Si usted tiene pareja o compañero/a de habitación con el que duerme, pregúntele con qué frecuencia, durante el último mes, ha tenido usted...**

(a) ronquido fuertes

- No me ha ocurrido durante 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) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

- No me ha ocurrido durante 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) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

- No me ha ocurrido durante 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) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

- No me ha ocurrido durante 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) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríballo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO**

**LATENCIA DEL SUEÑO**

**DURACIÓN DEL SUEÑO**

**EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO**

**ALTERACIONES DEL SUEÑO**

**USO DE MEDICACIÓN PARA DORMIR**

**DISFUNCIÓN DIURNA**

**PUNTUACIÓN GLOBAL**