

**CUESTIONARIO DE HABITOS DE SUEÑO (CLINICA DE TRASTORNOS DEL DORMIR, INER)**

*El siguiente cuestionario es para evaluar sus hábitos de sueño y algunas alteraciones relacionadas a ello. Por favor tómese el tiempo necesario para leerlo y conteste la mejor opción que le corresponda. Si tiene dudas acerca de alguna(s) preguntas(s) déjela en blanco y está será aclarada durante su evaluación médica*

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO CASA: \_\_\_\_\_

carrera: \_\_\_\_\_ UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_

GRUPO: \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_

**¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO GRADO QUE APROBÓ SU PADRE EN LA ESCUELA?**

- 0  ninguno  
1  primaria  
2  secundaria/ técnico posprimaria  
3  preparatoria/ vocacional I/ bachillerato/ técnico postsecundaria/ técnico pospreparatoria  
4  licenciatura/ especialidad/ maestría/ doctorado

**¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO GRADO QUE APROBÓ SU MADRE EN LA ESCUELA?**

- 0  ninguno  
1  primaria  
2  secundaria/ técnico posprimaria  
3  preparatoria/ vocacional I/ bachillerato/ técnico postsecundaria/ técnico pospreparatoria  
4  licenciatura/ especialidad/ maestría/ doctorado

**1. ¿POR LO GENERAL CUÁNTAS HORAS DUERME DIARIAMENTE DURANTE LA NOCHE DE LUNES A VIERNES?**

\_\_\_\_\_ horas

**2. CREO QUE DUERMO (VALORAR CANTIDAD):**

1  poco 2  suficiente 3  mucho

**3. LA CALIDAD DE MI SUEÑO ES:**

1  mala 2  regular 3  buena

**4. ¿DUERME MÁS HORAS AL DIA LOS FINES DE SEMANA O EN VACACIONES QUE ENTRE SEMANA?**

1  si 2  no

**5. ¿EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, USTED HA PADECIDO DE INSOMNIO O DIFICULTAD PARA DORMIR AL MENOS DOS NOCHES A LA SEMANA?**

1  si 2  no

**6. ¿HA USADO PASTILLAS PARA DORMIR EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?**

1  si 2  no

**6A. EN PROMEDIO, ¿CUÁNTAS NOCHES A LA SEMANA HA USADO PASTILLAS PARA DORMIR?**

\_\_\_\_\_ noches

**7. ¿LE HAN DICHO QUE RONCA TODAS O CASI TODAS LAS NOCHES?**

1  si 2  no

**8. ¿LE HAN DICHO QUE CUANDO DUERME RESPIRA COMO SI SE ESTUVIERA AHOgando?**

1  si 2  no

**9. ¿LE HAN DICHO QUE CUANDO DUERME DEJA DE RESPIRAR POR MOMENTOS?**

1  si 2  no

**10. ¿DESPIERTA USTED SINTIÉNDOSE CANSADO(A) O CASI TAN CANSADO COMO ANTES DE DORMIR POR LO MENOS TRES DIAS A LA SEMANA?**

1  si 2  no

**11. ¿ACOSTUMBRA TOMAR SIESTA?**

1  si 2  no

**11A. EN PROMEDIO, ¿CUÁNTO TIEMPO UTILIZA EN SU SIESTA?**

\_\_\_\_\_ minutos

**12. CUANTO HA CAMBIADO SU PESO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?**

- 1  Ha disminuído en este tiempo  
 2  No ha cambiado  
 3  Ha aumentado de 1 a 5 kg  
 4  Ha aumentado de 5 a 10 kg  
 5  Ha aumentado > 10 kg

**13-SE HA QUEDADO DORMIDO MANEJANDO?**

- 1  SI 2  NO

**14. EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ¿CUÁNTOS ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS HA TENIDO \_\_\_\_\_**

**14A-¿ALGUNO DE LOS ACCIDENTES SE FAVORECIO POR QUEDARSE DORMIDO O ESTAR SOMNOLIENTO?**

- 1  SI 2  NO

**15. ¿HA NOTADO O ALGUIEN LE HA DICHO QUE PATEA O HACE MOVIMIENTOS FRECUENTES O BRUSCOS CON LAS PIERNAS AL DORMIR?**

- 1  SI 2  NO

**16. ¿AL ACOSTARSE SIENTE LA NECESIDAD DE FROTARSE LAS PIERNAS, O MOVERLAS O LEVANTARSE A CAMINAR?**

- 1  SI 2  NO

**17 ¿CUANDO VD. SE DUERME, NOTA PESADILLAS COMO SI LAS ESTUVIERA REALMENTE VIVIENDO?**

- 1  SI 2  NO

**17A ¿HA TENIDO ESTE TIPO DE PESADILLAS ALGUNA VEZ MIENTRAS ESTÁ DESPIERTO?**

- 1  SI 2  NO

**18 ¿HA NOTADO VD. ALGUNA VEZ, QUE DURANTE UNA EMOCIÓN INTENSA (ENFADO,RISA) SE LE HAN IDO LAS FUERZAS DE ALGUNA PARTE DEL CUERPO O DE TODO, HACIENDOLO CAER AL SUELO?**

- 1  si 2  no

**19 ¿HA NOTADO ALGUNA VEZ EN SU VIDA PARÁLISIS, O IMPOSIBILIDAD PARA HABLAR O MOVERSE, AL INICIO DEL SUEÑO O AL DESPERTARSE?**

- 1  si 2  no

**19A ¿CUANTAS VECES LE HA SUCEDIDO APROXIMADAMENTE \_\_\_\_\_**

**20-¿ACTUALMENTE FUMA UD. CIGARRILLOS LA MAYOR PARTE DE LOS DIAS?**

- 1  si 2  no

**21. ¿ACOSTUMBRA TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS AL MENOS UN DÍA A LA SEMANA?**

- 1  si 2  no

**22. ¿CUÁNTAS TAZAS DE CAFÉ TOMA EN PROMEDIO AL DIA? \_\_\_\_\_TAZAS**

**23. ¿REQUIERE USAR ALGUN ESTIMULANTE, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, PARA MANTENERSE DESPIERTO?**

- 1  SI 2  NO

**24. EN GENERAL, UD. DIRÍA QUE SU SALUD ES: (marque una)**

- 1  excelente 4  regular  
 2  muy buena 5  mala  
 3  buena

**25. SE HA SENTIDO UD. CALMADO Y TRANQUILO?**

- 1  todo el tiempo  
 2  la mayor parte del tiempo  
 3  una buena parte del tiempo  
 4  alguna parte del tiempo  
 5  una pequeña parte del tiempo  
 6  ni un poco de tiempo

**26. ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO, EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, SINTIÓ UD. QUE TUVO BASTANTE ENERGÍA?**

- 1  todo el tiempo  
 2  la mayor parte del tiempo  
 3  una buena parte del tiempo  
 4  alguna parte del tiempo  
 5  una pequeña parte del tiempo  
 6  ni un poco de tiempo

27. ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO, EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, SE SINTIÓ UD. DESANIMADO Y DEPRIMIDO?

- 1  todo el tiempo  
 2  la mayor parte del tiempo  
 3  una buena parte del tiempo  
 4  alguna parte del tiempo  
 5  una pequeña parte del tiempo  
 6  ni un poco de tiempo

28. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SU SALUD O SUS PROBLEMAS EMOCIONALES IMPIDIERON SUS ACTIVIDADES SOCIALES, TALES COMO VISITAR AMIGOS, PARIENTES, SALIR, ETC?

- 1  todo el tiempo  
 2  la mayor parte del tiempo  
 3  una buena parte del tiempo  
 4  alguna parte del tiempo  
 5  una pequeña parte del tiempo  
 6  ni un poco de tiempo

29 'Las siguientes preguntas se relacionan a la posibilidad que tiene de quedarse dormido o de "cabecear" en diferentes situaciones. Estas se refieren a los últimos días o semanas. Si alguna situación no le es frecuente, conteste suponiendo lo que le pasaría

Situación	<u>QUE POSIBILIDAD TIENE DE QUEDARSE DORMIDO</u>			
	NADA (0)	LEVE (1)	MODERADA (2)	ALTA (3)
Sentado leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado sin hacer nada en un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado platicando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descansando sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un carro o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

