

Registro de la calidad de descanso y sueño

Te invito a que completes este formulario para tener un punto de partida con datos clínicos que podrás volver a medir cada 6 meses y así observar variaciones en relación a tu salud y hábitos rutinarios.

Cuestionario de sueño

1. ¿Qué tan cierta es esta afirmación?
Siendo 1 *"nada cierta"* y 5 *"muy cierta"*.

Tengo dificultades para tener un sueño y descanso de buena calidad

2. Mi peso: _____

3. Mi talla (estatura): _____

4. Bebo más de 5 vasos o tazas (1 litro) al día de algunas de las siguientes bebidas:

Té _____

Café _____

Bebidas cola _____

Mate _____

No bebo más 5 de tazas (1 litro) _____

5. Experimento alguno(s) de los siguientes problemas habituales del sueño:

Ronquido intenso ____

Pausas respiratorias ____

Movimientos mientras duermes ____

Hablar dormido ____

Insomnio ____

Otro(s) ____

Ninguno ____

DESCRIBE TU ESQUEMA DE SUEÑO TÍPICO**6. Hora en que apagas la luz:**

Entre las 8 p. m. y las 10 p. m.

Entre las 10 p. m. y las 11:30 p. m.

Entre las 11:30 p. m. y la 01:30 a. m.

Después de las 2 a. m.

7. Tiempo que demoras en dormirte:

Menos de 15 minutos ____

Entre 15 y 30 minutos ____

Entre 30 y 45 minutos ____

Más de 45 minutos ____

8. Número de despertares en la noche:

No me suelo despertar ____

Me despierto 1 vez ____

Me despierto 2 veces ____

Me despierto 3 o más veces ____

9. Hora de despertar en la mañana un día habitual:

____ Antes de las 5 a. m.

____ Entre las 5 a. m. y las 6 a. m.

____ Entre las 6 a. m. y las 7 a. m.

____ Entre las 7 a. m. y las 8 a. m.

____ Entre las 8 a. m. y las 9 a. m.

____ Después de las 9 a. m.

10. Pide a una persona que viva contigo que describa tu sueño:

Ronquido intenso ____

Pausas respiratorias ____

Movimientos mientras duermo ____

Hablar dormido ____

Insomnio ____

Otro ____

Ninguno ____

11. Después de acostarte ¿cuánta dificultad tienes para dormirte?

Del 1 al 5, siendo 1 *"nada de dificultad"* y 5 *"gran dificultad"* _____

12. Cuando te despiertas en la madrugada ¿cuánta dificultad tienes para volver a dormir?

Del 1 al 5, siendo 1 *"nada de dificultad"* y 5 *"gran dificultad"* _____

13. Después de dormir, ¿cuál es tu percepción de descanso?

Del 1 al 5, siendo 1 *"muy descansado"* y 5 *"no descansé nada"* _____

14. ¿Alguna vez ha experimentado alguna de estas situaciones de modo regular en la noche?

____ Sensación de sofocamiento o falta de aire.

____ Sonambulismo.

____ Movimientos de las piernas al quedarse dormido.

____ Pesadillas.

____ Ronquido intenso.

____ Levantarme varias veces al baño.

____ Incapacidad para moverse al despertar.

____ Bruxismo (dormir con los dientes apretados).

____ Despertar muy temprano.

____ Otro _____

15. ¿Tomas siestas en el día? Sí ____; No ____; A veces ____.

En caso de que sí, ¿cuál es su duración?

____ Menos de 20 minutos.

____ Entre 20 y 40 minutos.

____ Entre 40 y 60 minutos.

____ Más de una hora.

16. ¿Cuántos días de la semana tomas siestas?

1____ 2____ 3____ 4____ 5____ 6____ 7____

17. ¿En qué momento?

____ Antes de almorzar.

____ Inmediatamente después de almorzar.

____ A media tarde.

____ A la tardecita.

18. Menciona el grado de somnolencia que sientes en el día.

Del 1 al 5, siendo 1 "*nada de somnolencia*" y 5 "*mucha somnolencia*"

19. Por favor indica cómo has tratado de solucionar tu problema de sueño:

- _____ Medicamentos.
- _____ Meditando.
- _____ Escuchando radio o música.
- _____ Pensando.
- _____ Viendo televisión.
- _____ Baños tibios.
- _____ Caminando.
- _____ Concentrándome.
- _____ Haciendo ejercicio.
- _____ Ajustando la temperatura de la habitación.
- _____ Leyendo.
- _____ Bebiendo alcohol.
- _____ Tomando leche tibia.
- _____ Comiendo.
- _____ Bebiendo agua.
- _____ Rezando.
- _____ Otros.

20. ¿Has tenido algún accidente automovilístico o has estado cerca de tenerlo, por causa de somnolencia?

Sí _____ No _____

21. Durante el último mes, ¿te has sentido a menudo con decaimiento, estado de depresión o sin esperanzas?

Sí _____ No _____

22. Durante el último mes, ¿te has sentido a menudo con un poco de estrés o sin ganas de hacer sus actividades?

Sí _____ No _____

Te invito a que respondas esta escala de somnolencia de Epworth.

PREGUNTA ¿Con qué frecuencia te duermes en las siguientes situaciones? (incluso si no has realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trata de imaginar en qué medida te afectarían).

Utiliza la siguiente escala y elige la cifra adecuada para cada situación.

0 = nunca te has dormido.

1 = escasa posibilidad de dormirse.

2 = moderada posibilidad de dormirse.

3 = elevada posibilidad de dormirse.

Situación	Puntuación
Sentado/a y leyendo.	
Viendo la TV.	
Sentado/a, inactivo/a en un espectáculo (teatro...).	
En auto, como copiloto de un viaje de una hora.	
Recostado/a a media tarde.	
Sentado/a y conversando con alguien.	
Sentado/a después de la comida (sin tomar alcohol).	
En tu auto, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico.	

- Si la puntuación es igual o mayor a 15 puntos es probable que tengas algunas dificultades en relación a un sueño de calidad. Si con lo abordado en este audiocurso la situación no mejora, te sugerimos que hagas una interconsulta con un profesional de la salud.
- A continuación, comenzaremos el diario para el **Registro del Sueño**.
- Entre 3 y 7 días realiza un registro de cómo es tu comportamiento habitual y patrones relacionados con el momento de irte a dormir. No modifiques nada aún. Nos interesa poder medir, analizar y evaluar diferencias con un registro real.
- Si tus noches son todas iguales puedes hacerlo durante 3 días. Por el contrario, si varía por cuestiones personales o laborales y cada día de la semana tiene patrones diferentes, te invito a que hagas un registro semanal de tus patrones de descanso.

Preguntas para responder en relación a antes de dormir

- **¿Cómo fue mi día?** Elije la/s opciones que mejor lo describan

Intenso – Estresante – Aburrido – Entretenido – Normal – Tranquilo – Maravilloso – Agobiante – Agotador – Interesante – Feliz – Indiferente – Neutral – Apático – Cansador – Estimulante – Motivante – Decepcionante – Frustrante – Desilusionante – Encantador – Increíble – Sorprendente – Inolvidable
(Siéntete libre de agregar el adjetivo o frase corta que desees)

- **¿Cuál fue mi última actividad del día?**
- **¿A qué hora la finalizaste?**
- **¿Cuál fue el nivel de intensidad de la actividad?**

Del 1 al 5, siendo 1 baja intensidad y 5 alta intensidad

- **¿Cuál fue tu última ingesta de alimentos y bebidas?**
- **¿A qué hora finalizaste?**
- **¿Qué tan saludable fue esta ingesta?**

Del 1 al 5, siendo 1 “nada saludable” y 5 “muy saludable” ____

Preguntas en relación a después de dormir

- **¿A qué hora te dormiste?**
- **¿Cuántas horas dormiste?**
Menos de 3 horas.
Entre 4 y 5 horas.
Entre 6 y 8 horas.
Más de 8 horas.
- **¿Cómo calificarías tu descanso?**
Del 1 al 5, siendo 1 "muy malo" y 5 "muy bueno" ____
- **¿Has utilizado pautas de higiene del sueño?**
Sí / No ____
- **En caso de responder sí, ¿cuáles? ¿cómo te resultaron?**
- **¿De qué te has dado cuenta?**
¿qué te gustaría tener en cuenta para la próxima vez?
Escribe alguna reflexión, Insight o nota

Una vez que hayas respondido varios días sin modificar nada de tu rutina, comienza a realizar cambios teniendo en cuenta lo que has aprendido del curso y tu observación personal. Recuerda que no todas las estrategias funcionan igual para todas las personas, es importante que encuentres tus mejores planes de acción para que descansar y dormir sea algo cotidiano, natural y reparador.

Últimas recomendaciones

- Conviértete en tu propio detective y encuentra qué podrías mejorar la próxima vez. Aprende a reconocer tus patrones de comportamiento repetitivos y corrige los que consideres necesario
- El cambio de hábitos lleva un tiempo de consolidación. Si has fallado en algún intento, está bien también. Recuerda registrar qué ocurrió y qué podrías haber hecho diferente
- Presta atención. Si registras reiteradas sensaciones o síntomas que interfieren con tu productividad y calidad de vida, acude a la consulta con un profesional de la salud (clínico o psicoterapeuta).