

# Cuestionario del sueño

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Instrucciones

El sueño es importante para el proceso de sanación, la inmunidad, el humor, la cognición y muchas otras funciones fisiológicas. Responda las siguientes preguntas de la manera más precisa y completa posible. Para las preguntas con respuesta Sí/No, marque la respuesta correcta y proporcione una explicación en caso de que se le solicite una. La información permitirá determinar si usted duerme lo necesario, así como identificar estrategias posibles para ayudarlo a dormir mejor.

## Problemas de sueño:

1. ¿Tiene un problema de sueño que se le haya diagnosticado?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿cuál es? \_\_\_\_\_
2. ¿Siente que tiene un problema de sueño?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿cómo lo describiría? \_\_\_\_\_  
¿Ronca fuerte o deja de respirar mientras duerme?      Sí      No  
¿Le han hecho un estudio del sueño antes?      Sí      No  
¿Usa una máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)?      Sí      No

## Preguntas de somnolencia:

3. ¿Siente que descansó bien por la mañana?      Sí      No
4. ¿Tiene sueño en algún momento del día o de la noche?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿en qué momento? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué hace para despertarse cuando tiene sueño? \_\_\_\_\_
6. Alguna vez, ¿tuvo un accidente en el trabajo o en su casa porque tenía sueño?      Sí      No  
En caso afirmativo, explique. \_\_\_\_\_
7. ¿Duerme la siesta?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿cuántos minutos duerme? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora del día? \_\_\_\_\_
8. ¿Siente que descansó bien después de la siesta?      Sí      No

## Preguntas de insomnio:

9. En general, ¿se duerme en el transcurso de 20 minutos de haberse acostado en la cama?      Sí      No  
En caso negativo, ¿cuánto tiempo demora en dormirse? \_\_\_\_\_
10. Si demora más de 20 minutos, ¿qué hace mientras intenta dormirse? (P. ej., leer, mirar televisión, mirar el teléfono, levantarse, etc.) \_\_\_\_\_
11. Alguna vez, ¿se siente tan excitado a la noche que le resulta difícil dormirse?      Sí      No
12. ¿Le han hecho una prueba de cortisol en saliva?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿cuál era el nivel a la noche? \_\_\_\_\_

Preguntas de insomnio: (continuación)

13. ¿Está usando, o ha usado, alguna de las siguientes ayudas para dormir? Sí No

En caso afirmativo:

- |   |                |                |        |           |
|---|----------------|----------------|--------|-----------|
| • <b>Ambien® (zolpidem):</b>              | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Sonata® (zaleplón):</b>              | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Lunesta® (eszopiclona):</b>          | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Belsomra® (suvorexant):</b>          | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Valium® (diazepam):</b>              | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Ativan® (lorazepam):</b>             | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Restoril® (temazepam):</b>           | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Tylenol® PM:</b>                     | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Benadryl®:</b>                       | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Calcio:</b>                          | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Magnesio:</b>                        | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Valeriana:</b>                       | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Kava:</b>                            | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Melatonina:</b>                      | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>5-HTP:</b>                           | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Otra:</b> _____                      | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Otra:</b> _____                      | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |
| • <b>Otra:</b> _____                      | La probó antes | Usándolo ahora |        |           |
| ¿Cuántas veces a la semana lo usas? _____ |                | ¿Dosis? _____  | Eficaz | No eficaz |

**Preguntas de insomnio: (continuación)**

14. ¿Se despierta a mitad de la noche?                      Sí            No  
En caso afirmativo, ¿cuántas veces y cuáles son los motivos? \_\_\_\_\_
15. ¿Tiene problema para volver a dormirse cuando se despierta?            Sí            No  
En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo suele demorar en dormirse? \_\_\_\_\_
16. ¿La necesidad de mover los pies o las piernas a la noche lo mantiene despierto o se le ha diagnosticado el síndrome de las piernas inquietas?            Sí            No
17. ¿Tiene sueños perturbadores a la noche?            Sí            No

**La cafeína y otros estimulantes:**

18. Si bebe o come alguno de los siguientes productos, indique cuánto (la cantidad de litros, tazas, vasos, etc.), con qué frecuencia diaria y en qué momentos del día.
- **Café:**                      Con cafeína            Descafeinado  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Refrescos con cafeínas (Coke®, Pepsi®, Mountain Dew®, etc.):**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Bebidas energéticas (Red Bull®, Monster Energy®, Rockstar®):**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Agua con cafeína:**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Té verde:**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Té negro**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Otro té:** \_\_\_\_\_  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Chocolate:**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Helados de café o expreso:**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Sudafed® u otros medicamentos de venta libre para el resfrío:**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Alcohol:**  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
  - **Otro:** \_\_\_\_\_  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia diaria? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_
19. ¿Qué medicamentos está tomando y a qué hora los toma?
- Medicamento: \_\_\_\_\_ ¿A qué hora los toma? \_\_\_\_\_
  - Medicamento: \_\_\_\_\_ ¿A qué hora los toma? \_\_\_\_\_
  - Medicamento: \_\_\_\_\_ ¿A qué hora los toma? \_\_\_\_\_

### Estrés y reducción del estrés:

20. ¿Qué tipo de estrés ha sufrido en los últimos meses? \_\_\_\_\_
21. ¿Qué hace para manejar el estrés? \_\_\_\_\_
22. ¿Tiene un diario cerca de la cama para escribir en él?      Sí      No
23. ¿Hace ejercicio aeróbico?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿qué ejercicio aeróbico? \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia hace ejercicio aeróbico? \_\_\_\_\_ ¿En qué momento del día? \_\_\_\_\_

### Higiene del sueño:

24. ¿A qué hora suele acostarse? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora suele despertarse? \_\_\_\_\_
25. ¿Siente que se acuesta demasiado tarde?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿a qué hora quisiera acostarse? \_\_\_\_\_
26. ¿Mira televisión por la noche?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿a qué hora? \_\_\_\_\_
27. ¿El televisor está en su habitación o en una sala familiar? \_\_\_\_\_
28. Antes de irse a dormir, ¿usa una tableta, un teléfono celular u otro dispositivo electrónico mientras está acostado?  
Sí      No
29. ¿Lee en la cama antes de intentar dormirse?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿usa una luz o lee en una tableta o teléfono con una pantalla iluminada?      Sí      No
30. ¿Usa un dispositivo de monitoreo del sueño?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_
31. ¿Cuántas horas pasa en la cama? \_\_\_\_\_
32. ¿Cuántas horas del tiempo que pasa en la cama duerme? \_\_\_\_\_
33. Durante el fin de semana o los días que no trabaja, ¿modifica la rutina del sueño?      Sí      No
34. ¿Entra mucha luz a su habitación?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿cuál es la fuente? \_\_\_\_\_
35. ¿Tiene niños pequeños que lo despiertan?      Sí      No

### Habitación, respiración y ambiente:

36. ¿Hay algún aroma poco común en su habitación?      Sí      No  
En caso afirmativo, descríbalos. \_\_\_\_\_
37. ¿Usa las tiras Breathe-Easy en la nariz?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿le ayudan a respirar?      Sí      No
38. ¿Tiene alfombras o pisos de madera dura en la habitación? \_\_\_\_\_
39. ¿Cuántas de las habitaciones de la casa tienen alfombras y qué antigüedad tienen las alfombras? \_\_\_\_\_
40. ¿Qué tipo de calefacción hay en su casa: por aire forzado o por radiantes? \_\_\_\_\_
41. ¿Con qué frecuencia le cambia el filtro a la caldera de su casa? \_\_\_\_\_
42. ¿Ha visto moho negro en el alféizar de las ventanas o en un sótano?      Sí      No
43. ¿Tiene un filtro de aire HEPA en su habitación?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿de qué marca es y cuánto tiempo lo pone en funcionamiento por día? \_\_\_\_\_

**Habitación, respiración y ambiente: (continuación)**

44. ¿Qué tipo de aspiradora usa? \_\_\_\_\_  
¿Tiene un filtro HEPA?      Sí      No
45. ¿Con qué frecuencia quita el polvo de su habitación? \_\_\_\_\_
46. ¿Duerme con un animal que ronca o se mueve y lo molesta?      Sí      No
47. ¿Duerme con una persona que ronca, se mueve a la noche o lo molesta cuando intenta dormirse?      Sí      No
48. ¿Se despierta con los ruidos?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿qué tipo de ruidos? \_\_\_\_\_
49. ¿Vive en una calle ruidosa?      Sí      No
50. ¿Se siente seguro en la cama a la noche?      Sí      No  
En caso negativo, explique el motivo. \_\_\_\_\_

**Cama, almohadas y dolor:**

51. ¿Qué tipo de cama tiene y de qué tamaño es? \_\_\_\_\_
52. ¿Se despierta por algún dolor?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿a qué hora y dónde siente el dolor? \_\_\_\_\_
53. ¿Qué tipo de almohada le resulta más cómoda? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de almohada ha probado que no le haya resultado cómoda? \_\_\_\_\_
54. ¿Usa almohadas corporales?      Sí      No  
En caso afirmativo, ¿cuántas y cómo las usa? \_\_\_\_\_