

TORRANCE MEMORIAL

MEDICAL CENTER

Torrance Memorial Physican Network – Pulmonary and Sleep

Teléfono: 310-517-8950 FAX: 310-326-6054

CUESTIONARIO SOBRE SUEÑO Y SALUD

SLEEP & HEALTH QUESTIONNAIRE

Nombre: _____ Fecha: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Edad: _____

Médico que lo refiere: _____

Mis principales quejas respecto a dormir son _____

He tenido este/estos problema(s) desde: _____

El problema: _____ está empeorando _____ continúa igual fluctúa

Liste todos los medicamentos y las dosis:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Antecedentes sociales: (marque uno con un círculo) soltero/a casado/a separado/a divorciado/a viudo/a

Alcohol: (marque uno)

____ Nunca

____ Contadas veces (1-2 bebidas por semana)

____ Moderadamente (3-10 bebidas por semana)

____ Más de 10 bebidas por semana

____ Tengo o tuve problemas con el alcohol

Tabaco: (marque uno)

_____ No fumo
_____ Fumo cigarrillos _____ paquetes/día
_____ Fumé durante _____ años pero lo dejé hace _____ años.

Cafeína: tazas por día. Bebo _____ café _____ té _____ cola _____ Ninguno _____

Operaciones de adulto, enfermedades, lesiones (incluya fechas):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

¿Tiene presión sanguínea alta? Sí _____ No _____

¿Le han extraído las amígdalas o vegetaciones adenoides? Sí _____ No _____

Mis otras quejas importantes respecto al dormir son: (marque todo lo que corresponda)

_____ Tengo dificultad para dormir de noche.
_____ Puedo dormir todo el día
_____ Ronco
_____ Tengo conductas no deseadas cuando estoy dormido.

Explique: _____

HORARIO DE SUEÑO: (responda todas las preguntas)

SLEEP SCHEDULE: (answer all questions)

Los días de semana/días laborales generalmente me voy a dormir a la(s)..... _____

En los días de semana/días laborales de las últimas 2 semanas lo más temprano que me fui a la cama fue a

la(s) _____

Y la última vez fue a la(s) _____

En la noche generalmente comienzo a sentir sueño a la(s) _____

La cantidad de tiempo que generalmente tardo en dormirme es _____

Los días de semana me levanto a la(s) _____

Los fines de semana/días libres generalmente me voy a la cama a la(s) _____

Los fines de semana me levanto a la(s) _____

Para sentirme bien necesito dormir _____ horas.

El número de veces que me despierto por la noche es..... _____

Las horas que me despierto durante la noche son _____

El tiempo que tardo en volver a dormirme es _____

La cantidad de tiempo que estoy despierto durante la noche después de haberme dormido es _____

Orino _____ veces por noche.

Me despierto a la mañana: _____ naturalmente ____ con despertador.

Hago la siesta ____ veces por semana.

Después de tomar una siesta me siento: _____ renovado _____ con sueño/aturdido.

Generalmente hago ejercicio a la(s) _____ durante _____ minutos.

¿De qué trabaja? _____

GENERALMENTE TRABAJO: (marque las opciones que correspondan para usted)

I USUALLY WORK: (check the choices that are true for you)

____ turno diurno de _____ a _____

____ turno vespertino de _____ a _____

____ turno nocturno de _____ a _____

____ roto los turnos cada _____ días.

Comentarios: _____

Ir y volver del trabajo me lleva _____ minutos.

___ Algunas veces vuelo a través de distintas zonas horarias.

¿Con qué frecuencia? ___ ¿Cuántas zonas horarias? _____

LA FORMA EN QUE DUERMO: (marque las opciones que correspondan para usted)

WHAT MY SLEEP IS LIKE : (check the choices that are true for you)

___ Me han dicho que ronco muy fuertemente.

___ Algunas veces no pueden otras personas dormir en la misma habitación debido a mis ronquidos.

___ Me han dicho que dejo de respirar cuando duermo.

___ Me han dicho que abro la boca o resoplo cuando duermo.

___ Sudor mucho cuando duermo.

___ Mi cubrecama está toda revuelta en la mañana.

___ Me muevo mucho cuando duermo.

___ Algunas veces me despierto con un sabor agrio en la boca.

___ Algunas veces tengo acidez de estómago en la noche.

MI POSICIÓN HABITUAL PARA DORMIR: (marque las opciones que correspondan para usted)

MY USUAL SLEEPING POSITION: (check the choices that are true for you)

___ Boca arriba

___ De costado

___ Boca abajo

___ No tengo una posición habitual

___ Siento que la calidad de mi sueño no es satisfactoria.

___ Me han dicho que cuando duermo mis piernas se contraen bruscamente o sacuden.

___ Me han dicho que ruedo o me acuno cuando duermo.

___ Me han dicho que cuando duermo pateo o pego a mi compañero/a con los pies

DURANTE LOS PRIMEROS 30 MINUTOS DESPUÉS DE DESPERTARME A LA MAÑANA GENERALMENTE ME SIENTO:

DURING THE FIRST 30 MINUTES AFTER WAKING UP IN THE MORNING I USUALLY FEEL :

- muy aturdido
- algo somnoliento
- levemente somnoliento pero despierto
- alerta

DE ADULTO:

AS AN ADULT:

- Mis sueños frecuentemente me despiertan.
- A menudo tengo sueños espantosos.
- Me he orinado en la cama.
- Me han dicho que golpeo o tuerzo la cabeza en la noche.
- Tengo alucinaciones o imágenes tipo sueño cuando no estoy realmente dormido, mientras me estoy quedando dormido o despertando.
- Me despierto de repente con un sentimiento desagradable de temor, ansiedad, tensión o infelicidad.
- He tenido la sensación de debilidad repentina en las piernas mientras estoy despierto. (Esto puede ocurrir particularmente en situaciones emocionales).

INSOMNIO: (marque las opciones que correspondan para usted)

INSOMNIA: (check the choices that are true for you)

- Tengo dificultad para dormirme en la noche.
- Cuando me despierto durante la noche tengo dificultad para volver a dormirme.
- Algunas noches no logro dormirme, no importa cuánto trate.
- Cuando trato de dormirme me preocupa si podré o no dormirme.
- A la noche, cuando me voy a la cama, no tengo sueño.

___ A menudo duermo mejor en una habitación desconocida, como en un hotel.

___ Cuando me despierto a la noche a menudo miro el reloj.

___ Me despierto en la mañana mucho antes de lo que tengo que levantarme.

___ A menudo el dolor me despierta y no me deja volver a dormirme.

Lugar del dolor: _____

___ A menudo tomo pastillas para dormir para poder conciliar el sueño.

___ Tengo una sensación que me repta por las piernas cuando me acuesto a dormir.

___ Las sensaciones que tengo en las piernas no me dejan dormir.

___ Tengo el sueño muy liviano y los ruidos me despiertan fácilmente.

___ La persona con quien duermo altera mi sueño.

___ Generalmente me levanto en la mitad de la noche para comer algo.

___ He estado deprimido en el pasado.

___ He tenido crisis nerviosas en el pasado.

___ Tiendo a sentirme triste o deprimido en el invierno.

___ Soy una "persona nocturna".

___ Soy una "persona diurna".

SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA: (marque las opciones que correspondan para usted)

DAYTIME SLEEPINESS: (check the choices that are true for you)

___ Algunas veces me he quedado dormido en momentos muy inapropiados tales como en reuniones.

___ Algunas veces he tenido tanto sueño que me confundí o perdí el hilo del tema durante una conversación.

___ Generalmente me quedo dormido durante los programas de televisión de media hora.

Frecuentemente tengo tanto sueño durante el día que mi trabajo es deficiente.

Generalmente me siento más cansado/somnoliento en la tarde.

A menudo me gustaría tomarme una siesta en la tarde, incluso cuando no puedo.

He “llegado” y de repente estoy alerta y descubro que estoy haciendo cosas sin saber que las había comenzado o cómo llegué allí.

Generalmente me siento cansado/con sueño todo el día.

Funciono mejor en la mañana.

Funciono mejor en la tarde.

Frecuentemente me acuesto tarde cuando no tengo planes o citas para el próximo día.

Frecuentemente no tengo sueño a la hora de irme a dormir y me quedo levantado hasta que es muy tarde y como consecuencia duermo demasiado poco.

Cuando duermo bien por la noche me siento mejor al día siguiente.

Recientemente me levanté varias veces más tarde de lo planeado, a pesar de que me fui a dormir a la hora correcta.

Me sentiría mejor si durmiera por lo menos una hora mas cada noche.

Me gusta dormir hasta tarde cuando puedo.

Siento que duermo demasiado poco.

ANTECEDENTES DE SUEÑO: (marque las opciones que correspondan para usted, si es posible pídale a sus padres o parientes que le ayuden a recordar su conducta de niño)

SLEEP HISTORY: (check the choices that are true for you, if possible ask your parents, or relatives to help you remember your childhood behavior)

Me oriné en la cama algunas veces después de los 6 años.

Cuando era niño caminaba dormido.

De niño gritaba dormido.

Frecuentemente tenía pesadillas.

- ___ Rechinaba los dientes mientras dormía.
- ___ Me golpeaba la cabeza contra la cama para dormirme.
- ___ Mis problemas de sueño actuales comenzaron en la infancia.
- ___ De niño/adolescente solía quedarme dormido en la escuela.
- ___ De niño/adolescente siempre tenía que luchar contra el deseo de dormirme durante las clases en la escuela.
- ___ De niño solía quedarme despierto hasta tarde por la noche.
- ___ Me dijeron que roncaba cuando dormía.
- ___ Me consideraban un niño o adolescente hiperactivo o hiperquinético.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Estas preguntas se aplican a su parentela, como padres, hijos, hijas, tías, tíos, etc. Personas con quienes está emparentado por sangre.

- ___ Un pariente murió de muerte en la cuna o muerte súbita del lactante.
- ___ Miembros de la familia que de niños fueron o son hiperactivos o hiperquinéticos.

ESCALA DE BECK

BECK SCALE

Por favor, lea los enunciados de cada grupo y marque aquellos que mejor describen la manera en que se sintió la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número que se encuentra al lado del enunciado que eligió. Si le parece que varios enunciados en el grupo se aplican igualmente bien, marque cada uno con un círculo. Asegúrese de leer todos los enunciados antes de hacer su elección.

1. 0 No me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo animarme
 3 Estoy tan triste que no puedo soportarlo

2. 0 No estoy particularmente desalentado respecto al futuro
 1 Estoy desalentado respecto al futuro
 2 Siento que no hay nada para mí en el futuro
 3 Siento que no hay esperanzas para el futuro/que nada mejorará

3. 0 No me siento un fracaso
 1 Siento que he fracasado más que la persona promedio
 2 Cuando pienso en mi pasado todo lo que puedo ver es fracaso
 3 Siento que como persona soy un fracaso total

4. 0 Las cosas me dan tanta satisfacción como en el pasado
 1 No disfruto tanto como solía
 2 Ya no obtengo satisfacción de ninguna cosa
 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento culpable
 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. 0 No siento que estoy siendo castigado
 1 Siento que puedo ser castigado
 2 Anticipo que seré castigado
 3 Siento que estoy siendo castigado

7. 0 No estoy decepcionado de mí mismo
 1 Estoy decepcionado de mí mismo
 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 3 Me odio

8. 0 No siento que sea peor que cualquier otra persona
 1 Soy crítico de mí mismo por mis debilidades/errores
 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 3 Me culpo por todo lo malo que ocurre

9. 0 No pienso en matarme
 1 Pienso en matarme pero no lo haría
 2 Quisiera matarme
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
10. 0 No lloro más de lo habitual
 1 Lloro más de lo que solía
 2 Ahora lloro todo el tiempo
 3 Antes podía llorar pero ahora no lloro, incluso cuando quiero hacerlo
11. 0 No siento que ahora esté más irritado de lo que siempre estoy
 1 Me enojo o irrito más fácilmente de lo que solía
 2 Me siento irritado todo el tiempo
 3 He dejado de irritarme por las cosas que antes me irritaban
12. 0 No he perdido el interés en otras personas
 1 Estoy menos interesado de lo que solía
 2 He perdido casi todo el interés
 3 Ya no puedo tomar decisiones (He perdido total interés en otras personas)
13. 0 Tomo decisiones tan bien como antes
 1 Pospongo la toma de decisiones
 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones
 3 Ya no puedo tomar decisiones
14. 0 No siento que me vea peor que antes
 1 Me preocupa verme más viejo/poco atractivo
 2 Siento que hay cambios permanentes que me hacen ver poco atractivo
 3 Creo que me veo feo
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes
 1 Me toma un esfuerzo extra comenzar a hacer cosas
 2 Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cosas
 3 No puedo hacer ningún trabajo en absoluto
16. 0 Puedo dormir tan bien como antes
 1 No duermo tan bien como antes
 2 Me despierto 1 a 2 horas más temprano de lo habitual y me resulta difícil volver a dormirme
 3 Me despierto varias horas más temprano de lo que solía y no puedo volver a dormirme

17. 0 No me canso más que de costumbre
 1 Me canso más de lo que solía
 2 Me canso por hacer casi nada
 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser
 2 Mi apetito es ahora mucho peor
 3 No tengo apetito
19. 0 Últimamente no perdí mucho peso si es que perdí algo
 1 He bajado más de 5 libras
 2 He bajado más de 10 libras
 3 He bajado más de 15 libras
 4

Estoy tratando de perder peso comiendo menos: SÍ NO

20. 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo habitual
 1 Estoy más preocupado que lo habitual por cosas tales como:
 Achaques/dolores, descompostura de estómago, estreñimiento
 2 Estoy preocupado por mi salud y me es difícil pensar en cualquier otra cosa
 3 Estoy tan preocupado por mi salud que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21. 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo
 1 Estoy menos interesado de lo que solía
 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
 3 He perdido todo interés en el sexo

TOTAL: _____

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD DE HAMILTON HAMILTON ANXIETY RATING SCALE

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Esta lista de control es para ayudar al médico a evaluar a cada paciente con respecto al grado de ansiedad y estado patológico. Complete en la clasificación adecuada.

- 0 Ninguno
- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Intenso
- 4 Muy intenso, incapacitante

ÍTEM	CLASIFICACIONES	ÍTEM	CLASIFICACIONES
PACIENTE ANSIOSO Se preocupa, anticipa lo peor, anticipación acongojada, irritabilidad.		SOMÁTICO (SENSORIAL) Zumbido en los oídos, visión borrosa, ataques de calor y frío. Sentimientos de debilidad, sensación de pinchazos.	
TENSIÓN Sentimientos de tensión, sobresaltos, llora fácilmente, tiembla, sentimientos de inquietud, incapacidad para relajarse.		SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos en vasos, falta de latido.	
MIEDO A la oscuridad, a los extraños, a que lo dejen solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.		SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Presión o constricción en el tórax. Sensación de asfixia, suspiros, disnea.	
INSOMNIO Dificultad para dormir, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio y cansancio al caminar. Sueños, pesadillas, terrores nocturnos.		SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, sensaciones de ardor, llenura abdominal, náuseas, vómitos, heces flojas, pérdida de peso, estreñimiento.	
INTELLECTUAL (COGNITIVO) Dificultad para concentrarse, mala memoria.		SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Nicturia, urgencia para orinar, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación prematura, pérdida de libido, impotencia.	
HUMOR DEPRIMIDO Pérdida de interés, falta de placer en pasatiempos. Depresión, se despierta temprano, cambios de humor.		SÍNTOMAS AUTONÓMICOS Sequedad bucal, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigo, cefalea por tensión, erizamiento del pelo.	
COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA Movimientos inquietos, agitación o camina de un lado a otro, temblor en las manos, ceño fruncido, rostro tensionado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, traga, eructa, tirones enérgicos de tendones, pupilas dilatadas.		SOMÁTICO (MUSCULAR) Dolores y achaques, rigidez, hace rechinar los dientes, voz no estable, tono muscular aumentado.	

PUNTAJE TOTAL _____

LA ESCALA DE SOMNOLENCIA EPWORTH THE EPWORTH SLEEPINESS SCALE

¿Qué tan probable es que usted dormite o se quede dormido en las siguientes situaciones en comparación con simplemente sentirse cansado? Esto se refiere al modo de vida que tiene últimamente. Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de determinar cómo le habrían afectado. Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

0 = no hay probabilidad de que dormite
1 = leve probabilidad de que dormite
2 = moderada probabilidad de que dormite
3 = alta probabilidad de que dormite

SITUACIÓN
CAMBIO EN

DORMITAR

Sentado y leyendo

Mirando TV

Sentado inactivo en un lugar público (por ejemplo un cine o una reunión)

Como pasajero en un automóvil durante una hora sin pausa

Acostado para descansar en la tarde, cuando las circunstancias lo permiten

Sentado y hablando con alguien

Sentado en silencio después de almorzar sin beber alcohol

En un automóvil, mientras está detenido en el tráfico por unos pocos minutos

Para conocer su puntaje de somnolencia, sume los puntos.

Consulte su puntaje total para ver qué tan somnoliento está.
