

“Saber no es suficiente; Debemos aplicar. La voluntad no es suficiente; debemos hacer”. - Goethe

Me dirijo a usted como persona que puede requerir de mi cooperación para un dormir mejor.

Test Trastornos de sueño

Esta evaluación consta de 5 partes, cada una evalúa algún trastorno.

Sección 1:

1. Tiene problemas para iniciar el sueño?
2. Ya en la cama, tiene muchos pensamientos que le impiden dormir
3. Tiene miedos al iniciar el sueño?
4. Se siente apenada, deprimida o triste?
5. se tarda más de media hora en quedarse dormido
6. En el último tiempo se levanta más temprano que lo acostumbrado y no puede volverse a dormir
7. Despierta a la mitad de la noche y no puede volver a conciliar el sueño

sección 2

1. Te han observado respiraciones entrecortadas durante la noche?
2. Tiene sueño con frecuencia al manejar?
3. Tiene acidez y necesita antiácidos antes de dormir o durante la noche?
4. Despierta con sensación de fuego o ardor en el pecho?
5. Despierta con inflamación en la garganta?
6. Despierta con la sensación de nariz congestionada?
7. Le han diagnosticado rinitis alergias o ha tenido sinusitis?

Sección 3

1. Tiene dificultades para concentrarse en la escuela o en el trabajo
2. Se queda dormido cuando maneja?
3. Se queda dormido durante el día?
4. Se queda dormida mientras río llora?
5. Seguía dormido durante el ejercicio físico se siente aburrido?
6. Si usted se enoja, siente su cuerpo flojo o débil?
7. Al comenzar a dormir o despertar?

8. Tiene sueños que parecen reales?
9. Experimenta alucinaciones mientras estás somnoliento?
10. Tiene pesadilla iniciando el sueño?
11. Siente que debe realizar actividades durante el día para mantenerse despierto?
12. Aunque trate de estar despierto muchas veces lo vence el sueño?
13. Ha dormido las horas necesarias y de noche, durante el último tiempo?

Sección 4

1. siente a menudo que duerme poco?.
2. sufre de periodos de sueño durante el día?
3. Recuerda usted de lo que ha soñado?
4. le han dicho que usted ronca?
5. tiene pesadillas?
6. tiene problemas para respirar durante la noche?
7. acostumbra a dormir siesta?
8. amanece con la presión alta?
9. ha aumentado de peso en el último tiempo?
10. ha sufrido cambios de personalidad?
11. tiene sudoración durante la noche?
12. ha tenido pérdida del interés sexual?
13. le han despertado la sensación de no estar respirando correctamente o se de sentir que se ahoga?
14. tiene dolor de cabeza durante al amanecer?
15. siente palpitaciones y arritmias durante la noche?
16. le han dicho que ha disminuido su desempeño al trabajar?

Sección 5

Afecciones habitualmente asociadas a trastornos del Sueño: (marque las que corresponda a su persona):

Hipertensión arterial, Hipertrofia amigdalina, Diabetes mellitus, Resistencia a insulina, Reflujo Gastroesofágico, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Anemias a repetición, Afecciones inmunológicas, Cáncer, Trastornos de la Atención, Sobrepeso, Obesidad, Turnos Nocturnos, Afecciones psiquiátricas(señale el/los diagnósticos.....). Otras:.....

Medicación general:.....

Medicación relacionada con el sueño

.....actual.....

Complemente información:.....

.....

MARQUERLO QUE ESTIMA QUE CORRESPONDA :

		NUNCA O RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUE- NTE	CASI SIEMPRE
	ANOTE UNA CRUZ INDICANDO CON QUE FRECUENCIA:				
01.	ME SIENTO DECAIDO(A), DESANIMADO(A) O TRISTE	1	2	3	4
02.	ME SIENTO MEJOR EN LAS MAÑANAS	4	3	2	1
03.	SIENTO GANAS DE LLORAR O LORO FACILMENTE	1	2	3	4
04.	TENGO PROBLEMAS (ME CUESTA) DORMIR EN LA NOCHE	1	2	3	4
05.	TIENDO A COMER MAS DE LO ACOSTUMBRADO	4	3	2	1
06.	TENGO AGRADO CONVERSAR O ESTAR EN PRESENCIA DE HOMBRES/MUJERES QUE DISFRUTAN DE LA ALEGRIA	4	3	2	1
07.	NOTO QUE ESTOY BAJANDO DE PESO.	1	2	3	4
08.	TENGO PROBLEMAS DE ESTITTIQUZ	1	2	3	4
09.	MI CORAZON LATE MAS RAPIDO QUE LO HABITUAL	1	2	3	4
10.	ME CANSO SIN MOTIVO NI RAZON	1	2	3	4
11.	MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE.	4	3	2	1
12.	ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS HABITUALES	4	3	2	1

13.	HABITUALMENTE ESTOY INQUIETO(A) Y NO ME PUEDO QUEDAR TRANQUILO(A)	1	2	3	4
14.	TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO.	4	3	2	1
15.	ESTOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE.	1	2	3	4
16.	ME ES FACIL TOMAR DECISIONES.	4	3	2	1
17.	SIENTO QUE SOY UTIL Y ME NECESITAN.	4	3	2	1
18.	ME SIENTO SATISFECHO(A), PLENO(A) CON MI VIDA	4	3	2	1
19.	SIENTO QUE LOS OTROS ESTARIAN MEJOR SI YO ME MURIERA.	1	2	3	4
20.	SIGO HACIENDO CON GUSTO LAS COSAS HABITUALES	4	3	2	1

Ahora, cada pregunta califíquela en intensidad desde 4 la más intensa hasta 0 cuando no se presente: 4. muy severo, 3 severo, 2 moderado, 1 leve, 0 ausente

Cada ítem se evalúa: (4) Muy severo; (3) Severo; (2) Moderado; (1) Leve; (0) Ausente

1. ¿Cómo evaluaría el malestar que le produce el Inquietud en sus piernas, cuerpo o brazos? : 4 - 3 - 2 - 1 - 0
2. ¿Cómo evaluaría la necesidad de moverse como consecuencia de la Inquietud? : 4 - 3 - 2 - 1 - 0
3. ¿Cuánto alivio encuentra en el malestar de sus piernas o de sus brazos cuando se mueve? :
4 - 3 - 2 - 1 - 0
4. ¿Diga el grado de severidad de los trastornos del sueño por la Inquietud? : 4 - 3 - 2 - 1 - 0
5. ¿Cuál es la severidad del cansancio o la somnolencia debidos a los síntomas de la Inquietud corporal o de las piernas? : 4 - 3 - 2 - 1 - 0
6. ¿Cuál es la severidad de la Inquietud en general? : 4 - 3 - 2 - 1 - 0
7. ¿Con qué frecuencia tiene síntomas de Inquietud? : 4 - 3 - 2 - 1 - 0

8. ¿Cuándo tiene síntomas de Inquietud de piernas, ¿cuál es la severidad en un día normal?
: 4 - 3 - 2 - 1 - 0
9. ¿Cuál es el impacto de sus síntomas de la Inquietud de las piernas en su capacidad llevar a cabo las tareas cotidianas, como por ejemplo hacer una vida familiar, en la casa, escolar, social o laboral satisfactorias? : 4 - 3 - 2 - 1 - 0
10. ¿Cuál es la severidad de los trastornos del humor debidos a la Inquietud (ej.: enojo, depresión, tristeza, ansiedad, o irritabilidad)? : 4 - 3 - 2 - 1 - 0

Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana. Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

0. Ningún problema.

1. Ligeramente retrasado.

2. Marcadamente retrasado.

3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertares durante la noche.

0. Ningún problema.

1. Problema menor.

2. Problema considerable.

3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

0. No más temprano.

1. Un poco más temprano.

2. Marcadamente más temprano.

3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

0. Suficiente.

1. Ligeramente insuficiente.

2. Marcadamente insuficiente.

3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

0. Satisfactoria.

1. Ligeramente insatisfactoria.

2. Marcadamente insatisfactoria.

3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.
Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuido.
2. Marcadamente disminuido.
3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

0. Ninguna.
1. Leve.
2. Considerable.
3. Intensa

Le advierto que estos datos son reservados, y adcritos a su ficha médica. No traspasados a terceros, ni a Isapres, como ha sido mi norma de confidencialidad durante mis años del ejercicio profesional. Mi Rut es 5.806.769-5

Ingrese sus datos si le gustaría que alguien lo contactara para darle seguimiento a sus resultados de esta evaluación:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Correo electrónico:

Actividad o profesión:

Teléfono:

Dirección:

Todo esto, no ha sido un consejo médico, tiene más bien el objetivo de aportar información para orientarle acerca de su salud y de su sueño.

Para obtener una consulta médica es necesario solicitarla en la que incluya una personalizada interrogación y exploración en medicina dirigida especialmente al sueño, si usted desea saber más de los resultados por favor escriba a info@dormir.cl o a WhatsApp al número: +569987755464.
