

JAMISON: Educación del paciente y bienestar.

FOLLETO 11.1: AUTOCONTROL PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO

¿Sufre usted de falta de sueño? Vea <http://www.webmd.com/video/breus-sleep-deprived>

El siguiente cuestionario le ayudará a determinar si tiene problemas con el sueño.

Por favor marque las casillas que describan mejor su comportamiento:

- ☐ Me lleva más de 30 minutos dormirme
- ☐ Me despierto frecuentemente durante las noches
- ☐ Tengo despertares nocturnos prolongados
- ☐ Me despierto muy pronto por la mañana y no consigo dormirme de nuevo
- ☐ Cuando me despierto estoy cansado y no me siento renovado.
- ☐ Tengo problemas con somnolencias diurnas. Seleccione esta opción si:
 - ☐ tiene tendencia a amodorrarse durante el día
 - ☐ cuando hace sus tareas rutinarias, tiene dificultades para mantenerse despierto
 - ☐ a menudo se siente adormecido
 - ☐ accidental y ocasionalmente se queda dormido
 - ☐ duerme siestas la mayoría de los días
 - ☐ duerme siesta más de una vez al día
- ☐ Mi somnolencia diurna interfiere con mi trabajo/vida.
 - ☐ tengo una capacidad de atención reducida
 - ☐ soy olvidadizo
 - ☐ tengo dificultades en encontrarme/aprender
 - ☐ tengo cambios anímicos
 - ☐ soy irritable
 - ☐ los errores en mi rendimiento se han multiplicado
 - ☐ debido a mi capacidad reducida de atención, tengo accidentes en casa, el trabajo y en mi tiempo de ocio

A mayor número de casillas marcadas, mayor evidencia de sus problemas de sueño. .

Si usted piensa que tiene problemas de sueños, pídale a su interno que le proporcione el folleto 11.2 Este folleto le ayudará a identificar la naturaleza de su problema.

Vea también <http://www.nhlbi.nih.gov/cgi-bin/tfSleepQuiz.pl>

Para más información:

<http://www.mayoclinic.com/health/insomnia/DS00187>

<http://www.aafp.org/afp/991001ap/991001c.html>

<http://www.aafp.org/afp/990501ap/990501d.html> – para personas mayores