

¿TIENE UN TRASTORNO DEL SUEÑO?

(Test base insomnio 1)

1. Tengo dificultad para **conciliar** el sueño.
 - Sí
 - No
2. Me vienen **pensamientos** a la cabeza que me impiden conciliar el sueño.
 - Sí
 - No
3. **Temo** el momento de ir a dormir.
 - Sí
 - No
4. Me **despierto** durante la noche y no puedo volver a dormirme.
 - Sí
 - No
5. Me **preocupo** en exceso con las cosas y tengo problemas para relajarme.
 - Sí
 - No
6. A pesar de haber dormido toda la noche, **no me siento descansado** cuando me despierto.
 - Sí
 - No
7. **Por la mañana**, me despierto más temprano de lo que quisiera.
 - Sí
 - No
8. Permanezco despierto en la cama durante media hora o más **antes de quedarme dormido**.
 - Sí
 - No
9. Me levanto por las mañanas con **rigidez muscular** o articular y dolores.
 - Sí
 - No
10. Me siento **triste y deprimido**.
 - Sí
 - No

Si ha obtenido 3 o más respuestas positivas, muestra síntomas de INSOMNIO, una persistente dificultad para dormir o permanecer dormido.

*Estas pruebas o test - inventarios son de orientación y no de diagnóstico clínico. Fuente: Instituto del Sueño, Madrid

¿TIENE UN TRASTORNO DEL SUEÑO? (Parta 2 - Apnea)

1. Tengo **sobrepeso**.
 Sí. No
2. Me dicen que **ronco**.
 Sí No
3. Me dicen que **dejo de respirar** mientras duermo, pero yo no me acuerdo de esto cuando me despierto.
 Sí. No
4. Tengo la **tensión sanguínea alta**.
 Sí No
5. Mis amigos y familia me dicen que han notado **cambios en mi personalidad**.
 Sí No
6. Estoy **engordando**.
 Sí No
7. **Sudo** excesivamente durante la noche.
 Sí. No
8. He notado que mi **corazón late con fuerza** o irregularmente durante la noche.
 Sí No
9. Tengo **dolores de cabeza matutinos**.
 Sí. No
10. Tengo problemas para dormir cuando tengo un resfriado.
 Sí. No
11. Me despierto de repente **jadeando** durante la noche.
 Sí No
12. Siento que estoy perdiendo mi **apetito sexual**.
 Sí. No
13. Me siento **adormilado durante el día**, aunque haya dormido toda la noche.
 Sí. No

Si ha obtenido 3 o más respuestas positivas, muestra síntomas de **APNEA DEL SUEÑO**, un trastorno que va asociado a un incremento de mortalidad que provoca que deje de respirar varias veces – a menudo varios cientos de veces por noche – durante el sueño



GLOBAL COACH
Carola Grove

¿TIENE UN TRASTORNO DEL SUEÑO? (PARTE 3 - NARCOLEPSIA)

1. A pesar de intentar permanecer despierto continuamente, no lo consigo.
 - Sí
 - No
2. Tengo problemas de concentración en la escuela o en el trabajo
 - Sí
 - No
3. Cuando estoy enfadado o alterado siento que me mareo.
 - Sí
 - No
4. Me he quedado dormido conduciendo.
 - Sí
 - No
5. Me siento como si fuera por ahí.
 - Sí
 - No
6. Me he quedado dormido realizando un esfuerzo físico.
 - Sí
 - No
7. Me siento como si alucinara cuando me duermo.
 - Sí
 - No
8. Me he quedado dormido mientras me reía o lloraba.
 - Sí
 - No
9. Tengo problemas en el trabajo por sobresueño.
 - Sí
 - No
10. Tengo sueños intensos en cuanto me quedo dormido.
 - Sí
 - No
11. Me quedo dormido durante el día.
 - Sí
 - No
12. Me siento incapaz de moverme cuando me despierto o me estoy.
 - Sí
 - No



GLOBAL COACH
Carola Grove

Si ha obtenido 3 o más respuestas positivas, muestra síntomas de

NARCOLEPSIA, un trastorno crónico caracterizado por ataques incontrolables de sueño durante el día.

¿TIENE UN TRASTORNO DEL SUEÑO (PARTE 4 - REFLUJO GASTROINTESTINAL)

1. Me despierto con **palpitaciones**.
 - Sí
 - No
2. Tengo **tos** crónica.
 - Sí
 - No
3. Tengo que usar **antiacidos** casi cada semana por problemas de estómago.
 - Sí
 - No
4. Tengo **ronquera matinal**.
 - Sí
 - No
5. Me despierto por la noche **tosiendo** o wheezing.
 - Sí
 - No
6. Tengo **frecuentes dolores de garganta**
 - Sí
 - No
7. Durante la noche, me despierto de repente **sin aliento**.
 - Sí
 - No

Si ha obtenido 2 o más respuestas positivas, muestra síntomas de:

REFLUJO GASTROINTESTINAL, un trastorno causado cuando los ácidos del estómago vuelven al esófago durante la noche.



GLOBAL COACH
Carola Grove

¿TIENE UN TRASTORNO DEL SUEÑO? (PARTE 5 -SÍNDROME DE PIERNAS DORMIDAS)

1. Aparte de cuando hago ejercicio, tengo **tensión muscular en mis piernas**.
 - Sí
 - No
2. He notado (o me han comentado otros) que algunas partes de mi cuerpo sufren **espasmos**.
 - Sí
 - No
3. Me dicen que doy **patadas por la noche**.
 - Sí
 - No
4. Noto sensación de dolor o **hormigueo en mis piernas**.
 - Sí
 - No
5. Tengo **dolor de piernas** durante la noche.
 - Sí
 - No
6. Algunas veces no puedo mantener las **piernas quietas** durante la noche. Tengo que moverlas.
 - Sí
 - No
7. Incluso si he dormido toda la noche, me siento **adormilado durante el día**.
 - Sí
 - No

Si ha obtenido 2 o más respuestas positivas, muestra síntomas de **SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS**, un trastorno caracterizado por dolor o sensación de hormigueo en las piernas.

***Estas pruebas o test inventarios son de orientación y no de diagnóstico clínico.**