

CUESTIONARIO DE SUEÑO ADAPTADO A TD

<i>Conducta sueño-Vigilia</i>	<i>Nunca</i>	<i>< 1-2 w/s</i>	<i>≥ 1-2 w/s</i>	<i>≥ 3 w/s</i>	<i>≥ 5 w/s</i>
P1 Muestra oposicion a la hora de irse a la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 Muestra ansiedad a la hora de acostarse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3 Necesita dejar una luz encendida durante la noche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4 Necesita estar acompañado a la hora de dormirse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5 Duerme en la cama paterna durante parte o toda la noche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6 Tiene dificultades para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7 Se despierta durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8 Cuando está durmiendo se muestra inquieto y se mueve mucho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P9 Tiene dolores o inquietud en las piernas que alteran el sueño.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P10 Ronca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P11 Tiene dificultades respiratorias al dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P12 Está soñoliento durante el día.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P13 Hace siestas durante el día.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P14 Realiza movimientos rítmicos durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P15 Tiene enuresis (se orina en la cama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P16 Rechina los dientes durmiendo (bruxismo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P17 Habla durmiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P18 Anda dormido (sonámbulo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P19 Tiene despertares nocturnos, pareciendo desorientado, confundido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P20 Tiene despertares nocturnos, siendo difícil comunicarse con él/ella y se muestra desorientado/a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P21 Tiene pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P22. Su hijo/a: ¿tiene problemas debido a los trastornos del sueño?

- No
- Sí, debido a pequeños trastornos.
- Sí, con dificultades importantes.
- Sí, con dificultades muy importantes

P23. Su hijo/a ¿ Está preocupado por sus problemas con el sueño?

- No
- Sí, un poco.
- Sí, bastante.
- Sí, mucho.

P24. Los problemas con el sueño ¿Alteran el rendimiento de su hijo/a durante el día?

- No
- Sí, un poco.
- Sí, bastante.
- Sí, mucho.

P25. ¿Piensan que las dificultades con el sueño de su hijo/a acarrear un problema para la familia en su conjunto?

- No
- Sí, un poco.
- Sí bastante.
- Sí, mucho

Traducción: Paz Tardío Baeza (licenciada en Traducción e Interpretación) y Gonzalo Pin Arboledas.

Fuente: Alik H, Larsson J-O, Smedje H. Insomnia in school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *BMC Psychiatry* 2006. 6:18 (doi:10.1186/1471-244X-6-18).

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/18> **Open Access**