

Breve Cuestionario de Sueño.

(Adaptado de A. Sadeh. BISQ. Brief Infant Sleep Questionnaire:)

Debe contestar una única respuesta, la que le parezca más apropiada.

Nombre de la persona que rellena la encuesta:

Parentesco con el niño:

Fecha:

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Niño Niña

Como duerme: En cuna en su habitación <input type="checkbox"/>	En cuna en la habitación de los padres <input type="checkbox"/>
En la cama con los padres <input type="checkbox"/>	En cuna en la habitación de hermanos <input type="checkbox"/>
Otra <input type="checkbox"/> (especificar):	

Como suele dormir Boca arriba <input type="checkbox"/>	De costado <input type="checkbox"/>	Boca abajo <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	-------------------------------------

Cuanto tiempo duerme su hijo/a por la noche: (a partir de las 9 de la noche)

Horas: .Minutos:

Cuanto tiempo duerme su hijo/a por el día: (a partir de las 9 de la mañana)

Horas: .Minutos:

Cuanto tiempo está su hijo/a despierto por la noche (de 12 a 6 de la mañana)

Horas: .Minutos:

Cuántas veces se despierta por la noche:

Cuanto tiempo le cuesta coger el sueño por la noche (desde que se le acuesta para dormir):

Horas: .Minutos:

A que hora se suele quedar dormido/a por la noche (primer sueño)

Horas: .Minutos:

Como se duerme su niño/a: Mientras come <input type="checkbox"/>	Acunándolo <input type="checkbox"/>	En brazos <input type="checkbox"/>
El solo/a en su cuna <input type="checkbox"/>	El sólo/a en presencia de la madre/padre <input type="checkbox"/>	

BEARS. CRIBADO DE TRASTORNOS DE SUEÑO EN LA INFANCIA

La escala "BEARS", está dividida en las cinco áreas principales del sueño, facilitando el cribado de los trastornos del sueño, en niños de 2 a 18 años. Cada área tiene una pregunta para cada grupo de edad.

B= Problemas para acostarse (*bedtime problems*)

E= Excesiva somnolencia diurna (*excessive daytime sleepiness*)

A= Despertares durante la noche (*awakenings during the night*)

R= Regularidad y duración del sueño (*regularity and duration of sleep*)

S= Ronquidos (*snoring*)

	2- 5 años	6-12 años	13-18 años
1. Problemas para acostarse	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido?	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de acostarse? (P) . - ¿Tienes algún problema a la hora acostarte? (N)	- ¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
2. Excesiva somnolencia diurna	- ¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día? - ¿Todavía duerme siestas?	- ¿Su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P) ¿Te sientes muy cansado? (N) .	- ¿Tienes mucho sueño durante el día, en el colegio, mientras conduces? (N)
3. Despertares durante la noche	- ¿Su hijo se despierta mucho durante la noche?	- ¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche? - ¿Sonambulismo o pesadillas? (P) - ¿Te despiertas mucho por la noche? (N) - ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)	- ¿Te despiertas mucho por la noche? - ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)
4. Regularidad y duración del sueño	- ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? - ¿A que hora?	- ¿A que hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Vd. piensa que duerme lo suficiente? (P)	- ¿A que hora te vas a la cama los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Cuanto tiempo duermes habitualmente? (N)
5. Ronquidos	- ¿Su hijo ronca mucho por las noches o tiene dificultad para respirar?	- ¿Su hijo ronca fuerte por las noches o tiene dificultad para respirar? (P)	- ¿Su hijo ronca fuerte por las noches? (P)

Encuesta de hábitos de sueño infantil (CHSQ Owens)

Las siguientes preguntas están relacionadas con las costumbres de sueño de su hijo/a y sus posibles dificultades. Trate de recordar lo sucedido en la última semana para contestar esta encuesta. Si en esa semana hubiera habido alguna circunstancia que pudiera alterar el sueño (enfermedades, viajes, etc.) conteste la encuesta pensando en una semana habitual. Responda **HABITUALMENTE** si algo ocurre **5 o más días** por semana; responda **A VECES** si ocurre **2-4 veces** por semana; responda **RARO** si no ocurre **nunca o 1 vez** a la semana.

Rellene los cuadritos % para indicar la respuesta adecuada. Nombre del niño:		Fecha de nacimiento	
Edad:		Fecha de la encuesta	
Encuesta hecha por	Madre	<input type="checkbox"/>	Observaciones
	Padre	<input type="checkbox"/>	
	Ambos	<input type="checkbox"/>	

Acostarse

Escriba la hora a la que se acuesta el niño/a: Días de labor
Días festivos o fines de semana

	Habitualmente (5-7 días a la semana)	A veces (2-4 días a la semana)	Raro (0-1 días a la semana)
El niño se acuesta siempre a la misma hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se duerme antes de 20 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se duerme en su cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se duerme en la cama de algún hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se duerme con balanceo o con movimientos rítmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita objetos especiales para dormirse (muñecos, almohadas o sábanas especiales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesita que esté el padre o la madre en la habitación para dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está dispuesto a acostarse cuando es la hora de ir a la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se resiste a ir a la cama cuando es la hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea para no ir a la cama (grita, se niega a acostarse, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene miedo a dormir a oscuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene miedo a dormir solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conducta de sueño

Cantidad de horas de sueño por día sumando siestas y sueño nocturno (horas y minutos) Días de labor
Días festivos o fines de semana

	Habitualmente (5-7 días a la semana)	A veces (2-4 días a la semana)	Raro (0-1 días a la semana)
Duerme muy poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duerme demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duerme lo necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duerme todos los días las mismas horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orina por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está inquieto y se mueve mucho durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va a otra habitación (padres, hermanos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duerme en la cama de los padres o hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dice que tiene dolores durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo decir dónde se queja			
Tiene rechinar de dientes durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronca de manera ruidosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece que deja de respirar durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene a la vez ruidos fuertes y dificultad respiratoria durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultades para dormir fuera de casa (vacaciones, casa de familiares, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño se queja de problemas con el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se despierta durante la noche llorando, sudando, asustado, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se despierta asustado por pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Despertares nocturnos	Habitualmente (5-7 días a la semana)	A veces (2-4 días a la semana)	Raro (0-1 días a la semana)
Se despierta una vez por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se despierta más de una vez por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se despierta y se queda dormido sin ayuda de nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anote la duración en minutos de los despertares nocturnos:

Despertar matutino

Escriba la hora a la que se despierta habitualmente por la mañana: Días de labor
Días festivos o fines de semana

	Habitualmente (5-7 días/semana)	A veces (2-4 días semana)	Raro (0-1 días/semana)
Se despierta por si mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se despierta con un despertador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se despierta enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le despiertan adultos u otros hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cuesta salir de la cama a la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le lleva mucho tiempo espabilarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se despierta muy temprano por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene buen apetito por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sueño durante el día	Habitualmente (5-7 días/semana)	A veces (2-4 días semana)	Raro (0-1 días/semana)
Echa la siesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queda dormido de repente en mitad de actividades (juegos, paseos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante la pasada semana su hijo ha estado muy adormilado o se ha quedado dormido en las siguientes circunstancias (anotar el que corresponda):

Adormilado Dormido

- Vistiendose
- Jugando solo
- Jugando con otros
- Viendo la TV
- Montando en el automovil
- Comiendo
- En el water

ESCALA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA INFANCIA de Bruni

1. ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?

1	2	3	4	5
9-11h	8-9h	7-8h	5-7h	<5h

2. ¿Cuánto tarda en dormirse?

1	2	3	4	5
<15m	15-30m	30-45m	45-60m	>60m

En las siguientes respuestas valore:

1=nunca 2=ocasionalmente (1-2 veces al mes)

3=algunas veces (1-2 por semana)

4=a menudo (3-5 veces/semana) 5=siempre (diariamente)

3. Se va a la cama de mal humor

4. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche

5. Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido

6. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse

7. Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse

8. Tiene escenas de "sueños" al dormirse

9. Suda excesivamente al dormirse

10. Se despierta más de dos veces cada noche

11. Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse

12. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama

13. Tiene dificultades para respirar durante la noche

14. Da boqueadas para respirar durante el sueño

15. Ronca

16. Suda excesivamente durante la noche

17. Usted ha observado que camina dormido

18. Usted ha observado que habla dormido

19. Rechina los dientes dormido

20. Se despierta con un chillido

21. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente

22. Es difícil despertarlo por la mañana

23. Al despertarse por la mañana parece cansado

24. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana

25. Tiene somnolencia diurna

26. Se duerme de repente en determinadas situaciones

TOTAL:

Inicio y mantenimiento del sueño (1-2-3-4-5-10-11)

Problemas respiratorios (13-14-15)

Desórdenes del arousal (17-20-21)

Alteraciones del tránsito vigilia/sueño (6-7-8-12-18-19)

Somnolencia excesiva (22-23-24-25-26)

Hiperhidrosis del sueño (9-16)

Línea de corte : 39

Inicio y mantenimiento: 9,9 +/- 3,11

Problemas respiratorios : 3,77 +/- 1,45

Desórdenes del arousal : 3,29 +/- 0,84

Alteraciones del tránsito vigilia/sueño : 8,11 +/- 2,41

Excesiva somnolencia : 7,11 +/- 2,57

Hiperhidrosis: 2,87 +/- 1,69

Cuestionario de Sueño Pediátrico PSQ Chervin

Instrucciones

Por favor responda las preguntas siguientes relacionadas con el comportamiento del niño o niña, tanto durante el sueño como cuando esta despierto. Las preguntas hacen referencia al comportamiento **habitual**, no necesariamente al observado en los últimos días porque puede que no sea representativo si no se ha encontrado bien. Si no esta seguro de cómo responder a alguna pregunta consulte con nosotros. Cuando se usa la palabra habitualmente significa que ocurre la mayor parte del tiempo o más de la mitad de las noches. Usamos el término niño para referirnos tanto a niñas como a niños.

Nombre del niño: _____

Edad:	Curso Escolar	Fecha de la encuesta
Encuesta hecha por	Madre	Observaciones:
	Padre	
	Ambos	

Comportamiento nocturno y durante el sueño				SI	N	NS
MIENTRAS DUERME SU NIÑO						
1. Ronca alguna vez?						
2. Ronca más de la mitad de las noches?						
3. Siempre ronca?						
4. Ronca con fuerza?						
5. Tiene respiración fuerte o ruidosa?						
6. Alguna vez ha visto que su hijo deje de respirar durante la noche?						
<i>En caso afirmativo describa lo que ocurrió: (al final del cuestionario)</i>						
7. Alguna vez le ha preocupado la respiración de su hijo durante el sueño?						
8. En alguna ocasión ha tenido que sacudir o zarandear a su hijo o despertarle para que respirase?						
9. Tiene su hijo un sueño inquieto?						
10. Tiene movimientos bruscos de las piernas en la cama?						
11. Tiene "dolores de crecimiento" (dolor que no conoce la causa) que empeoran en la cama?						
12. Mientras su hijo duerme ha observado si da pataditas con una o ambas piernas?						
13. Da patadas o tiene movimientos regulares, rítmicos, por ejemplo cada 20-40 segundos?						
14. Durante la noche suda mucho, mojando los pijamas?						
15. Durante la noche se levanta de la cama por alguna causa?						
16. Durante la noche se levanta a orinar?						
17. En caso afirmativo cuantas veces de media se levanta por la noche?						
18. Normalmente su hijo duerme con la boca abierta?						
19. Suele tener su hijo la nariz obstruida o congestionada?						
20. Tiene su hijo alguna alergia que le dificulte respirar por la nariz?						
21. Durante el día su hijo suele respirar con la boca abierta?						
22. Se levanta con la boca seca?						
Comportamiento nocturno y durante el sueño				SI	N	NS
23. Tiene dolor de estómago por la noche?						
24. Siente sensación de quemazón en la garganta?						
25. Rechina los dientes?						
26. Se orina a veces en la cama?						
27. Ha tenido en alguna ocasión sonambulismo?						
28. Ha oído en alguna ocasión hablar solo a su hijo mientras duerme?						
29. Tiene su hijo pesadillas una vez por semana o con más frecuencia?						
30. En alguna ocasión se ha despertado por la noche gritando?						
31. Alguna vez los movimientos de su hijo o su comportamiento por la noche le han hecho pensar que no se encontraba ni completamente dormido ni despierto?						
<i>En caso afirmativo cuente lo que ha observado: (al final del cuestionario)</i>						
32. Le cuesta a su hijo quedarse dormido por la noche?						
33. Cuanto tarda en quedarse dormido por la noche?. <i>Sirve lo que estime o calcule. No es imprescindible cronometrar.</i>						
34. A la hora de acostarse su hijo tiene oposición a acostarse, tiene rituales, discute o se comporta de manera inapropiada?						
35. Cuando se acuesta su hijo mueve la cabeza o balancea su cuerpo rítmicamente?						
36. Se despierta más de dos veces por noche de media?						
37. Le cuesta volver a coger el sueño cuando se despierta por la noche?						
38. Se despierta pronto por la mañana y tiene dificultad para acostarse de nuevo?						
39. Cambia mucho el horario de acostarse de un día para otro?						
40. Cambia mucho el horario de levantarse de un día para otro?						
41. Normalmente a que hora se acuesta los días de labor?						
42. Normalmente a que hora se acuesta en fines de semana y vacaciones?						
43. Normalmente a que hora se levanta los días de labor?						
44. Normalmente a que hora se levanta en fines de semana y vacaciones?						

Cuestionario Abreviado de Sueño Pediátrico. SAHS

Instrucciones

<p>Por favor responda las preguntas siguientes relacionadas con el comportamiento del niño o niña, tanto durante el sueño como cuando esta despierto. Las preguntas hacen referencia al comportamiento habitual, no necesariamente al observado en los últimos días porque puede que no sea representativo si no se ha encontrado bien. Si no esta seguro de cómo responder a alguna pregunta consulte con nosotros. Cuando se usa la palabra habitualmente significa que ocurre la mayor parte del tiempo o más de la mitad de las noches. Usamos el término niño para referirnos tanto a niñas como a niños. Nombre del niño:</p>			
Edad:	Curso Escolar		Fecha de la encuesta
Encuesta hecha por	Madre	<input type="checkbox"/>	Observaciones:
	Padre	<input type="checkbox"/>	
	Ambos	<input type="checkbox"/>	

Comportamiento nocturno y durante el sueño						
	si	no	ns			
MIENTRAS DUERME SU NIÑO						
1. Ronca más de la mitad del tiempo?						
2. Siempre ronca?						
3. Ronca con fuerza?						
4. Tiene una respiración agitada o movida?						
5. Tiene problemas para respirar o lucha para respirar?						
6. Alguna vez ha visto a su hijo parar de respirar durante la noche?						
7. Durante el día su hijo suele respirar con la boca abierta?						
8. Se levanta con la boca seca?						
9. Se orina de manera ocasional en la cama?						
10. Su hijo se levanta como si no hubiese descansado?						
11. Tiene problemas de excesivo sueño (somnolencia) durante el día?						
12. Le ha comentado algún profesor que su hijo parezca dormido o adormilado durante el día?						
13. Le cuesta despertarle por las mañanas?						
14. Se levanta a la mañana con dolor de cabeza?						
15. Su hijo no ha tenido un crecimiento normal en algún momento desde que nació?						
16. Tiene sobrepeso?						
17. Su hijo a menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente?						
18. Tiene dificultades en tareas organizadas?						
19. Se distrae fácilmente con estímulos ajenos?						
20. Mueve continuamente sus manos o pies o no para en la silla?						
21. A menudo actúa como si tuviera un motor?						
22. Interrumpe o se entromete con otros (por ejemplo en conversaciones o juegos?)						

Video-score de Sivan (30 minutos de grabación de vídeo)

1	Ruido inspiratorio
0- Ausente	
1- Débil	
2- Intenso	
2	Tipo de ruido inspiratorio
1- Episódico	
2- Continuo	
3	Movimientos durante el sueño
0- Sin movimientos	
1- Pocos movimientos (≤ 3)	
2- Frecuentes movimientos (≥ 3), todo el cuerpo	
4	Número de episodios de despertar
Un punto por cada episodio	
5	Número de apneas
0- Ninguna	
1- Una o dos	
2- Frecuentes (≥ 3)	
6	Retracciones torácicas
0- Ausentes	
1- Intermitente (periódicas)	
2- Continuas	
7	Respiración bucal
0- Ausente	
1- Intermitente (periódica)	
2- Continua	

Interpretación de la puntuación:

Menor o igual a 5: Normal

Mayor o igual a 11: altamente sugestiva de SAHS

Entre 6 y 10: Dudosa

Cuestionario para el despistaje del síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de extremidades (Basado en el cuestionario de Owens)

	Nunca	<1/ mes	1-2 /mes	1-2 /semana o diario
¿Tiene su hijo "dolores de crecimiento"?				
¿Se queja de molestias o sensaciones raras en sus piernas (hormigueo, crepitación...)?				
parece su hijo inquieto mientras duerme				
¿Le parece su hijo más inquieto, hiperactivo o nervioso que los otros niños de su edad?				
¿Qué media de consumo de bebidas o comidas con cafeína (café, te, colas, chocolate..) consume su hijo?				
	SI	NO	No sabe	
¿Tiene su hijo/a sensaciones raras en sus piernas o algo parecido a dolor cuando está sentado o tumbado?				
¿Siente mejoría con el movimiento (mover pies, dedos o caminar)?				
¿Piensa que esas sensaciones empeoran a la noche?				
¿Tiene mucho nerviosismo o movimiento de pies o dedos sentado o tumbado?				
¿Tiene movimientos de sacudida en dedos o piernas o en todo el cuerpo mientras duerme?				
Alguien de la familia (incluyendo abuelos y tíos) ha sido diagnosticado de piernas inquietas o movimientos periódicos de las piernas?				
¿Ha sido su hijo diagnosticado o tratado alguna vez de anemia?				
Si es afirmativo, especificar:				
¿Tiene alguien en la familia problemas para dormirse o mantenerse dormido?				
¿Quién?				
¿Qué problema?				

Nº Código:

ESCALA DE SOMNOLENCIA PEDIATRICA.

Sus respuestas son confidenciales y sólo van a ser utilizadas de manera anónima en el marco del estudio que estamos realizando sobre las características del sueño en la población española de 0 a 14 años. No se va a obtener ningún beneficio económico personal de dicho estudio

Fecha:

Edad:

Sexo:

Siempre: 4 días a la semana

Frecuentemente: 3 días a la semana

Alguna vez: 2 días a la semana

Esporádicamente: 1 día a la semana

1. ¿Cuántas veces te duermes o estás soñoliento durante las clases?:

Siempre Frecuentemente Alguna vez Esporádicamente Nunca

2. ¿Cuántas veces te duermes o estás soñoliento durante tu trabajo en escolar en casa?:

Siempre Frecuentemente Alguna vez Esporádicamente Nunca

3. En general ¿estás habitualmente despejado durante todo el día?

Siempre Frecuentemente Alguna vez Esporádicamente Nunca

4. ¿Cuántas veces te encuentras muy cansado y gruñón a lo largo del día?

Siempre Frecuentemente Alguna vez Esporádicamente Nunca

5. ¿Cuántas veces tienes dificultades para levantarte de la cama por las mañanas?

Siempre Frecuentemente Alguna vez Esporádicamente Nunca

6.. ¿Cuántas veces te vuelves a dormir por las mañanas una vez te has despertado?

Siempre Frecuentemente Alguna vez Esporádicamente Nunca

7. ¿Con que frecuencia necesitas que alguien e despierte por las mañanas?

Siempre Frecuentemente Alguna vez Esporádicamente Nunca

8. ¿Con que frecuencia piensas que necesitas dormir más?

Muy frecuentemente Frecuentemente Alguna vez Esporádicamente Nunca

TOTAL SCORE: