Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple

MIS HÁBITOS DE DORMIR *MY SLEEPING HABITS

Bilingual Document

Comparta las respuestas con su médico, una enfermera o un terapeuta que pueda ayudarlo a usar esta información para encontrar estrategias que aumenten su energía. Aunque conteste en español, el/ella podrá ver la pregunta en inglés y su respuesta.
Share your answers with a doctor, nurse, or therapist who can help you use the information to suggest energy-improving strategies. The English question is paired with the Spanish. They can read the question in English and see your answer in Spanish.

Su nombre (Name) _____ Fecha (Date)___/___/___

Sección A

- Suelo dormir ____ horas cada noche.
- Suelo acostarme a las _____ (indique si es a.m. o p.m.).
- Suelo levantarme a las_____ (indique si es a.m. o p.m.).
- Usualmente tardo_____ minutos u horas en dormirme.
- □ Suelo □ no suelo levantarme de noche.

- I usually sleep _____hours every night.
- I usually go to bed at ____o'clock (please note a.m. or p.m.).
- I usually wake up at ____o'clock (please note a.m. or p.m.).
- I usually fall asleep in about ____ minutes or hours.
- I usually □ do or □ don't wake up at night

Si no suele levantarse de noche, vaya a la Sección C.
(If you usually don't wake up at night, go to Section C)

Sección B

- Suelo levantarme alrededor de _____ veces en la noche.

- I usually wake up about _____ times at night.

- Las razones que me despierto (marque todas las que apliquen):
  - ☐ No sé.
  - ☐ Me preocupa algo.
  - ☐ Mis hijos u otros miembros de la familia me despiertan.
  - ☐ Tengo que ir al baño.
  - ☐ Tengo espasmos musculares.
  - ☐ Tengo dolor (además de espasmos musculares).
  - ☐ Otras razones:_____

- Reasons I wake up (check all that apply):
  - ☐ I don't know.
  - ☐ I'm worried about something.
  - ☐ Children or other family members wake me.
  - ☐ I have to go to the bathroom.
  - ☐ I have muscle spasms.
  - ☐ I have pain (other than muscle spasms).
  - ☐ Other reasons:_____

Sección C

- He tenido insomnio. ☐ sí ☐ no

Si su respuesta es "sí", describa sus trastornos de sueño y cuándo los ha tenido

- I've had insomnia. ☐ yes ☐ no

If yes, describe your sleep problems and when you had them.

_____

- Tengo mucho sueño por el día. ☐ sí ☐ no

Si su respuesta es "sí",
¿Hace cuánto tiempo se siente así?

- I feel extremely sleepy during the day. ☐ yes ☐ no

If yes,
how long have you felt this way?

_____

- Me duermo aunque no quiero. ☐ sí ☐ no

Si su respuesta es "sí",

¿a qué horas?_____

¿Con qué frecuencia?_____

¿Por cuánto tiempo duerme?_____

- I fall asleep even if I'm not trying to. ☐ yes ☐ no

If yes,

at what times?_____

How often?____

How long do you sleep?_____

- Suelo sentirme como nuevo cuando me levanto por la mañana.

  ☐ sí ☐ no

- Tengo dolores de cabeza cuando me levanto por la mañana. ☐sí ☐no

  Si su respuesta es "sí",

  ¿con qué frecuencia? _____

  ¿Cuánto duran?_____

  ¿Dónde le duele? (p. ej., en la frente, detrás de los ojos) _____

- Cuando duermo ronco. ☐ sí ☐ no

  Si su respuesta es "sí", ¿cuándo?

  ☐ sólo cuando estoy congestionado

  ☐ la mayoría del siempre

- Me muevo mucho cuando duermo.

  ☐ sí ☐ no

  Si su respuesta es "sí",

  ¿con qué frecuencia?

  ☐ veces ☐☐ la mayoría del tiempo

- I usually feel refreshed when I wake up in the morning.

  ☐ yes ☐ no

- I have headaches when I wake up in the morning. ☐ yes ☐no

  If yes,

  how often?_____

  How long do they last?_____

  Where is the pain (eg, forehead, behind eyes)?_____

- I snore when I sleep. ☐ yes ☐ no

  If yes, when?

  ☐ only when I'm congested

  ☐ most of the time

- I thrash around while I'm sleeping.

  ☐ yes ☐ no

  If yes,

  how often?

  ☐ sometimes ☐ most of the time

- Suelo beber alcohol de noche.

☐ sí ☐ no

Si su respuesta es "sí",

¿cuánto y que tipo(s) de alcohol?

_____

- I often drink alcohol at night.

☐ yes ☐no

If yes,

about how much, and what type(s) of alcohol?_____

- Bebo bebidas con cafeína por la noche (café, té y refrescos).

☐ sí ☐ no

Si su respuesta es "sí",
¿cuánto y qué tipo(s)?

_____

- I drink beverages with caffeine in the evening (coffee, tea and soft drinks).

☐ yes ☐ no

If yes,
how much, and what type(s)?

_____

- Tomo siestas durante el día.

☐ sí ☐ no

Si su respuesta es "sí",

¿con qué frecuencia?

☐ algunos días ☐ casi todos los días

¿Cuántas siestas?_____

¿Cuándo? _____

¿Por cuánto tiempo?_____

- I take naps during the day.

☐ yes ☐ no

If yes,

how often?

☐ some days ☐ most days

How many naps?_____

When?_____

For how long?_____

- Suelo sentirme refrescado después de una siesta durante el día. ☐ sí ☐ no

- I usually feel rested after a daytime nap.

☐ yes ☐no

Adaptado del folleto- La Fatiga- lo que Ud. debe saber, Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple, 2008

Tome Control de su Esclerosis Múltiple fue posible gracias a una generosa subvención de la Fundación Medtronic.