

ANNEX III

ESCALES I QÜESTIONARIS DE DIAGNÒSTIC

ESCALA D'INSOMNI ATENAS

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES:

Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

- 0. Ningún problema.
- 1. Ligeramente retrasado.
- 2. Marcadamente retrasado.
- 3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertares durante la noche.

- 0. Ningún problema.
- 1. Problema menor.
- 2. Problema considerable.
- 3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

- 0. No más temprano.
- 1. Un poco más temprano.
- 2. Marcadamente más temprano.
- 3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

- 0. Suficiente.
- 1. Ligeramente insuficiente.
- 2. Marcadamente insuficiente.
- 3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

- 0. Satisfactoria.
- 1. Ligeramente insatisfactoria.
- 2. Marcadamente insatisfactoria.
- 3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

- 0. Normal.
- 1. Ligeramente disminuida.
- 2. Marcadamente disminuida.
- 3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

- 0. Normal.
- 1. Ligeramente disminuido.
- 2. Marcadamente disminuido.
- 3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

- 0. Ninguna.
- 1. Leve.
- 2. Considerable.
- 3. Intensa.

Nenclares A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. Salud Mental, vol. 28, nº 5, octubre 2005, pp 34-39.

ESCALA DE SOMNOLÈNCIA DIURNA EPWORTH

Es tracta d'una escala autoadministrada. L'avaluador ha d'explicar al pacient la forma de respondre a les preguntes i aquest ha omplir el formulari.

PREGUNTA

Amb quina freqüència es queda vostè adormit en les següents situacions? Inclús si no ha realitzat recentment alguna de les activitats esmentades tot seguit, tracti d'imaginar en quina mesura l'afectarien.

Utilitzi la següent escala i triï la xifra adequada per a cada situació.

- 0 = mai s'ha adormit.
- 1 = escassa possibilitat d'adormir-se
- 2 = moderada possibilitat d'adormir-se
- 3 = elevada possibilitat d'adormir-se

<u>Situació</u>	Puntuació
• Assentat i llegint	
• Mirant la T.V.	
• Assentat, inactiu en un espectacle (teatre...)	
• En cotxe, com a copilot d'un viatge d'una hora	
• Estirat a mitja tarda	
• Assentat i parlant amb algú	
• Assentat després del dinar (sense prendre alcohol)	
• En el seu cotxe, quan es para alguns minuts degut al tràfic	
Puntuació total (máx. 24)	

GRACIES PER LA SEVA COL·LABORACIÓ

ESS	RANG	DIAGNÓSTIC	EDAT
5.9 ± 2.2	2 - 10	NORMALS	30 ± 9
6.5 ± 3.0	0 - 11	RONQUIDO	45.7 ± 10
11.7 ± 4.6	4 - 23	SAOS	48.4 ± 10
17.5 ± 3.5	13 - 23	NARCOLEPSIA	46.6 ± 12
17.9 ± 3.1	12 - 24	HIPERSOMNIA	41.4 ± 14
2.2 ± 2.0	0 - 6	INSOMNI	40.3 ± 14.6
9.2 ± 4.0	2 - 16	SPI + MPPS	52.5 ± 10.3

PUNTUACIONS DE L'ESS AL SAOS				
Grau de SAOS	Mitja IHA ± DS	Subjectes M/F	Puntuació mitja ± DS	Rang
SAOS lleu	8.8 ± 2.3	22 (22/1)	9.5 ± 3.3	4 - 16
SAOS mod.	21.1 ± 4.0	20 (20/0)	11.5 ± 4.2	5 - 20
SAOS sever	49.5 ± 9.6	13 (21/1)	16.0 ± 4.4	8 - 23

Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991; 14: 540-545.

QUESTIONARI DE LA SON OVIEDO



Identificación Fecha

Durante el último mes

¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

- muy insatisfecho bastante insatisfecho insatisfecho
 término medio satisfecho bastante satisfecho
 muy satisfecho

¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
Conciliar el sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanecer dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lograr un sueño reparador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despertar a la hora habitual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excesiva somnolencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

- 10-15 minutos 16-30 minutos 31-45 minutos
 45-60 minutos más de 60 minutos

¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

- ninguna vez 1 vez 2 veces
 3 veces más de 3 veces

Si normalmente se despertó. Ud. piensa que se debe a ...

- dolor necesidad de orinar ruido
 otros. Especificar:

¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo. ¿cuánto tiempo antes?

- se ha despertado como siempre media hora antes
 1 hora antes entre 1 y 2 horas antes
 más de 2 horas antes

Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama). Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

- 91-100% 81-90% 71-80%
 61-70% 60% o menos

Identificación **Fecha**

¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio-laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

- ningún día 1-2 d/s 3 d/s
 4-5 d/s 6-7 d/s

¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

- ningún día 1-2 d/s 3 d/s
 4-5 d/s 6-7 d/s

Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por este motivo?

- ningún día 1-2 d/s 3 d/s
 4-5 d/s 6-7 d/s

¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
Ronquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ronquidos con ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos de las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesadillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

- ningún día 1-2 d/s 3 d/s
 4-5 d/s 6-7 d/s

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:

INSOMNIO:

HIPERSOMNIO: