

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS **TRASTORNOS** DEL **SUEÑO**

Gualberto Buena-Casal
Amparo Díaz-Román
Ana Isabel Sánchez Gómez

Guías profesionales



EDITORIAL
SÍNTESIS

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Colección
GUÍAS PROFESIONALES



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Gualberto Buena-Casal
Amparo Díaz-Román
Ana Isabel Sánchez



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Gualberto Buela-Casal
Amparo Díaz-Román
Ana Isabel Sánchez

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-045-7
Depósito Legal: M-27027-2020

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

<i>Prólogo</i>	9
1. <i>Introducción y descripción de los principales trastornos del sueño</i>	13
1.1. Introducción	13
1.2. Clasificación internacional de los trastornos del sueño	16
1.3. Clasificación de los trastornos del sueño-vigilia según la CIE-11	19
1.4. Clasificación de los trastornos del sueño-vigilia según el DSM-5	23
1.4.1. Trastorno de insomnio	25
1.4.2. Trastorno de hipersomnia	26
1.4.3. Narcolepsia	28
1.4.4. Trastornos del sueño relacionados con la respiración	30
1.4.5. Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia	34
1.4.6. Parasomnias	39
Cuadro resumen	45
Descripción de un caso clínico	47
Preguntas de autoevaluación	48

2.	<i>Etiología de los trastornos del sueño-vigilia</i>	51
2.1.	Variables implicadas en la etiología	51
2.1.1.	Orgánicas y funcionales	51
2.1.2.	Conductuales	52
2.1.3.	Factores ambientales	57
2.2.	Modelo conductual interactivo de los trastornos del sueño	58
	Cuadro resumen	60
	Descripción de un caso clínico	61
	Preguntas de autoevaluación	62
3.	<i>Técnicas de evaluación de los trastornos del sueño</i>	65
3.1.	Técnicas psicofisiológicas	65
3.1.1.	Evaluación polisomnográfica	65
3.1.2.	Actigrafía	67
3.1.3.	Test de latencia múltiple de sueño	69
3.1.4.	Test de medidas repetidas de la vigilia	70
3.1.5.	Otras medidas objetivas	71
3.2.	Técnicas subjetivas de evaluación	72
3.2.1.	Entrevista	72
3.2.2.	Diarios de sueño	73
3.2.3.	Cuestionarios, escalas e inventarios	74
3.3.	Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos del sueño-vigilia	100
	Cuadro resumen	106
	Descripción de un caso clínico	107
	Preguntas de autoevaluación	109
4.	<i>Guía de tratamiento para el terapeuta</i>	111
4.1.	Técnicas conductuales de tratamiento del insomnio	111
4.1.1.	Relajación	111
4.1.2.	Reglas de higiene de sueño	114
4.1.3.	Control de estímulos	116
4.1.4.	Restricción del sueño	117

4.2. Técnicas cognitivas de tratamiento del insomnio ..	119
4.2.1. Intención paradójica	119
4.2.2. Parada o detención del pensamiento	120
4.2.3. Reestructuración cognitiva	121
4.3. Otras técnicas de tratamiento complementarias o alternativas para el insomnio	122
4.4. Tratamiento multicomponente del insomnio	125
4.5. Tratamiento farmacológico del insomnio	127
4.6. Mantenimiento de los logros y prevención de recaídas	128
4.7. Tratamiento de la hipersomnia	129
4.8. Tratamiento de la narcolepsia	130
4.9. Tratamiento de los trastornos del sueño relacionados con la respiración	131
4.10. Tratamiento de los trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia	134
4.11. Tratamiento de las parasomnias	136
Cuadro resumen	138
Descripción de un caso clínico	138
Preguntas de autoevaluación	145
5. <i>Guía de tratamiento para el paciente</i>	147
5.1. Descripción resumida sobre el sueño y sus principales trastornos	147
5.2. Objetivos que conseguir según los distintos trastornos	149
5.3. Explicación de las técnicas de tratamiento	151
<i>Glosario</i>	153
<i>Solucionario</i>	159
<i>Bibliografía</i>	161

3

Técnicas de evaluación de los trastornos del sueño

3.1. Técnicas psicofisiológicas

Una correcta evaluación de los problemas o trastornos del sueño requiere el uso de técnicas psicofisiológicas para disponer de datos objetivos. A continuación, se describen las técnicas de evaluación psicofisiológicas u objetivas más utilizadas.

3.1.1. Evaluación polisomnográfica

La polisomnografía (PSG) es la técnica de excelencia para la evaluación y diagnóstico de los trastornos del sueño. Consiste en el registro simultáneo de diferentes señales o parámetros psicofisiológicos, normalmente durante el período principal de sueño de la persona evaluada (la noche). Concretamente, un registro polisomnográfico adecuado debe incluir, al menos, los siguientes parámetros psicofisiológicos:

- Actividad eléctrica cerebral (EEG).
- Movimientos oculares (EOG).

- Actividad eléctrica muscular submentoniana y tibial (EMG).
- Frecuencia cardiaca (ECG).
- Saturación de oxígeno (oximetría de pulso).

A los parámetros anteriores se deberán incorporar otros, dependiendo del trastorno específico del sueño que se vaya a evaluar. Por ejemplo, para una correcta evaluación de la apnea del sueño sería necesario registrar también los siguientes parámetros: flujo aéreo nasal y bucal, esfuerzo respiratorio (movimientos torácicos y abdominales), nivel de ronquido y posición del cuerpo durante el sueño.

El registro polisomnográfico suele realizarse en hospitales o unidades de sueño especializadas, donde la persona evaluada pasa la noche, aunque también puede realizarse de manera ambulatoria, permitiendo que la persona duerma en su propia cama. En cualquier caso, tanto de la preparación del registro como del montaje y de la posterior interpretación de las señales obtenidas deberá encargarse un técnico o especialista.

Para el montaje o colocación de los diferentes dispositivos de registro (EEG, EOG, EMG, etc.) se tienen en cuenta las recomendaciones de Rechtschaffen y Kales (1968) o de la AASM (Berry *et al.*, 2018). Los parámetros principales, excepto la saturación de oxígeno, se miden a través de electrodos colocados en puntos específicos del cuero cabelludo o la piel, siguiendo el sistema internacional 10-20 (Jasper, 1958). Se colocarán más o menos electrodos sobre el cuero cabelludo, en las áreas frontal, central y occipital, en función de los canales de registro que se van a utilizar para el EEG. Lo recomendable es emplear como mínimo tres canales para el EEG, dos para el EOG y uno para el EMG (Berry *et al.*, 2018), aunque pueden llegar a utilizarse muchos más.

Para la interpretación de las señales registradas, además de los manuales de referencia (Berry *et al.*, 2018; Rechtschaffen y Kales, 1968), actualmente hay también disponibles datos normativos para los distintos parámetros polisomnográficos (ej., Scholle *et al.*, 2011). De esta forma, es posible evaluar hasta qué punto los datos obtenidos se desvían de lo considerado normal o son indicadores de algún problema o trastorno del sueño, atendiendo también a los criterios diagnósticos del DSM-5, la CIE-11 o la ICSD-3.

La PSG posibilita la cuantificación y evaluación de los siguientes parámetros del sueño, entre otros:

- Tiempo en la cama.
- Período de sueño.
- Tiempo total de sueño.
- Latencia de inicio de sueño.
- Eficiencia de sueño (tiempo total de sueño/tiempo en la cama \times 100).
- Tiempo en cada fase del sueño y número de cambios de fase.
- Latencia de cada fase del sueño.
- Tiempo despierto después del inicio del sueño y número y duración de los despertares.
- Índice de apnea-hipopnea, de movimientos periódicos de las extremidades, etc.

Ciertamente, la PSG constituye una técnica muy completa que ofrece múltiples ventajas para la evaluación y diagnóstico de los trastornos del sueño-vigilia. Sin embargo, esta técnica presenta también algunos inconvenientes para tener en cuenta. Por ejemplo, su mayor coste respecto a otras técnicas de evaluación, la cierta incomodidad que conlleva para la persona evaluada y el hecho de precisar de personal cualificado para su correcta interpretación.

3.1.2. Actigrafía

La actigrafía es un dispositivo similar a un reloj que se coloca en la muñeca o en el tobillo y detecta la actividad motora o el movimiento del cuerpo. A través del registro de la actividad motora es posible distinguir entre el sueño y la vigilia, teniendo en cuenta la diferencia entre ambos respecto a la menor o mayor frecuencia de los movimientos corporales. Por ello, la actigrafía constituye, en principio, una técnica objetiva útil para evaluar algunos parámetros del sueño relacionados con su calidad y continuidad, como son la latencia de sueño, el tiempo total de sueño, los despertares durante el sueño y la eficiencia de sueño. Además, presenta diversas ventajas en comparación con la PSG, pues implica un menor

coste y una mayor facilidad de uso. Esto posibilita el registro durante varios días o semanas –no siendo un dispositivo que interfiera con la actividad diaria o que genere incomodidad para la persona evaluada–, algo que con la PSG no es viable, pese a ser esta última la técnica estándar de referencia.

Las posibilidades que ofrece la actigrafía para evaluar parámetros esenciales del sueño y el hecho de que solventa algunos de los inconvenientes inherentes a la PSG han hecho de ella una técnica cada vez más utilizada en la investigación y en la práctica clínica. Sin embargo, no se puede olvidar que la actigrafía es una técnica destinada a la detección de la actividad motora, que no permite evaluar realmente el sueño. Es decir, su aplicabilidad para la evaluación del sueño reside simplemente en la distinción entre sueño y vigilia, partiendo de la frecuencia de los movimientos corporales, pero no permite diferenciar entre las distintas fases del sueño. Así como tampoco valorar otra serie de parámetros del sueño que también son necesarios para poder realizar un diagnóstico adecuado de algunos trastornos del sueño-vigilia (ej., la apnea obstructiva del sueño). Además, el propio procedimiento de distinción entre sueño y vigilia que permite esta técnica tampoco está exento de errores. De hecho, aunque las investigaciones apuntan a una precisión de la actigrafía, en comparación con la PSG, igual o superior al 80% (véase revisión de Conley *et al.*, 2019), también señalan importantes limitaciones en las estimaciones derivadas de esta técnica.

Debido a que una persona tumbada en la cama tiene menor actividad motora, sin que tenga que estar realmente dormida, parece que la actigrafía puede llevar a infraestimar la latencia de sueño y el tiempo despierto después del inicio del sueño. Lo cual conduce, a su vez, a una sobreestimación del tiempo total de sueño y de la eficiencia de sueño (Conley *et al.*, 2019; Van de Water, Holmes y Hurley, 2011). Esta sobreestimación de la duración y calidad del sueño, que parece ser más acusada en poblaciones clínicas, limita la utilización de la actigrafía para evaluar el sueño en personas con problemas de insomnio o con otras condiciones médicas o psicológicas (Conley *et al.*, 2019). No obstante, acompañada de otras técnicas complementarias, es una técnica útil para una evaluación inicial del sueño o para valorar los cambios en el mismo tras algún tratamiento psicológico o farmacológico (Sadeh, 2011).

3.1.3. Test de latencia múltiple de sueño

El test de latencia múltiple de sueño o MSLT (*multiple sleep latency test*) constituye la técnica objetiva más utilizada para la evaluación de la somnolencia fisiológica o tendencia al sueño. Consiste en cuantificar el tiempo que tarda una persona en quedarse dormida durante cuatro o cinco siestas diurnas, separadas por un intervalo de dos horas, para después calcular la latencia media de sueño como medida de somnolencia fisiológica (Arand y Bonnet, 2019). A menor latencia media, mayor grado de somnolencia, siendo una latencia inferior a ocho minutos indicadora de somnolencia patológica (AASM, 2014).

La primera siesta tiene lugar entre una hora y media o tres después de que la persona se levante por la mañana en el laboratorio, pues la noche anterior es requisito imprescindible la realización de una PSG (véanse las recomendaciones de la AASM para la realización del MSLT en Littner *et al.*, 2005). Además, el procedimiento de realización del MSLT es similar al de la PSG, pues esta prueba implica también la incorporación de medidas del EEG, EOG, EMG y ECG. En cada período de siesta, a la persona se le solicita que se acueste e intente quedarse dormida. Si a los 20 minutos no se ha dormido, el tiempo de siesta finaliza y se cuantifica una latencia para esa siesta de 20 minutos. Si la persona se queda dormida, entonces se le deja descansar durante 15 minutos y después se analiza el registro de sueño obtenido (Littner *et al.*, 2005). En este registro, además de la latencia de inicio de sueño, es fundamental también la latencia al sueño REM, en caso de producirse este.

La importancia de cuantificar la latencia REM radica en la utilidad del MSLT para la evaluación de la narcolepsia, siendo una latencia REM inferior a 15 minutos en dos períodos de siestas uno de los criterios diagnósticos para este trastorno del sueño (AASM, 2014). Realmente el MSLT ha demostrado ser una prueba válida para el diagnóstico de la narcolepsia, mientras que su utilidad para detectar otras condiciones clínicas, como la hipersomnolencia idiopática, es más limitada (Arand y Bonnet, 2019). En cualquier caso, para la correcta interpretación de los resultados del MSLT, es necesario contrastarlos con los datos obtenidos a través de otras pruebas de evaluación y la entrevista clínica. Así como también tener en cuenta ciertas variables

metodológicas o individuales que pueden afectar a los resultados, como el tiempo total de sueño previo, el número de siestas, la edad y el consumo de fármacos u otras sustancias (Arand *et al.*, 2005; Cairns, Trotti y Bogan, 2019).

3.1.4 Test de medidas repetidas de la vigilia

El test de medidas repetidas de la vigilia o MWT (*maintenance of wakefulness test*) es una técnica de evaluación muy similar al MSLT, pero con instrucciones diferentes. Si el objetivo del MSLT era valorar la tendencia al sueño de una persona, el objetivo del MWT es valorar su capacidad para mantenerse despierta durante un tiempo determinado. Por ello, a la persona evaluada se le solicita, en este caso, que intente no quedarse dormida en una habitación libre de cualquier tipo de distracción que facilite la vigilia. Se realizan cuatro ensayos, con un intervalo de dos horas entre cada uno, comenzando el primero una hora y media o tres después de levantarse por la mañana, como con el MSLT. Para el MWT no es obligatoria una PSG la noche anterior, por lo que su realización o no dependerá de las circunstancias. Cada ensayo tiene una duración de 40 minutos como máximo, pues, si la persona se queda dormida, entonces el ensayo termina en ese momento. Si el día de realización de la prueba el nivel de alerta de la persona es más bajo que normalmente, o bien no ha dormido lo suficiente la noche anterior, la prueba debe ser aplazada (Littner *et al.*, 2005).

La interpretación de los resultados del MWT es similar a la del MSLT, comentada en el apartado anterior. Una latencia media de sueño inferior a ocho minutos también indica somnolencia patológica y, por tanto, dificultad para mantenerse despierto. El MWT se suele utilizar para evaluar la probabilidad de que personas con trastornos del sueño asociados a somnolencia diurna puedan quedarse dormidas en situaciones cotidianas de riesgo (ej., conducción), aunque se requiere precaución a la hora de extrapolar los resultados de la prueba a la vida diaria. También se utiliza para evaluar los resultados del tratamiento en personas con narcolepsia o con apnea del sueño (Littner *et al.*, 2005).

3.1.5. Otras medidas objetivas

Los problemas del sueño han ido adquiriendo cada vez mayor relevancia en la sociedad, lo que ha producido la aparición de nuevas técnicas para su evaluación. Así pues, más allá de las técnicas descritas anteriormente, en este capítulo, lo cierto es que son numerosas las medidas objetivas disponibles hoy en día. Medidas que pueden estar enfocadas tanto a la evaluación general de los patrones de sueño-vigilia o la calidad del sueño como a la evaluación o diagnóstico de algún trastorno del sueño-vigilia en particular (véase revisión de Van de Water *et al.*, 2011). En cualquier caso, un objetivo común a todas ellas es facilitar el proceso de evaluación del sueño, ya sea posibilitando su realización de forma ambulatoria, mejorando la comodidad de la persona evaluada frente a la tradicional PSG, o reduciendo los costes.

Es importante señalar que la mayoría de las medidas objetivas propuestas como alternativas a la PSG han sido diseñadas, en realidad, a partir de algunos elementos o componentes de la misma. Es el caso, por ejemplo, de la poligrafía respiratoria y la oximetría. Estas dos técnicas, utilizadas conjuntamente o por separado para el diagnóstico o cribado de la apnea del sueño, constituyen los sensores de evaluación de los parámetros respiratorios (la primera) y de la saturación de oxígeno (la segunda), integrados en la PSG. De hecho, la diferencia principal entre la PSG y la poligrafía radica en la no incorporación de medidas de EEG en esta última, lo que limita su precisión diagnóstica pero no impide discriminar entre personas con y sin apnea, cuando esta es moderada o grave (Collop *et al.*, 2007; Tan, Gozal, Molero, Bandla y Kheirandish-Gozal, 2014).

Un registro poligráfico corto (en torno a los 45 minutos), que incluya medidas de EEG, EOG, EMG y ECG, es también un procedimiento útil para evaluar la latencia y duración de cada fase del sueño, posibilitando calcular, a partir de esos datos, el índice poligráfico y la puntuación poligráfica de somnolencia. El índice poligráfico de somnolencia se define como el tiempo total de sueño expresado en porcentajes del tiempo total de la prueba. La puntuación poligráfica de somnolencia se calcula teniendo en cuenta el índice anterior y la duración total de todas las fases del sueño.

La balistocardiografía es otra técnica objetiva de evaluación del sueño que proporciona una medida de los parámetros cardiorrespiratorios y corporales, pero a través de sensores colocados en la cama, normalmente en el colchón (Sadek, Biswas y Abdulrazak, 2019). Igual que la bandana o el gorro de silicona constituyen una medida objetiva de la actividad cerebral mediante EEG, incorporando electrodos de silicona que se adhieren al cuero cabelludo o a la piel. Algunas de estas medidas se utilizan también junto a otros dispositivos de vídeo o radiofrecuencia (Nochino, Ohno, Kato, Taniike y Okada, 2019; O'Hare *et al.*, 2015) para una evaluación del sueño más precisa. Además, entre las nuevas medidas objetivas emergentes destacan también las aplicaciones móviles, cada vez más populares entre la población por su accesibilidad y facilidad de uso, aunque con una fiabilidad y validez todavía cuestionables (Fino y Mazzeti, 2019).

En definitiva, la evaluación del sueño está en auge actualmente y, a la par, el desarrollo de medidas objetivas de evaluación alternativas a las utilizadas tradicionalmente. Unas medidas que, aun sin llegar a proporcionar la misma cantidad de información que la PSG, sí que permiten obtener datos más o menos útiles para descartar problemas o trastornos del sueño-vigilia o para plantear la necesidad de una evaluación más completa.

3.2. Técnicas subjetivas de evaluación

Las técnicas subjetivas deben ser empleadas en la evaluación del sueño como complemento de las técnicas psicofisiológicas para una correcta valoración de la calidad y los hábitos de sueño.

3.2.1. Entrevista

La entrevista clínica con el paciente o con algún familiar cercano es absolutamente imprescindible para un diagnóstico adecuado de los trastornos del sueño-vigilia, pues permite obtener datos que sirven como punto de partida para enfocar la evaluación e interpretar los resultados de la misma. En el caso de los adultos, la entrevista a la pareja u otro familiar

puede proporcionar mayor información sobre los problemas concretos del sueño para ser evaluados o permitir contrastar la información aportada por el paciente. En el caso de los menores de edad, la entrevista con los progenitores o tutores es obligatoria. Estos pueden aportar datos ya no solo sobre los problemas de sueño que estén observando, sino también sobre la presencia de otras condiciones orgánicas o psicológicas que puedan estar afectando a la calidad del sueño de sus hijos.

La entrevista podrá tomar una u otra dirección en función del trastorno del sueño-vigilia en cuestión, pero, en cualquier caso, es recomendable abordar, como mínimo, los siguientes aspectos:

- Momento y contexto en el que surgió el problema.
- Tiempo de evolución.
- Patrón de sueño (corto, largo) y cronotipo (matutino, vespertino).
- Estado de ánimo durante el día.
- Nivel de activación diurna.
- Hábitos diarios relacionados con la salud (conductas alimentarias, práctica de ejercicio físico, consumo de bebidas estimulantes o alcohólicas, tabaco u otras sustancias...).
- Evaluación que la propia persona hace de su problema.
- Posibles problemas orgánicos o funcionales y tratamientos farmacológicos o psicológicos pasados o actuales.
- Características del ambiente (luminosidad, ruido, temperatura ambiental, etc.).
- Grado de motivación para solucionar el problema.

3.2.2. *Diarios de sueño*

Los diarios de sueño son registros que la propia persona (o sus progenitores/tutores, cuando es menor de edad) realiza cada día sobre su sueño la noche anterior. En ellos, la persona contesta cada mañana, después de levantarse, una serie de cuestiones relacionadas con:

- Hora de acostarse y de quedarse dormida.
- Hora de despertarse y de levantarse.

- Número de despertares y duración de estos.
- Presencia de pesadillas o terrores nocturnos durante el sueño.
- Sensación de descanso al despertarse.
- Realización de siestas durante el día anterior y duración.

Con los datos anteriores es posible calcular el tiempo total de sueño, la latencia de inicio de sueño y la eficiencia de sueño, entre otros parámetros relevantes. Por ello, en la práctica clínica y en la investigación, los diarios de sueño, aun siendo medidas subjetivas, constituyen un buen medio para obtener información sobre la calidad o los hábitos de sueño del paciente que cumplimenten los datos aportados por las medidas objetivas. Para mejorar la fiabilidad de la información recogida en los diarios, se recomienda su cumplimentación durante un período mínimo de dos semanas consecutivas.

3.2.3. Cuestionarios, escalas e inventarios

Los cuestionarios, escalas e inventarios son técnicas subjetivas de recolección de información muy útiles para la evaluación inicial de los trastornos del sueño a modo de *screening*, o para valorar los resultados obtenidos con la aplicación del tratamiento. A lo largo del tiempo han ido apareciendo diferentes tipos de estos instrumentos, existiendo actualmente una gran variedad entre los que elegir, dependiendo de la dimensión del sueño que evaluar en cada caso y de la edad de la persona evaluada (Shahid, Wilkinson, Marcu y Shapiro, 2012). Por ejemplo, hay cuestionarios dirigidos a la evaluación de la calidad del sueño, mientras que otros permiten cuantificar la somnolencia diurna o valorar aspectos más específicos (ej., presencia de problemas respiratorios o movimientos anómalos durante el sueño). Algunos de los cuestionarios más utilizados son los siguientes:

- Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (*Pittsburgh sleep quality index*, PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989). Está compuesto por 19 ítems autoaplicados y cinco preguntas para la pareja del paciente (si está disponible). Este instrumento permite

CONT. CUADRO 3.1

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:
- a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- b) Despertarse durante la noche o de madrugada:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- c) Tener que levantarse para ir al servicio:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- d) No poder respirar bien:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- e) Toser o roncar ruidosamente:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- f) Sentir frío:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- g) Sentir demasiado calor:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

[.../...]

CONT. CUADRO 3.1

- h) Tener pesadillas o “malos sueños”:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

- i) Sufrir dolores:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

- j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):

-
-
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

CONT. CUADRO 3.1

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

Ningún problema

Solo un leve problema

Un problema

Un grave problema

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

Con alguien en otra habitación

En la misma habitación, pero en otra cama

En la misma cama

POR FAVOR, SOLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO

Si usted tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el último mes usted ha tenido:

- a) Ronquidos ruidosos:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- e) Otros inconvenientes mientras usted duerme (por favor, descríbalos a continuación) _____

[.../...]

CONT. CUADRO 3.1

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

CORRECCIÓN DEL PSQI

El PSQI consta de 19 preguntas autoaplicadas y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero/a de habitación (si está disponible). Los 19 ítems autoevaluados se combinan entre sí para formar siete “componentes” de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango de 0 y 3 puntos. En cualquier caso, una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad, mientras que una puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes se suman para obtener una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no existencia de dificultades y una de 21 severas dificultades en todas las áreas estudiadas. Para corregir, proceda de la siguiente manera:

- **Componente 1:** Calidad subjetiva del sueño

Examine la pregunta n.º 6 y asigne la puntuación correspondiente:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación</i>
Muy buena	0
Bastante buena	1
Bastante mala	2
Muy mala	3

Puntuación del componente 1: _____

- **Componente 2:** Latencia de sueño

1.º Examine la pregunta n.º 2 y asigne la puntuación correspondiente:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación</i>
≤ 15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
> 60 minutos	3

Puntuación de la pregunta n.º 2: _____

2.º Examine la pregunta n.º 5a y asigne la puntuación correspondiente:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación</i>
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la pregunta n.º 5a: _____