

Diario del Sueño

Instrucciones Generales

¿Qué es un Diario del Sueño?

Un Diario del Sueño es un registro de los hábitos relacionados a su sueño en particular y está diseñado para recaudar información sobre su patrón diario de sueño.

Cuando y con qué frecuencia debo hacer un registro en el Diario del Sueño?

Es necesario que haga los registros diariamente. Si es posible, el Diario del Sueño debe completarse no más de 1 hora después de levantarse de mañana.

Qué hago si me pierdo un día?

Si olvida hacer un registro o no puede terminarlo, deje ese día en blanco.

Qué pasa si ese día algo inusual afecta mi sueño o cómo me siento?

Si su sueño o funcionamiento diurno es afectado por un evento inusual (como una enfermedad o una emergencia) debe mencionarlo brevemente en el diario.

A qué se refieren las palabras 'cama' y 'día' en el Diario del Sueño?

A veces, este Diario es usado por personas que duermen o están despiertas en horas inusuales. La palabra 'día' se refiere al período que usted elige o se le requiere que permanezca despierto (por ejemplo una guardia nocturna). El término "cama" se refiere al lugar donde usted acostumbra dormir.

Perjudicará a mi sueño llenar este diario y contestar todas éstas preguntas?

Por lo general esto no ocurre. No se preocupe por dar horas exactas y no se pase mirando el reloj. Simplemente provea de horas aproximadas.

INSTRUCCIONES

La siguiente guía aclara las preguntas del Diario del Sueño.

Fecha: Escriba la fecha de la mañana en que empezó a completar el Diario.

1. **A qué hora fue a la cama?** Escriba la hora en que fue a acostarse a la cama. Esto no necesariamente coincide con la hora en que se dispuso a dormir.
2. **A qué hora se dispuso a dormir?** Anote la hora en que comenzó a "intentar" dormirse.
3. **Cuánto tiempo le llevó dormirse?** Tiempo transcurrido desde la hora en que se dispuso a dormir (respuesta 2) hasta que se quedó dormido (aproximado).
4. **Cuántas veces se despertó y volvió a dormirse, sin contar su despertar final?** Anote cuántas veces se despertó desde el primer momento que se durmió hasta su despertar final del día.
5. **En total, cuánto tiempo duraron todos estos despertares?** Anote el tiempo total que estuvo despierto entre el primer momento que se durmió hasta su despertar final del día. Por ejemplo, si se despertó 3 veces por 20 minutos, 35 minutos y 15 minutos respectivamente y luego volvió a dormirse, sume todos los minutos que permaneció despierto (20 + 35 + 15= 70 minutos o 1h 10min).
6. **A qué hora ocurrió su despertar final?** Escriba la hora en que se despertó por última vez esa mañana.
7. **A qué hora se levantó de la cama para iniciar su día?** Hora en que se levantó de la cama sin volver a intentar dormirse. Esta hora puede ser diferente a la hora de su despertar final (ej, se despertó a las 6:35 AM pero no se levantó de la cama para comenzar su día hasta las 7:20AM)
8. **Cómo evaluaría la calidad de su sueño?** "Calidad de sueño" es la sensación de si su sueño fue bueno o malo.
9. **Comentarios.** Espacio para anotar información adicional relevante a ésta noche de sueño.

NOMBRE: _____

SEMANA: _____

www.OslerClinicParaguay.com

Ejemplo

Fecha de hoy	1/Jul/13							
1. A qué hora fue a la cama?	10:15 PM							
2. A qué hora se dispuso a dormir?	11:30 PM							
3. Cuánto tiempo le llevó quedarse dormido?	55 min							
4. Cuántas veces se despertó y volvió a dormirse, sin contar su despertar final?	3 veces							
5. En total, a cuánto tiempo suman todos los despertares?	70 min							
6. A qué hora ocurrió su despertar final?	6:35 AM							
7. A qué hora se levantó de la cama para iniciar su día?	7:20 AM							
8. Cómo evaluaría la calidad de su sueño?	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala
Comentarios:	Estoy resfriado							

NOMBRE: _____

SEMANA: _____

Ejemplo

www.OslerClinicParaguay.com

Fecha de hoy	1/Jul/13							
1. A qué hora fue a la cama?	10:15 PM							
2. A qué hora se dispuso a dormir?	11:30 PM							
3. Cuánto tiempo le llevó quedarse dormido?	55 min							
4. Cuántas veces se despertó y volvió a dormirse, sin contar su despertar final?	3 veces							
5. En total, a cuánto tiempo suman todos los despertares?	70 min							
6. A qué hora ocurrió su despertar final?	6:35 AM							
7. A qué hora se levantó de la cama para iniciar su día?	7:20 AM							
8. Cómo evaluaría la calidad de su sueño?	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala
Comentarios:	Estoy resfriado							