

Nombre y Apellidos: _____

Horario de sueño-vigilia actual: (describa una noche de sueño, como percibe la calidad de su sueño)

1. ¿A qué hora suele acostarse los días laborales?: _____
2. ¿A qué hora se despierta por las mañanas?: _____
3. ¿A qué hora suele levantarse los días laborales?: _____

4. ¿Tiene el mismo horario de sueño-vigilia durante los fines de semana?: _____
5. ¿Cuántas veces se duerme durante el día?: _____
6. ¿Se duerme alguna vez en sitios o momentos inapropiados?: _____
7. ¿Cuántas noches por semana le cuesta dormirse o mantener el sueño?: _____
8. En el último mes, ¿cuántas veces se ha despertado por la noche?: _____
9. ¿Qué es lo que le despierta por la noche?: dolor, ruido, orinar, niño, nada en concreto, otros: _____
10. ¿Cuánto rato suele pasar despierto durante la noche?: _____
11. ¿Cuántas horas suele dormir?: _____
12. ¿Desde cuando tiene problemas de sueño?: _____ A M S
13. ¿Piensa que hay una causa desencadenante?: _____
¿Cuál?: _____

14. Cuándo se despierta por la noche en la cama o cuando se acuesta y no puede dormir:

- a. ¿Qué siente?

- b. ¿Qué piensa?

- c. ¿Qué hace?

- d. ¿Piensa que dormiría bien si no hiciera eso?

15. ¿Qué cree que podemos hacer para ayudarlo?:

16. ¿Qué cree que puede hacer usted para mejorar su sueño?

Ayudas para dormir

17. ¿Ha tomado alguna vez pastillas para dormir?: _____

a. ¿Cuáles?: _____

18. ¿Cuándo tomó por primera vez pastillas para dormir?: _____

19. Tto actual y desde cuando: _____

a. ¿Con receta médica?: _____

20. ¿Cuántas veces ha intentado dejar de tomar hipnóticos?, ¿cómo le fue?: _____

a. Con ayuda de su médico: si ___ No ___

b. ¿Cuánto tiempo le costó dejarlo?: _____

21. ¿En las últimas 4 semanas ha usado alguna vez bebidas alcohólicas para ayudarle a

dormir?: Si No

Historia del problema del sueño

22. Eventos relacionados: _____

23. Gradual o repentino?: _____

24. Cuál ha sido el curso?: Persistente Episódico Estacional

25. De niño, dormía bien?: _____

26. ¿Tiene alguna enfermedad mental diagnosticada? ¿y en su familia?:

Comida, ejercicio, abuso de sustancias

27. ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio?: _____

28. ¿Lo hace cerca de la hora de acostarse?: _____

29. ¿Cuántas bebidas con cafeína toma al día?: _____

30. ¿Cuántas de ellas después de cenar?: _____

31. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?: _____ ¿es exfumador?; desde

cuando? _____

32. ¿Cuántos vasos/copas bebe al día (alcohol)?: _____

33. ¿Bebe líquido cerca de la hora de acostarse?

Análisis funcional

34. Rutina antes de acostarse: _____

35. ¿Cuándo duerme fuera de casa, lo hace: peor mejor igual

36. En fin de semana, duerme: peor mejor igual

37. ¿Cuáles son los factores que empeoran su sueño?: _____

38. ¿Y cuáles lo mejoran?: _____

39. ¿Qué repercusiones tiene su insomnio en su vida (estado de ánimo, rendimiento, relaciones)?

: _____

40. ¿Qué hace para afrontar las secuelas diurnas?: _____

41. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento no farmacológico o ha aprendido alguna técnica para combatir el insomnio?: _____

42. ¿Qué le ha impulsado ahora a buscar tratamiento para el insomnio?:

Diagnóstico: Insomnio 1º :

Insomnio 2º a:

¿Quiere disminuir o abandonar tratamiento Farmacológico?:

¿Incluido en el CBT?

Recomendaciones para el CBT: