

National
Sleep
Foundation

DIARIO DEL SUEÑO



¿Tiene Ud. problemas para dormir? ¿Se levanta Ud. cansado o con la sensación de no haber descansado bien por las mañanas? Dos tercios de los estadounidenses tienen problemas de sueño. Lo que la mayoría de la gente no sabe, sin embargo, es que muchos de esos problemas pueden ser resueltos. Un buen punto de partida es comenzar a registrar sus hábitos y experiencias en el dormir en el Diario de Sueño de la Fundación Nacional del Sueño (NSF). Si Ud. lleva este diario podrá identificar patrones o condiciones que pueden estar interfiriendo con su capacidad de dormir bien.

Como Usar el Diario de Sueño de la NSF

El registro de sus hábitos y experiencias en el dormir en este diario solamente le llevará unos pocos minutos por día. Le sugerimos que lo guarde en un lugar adecuado, como por ejemplo, en su mesa de luz. Complete el diario por 7 días consecutivos o haga dos o tres copias antes de comenzar para poder utilizarlo por un período de tiempo más prolongado. Después, examine el diario para ver si puede identificar patrones o prácticas que puedan estar interfiriendo con sus problemas para dormir. Consulte sobre cualquier trastorno de sueño con su médico, lleve el diario con Ud. a la consulta para obtener el mayor provecho de la misma.

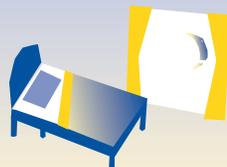
***National Sleep Foundation**(NSF) es una organización independiente sin fines de lucro, dedicada a mejorar la salud y la seguridad pública a través de la educación al público del sueño y los diferentes trastornos de éste, la investigación relacionada con el sueño y brindando apoyo activo a esta causa.*

Copyright ©2003 by the National Sleep Foundation

Diario del Sueño de la National Sleep Foundation

Complete los días 5-7 en ésta página	COMPLETAR POR LA MAÑANA							COMPLETAR AL FINAL DEL DIA				
	Anoche me acosté a las:	Esta mañana me levanté a las:	Anoche me dormí en:	Me desperté durante la noche: <small>(Indicar número de veces)</small>	Al despertarme, me sentí: <small>(Elegir uno)</small>	Anoche dormí un total de: <small>(Anotar número de horas)</small>	Mi sueño fue interrumpido por: <small>(enumerar cualquier factor mental, emocional, físico o ambiental, que haya afectado su sueño; por ejemplo: estrés, ronquido, molestia física, temperatura, etc.)</small>	Consumí bebidas con cafeína durante: <small>(por ejemplo: café, té, bebidas cola)</small>	Realicé ejercicio al menos 20 minutos durante:	Aproximadamente, 2-3 horas antes de acostarme, consumí:	Medicamento /s que tomé durante el día: <small>(nombre del medicamento / droga)</small>	Alrededor de 1 hora antes de dormir, realicé la siguiente actividad: <small>(describir las actividades; por ejemplo: mirar TV, trabajar, leer)</small>
5° DIA DIA _____ FECHA _____	____ PM/AM	____ PM/AM	____ Minutos	____ Veces	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	____ Horas	_____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Algunas horas antes de acostarme <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Algunas horas antes de acostarme <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cenas abundante <input type="checkbox"/> Nada	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
6° DIA DIA _____ FECHA _____	____ PM/AM	____ PM/AM	____ Minutos	____ Veces	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	____ Horas	_____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Algunas horas antes de acostarme <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Algunas horas antes de acostarme <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cenas abundante <input type="checkbox"/> Nada	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
7° DIA DIA _____ FECHA _____	____ PM/AM	____ PM/AM	____ Minutos	____ Veces	<input type="checkbox"/> Descansado <input type="checkbox"/> Algo cansado <input type="checkbox"/> Fatigado	____ Horas	_____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Algunas horas antes de acostarme <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Algunas horas antes de acostarme <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cenas abundante <input type="checkbox"/> Nada	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Traducido por
 Dr. Daniel Nuñez
 Gador SA, Buenos Aires



TAMBIÉN DISPONIBLE EN NSF:

EL INSOMNIO * LA APNEA DE SUEÑO * CONDUCIR ADORMECIDO – No cruce esa línea

CONSEJOS PARA DORMIR – Promoción un estilo saludable del dormir

¡Felicitaciones! Ud. ha dado el primer paso para resolver sus problemas de sueño. La NSF lo alienta a dar el siguiente paso, compartiendo los resultados de este diario con su médico.

Hay muchos factores que afectan la calidad y la duración del sueño y hacen que Ud. se sienta cansado o no durante el día. Este diario puede ayudar a usted y a su médico a identificar patrones o condiciones que podrían estar causándole problemas de sueño y posibles soluciones al respecto. Además de revisar el Diario del Sueño, su médico analizará meticulosamente sus antecedentes médicos personales y podría derivarlo a un especialista o a un Centro de Sueño para una consulta y un examen más completos.

Es también importante para Ud. aprender cuanto pueda sobre el correcto dormir.

Para más información sobre el sueño, Ud. se puede contactar con:

National Sleep Foundation

1522 K Street, NW
Suite 500, Dept. SD
Washington, DC 20005

Ayúdese y ayude a otros a dormir mejor. Unase a la NATIONAL SLEEP FOUNDATION (NSF). Su membresía servirá para apoyar la educación, defensa e investigación sobre el sueño. Como miembro usted recibirá una suscripción a "sleepmatters", el galardonado boletín informativo de la NSF, que contiene novedades que le pueden ser útiles, más el "NSF Alert", nuestro e-mail informativo bi-semanal que le brinda a Ud. la más reciente información sobre el sueño.



**¡Quiero apoyar a la National Sleep Foundation.
Adjunto mi donación...**

- \$15 Suscripción al galardonado boletín informativo "sleepmatters" más el "NSF Alert", nuestro e-mail informativo bi-semanal.
- \$25 Membresía general: Incluye una suscripción a "sleepmatters" y al "NSF Alert" más 5 folletos educacionales útiles que puede compartir con familiares y amigos.
- \$49 Membresía para médicos o profesionales de la salud: Incluye una suscripción a "sleepmatters" y al "NSF Alert", más material periódico educacional sobre el sueño y medicina.
- \$_____ Contribución

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO O PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TEL

FAX

E-MAIL

- ADJUNTO CHEQUE
- MASTERCARD
- VISA
- AMERICAN EXPRESS

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO

FECHA DE VENCIMIENTO

NOMBRE COMO FIGURA EN LA TARJETA

FIRMA

- Deseo escribir a mis representantes en el Congreso sobre sueño y fatiga
- Quisiera información sobre como incluir a la NSF en mi testamento

Desprenda esta tarjeta y envíela por correo con su cheque, orden de dinero o datos de la tarjeta de crédito a:

National Sleep Foundation

1522 K Street, NW, Suite 500, Dept. SD, Washington, DC 20005

Para asociarse on line, por favor utilice nuestro servidor seguro en:
<http://www.sleepfoundation.org/opportunities.html>