



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
**ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN MEDIO CAMINO 2016**  
**CUESTIONARIO DE ASOCIACIÓN DEL SUEÑO Y OBESIDAD**  
20 años o más

El siguiente cuestionario es para conocer sus hábitos de sueño y algunas de sus alteraciones tal y como han ocurrido en los últimos 6 meses, salvo que en la pregunta se especifique otro período de tiempo.

1.- Por lo general ¿Cuántas horas duerme diariamente durante la noche de Lunes a Viernes?  HORAS

su101

2.- ¿Con relación a las horas que duerme, considera en general que son:

su102

Suficientes? 1.....Insuficientes?..... 2 Excesivas?... 3

3- ¿Cómo calificaría, en general, la calidad de su sueño?

su103

Muy buena.....1  
Buena.....2  
Regular.....3  
Mala.....4  
Muy mala.....5

4.- ¿En las últimas 3 semanas, ha tenido dificultad para dormirse, para mantenerse dormido o bien despierta antes de lo que quisiera?

su104

Sí.....1  
No.....2 → (Pase a la pregunta 7)

5.- (En caso que haya tenido dificultad para dormirse, para mantenerse dormido o bien despertar antes de lo que quisiera en las 3 últimas semanas) esto ocurrió

su105

1-2 noches por semana.....1  
3-4 noches por semana.....2  
más de 4 noches por semana....3

6-¿La dificultad para dormir le ha ocasionado problemas en el trabajo, en la escuela, o en la familia?

su106

Sí.....1 No.....2

**ENCUESTADOR: Recuerde al entrevistado(a) que las siguientes preguntas se refieren a los últimos 6 meses, los 7 días de la semana.**

7.- ¿Con qué frecuencia usa medicamentos para dormir (prescritos o automedicados)?

su107

Nunca.....1 → (Pase a pregunta 8)  
Menos de una vez a la semana.....2  
Una o dos veces por semana.....3  
Tres veces o más por semana.....4

7.1. ¿Me podría dar el nombre de los medicamentos que usa para dormir? (Encuestador: de ser posible solicite le muestren el medicamento y anote el nombre y marca tal cual aparece en la caja)

su107

Opción 1: \_\_\_\_\_

su107

Opción 2: \_\_\_\_\_

8.- ¿Usted ronca?

su108

Sí .....1  
No.....2  
No lo sé...9 } (Pase a pregunta 12)

9.- ¿Qué tan fuerte ronca?

su109

Como una respiración fuerte.....1  
Como una conversación.....2  
Más fuerte que una conversación.....3  
Muy fuerte (estridente, alto, estruendoso).....4  
No sé.....9

10.- ¿Qué tan frecuente ronca?

su110

Casi diario.....1  
3 a 4 veces por semana.....2  
1 a 2 veces por semana.....3  
Nunca o casi nunca.....4  
No sabe.....9

11.- ¿Sus ronquidos molestan a otras personas?

su111

Sí .....1  
No.....2  
No sé.....9

12.- ¿Alguien ha notado que hace pausas en la respiración mientras duerme y con qué frecuencia?

su112

Sí, Casi diario.....1  
3 o 4 veces por semana.....2  
1 o 2 veces por semana.....3  
Casi nunca.....4  
No, nunca.....5  
No sé.....9

13.- ¿Que tan frecuente siente que aunque duerme no descansa?

su113

Casi todos los días.....1  
3 a 4 días de la semana.....2  
1 a 2 días por semana.....3  
1 a 2 días al mes.....4  
Nunca o casi nunca.....5

14.- Que tan frecuentemente durante el día, ¿Se siente cansado, fatigado o con poca energía?

su114

Casi todos los días .....1  
3 a 4 días de la semana .....2  
1 a 2 días por semana.....3  
1 a 2 días al mes.....4  
Nunca o casi nunca.....5

15.- ¿Ha cabeceado o se ha dormido conduciendo?

su115

Sí .....1  
No / No conduce → (Fin del cuestionario).....2

16.- ¿Con qué frecuencia le ocurre?

su116

Casi todos los días .....1  
3 a 4 días de la semana.....2  
1 a 2 días por semana.....3  
1 a 2 días al mes.....4  
Casi nunca.....5