

Escala del sueño de la Enfermedad de Parkinson (PDSS)

¿Cómo calificaría usted lo siguiente, basándose en la experiencia de su última semana?

Ponga una cruz en el lugar apropiado de la línea.

1. La calidad global de su sueño nocturno ha sido:	
2. ¿Ha tenido dificultad para quedarse dormido/a por la noche?	
3. ¿Le ha costado mantenerse dormido/a?	
4. ¿Ha sentido usted agitación en las piernas o en los brazos por la noche, que le haya interrumpido el sueño?	
5. ¿Ha estado usted inquieto en la cama?	
6. ¿Ha tenido usted sueños desagradables durante la noche?	
7. ¿Ha tenido usted alucinaciones desagradables durante la noche (ver u oír cosas que le han dicho que no existían)?	
8. ¿Se ha levantado usted por la noche para orinar?	
9. ¿Ha tenido usted incontinencia urinaria porque ha sido incapaz de moverse debido a las fases "off" (estado de inmovilidad casi total porque los efectos de la medicación han pasado)?	
10. ¿Ha sentido usted adormecimiento u hormigueo en los brazos o piernas que le haya despertado por la noche?	
11. ¿Ha tenido usted calambres musculares dolorosos en los brazos o piernas mientras dormía por la noche?	
12. ¿Se ha despertado usted temprano por la mañana con posturas dolorosas en los brazos o en las piernas?	
13. ¿Ha sentido usted temblor al despertarse?	
14. ¿Se ha sentido usted cansado/a y con sueño tras despertarse por la mañana?	
15. ¿Se ha dormido usted de forma inesperada durante el día?	