

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

DESCANSO Y NIVELES DE ANSIEDAD EN JÓVENES

ADVENTISTAS DE LA IGLESIA VILLA UNIÓN,

LIMA, PERÚ, 2015.

Tesis

Presentada para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública
con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

Por

Angie Gladys Valdez Pajuelo

Lima, Perú
2016

*Descanso y niveles de ansiedad en jóvenes adventistas de la Iglesia Villa
Unión, Lima, Perú, 2015*

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública
con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

JURADO DE SUSTENTACIÓN



Dra. Erika Inés Acuña Salinas
Presidenta



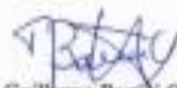
Mg. Guido Angel Huapaya Flores
Secretario



Dr. Daniel William Richard Pérez
Asesor



Dr. Luis Edoardo Córdova Cerna
Vocal



Dr. Miguel Guillermo Berni Contreras
Vocal

Lima, 07 de noviembre de 2016

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje
y la Investigación (CRAI) de la UPeU

SP Valdez Pajuelo, Angie Gladys
3 Descanso y niveles de ansiedad en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión,
V19 Lima, Perú, 2015 / Angie Gladys Valdez Pajuelo. Asesor: Dr. Daniel William Richard
2016 Pérez. Lima, 2016.
87 hojas: apéndices, figuras, tablas

Tesis (Maestría), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Salud
Pública. Escuela de Posgrado, 2016.
Incluye referencias y resumen.
Campo del conocimiento: Salud Pública.

1. Descanso. 2. Ansiedad. 3. Ansiedad afectiva- cognitiva.

CDD 152.46

DEDICATORIA

La presente investigación
está dedicada a mi esposo
Carlos Francisco Marquina
Vergara y a mi
אלהים

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme en todo momento, además por ser mi sustento en momentos de ansiedad.

A mi amado esposo, por su incalculable apoyo y consejo.

A mis padres, por su infinito amor, sustento y cuidado.

A mi asesor, el Dr. Daniel Richard, por su invalorable consejo y motivación.

A todos mis amigos y amigas que siempre tuvieron fe en mí.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
TABLA DE CONTENIDO.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS	viii
INDICE DE TABLAS	ix
TABLA DE FIGURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
Problema general	7
Problemas específicos.....	8
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos.....	8
HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
Hipótesis general.....	9
Hipótesis específicas.....	9
JUSTIFICACIÓN	9
VIABILIDAD	10
DELIMITACIONES	10
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO.....	11
MARCO BÍBLICO-FILOSÓFICO.....	11
Ansiedad en la Biblia.....	12
Descanso en la Biblia.....	13
FUNDAMENTO TEÓRICO DE LAS VARIABLES	15
El descanso.....	15
La ansiedad.....	29
MARCO CONCEPTUAL	38
DEFINICIONES DEL DESCANSO	38
DEFINICIONES DE LA ANSIEDAD.....	39
CAPÍTULO III.....	40
METODOLOGÍA	40

TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
POBLACIÓN Y MUESTRA	40
Tamaño de la muestra	40
Selección de los elementos de la muestra.....	41
Criterios de inclusión y exclusión.....	42
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
Variable predictora: el descanso.....	43
Variable criterio: la ansiedad.....	43
Operacionalización de variables.....	43
INSTRUMENTOS DE COLECCIÓN DE DATOS	43
Ficha técnica Inventario de Desórdenes del Sueño.....	43
Ficha técnica Inventario de Ansiedad de Beck.....	44
Validación del instrumento.....	44
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	48
CAPÍTULO IV.....	50
RESULTADOS.....	50
RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	50
ANÁLISIS INFERENCIAL	66
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	70
CAPÍTULO V	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
APÉNDICE A: CUESTIONARIO	82
APÉNDICE B: MATRIZ DE CONSISTENCIA	85
APÉNDICE C: MATRIZ INSTRUMENTAL.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS

IASD	:	Iglesia Adventista del Séptimo Día
UPN	:	Unión Peruana del Norte
UPS	:	Unión Peruana del Sur
UPeU	:	Universidad Peruana Unión
IDS	:	Inventario de Desórdenes del Sueño
BAI	:	Inventario de Depresión de Beck
JA	:	Jóvenes Adventistas
EGW	:	Ellen Gould White
DSM – IV – TR	:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Versión 4 Texto Revisado.

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.	45
NIVEL DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO DESÓRDENES DE SUEÑO VERSIÓN MODIFICADA	45
TABLA 2	47
NIVEL DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK	47
TABLA 3	56
RELIGIÓN DE LOS PARTICIPANTES	56
TABLA 4	57
AMBIENTE O LUGAR DE DESCANSO	57
TABLA 5	57
HÁBITOS DE DORMIR	57
TABLA 6	58
HORA DE DORMIR DE LOS ESTUDIANTES	58
TABLA 7	58
HORA DE LEVANTARSE.....	58
TABLA 8	59
TIEMPO EN CONCILIAR EL SUEÑO	59
TABLA 9	59
FRECUENCIA DE INTERRUPCIÓN DURANTE EL SUEÑO	59
TABLA 10	60
FUNCIONAMIENTO DIURNO DE LOS ESTUDIANTES.....	60
TABLA 11	60
RESULTADO DE LOS HáBITOS: CANTIDAD DE HORAS DE SUEÑO	60
TABLA 12	61
RESULTADO DEL FUNCIONAMIENTO DIURNO	61
TABLA 13	61
PERCEPCIÓN SOBRE SU CALIDAD DE SUEÑO	61
TABLA 14	62
NIVEL DE CALIDAD Y CAPACIDAD PARA INICIAR Y MANTENER EL SUEÑO: LOS ESTUDIANTES	62

TABLA 15	62
NIVEL DE DESCANSO DE LOS ESTUDIANTES	62
TABLA 16	63
NIVEL DE ANSIEDAD AFECTIVO-COGNITIVO DE LOS ESTUDIANTES.....	63
TABLA 17	63
NIVEL DE ANSIEDAD SOMÁTICA DE LOS ESTUDIANTES	63
TABLA 18	64
NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS ESTUDIANTES	64
TABLA 19	65
NIVEL DE DESCANSO SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	65
TABLA 20	66
NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	66

TABLAS DE FIGURAS

FIGURA 1. ELECTRO ENCEFALOGRAMA CON LAS ETAPAS DEL SUEÑOS	18
FIGURA 2. GÉNERO DE LOS PARTICIPANTES	51
FIGURA 3. EDAD DE LOS PARTICIPANTES	52
FIGURA 4. PROCEDENCIA DE LOS PARTICIPANTES	53
FIGURA 5. CICLO DE ESTUDIOS DE LOS PARTICIPANTES	54
FIGURA 6. ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES.....	55
FIGURA 7. FACULTAD DE LOS PARTICIPANTES.....	56

RESUMEN

Este estudio determinó la relación existente entre el descanso y la ansiedad. Es de corte transversal, descriptivo y correlacional, realizado en una muestra de 290 jóvenes adventistas bautizados y miembros de la Iglesia Villa Unión, cuyas edades oscilan entre los 16 y 35 años. Para la variable: descanso, se utilizó la versión modificada del Inventario de Desórdenes del Sueño de Zammit et al (2010); para la ansiedad, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck de Beck y Steers (2011). Los resultados dejan la evidencian de una correlación media, indirecta y significativa. Es decir, cuanto más inadecuado es el descanso, la ansiedad alcanza un nivel más alto. Dicho de otro modo, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad leve en 72%. Cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad alta en 55.8%. Se concluye que el descanso se relaciona indirecta y significativamente con los niveles de ansiedad en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión; además mientras se mantiene un mejor descanso al dormir se presentará menores niveles de ansiedad, cuyo estado emocional contribuirá para un mejor rendimiento académico y una efectividad en la vida cotidiana

Palabras claves: Descanso, ansiedad, ansiedad afectiva- cognitiva, ansiedad somática.

ABSTRACT

This study determined the relationship between rest and anxiety. It is a cross-sectional, descriptive and correlational study carried out on a sample of 290 baptized Adventist young people and members of Villa Unión Church, whose ages range from 16 to 35 years. The modified version of the Dream Disorders Inventory of Zammit et al (2010) was used for the rest variable and the Beck Anxiety Inventory Beck and Steers (2011) were used for anxiety. The results show a medium, indirect and significant correlation. That is, the more inadequate the rest, the anxiety reaches a higher level. In other words, when respondents' rest is adequate, there is mild anxiety in 72%. And when respondents' rest is inadequate, high anxiety is present at 55.8%. Therefore, it is concluded that; Rest is indirectly and significantly related to anxiety levels in Adventist youth at Villa Union Church. Concluding that while maintaining a better sleep at rest will present lower levels of anxiety an aspect that will contribute to a better academic performance and effectiveness in daily life

Keywords: Rest; Anxiety; Affective - Cognitive Anxiety; Somatic Anxiety; Adventist Youth.

INTRODUCCIÓN

El obtener un título profesional conlleva un gran sacrificio personal y perseverancia. Cientos de jóvenes ingresan cada año a la Universidad Peruana Unión, para lograr este objetivo, sin escatiman fuerzas ni recursos para llegar hasta el ansiado final.

Es muy reconocido el hecho de que los estudiantes universitarios sacrifican sus horas de descanso, para lograr los requerimientos académicos. Esta realidad también ha sido percibida en la UPeU. Estudiar y/o trabajar hasta altas horas de la noche perjudica el desempeño diurno y facilita la aparición de problemas relacionados a la salud física y mental de los estudiantes.

Debido a esto, el estudio que se presenta a continuación consistió en determinar la relación existente entre el descanso con los niveles de ansiedad en los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión sede Lima, Perú en el año 2015.

Las variables a ser estudiadas fueron el (1) descanso, entendido como sueño, el cual es un estado natural recurrente de la mente caracterizado por la alteración de la conciencia, la actividad sensorial relativamente inhibida, la inhibición de casi todos los músculos voluntarios, y la reducción de las interacciones con el entorno; y (2) la ansiedad, la cual es un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y de aprehensión sobre el futuro que también puede implicar sentimientos, comportamientos y respuestas fisiológicas

El presente trabajo de investigación está dividido en cinco secciones o capítulos que son a detallados a continuación en forma clara y concisa a fin de que el lector pueda ver y encontrar fácilmente la información contenida en este estudio.

El capítulo I presenta la introducción, el planteamiento del problema, justificación y objetivos, donde se explica ampliamente el motivo que impulsó a investigar estas variables.

En el capítulo II se desarrollaron las referencias teóricas que apoyarán a la solución del problema y que también servirá como guía para que el lector conozca y se ubique en el tema tratado, así como las definiciones conceptuales y operacionales de las variables estudiadas.

El capítulo III explica acerca de la metodología empleada para llevar a cabo el estudio: población y muestra; junto con las técnicas empleadas para recolectar los datos cuantitativos; así como también la adaptación y validación de los instrumentos de medición.

El capítulo IV presenta los resultados y discusión de los resultados obtenidos al aplicar los instrumentos de evaluación. Están organizados por tipo de datos y relaciones con las variables.

Por último, en el capítulo V se encuentran las conclusiones y recomendaciones a las cuales se llegaron con los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

La Iglesia Adventista del Séptimo Día Villa Unión (IASD) es una iglesia *sui generis*, en comparación con otras iglesias de la misma denominación dentro del territorio peruano. Se debe a que su membresía está conformada mayoritariamente por jóvenes estudiantes del nivel universitario, quienes proceden de diferentes regiones del Perú y del mundo, con el propósito de estudiar una carrera profesional: su principal objetivo; no escatiman medios ni esfuerzos para obtener tan ansiado objetivo.

Algunos arriesgan su salud e integridad para completar los requisitos académicos de las asignaturas; otros deben trabajar durante el periodo académico, para costear los estudios; otros no tienen suficiente tiempo libre y dispuesto para el estudio, debido a las altas exigencias de la carrera universitaria que están estudiando. De esta forma, la ansiedad impera en sus vidas y les dificulta realizar sus actividades académicas con facilidad.

De acuerdo con Kessler (2005), investigador del Instituto de Salud Mental de los EUA, el 18.1% o 40 millones de personas mayores de 18 años sufren ansiedad y patologías relacionadas con la ansiedad. Estos problemas son generales y reconocidos mundialmente; en Latinoamérica, los trastornos de ansiedad generalizada mostraron una alta prevalencia en la población y fueron más frecuentes en mujeres que en varones. De acuerdo con el estudio realizado por Khon et al (2005), las tasas medias de prevalencia a lo largo de la vida en Latinoamérica fueron estimadas en 5,5% de la población.

El Perú también tiene un alto índice de personas, quienes sufren ansiedad; de acuerdo con el Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2006), aproximadamente el 4.9% de la población peruana sufre de ansiedad generalizada, este porcentaje pertenece solamente a quienes recibieron atención ambulatoria por el problema de ansiedad; sin embargo, de acuerdo con la estadística presentada, existen miles de personas quienes lidian contra este problema sin acudir a un establecimiento de salud.

Asimismo, la Asociación Americana del Sueño (2015) describe que al menos 40 millones de estadounidenses cada año sufren trastornos crónicos del sueño a largo plazo; otros 20 millones experimentan problemas adicionales para dormir de vez en cuando.

Estos trastornos y la falta de sueño, resultantes, interfieren el trabajo, la conducción y las actividades sociales.

Esta realidad también se percibe entre los estudiantes de la UPeU miembros de la IASD Villa Unión. Se percibe que los estudiantes prefieren sacrificar sus horas de descanso, para responder a cabalidad ante las exigencias de todas sus asignaturas. Esta conducta está generando excesivas dificultades en el ámbito académico y en la salud a corto, mediano y largo plazo.

El área de Bienestar Universitario realiza muchos estudios con los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, sobre factores relacionados con su estilo de vida y desempeño académico; sin embargo, no hemos encontrado algún estudio relacionado con el descanso y/o ansiedad. Por lo cual, el identificar los hábitos de sueño o descanso, así como los niveles de ansiedad de los estudiantes, ayudará a implementar estrategias adecuadas para ayudarlos a alcanzar sus objetivos profesionales y contribuir de este modo para el fortalecimiento de las estrategias de intervención.

Antecedentes de la investigación

Existen numerosos antecedentes sobre el descanso y la ansiedad a nivel mundial. Actualmente varios estudios se concentran en determinar las alteraciones del sueño y su relación con la salud, en todas las dimensiones de la vida humana. En esta sección analizaremos brevemente algunos ejemplos más notables de investigaciones recientes, utilizando las variables: descanso y ansiedad, juntas o en forma independiente.

En el ámbito nacional, Cornejo (2012), en su trabajo titulado *Control Psicológico y Ansiedad Rasgo en una Muestra Clínica de Adultos Tempranos*, realizado en una muestra de 50 pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, de entre 18 y 30 años de edad, en Chiclayo, Perú, utilizando la Escala del Control Psicológico Orientado al Logro o a la Dependencia (CPLD) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE); el estudio revela que la ansiedad causa conflictos en la vida social de los estudiantes y afecta todas las rutinas que realizan diariamente, aún la relación familiar se ve afectada grandemente.

Vallejos (2015), en su investigación *Procrastinación Académica y Ansiedad Frente a las Evaluaciones en Estudiantes Universitarios*, realizada en la ciudad de Lima, en una muestra de 130 estudiantes de una universidad privada de Lima, utilizando los instrumentos: Escala de Procrastinación Académica de Solomon & Rothblum (1984) y la escala de Reacción ante las Evaluaciones de Sarason (1984); el estudio reveló que la procrastinación tiende a aumentar la ansiedad en los alumnos quienes descuidan sus actividades académicas y dejan todas sus responsabilidades para el último momento.

Del mismo modo en el ámbito internacional, se ha demostrado que los estados del sueño alteran los niveles de ansiedad en los seres humanos. En la investigación titulada *Correlaciones del Estado de Descanso de las Subdimensiones del Efecto Ansioso*, Bijstervosch et al. (2014), en una muestra de 1379 participantes de la University of California-Berkeley y utilizando el Inventario Spielberger STAI, forma Y (Spielberger,

1983), concluyeron que el proceso del sueño o descanso, interrumpido o alterado, aumenta considerablemente la ansiedad y sus sub dimensiones, desencadenando una serie de síntomas somáticos que alteran el cotidiano funcionamiento de nuestro organismo.

Eichenlaub et al. (2014) en el trabajo de investigación denominado *La Actividad Cerebral en Reposo Varía Según el Recuerdo de los Sueños entre Sujetos*, realizado en una población masculina voluntaria de 41 personas, sometidas a análisis de Electro Encefalograma y mediciones de los signos vitales durante periodos de sueño, concluyeron que la alteración del descanso produce un decaimiento en la frecuencia de tener sueños vívidos y placenteros, además que existen ciertas alteraciones a nivel neurológico, generando influencias grandemente sobre el proceso de sueño/vigilia en las personas.

La investigación de Gong et al. (2013), *Predicción Cuantitativa de la Psicopatología Individual en Sobrevivientes de Trauma Utilizando el fMRI del Estado de Descanso*, fue realizada en 121 sobrevivientes del terremoto de Shichuan el 2008, utilizando pruebas de laboratorio y mediciones de Imagen por resonancia magnética funcional (fMRI en inglés); el estudio concluye que gran parte de los sobrevivientes de accidentes traumáticos tienen serios problemas o perturbaciones psicológicas, que les impiden descansar adecuadamente, alterando su ciclo de sueño y vigilia; de este modo, desencadenando un estado ansioso permanente que los incapacita para realizar sus actividades cotidianas debidamente.

Un importante estudio fue realizado recientemente en enfermeras de un hospital de Estados Unidos por Flo et al. (2014), cuyo título fue *Breves Períodos de Descanso entre Turnos de Trabajo Predicen Problemas de Sueño y de salud en Enfermeras en el 1er año de trabajo*. Este estudio fue realizado en 1224 enfermeras, utilizando las escalas de Shift Work Disorder (SWD), Sueño Excesivo (Epworth Sleepiness Scale), Fatiga Patológica (Chalder Fatigue Scale) y Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale). El estudio concluye que los cortos periodos de descanso de las enfermeras durante sus rotaciones y

turnos afectaban a largo plazo la calidad del sueño y las predisponía a sufrir enfermedades crónicas, tanto físicas como psicológicas; por lo que la falta de descanso era el factor principal para mantenerlas ansiosas e irritables.

Zhao et al. (2014) realizan su investigación: *Efectos del Tratamiento de Acupuntura de Largo Plazo en la Actividad Cerebral del Estado de Descanso en los Pacientes con Migraña: Una Prueba Aleatoria Controlada en Acupuntos Activos e Inactivos*; este estudio fue realizado en una muestra de 40 pacientes con migraña provenientes del departamento de neurología de Teaching Hospital of Chengdu University; utilizaron diferentes métodos de acupuntura, una prueba experimental en el tratamiento de la migraña crónica; según el estudio, el descanso inducido por los puntos de presión de la acupuntura reveló ser un medio eficaz para el tratamiento de pacientes con migraña crónica; se resalta la importancia del descanso para la recuperación de los pacientes, luego de periodos prolongados de descanso: parte del tratamiento adjunto a la acupuntura.

El estudio realizado en el ámbito académico, en 99 varones adolescentes estudiantes del nivel secundario, fue titulado: *La Onda Gamma del Sueño está Vinculada a la Capacidad de Lectura en los Adolescentes*. En este estudio, sus autores: Tierney, Strait y Kraus (2013) identificaron que el apropiado descanso aumentaba el desempeño escolar y la habilidad lectora en adolescentes. Por otro lado, Raglin y Morgan (1987) en su estudio *Influencia del Ejercicio y el Descanso Adecuado en el Estado Ansioso y Presión Sanguínea*, realizado en 15 estudiantes universitarios a través de evaluaciones experimentales y pruebas de resistencia física, encontraron que el ejercicio y el descanso son dos actividades que influyen grandemente sobre la disminución de la ansiedad, presión sanguínea y otros factores físicos y emocionales, en estudiantes universitarios.

En la investigación *La Efectividad de la Psicoeducación y la Desensibilización Sistemática en Reducir los Niveles de Ansiedad Probada en Estudiantes del 1er Año de*

Farmacia, realizada en una muestra de 236 estudiantes de farmacia de la International Medical University en Malasia; Rajiah y Saravanan (2014) concluyeron que la desensibilización sistemática y la psicoeducación son estrategias o recursos útiles para disminuir los niveles de ansiedad entre estudiantes. Numerosos estudiantes se recuperaron de cuadros ansiosos luego de aplicar estas estrategias; mejoraron de esta manera su desempeño general en otras áreas de la vida académica y personal.

Alvares et al. (2013), en el estudio titulado: *Variabilidad del Ritmo Cardíaco Reducido en el Desorden de Ansiedad Social*, realizado en 53 personas voluntarias, quienes fueron evaluadas con el Anxiety Disorders Interview Schedule for Adults, concluyeron que ciertos aspectos de género aumentaban la ansiedad social, convirtiéndola en un problema psicológico serio que afecta la vida cotidiana de las personas. Por otro lado, a través de un amplio estudio denominado: *Efectos de la Meditación Natural de Liberación del Estrés Sobre el Rasgo Ansiedad*, realizado por Coppola (2007), quien concluyó que la meditación de liberación del estrés es una herramienta sumamente efectiva contra los diferentes tipos de ansiedad; su utilización facilitaba el manejo y control de los niveles ansiosos en los pacientes.

Así mismo, en el estudio: *Una Investigación de la Prevalencia del Insomnio en Estudiantes Universitarios y su Relación con el Rasgo Ansiedad*, realizado por Sadigh, Himmanen y Scepanisky (2014) en 25 estudiantes universitarios, utilizando el cuestionario Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory, quienes concluyeron que la ansiedad tiene relevancia significativa para la aparición del insomnio en estudiantes universitarios; además la resolución personal del problema se debe a la configuración de sus rasgos propios de personalidad y al manejo que puedan hacer de sus recursos personales internos. De acuerdo con el estudio, cada persona es capaz de manejar sus propios recursos para reducir sus niveles ansiosos y de esta forma librarse de problemas: el insomnio.

Denis, Michaux y Callahan (2012) en su estudio titulado: *Factores Implicados en Moderar el Riesgo de Depresión y Ansiedad en Embarazos de Alto Riesgo*, realizado en 55 mujeres embarazadas, quienes realizaban sus controles prenatales en el Laboratoire InterUniversitaire de la Université de Savoie, Chambéry, Francia; el estudio revela que la ansiedad y la depresión aumentan considerablemente durante un embarazo de riesgo; describieron que las pacientes con un embarazo riesgoso tienen cierto tipo de conductas y sensaciones que las predisponen hacia un cuadro depresivo y/o amplificar los síntomas de la ansiedad imperante del momento. Dicho de otro modo, la ansiedad les causa malestares de tipo somático y psicológico que deben ser tratados correctamente para evitar una depresión posparto.

Por último, el estudio realizado por Wild et al. (2014) denominado: *Estrategias Contra el Burnout y la Ansiedad en la Educación Médica – Implementación y Evaluación de un Nuevo Curso en Técnicas de Relajación para Estudiantes de Medicina*, realizado en 39 estudiantes de medicina, utilizando los cuestionarios: Burnout Screening Scales; BOSS-II, State and Trait Anxiety Inventory; STAI-G y otros parámetros (depresión, sentido de coherencia, conductas relacionadas al trabajo y patrones de experiencia); los investigadores concluyeron que los alumnos de medicina están grandemente expuestos al burnout y la ansiedad, quienes necesitan aprender a utilizar técnicas efectivas de relajación para ayudarles a manejar los altos niveles de ansiedad experimentados en las clases y prácticas cotidianas.

Formulación del problema

Problema general

Por lo descrito anteriormente se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿En qué medida el descanso se relaciona con los niveles de ansiedad en los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015?

Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los niveles de descanso de los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015?
2. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad de los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015?
3. ¿En qué medida el descanso se relaciona con los niveles de ansiedad afectiva - cognitiva en los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015?
4. ¿En qué medida el descanso se relaciona con los niveles de ansiedad somática en los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación del descanso con los niveles de ansiedad en los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de descanso de los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.
2. Determinar el nivel de ansiedad de los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.
3. Determinar la relación del descanso en los niveles de ansiedad afectiva - cognitiva de los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

4. Determinar la relación del descanso en los niveles de ansiedad somática de los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Las hipótesis propuestas para la presente investigación son:

Ha: El descanso se relaciona con los niveles de ansiedad en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Hipótesis específicas

H₁: El descanso se relaciona con los niveles de ansiedad afectiva – cognitiva en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

H₂: El descanso se relaciona significativamente en los niveles de ansiedad somática en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Justificación

El propósito de este estudio es aportar conocimiento útil, para los líderes de la IASD Villa Unión y para la Universidad Peruana Unión, cuya la información obtenida ayude para implementar planes y estrategias, mejorando así la calidad de vida de los estudiantes, cambiando de esta manera hábitos erróneos que perjudican la salud.

Por otro lado, estos resultados serán utilizados para el mejoramiento de la salud pública colectiva y para campañas de promoción de la salud de la comunidad circundante a la Universidad Peruana Unión. Identificar los hábitos de sueño o descanso, así como los niveles de ansiedad de los estudiantes, ayudarán implementar estrategias adecuadas para lograr sus objetivos profesionales y contribuir de este modo para el fortalecimiento de las estrategias de intervención que puedan ser realizados a favor de los estudiantes.

Por último, esta investigación servirá de antecedente para futuros estudios que se realicen en relación con las variables utilizadas, aportando de esta manera más conocimiento teórico para el avance del conocimiento humano.

Viabilidad

Este trabajo es realizable, debido a que se posee los recursos humanos, tiempo y conocimientos adecuados para tal propósito.

Delimitaciones

El estudio se realizó en jóvenes adventistas de 16 a 35 años, quienes asistieron regularmente a la Iglesia Adventista del Séptimo Día Villa Unión, iglesia que pertenece a la Universidad Peruana Unión, ubicada en la ciudad de Lima; el estudio se realizó durante el periodo de estudios 2015 – II.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Marco Bíblico-filosófico

Dios desea que sus criaturas gocen de buena salud. Él determinó las leyes que rigen nuestras vidas, para preservarnos de la enfermedad, cuya palabra divina queda revelada en 3 Juan 2: "Amado, yo deseo que tú seas prosperado en todas las cosas, y que tengas salud, así como prospera tu alma".

De acuerdo con el texto de 1 Corintios 6:19, 20 "¿O no sabéis que vuestro cuerpo es santuario del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprados por precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios"; cada ser humano debería ser consciente sobre el papel que debe asumir, para preservar su cuerpo adecuadamente, para que, de este modo, pueda vivir plenamente en el gozo que el Señor le quiere entregar.

La salud es un estado temporal frágil, puede ser mantenido estable mediante un buen estilo de vida. Dios estableció lineamientos en Palabra para servirnos de utilidad. Por ejemplo, Deuteronomio 6:24 refiere: "Y nos mandó Jehová que cumplamos todos estos estatutos... para que nos vaya bien todos los días, y para que nos conserve la vida, como hasta hoy"; otro mensaje divino es revelado en Éxodo 23:25: "A Jehová vuestro Dios serviréis, y él bendecirá tu pan y tus aguas y yo quitaré toda enfermedad de en medio de ti". Según estas referencias bíblicas, Dios intervino directamente para el bienestar integral de sus hijos. Es un Dios personal, quien se

preocupa por la deficiente la salud de cada persona. El seguir los lineamientos o reglas de Dios (Salmos 67:2) genera los resultados: “preservación” de la salud y una vida más abundante (Juan 10:10).

Ansiedad en la Biblia

Durante las últimas décadas se ha demostrado que uno de los factores causantes del mayor daño para la salud es la ansiedad. En el sentido bíblico, ansiedad significa miedo, preocupación o temor.

El registro bíblico de 1 Juan 4:18 declara: “En el Amor no hay temor, sino que el perfecto Amor echa fuera el temor, porque el temor lleva en sí castigo. De donde el que teme no ha sido perfeccionado en el Amor”. Este texto hace referencia directa al poder que tiene la fe (representado por el amor a Dios) en ahuyentar las ansiedades de la vida de las personas. Muchos no consideran la fe en Dios un factor de influencia para la salud. Sin embargo, durante estas últimas décadas, la fe se está incluyendo, poco en poco, dentro de las investigaciones científicas.

De acuerdo con la perspectiva bíblica, los cristianos no deben estar preocupados; cuya palabra divina se registra en Filipenses 4:6: “Por nada estéis afanosos, sino sean conocidas vuestras peticiones delante de Dios en toda oración y ruego, con acción de gracias.” Según este texto bíblico, se revela que todas las necesidades y preocupaciones deben presentarse a Dios en oración.

El Señor Jesús exhorta a los creyentes para no preocuparse. Él los anima para evitar la preocupación por las necesidades físicas: la ropa y la comida. Jesús demuestra que Dios, el Padre Celestial, atiende todas las necesidades de sus criaturas (Mateo 6:25-34). De acuerdo con la Biblia, no es necesario preocuparse por nada de este mundo, porque Dios suplirá las necesidades de cada uno.

Una vez delimitada la ansiedad y con el conocimiento de que ésta no debe formar parte de la vida del cristiano, se construye la pregunta: ¿cómo se puede vencer la ansiedad? La respuesta se encuentra en 1 Pedro 5:7: “echad toda nuestra ansiedad sobre Él, porque Él tiene cuidado de vosotros.”

Dios no desea que sus hijos lleven solos sus cargas o pesares. Él desea que sus criaturas le pidan ayuda; cada vez que un hijo de Dios solicita su ayuda, Él inmediatamente hace algo para aliviar su pesar, porque le importa en demasía el bienestar de sus hijos, son tan valiosos para Él, quien desea aliviarlos.

Nada es demasiado grande o demasiado pequeño para Dios. Es capaz de sobrellevar cualquier problema. Él promete entregar su paz, la cual sobrepasa todo entendimiento, tal cual lo menciona Filipenses 4:7: “Y la paz de Dios, que sobrepasa todo entendimiento, guardará vuestros corazones y vuestros pensamientos en Cristo Jesús”.

Se resalta que aquellos quienes no conocen al Salvador estarán constantemente afrontando preocupaciones y ansiedad, cuyas situaciones negativas serán parte natural de sus vidas. Sin embargo, quienes han rendido sus vidas a Jesús experimentan la promesa: “Venid a mí todos los que estéis trabajados y cargados, y yo os haré descansar. Llevad mi yugo sobre vosotros, y aprended de mí que soy manso y humilde de corazón, y hallaréis descanso para vuestras almas; porque mi yugo es fácil y ligera mi carga.” (Mateo 11:28-30); es una promesa de alegría, gozo y descanso que puede aliviar cualquier síntoma de ansiedad.

Descanso en la Biblia

Sin lugar a dudas, el descanso es un tema central encontrado en toda la Biblia. Aparece en los primeros capítulos de la Biblia, tal como lo menciona el libro

Creencias Fundamentales de los Adventistas del Séptimo Día: “En el séptimo día, Dios “cesó y reposó” (Exo.31:17); sin embargo, no descansó, porque necesitara hacerlo (Isa. 40:28). El verbo shabath significa literalmente “cesar” de realizar trabajos o actividades (Gén. 8:22). “El reposo de Dios no fue el resultado ni del agotamiento ni de la fatiga, sino el cesar de una ocupación anterior”. Dios no reposó, porque necesitara reponer fuerzas, sino reposó para dejar ejemplo de reposo a los seres humanos y, de esta manera, copiaran su ejemplo. Estableció aquel ejemplo para la raza humana, según en Éxodo 20:11: “Porque en seis días hizo Jehová los cielos y la tierra, el mar, y todas las cosas que en ellos hay, y reposó en el séptimo día; por tanto, Jehová bendijo el día de reposo y lo santificó”.

El ejemplo de Dios sobre el reposo debería captar nuestra especial atención. Muchos perciben el sábado una carga; sin embargo, es un día cuando el ser humano se “desconecta” de las actividades cotidianas y deja de lado todo aquello que durante la semana le resulta estresante, para “conectarse” con la fuente vivificadora que es el mismo Dios.

Por este motivo principal, Dios invita a retomar el descanso que tanto se necesita, para aliviar muchos pesares que la vida trae consigo; por lo tanto, hay que dejar de caminar a solas y aprender a caminar de la mano del Señor Jesús, para que se logre vivir feliz, gozando la seguridad y el resguardo que solamente Dios puede dar a sus hijos que le sirven.

Por otro lado, el cansancio es una sensación humana, entendida en dos aspectos interrelacionados: el cansancio físico y el cansancio espiritual. Se deduce que el cansancio físico es todo aquel desgaste de energía que el ser humano realiza. La Biblia menciona que el Señor Jesús también se cansaba, cuya situación es revelada en Juan 4:6 dice: “Y estaba allí el pozo de Jacob. Entonces Jesús, cansado del camino, se

sentó así junto al pozo. Era como la hora sexta”. Nadie tiene energía física ilimitada, ésta debe ser recuperada mediante el descanso y la buena alimentación.

Del mismo modo, el cansancio espiritual es aquel cansancio que sobreviene por realizar obras espirituales; por ejemplo, evangelizar. La cita clave se encuentra en Marcos 6:30-31: “Entonces los apóstoles se juntaron con Jesús, y le contaron todo lo que habían hecho, y lo que habían enseñado. Él les dijo: Venid vosotros aparte a un lugar desierto, y descansad un poco. Porque eran muchos los que iban y venían, de manera que ni aun tenían tiempo para comer.” Inclusive ante este cansancio, Dios es capaz de darnos alivio.

A manera de conclusión, se menciona que es preciso mantener hábitos saludables, empezando con una alimentación adecuada y procurando descansar lo suficiente, así como haciendo suficiente ejercicio, para que de este modo el organismo pueda afrontar el desgaste de los años y las vicisitudes de la vida cotidiana.

Es mejor prevenir la enfermedad, cuidando el estado de salud, antes de lamentarse por alguna condición que se adquirió por desobedecer lo que Dios ordenó.

Fundamento teórico de las variables

El descanso

Para efectos del presente trabajo, el descanso será entendido también con el significado de sueño o reposo.

Definiciones

De acuerdo con el diccionario Macmillan (2009), el descanso es entendido con el significado de sueño; éste es un estado natural recurrente de la mente caracterizada por la alteración de la conciencia, la actividad sensorial relativamente inhibida, la

inhibición de casi todos los músculos voluntarios, y la reducción de las interacciones con el entorno.

El sueño no es un estado de inconsciencia, sino un estado de conciencia alterada. Durante el sueño tenemos experiencias o sueños que pueden ser tan vívidos: las experiencias mientras estamos despiertos; sin embargo y a pesar de todo, olvidamos la mayor parte de ellos. Esta amnesia nos lleva a pensar, incorrectamente, que estuvimos inconscientes mientras dormíamos.

El sueño es necesario para el buen funcionamiento de nuestro organismo. Debe ser administrado correctamente, para incrementar nuestro desempeño diario.

Categoría No-REM

Primero, hay que describir que el cerebro nunca descansa totalmente, sino se encuentra activo durante toda la noche. Los estados del sueño refieren los cambios distintivos en la actividad eléctrica del cerebro acompañada de respuestas fisiológicas del cuerpo, que ocurren mientras se atraviesan las diferentes fases del sueño.

El sueño está dividido en dos grandes categorías llamadas no-REM y REM. El sueño no-REM es donde pasamos aproximadamente el 80% de nuestro tiempo de sueño. No-REM se divide en las etapas del sueño 1, 2, 3 y 4; cada etapa se identifica por un patrón particular de las ondas cerebrales y respuestas fisiológicas. (REM significa movimiento ocular rápido). Se comienza en la etapa 1 y entramos gradualmente a las etapas 2, 3 y 4 (Rama et al., 2006).

Estado Alfa

La fase alfa se caracteriza por sentimientos de estar relajado y somnoliento; por lo general con los ojos cerrados. Las ondas alfa tienen baja amplitud y alta frecuencia (8-12 ciclos por segundo). Aunque no es considerada por todos los

estudiosos una etapa real del sueño, porque no se está durmiendo propiamente dicho; es de mucha utilidad entenderla como un momento previo al quedarse dormido. En este nivel empiezan las ondas cerebrales a ingresar a la etapa o fase 1 del sueño.

No-REM Etapa 1

Esta es la etapa más ligera de sueño. Es una transición desde la vigilia hasta el sueño, dura entre 1 y 7 minutos. En ella, se pierde gradualmente la capacidad de respuesta a los estímulos y experiencia, se pasa a los pensamientos e imágenes. La etapa 1 se caracteriza por la presencia de ondas Teta, que son inferiores en amplitud y en frecuencia (de 4 a 7 ciclos por segundo) que las ondas alfa.

No-REM Etapa 2

Esta es la etapa, la cual los investigadores la consideran sueño real. Marca el comienzo de lo que conocemos dormir, porque los sujetos que se despiertan en la etapa 2 informan haber estado dormidos. Los trazos del EEG muestran estallidos de alta frecuencia de la actividad cerebral llamados husos del sueño.

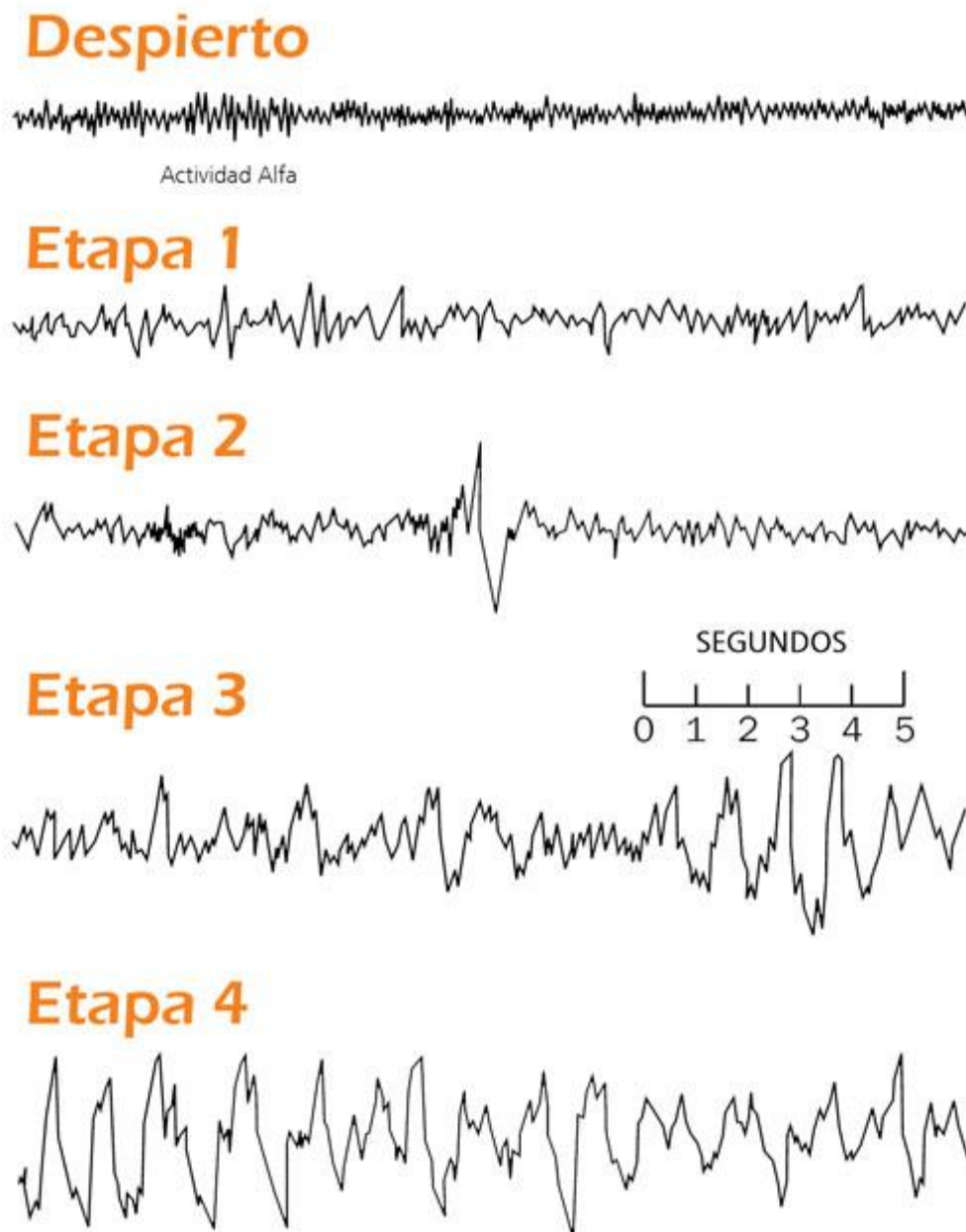
Al pasar por la etapa 2, la tensión muscular, el ritmo cardíaco, la respiración y la temperatura corporal disminuyen gradualmente, se hace más difícil el ser despertado.

No-REM Etapas 3 y 4

Entre los 30 y 45 minutos, después de haber entrado en sueño, se pasa a través de la etapa 3, la cual no tiene muchas diferencias con la etapa 2, para luego pasar a la etapa 4 en la cual hay mucha actividad. La etapa 4, también se llama de ondas lentas o sueño delta, se caracteriza por sus ondas de muy alta amplitud y muy baja frecuencia (menos de 4 ciclos por segundo) las cuales se denominan ondas delta.

La etapa 4 a menudo se considera la etapa más profunda del sueño, es la etapa más difícil para ser despertado. Durante la etapa 4, el ritmo cardíaco, la respiración, la temperatura y el flujo de sangre al cerebro se reduce, hay una marcada secreción de la hormona de crecimiento, que controla los niveles de metabolismo, el crecimiento físico, y el desarrollo del cerebro.

Figura 1. Electro Encefalograma con las etapas del sueño



Fuente: Horne, J.A., *Why We Sleep: The functions of sleep in humans and other mammals*. Oxford: Oxford University Press, 1989.

Categoría REM

Ésta es la segunda categoría del sueño. El sueño REM constituye el 20% restante del tiempo de sueño. El sueño REM significa Rapid Eye Movement (Movimiento Ocular Rápido, MOR en español); el nombre se debe a que los ojos se mueven rápidamente hacia atrás y adelante detrás de los párpados, mientras éstos están cerrados. Las ondas cerebrales REM tienen alta frecuencia y baja amplitud y un aspecto muy similar a las ondas beta, que se producen cuando se está despierto y en alerta. Durante el sueño REM, el cuerpo está fisiológicamente muy activo, todos los músculos voluntarios están paralizados. El sueño REM está muy asociado con el soñar. El cuerpo se encuentra paralizado, a fin de no actuar lo que se sueña.

Pasamos en el sueño REM unas cinco o seis veces a lo largo de la toda noche, con alrededor de 30 hasta 90 minutos entre periodos. Nos mantenemos en cada período de sueño REM durante 15 a 45 minutos y luego pasamos de nuevo a la etapa 1 del sueño no-REM.

Utilidad del sueño

El porqué dormimos es uno de los más grandes misterios de la naturaleza humana (M. G. Frank, 2006). Nadie ha podido responderla cabalmente; sin embargo, a lo largo de la última década han surgido teorías útiles para explicar el porqué los seres humanos duermen. Una de estas teorías resalta sobre las demás, ya que la gran mayoría no son más que simples reflejos de la teoría de la evolución y la selección natural. Esta teoría se la conoce como la teoría de la reparación.

Teoría de la reparación

La teoría sugiere que durante las actividades del día se agotan factores claves en nuestro cerebro o cuerpo que se reponen o se reparados durante el sueño. La teoría de reparación dice que el sueño es ante todo un proceso restaurativo. La teoría de la

reparación es apoyada por tres hallazgos. En primer lugar, durante el sueño hay una marcada secreción de la hormona del crecimiento, que controla aspectos del metabolismo, crecimiento físico, y el desarrollo del cerebro (Pandi-Perumal et al., 2008).

En segundo lugar, durante el sueño hay un aumento de la producción de células inmunes para combatir la infección (Barth, 2009; Irwin et al., 2008). En tercer lugar, durante la vigilia hay una disminución de las reservas de energía del cerebro (glucógeno), que se restauró durante el sueño y necesario para el funcionamiento normal (Geiger, 2002).

El cerebro necesita dormir para crecer, reparar el sistema inmune, y restaurar su energía y productos químicos (Siegel, 2003).

Efectos de la falta de sueño

En el cuerpo

La falta de sueño tiene un efecto mínimo en las funciones fisiológicas controladas por el sistema nervioso autónomo, como la frecuencia cardíaca o la presión arterial (Kato et al., 2000).

Sin embargo, la falta de sueño en extremo puede conducir a problemas graves de salud al comprometer nuestro sistema inmunológico, lo que aumenta la vulnerabilidad de un individuo a las infecciones virales y puede conducir a enfermedades relacionadas con la inflamación (Dement, 1999; Irwin et al., 2008).

Además, la falta de sueño pone el cuerpo en estado de alerta, lo que aumenta la producción de hormonas del estrés y la elevación de la presión arterial, que son los principales factores de riesgo de problemas de salud tales como enfermedades del corazón, derrames cerebrales y cáncer (Stein, 2005a). La falta de sueño se ha

relacionado con cambios en las hormonas relacionadas con el apetito y cantidades elevadas de la hormona insulina. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la falta de sueño aumenta el riesgo de obesidad y diabetes (Knutson et al., 2007; Van Cauter et al., 2007).

Efectos en el cerebro

La falta de sueño puede agotar las reservas de energía vitales del cerebro (glucógeno) e interferir con la realización de tareas que requieren vigilancia y concentración, como recordar y reconocer palabras y hacer pruebas de matemáticas (Geiger, 2002; Ropper y Samuels, 2009).

La falta de sueño aumenta la actividad de los centros emocionales del cerebro, sobre todo en respuesta a los estímulos negativos, lo que lleva a la irritabilidad, así como interferir con la capacidad de tomar decisiones racionales o lógicas (Yoo et al., 2007).

Principales patologías del sueño

Insomnio

El insomnio se refiere a las dificultades, ya sea para ir a dormir o para permanecer dormido durante la noche. El insomnio se asocia con un número de malestares durante el día, incluyendo fatiga, deterioro de la concentración, dificultad para la memoria, y la falta de bienestar. El código del DSM IV TR es F51.0.

Los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR son:

- A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.

- B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
[En el caso de que el insomnio esté relacionado con otro trastorno mental, ver F51.0 Insomnio relacionado con otro trastorno mental.]
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Hipersomnia

Se caracteriza por somnolencia excesiva diaria, por episodios prolongados de sueño nocturno y por intervalos de sueño diurno, durante al menos un mes. Ello causa deterioro funcional significativo, en ausencia de insomnio o de otro trastorno psíquico o mental, que no es efecto de uso de sustancias psicotrópicas o de fármacos. El código del DSM IV TR es F51.1.

Los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR son:

- A. El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día.

- B. La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La somnolencia excesiva no puede explicarse mejor por la presencia de un insomnio y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnia) y no puede atribuirse a una cantidad inadecuada de sueño.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental.
[En el caso de que la hipersomnia esté relacionada con otro trastorno mental, ver F51.1 Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental]
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Narcolepsia

Es un trastorno crónico, se caracteriza por somnolencia excesiva, por lo general en forma de ataques de sueño o cortos periodos de sueño durante el día. Los ataques de sueño son acompañados por breves períodos de sueño REM y la pérdida de control muscular (cataplexia), que pueden ser provocados por grandes cambios emocionales. El código del DSM IV TR es G47.4.

Los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR son:

- A. Ataques de sueño reparador irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.

B. Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:

1. Cataplejía (es decir, episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas)
2. Intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o las parálisis del sueño al principio o al final de los episodios de sueño

C. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Trastorno del sueño relacionado con la respiración: Apnea

La apnea del sueño se refiere a períodos repetidos durante el sueño cuando una persona deja de respirar durante 10 segundos o más. La persona puede dejar de respirar repetidamente, momentáneamente despertar, reanudar la respiración, y volver a dormir. Despertares repetidos durante la noche provocan insomnio y dejan a la persona agotada durante el día, sin saber la causa del cansancio. El código del DSM IV TR es G47.4.

Los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR son:

- A. Desestructuración del sueño provoca somnolencia excesiva o insomnio y se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).
- B. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos)

o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).

Trastorno del ritmo circadiano

El ciclo de sueño-vigilia que se repite como una constante en nuestras vidas está regido por un "reloj biológico" interno que nos dicta cuándo despertar y cuándo dormir. A este ciclo se le denomina ritmo circadiano (del latín circa dies, que significa aproximadamente un día). El ciclo circadiano abarca 24 horas, divididas en ocho para el sueño y 16 para la vigilia.

Causas

La alteración del ritmo circadiano se puede producir por las siguientes circunstancias:

1. Sueño retrasado. Aparece entre las personas que adelantan las fases del ciclo sueño-vigilia. Se despiertan y duermen con horarios coherentes, aunque retrasados. Puede corregirse por sí mismos, debido a que el reloj biológico interno se adelanta naturalmente con la edad.
2. Jet-lag. Es una desincronización debida al cambio horario que se produce al viajar a otras latitudes. Los especialistas aconsejan adaptarse siempre al horario del lugar donde se llega hasta que el reloj circadiano se recupera.
3. Turno de trabajo. Las personas que trabajan en horarios nocturnos sufren trastornos en su ciclo de sueño-vigilia que normalmente se ajustan transcurridas unas semanas desde que se recupera el ritmo normal.

El código del DSM IV TR es F51.2. Los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR son:

- A. Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra.
- B. Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.
- D. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Pesadillas

Regularmente ocurre durante el sueño REM, son imágenes muy aterradoras y producen ansiedad. Las pesadillas suelen implicar una sensación de gran peligro: ser atacados, heridos, o perseguidos. Al despertar, la persona generalmente puede describir la pesadilla en gran detalle. El código del DSM IV TR es F51.5.

Los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR son:

- A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.

- B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).
- C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Terror nocturno

Se producen durante la fase 3 o 4 (delta del sueño), son experiencias aterradoras que a menudo comienzan con un grito desgarrador, seguido de despertar repentino en un estado terrible con la respiración rápida y aumento del ritmo cardíaco.

Sin embargo, a la mañana siguiente, el niño no tiene memoria de la experiencia aterradora. Aproximadamente de 3-7% de los niños tienen terrores nocturnos. El código del DSM IV TR es F51.4.

Los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR son:

- A. Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.
- B. Aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.

- C. El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.
- D. Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.
- E. Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Sonambulismo

El sonambulismo ocurre generalmente en la etapa 3 o 4 (delta del sueño) y consiste en levantarse y caminar mientras literalmente están dormidos. Generalmente tienen mala coordinación, son torpes, pero pueden evitar objetos, pueden entablar una conversación muy limitada, y no tienen ningún recuerdo de su caminata nocturna. El código del DSM IV TR es F51.3.

Los criterios diagnósticos del DSM – IV – TR son:

- A. Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.
- B. Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente arreactivo a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos.
- C. Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido.
- D. A los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo

recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o las actividades mentales (aunque en un primer momento puede presentar confusión o desorientación).

- E. Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

La ansiedad

Definiciones

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2000), la ansiedad es un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y de aprehensión sobre el futuro. La ansiedad puede implicar sentimientos, comportamientos y respuestas fisiológicas

En los seres humanos, la ansiedad puede presentarse como un sentido subjetivo de intranquilidad, como una serie de comportamientos (mirar que refleja preocupación o inquietud), o una respuesta fisiológica originada en el cerebro, reflejada como un aumento de la presión cardíaca y tensión muscular.

De cualquier manera, la ansiedad siempre ha sido difícil de definir; la mejor manera de identificarla es a través del estudio consciente de la sintomatología que pueda presentarse ante un cuadro ansioso.

A pesar de todo, la ansiedad es buena para nosotros, por lo menos en cantidades moderadas. Los psicólogos han determinado ya hace más de una década que nos desempeñamos mejor cuando existe un poco de ansiedad (Yerkes y Dodson, 1908).

Sintomatología

Como ya se ha determinado, la ansiedad es buena, dentro de los patrones normales; sin embargo, puede salirse de control y convertirse en patológica, provocando una serie de síntomas que imposibilitan el normal desempeño de la vida.

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad (2008), la ansiedad patológica presenta los siguientes síntomas:

Físicos:

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Neuromusculares: temblores, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

Psicológicos y conductuales:

- Aprensión, preocupación.
- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración, sensación de pérdida de memoria.
- Inquietud, irritabilidad, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.

Manifestaciones clínicas

La ansiedad que no se puede controlar forma cuadros sintomáticos complejos, se agrupan como patologías causadas por la ansiedad. Todas ellas se encuentran detalladas en el DSM – IV – TR, de la Sociedad Americana de Psiquiatría (2000), con los siguientes códigos:

- F93.0 Trastorno de ansiedad por separación
- F42.8 Trastorno obsesivo compulsivo
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático
- F43.0 Trastorno por estrés agudo
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
- F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad
- F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2):
 - (1) Los síntomas del criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
 - (2) El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Crisis de angustia

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

Síntomas cardiopulmonares:

1. Opresión o malestar torácico.
2. Sensación de ahogo o falta de aliento.
3. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.

Síntomas autonómicos:

4. Sudoración.
5. Escalofríos o sofocaciones.

Síntomas gastrointestinales:

6. Sensación de atragantarse.
7. Náuseas o molestias abdominales.

Síntomas neurológicos:

8. Temblores o sacudidas.
9. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
10. Inestabilidad, mareo o desmayo.

Síntomas psiquiátricos:

11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o volverse loco.
13. Miedo a morir.

Fobia social

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en

- público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
 - C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
 - D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
 - E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
 - F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
 - G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
 - H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de

conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Fobia específica

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos, no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad

por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos: animal, ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua), sangre-inyecciones-daño, situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados), otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad).

Trastorno de ansiedad generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses. La ansiedad o preocupación son exageradas en cuanto a la probabilidad o efecto de los acontecimientos temidos.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación intensa.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):
 - (1) Inquietud o impaciencia.
 - (2) Fatigabilidad fácil.
 - (3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - (4) Irritabilidad.
 - (5) Tensión muscular.
 - (6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o

sensación al despertarse de sueño no reparador). La preocupación se puede asociar por tanto a síntomas de tensión motora, (p. ej., temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (p. ej., boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto, insomnio).

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Marco conceptual

En este apartado se analizará brevemente las definiciones teóricas y conceptuales de las variables de estudio.

Definiciones del Descanso

La División de Medicina del Sueño de la Escuela de Medicina de Harvard (2007), describe el descanso o sueño como “un estado que se caracteriza por los cambios en la actividad de las ondas cerebrales, la respiración, el ritmo cardíaco, la temperatura corporal, y entre otras funciones fisiológicas”.

Así mismo, el Instituto Nacional del Sueño (2012), refiere que “Descanso es el reposo, la quietud o la pausa que se hace en medio del trabajo o de otra actividad; es lo que ayuda a aliviar la fatiga y las dolencias físicas o morales; se resalta que la noción de descanso también puede utilizarse como sinónimo de sueño (el estado de reposo uniforme del organismo, caracterizado por el bajo nivel de actividad fisiológica), relajación (el procedimiento que ayuda a reducir la tensión física o mental) u ocio (el tiempo que se utiliza a discreción y no para cumplir con actividades obligatorias)”.

Kingwergs (2002) en su trabajo de investigación define que “El sueño es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia —cuando el ser está despierto—, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración) y por una respuesta menor ante estímulos externos”.

Por último, Schulz (2008) define el sueño como “un estado recurrente de la mente de forma natural que se caracteriza por alteración de la conciencia, actividad sensorial relativamente inhibida, inhibición de casi todos los músculos voluntarios, y la reducción de las interacciones con el entorno”.

Definiciones de la Ansiedad

Los investigadores a cargo de las Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (2008), definen la ansiedad (del latín anxietas, 'angustia, aflicción') como “una anticipación involuntaria de un daño o desgracia futuros, que se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza”.

Una definición más detallada se encuentra en el Portal Web DMedicina (2015), que refiere la ansiedad “como un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno”.

Seligman (2012) define la ansiedad como “una emoción caracterizada por un estado de desagradable agitación interna, a menudo acompañado de un comportamiento nervioso, como la sensación de estar yendo y viniendo, quejas somáticas y rumiación”.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo, debido a que se evidencian los comportamientos de las variables con el objeto de estudio; es correlacional, porque se pretende relacionar las variables: descanso y ansiedad.

Diseño de la investigación

El estudio es de diseño no experimental, porque no se realiza manipulación de las variables y transversal, debido a que es aplicado en un momento específico en el tiempo.

Población y muestra

La población queda constituida por personas de 16 a 35 años, quienes son feligreses de la IASD Villa Unión, durante el año 2015, además se encuentran estudiando durante el ciclo 2015 – II en la Universidad Peruana Unión, las cuales de acuerdo con ACMS (Adventist Church Management – Sistema de Administración de la Iglesia Adventista) forman un total de 2157 personas.

Tamaño de la muestra

Para conocer la cantidad de participantes del estudio, se ha estimado la muestra probabilística para una población finita, utilizando la fórmula del muestreo simple de Sierra-Bravo (1989).

Dónde:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- n = El tamaño de la muestra
- N = Total de la población
- $Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = Probabilidad de Éxito al 50% = 0.50
- $q = 1 - p$ = Probabilidad de Fracaso al 50% = $1 - 0.50 = 0.50$
- e = Error de estimación al 5% = 0.05

Remplazando:

$$n = \frac{2157 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{0.05^2 * (2157 - 1) + 1.96^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = 326$$

Aplicando el factor de corrección:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{326}{1 + \frac{326}{2157}} = 283$$

Para que esta investigación sea válida y confiable, la muestra queda conformada por 283 personas, mínimo, de una población de 2157 jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión.

Selección de los elementos de la muestra

Todos los feligreses jóvenes de la IASD Villa Unión podrán participar del estudio; sin embargo, se hizo el esfuerzo de recolectar como mínimo las encuestas de 290 personas. La distribución de las encuestas será generalizada y por conveniencia,

estas escalas serán distribuidas a personas que voluntariamente acepten ser partícipes del estudio hasta alcanzar, y de ser posible sobrepasar nuestra muestra.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son:

- Adventista del Séptimo Día bautizado.
- Tener entre 16 a 35 años de edad.

Los criterios de exclusión son:

- No ser Adventista del Séptimo Día.
- Ser menor de 15 años.

Consideraciones éticas

La identidad de todos los participantes en este estudio fue asegurada. No se recolectó nombres ni medio alguno de identificación. Cada uno de los participantes actuó guiado por su propia consciencia y voluntad. La información fue utilizada solamente para datos de investigación científica y no serán publicados en otros medios diferentes a estos.

Se consideró ampliamente el consentimiento informado antes de realizar las encuestas. Ninguna persona quedó lastimada por los procedimientos de recolección de datos. Se buscó la autorización de las entidades y/o personas responsables sobre los alumnos a ser investigados, para contar con todas las aprobaciones respectivas y no causar algún inconveniente sea el nivel que corresponda.

Definición y operacionalización de variables

Para efectos de este estudio se utilizarán las variables: descanso y ansiedad.

Variable predictora: el descanso.

Variable criterio: la ansiedad.

Operacionalización de variables

La variable descanso fue entendida como la capacidad para conciliar el sueño de manera natural.

Mientras que la variable ansiedad fue comprendida como mecanismos de respuesta ante un estímulo estresante o amenazante para la vida de un ser humano.

Instrumentos de colección de datos

Para determinar la variable descanso se utilizó como base el Inventario de Desórdenes del Sueño – IDS, la cual fue modificada para cubrir los requerimientos del presente estudio.

Ficha técnica Inventario de Desórdenes del Sueño

- Nombre de la Escala: Inventario de Desórdenes del Sueño – IDS (Español). Sleep Disorders Inventory – SDI (Inglés).
- Autores: Gary K. Zammit, Ph.D., Stephen Lund, M.D., Joseph Ghassibi, M.D., Kathleen Rice, Ph.D., & Jon Freeman, Ph.D.
- Año: 2010
- Procedencia: Estados Unidos
- Administración: Individual o Colectiva
- Número de ítems: 49
- Duración: 10 a 15 minutos aproximadamente

- Significación: Nivel del descanso, ambiente, hábitos, funcionamiento diurno, dificultad para iniciar y mantener el sueño, así como la calidad del mismo.
- Puntuación: Calificación manual

Para determinar la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). No se le realizó ninguna modificación.

Ficha técnica Inventario de Ansiedad de Beck

- Nombre de la Escala: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Autores: Aaron T. Beck y Robert A. Steer
- Año: 2011 – Última versión en español
- Procedencia: Estados Unidos
- Administración: Individual o Colectiva
- Número de ítems: 21
- Duración: 10 a 15 minutos aproximadamente
- Significación: Ansiedad afectiva – cognitiva y somática.
- Puntuación: Calificación manual

Validación del instrumento

Para lograr los objetivos de la presente investigación se solicitó el juicio de expertos en la materia para realizar la validez de contenido; quienes evaluaron la claridad, concisión y relevancia de los enunciados contenidos del instrumento modificado.

Luego se procedió a la aplicación de una prueba piloto en 30 jóvenes adventistas, quienes asisten a la Iglesia Villa Unión durante el ciclo 2015 – II; obteniendo resultados favorables para este estudio.

El Inventario de Desórdenes de Sueño Versión Modificada obtuvo un Coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de $\alpha = 0,863$, el cual, de acuerdo con la teoría, es un buen indicador de la consistencia interna de este instrumento de medición.

Se realizó el análisis de confiabilidad a cada uno de los ítems del inventario, para observar la consistencia interna de los mismos obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1.

Nivel de confiabilidad del instrumento: Inventario Desórdenes de Sueño Versión Modificada

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. ¿Hay algún aspecto de su entorno que parece generar un problema al dormir?	10,31	30,623	,410	,816
2. ¿Le molesta las condiciones de iluminación de su dormitorio mientras duerme?	10,20	30,979	,295	,820
3. ¿Está su dormitorio demasiado caliente o demasiado frío mientras duerme?	10,36	31,540	,241	,822
4. ¿Es su dormitorio demasiado húmedo o demasiado seco?	10,43	31,845	,216	,822
5. ¿Le molesta el ruido mientras duerme?	10,04	31,316	,219	,823
6. ¿Es su cama o sábana incómodas?	10,40	31,605	,253	,821
7. ¿Duermes con alguien más en la misma habitación o la misma cama?	10,08	32,257	,050	,829
8. Si es así, ¿Es molestado por los ronquidos o movimientos de aquella persona mientras duerme?	10,32	31,590	,212	,823
9. ¿Duerme en la misma cama con una mascota?	10,50	32,223	,175	,823
12. ¿Su hora de acostarse y levantarse varía día a día?	9,89	31,067	,288	,820
13. ¿Cambia su hora de acostarse y levantarse en los fines de semana o en días que no trabaja?	9,78	31,418	,262	,821

17. ¿Lee, mira televisión o participa en otras actividades, mientras está en la cama antes de dormir?	10,05	30,956	,285	,821
18. ¿Suele comer antes de meterse en la cama, o en la cama antes de la aparición del sueño?	10,22	31,112	,273	,821
19. ¿En general, se siente débil, somnoliento o fatigado al despertar por la mañana?	10,11	30,184	,431	,815
20. ¿En general, se siente fatigado durante todo el día?	10,32	30,245	,496	,814
21. ¿Se siente anímicamente bajo, irritable o ansioso durante el día?	10,32	30,268	,496	,814
22. ¿Tiene problemas de atención, concentración o memoria durante el día?	10,20	30,204	,445	,815
23. ¿Tiene dificultad para desempeñarse correctamente en situaciones sociales debido a la fatiga?	10,34	30,579	,442	,816
24. ¿Tiene dificultad para desempeñarse correctamente en el trabajo debido a la fatiga?	10,33	30,242	,505	,813
25. ¿Siente somnolencia durante el día?	10,24	30,289	,444	,815
26. ¿Siente que ha perdido la motivación para hacer las cosas, o que ha perdido interés o placer en actividades que antes disfrutaba?	10,24	30,545	,393	,817
27. ¿Ha disminuido su deseo sexual (libido)?	10,46	32,048	,182	,823
28. ¿Ha estado comiendo menos de lo normal, o ha perdido peso recientemente?	10,27	31,851	,142	,825
29. ¿Ha estado comiendo más de lo normal, o ha ganado peso recientemente?	10,21	31,601	,175	,825
30. ¿Tiende a caer dormido en situaciones sedentarias (por ejemplo, mientras ve la televisión, trabajando en una computadora, en las reuniones)?	10,19	30,761	,333	,819
31. ¿Se queda dormido estando en una habitación calurosa?	10,25	31,615	,184	,824
32. ¿Tiende a caer dormido en momentos inapropiados?	10,34	30,764	,398	,817
33. ¿Ha tenido un accidente de tráfico debido a la somnolencia o fatiga?	10,50	31,933	,294	,821
34. ¿Se siente incapacitado por somnolencia diurna o fatiga?	10,42	31,068	,403	,817
35. ¿Suele tomar siestas durante el día?	10,17	31,410	,209	,823
36. ¿Usualmente, tiene dificultad para conciliar el sueño?	10,37	30,774	,425	,816
37. ¿Tiende a despertarse durante la noche (después de haber quedado dormido)?	10,31	31,002	,327	,819

38. ¿Se despierta demasiado temprano y no puede volver a dormir?	10,40	31,397	,305	,820
39. ¿Siente que usted duerme demasiado "a la ligera?"	10,39	31,263	,325	,819
40. ¿Siente que su sueño no es reparador, no importa cuánto tiempo que usted duerme?	10,24	30,149	,471	,814

Queda demostrado, a través de este análisis, que cada uno de los ítems del Inventario de Desórdenes de Sueño Versión Modificada son válidos y confiables, indicando que la modificación del inventario original, realizada por el investigador mide adecuadamente el constructo Descanso utilizado este estudio.

Del mismo modo, el Inventario de Ansiedad de Beck obtuvo un Coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de $\alpha = 0,918$, lo cual es un excelente coeficiente de consistencia interna, de acuerdo con la teoría de la confiabilidad de los instrumentos.

Por otro lado, a pesar de que este inventario es ampliamente validado y utilizado por los profesionales de la salud mental y no se le realizó ninguna modificación de contenido por el autor de esta investigación, se le realizó un análisis de confiabilidad interna de rutina a cada uno de los ítems para observar la consistencia interna de los mismos.

Tabla 2

Nivel de confiabilidad del instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Torpe o entumecido	12,00	113,491	,514	,932
2. Acalorado	11,67	113,151	,491	,932
3. Con temblor en las piernas	12,18	112,383	,619	,930
4. Incapaz de relajarse	11,63	109,777	,610	,930
5. Con temor a que ocurra lo peor	11,73	107,794	,706	,928
6. Mareado, o que se le va la cabeza	11,91	111,400	,596	,930
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	12,05	111,862	,595	,930
8. Inestable	11,95	110,863	,665	,929
9. Atemorizado o asustado	11,96	109,808	,689	,929
10. Nervioso	11,64	109,040	,683	,929
11. Con sensación de bloqueo	11,92	109,312	,733	,928
12. Con temblores en las manos	12,22	113,095	,651	,930
13. Inquieto, inseguro	11,83	109,354	,687	,929
14. Con miedo a perder el control	12,00	110,204	,662	,929

15.	Con sensación de ahogo	12,31	114,526	,611	,931
16.	Con temor a morir	12,31	116,034	,483	,932
17.	Con miedo	11,92	110,354	,669	,929
18.	Con problemas digestivos	11,91	111,196	,556	,931
19.	Con desvanecimientos	12,26	114,365	,604	,931
20.	Con rubor facial	12,07	113,064	,545	,931
21.	Con sudores, fríos o calientes	12,04	113,372	,504	,932

Todos los ítems gozan una excelente consistencia interna, lo cual hace que el

Inventario de Ansiedad de Beck realmente mida el constructo ansiedad para la cual fue diseñado, validado y estandarizado.

Procedimiento para la recolección de datos

Se recolectó la información distribuyendo los instrumentos en las clases de escuela sabática de la Universidad Peruana Unión, un sábado del mes de octubre por la mañana. Cabe resaltar que se pidió la autorización a los líderes principales de la Iglesia Villa Unión, para ingresar en las aulas de escuela sabática y recoger la información de primera mano.

De este proceso se recolectaron más de 350 encuestas llenadas; sin embargo, debido a los requisitos contenidos en los criterios de inclusión / exclusión se obtuvo 290 instrumentos correctamente llenados y útiles para realizarles el tratamiento estadístico.

A pesar de que la muestra es de 283 personas, se decidió utilizar las 290 encuestas para aumentar la confiabilidad del estudio.

Plan de tabulación y análisis de los datos

Los datos recolectados fueron tabulados en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales v.23.0. SPSS en inglés, y el software Excel de Microsoft. Así mismo, se realizó el tratamiento estadístico de la data obtenida en el estudio, utilizando análisis estadísticos descriptivos e inferenciales.

Se resalta que el presente estudio fue realizado tomando como referente el valor $p > 0.05$ (95% de confiabilidad y 5% de error), para hallar el nivel de significancia, realizar la prueba de hipótesis y considerar la inferencia de las variables de estudio, así como un indicador para la toma de decisiones.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se describe cada uno de los resultados obtenidos, después de realizar el tratamiento estadístico de la data. Dependiendo de la naturaleza del análisis estadístico o los resultados, éstos serán presentados utilizando tablas, gráficos y figuras, dejando al criterio del investigador la manera más didáctica para el correcto entendimiento de la información encontrada.

Para facilitar la interpretación de los resultados, los datos son presentados de la siguiente manera:

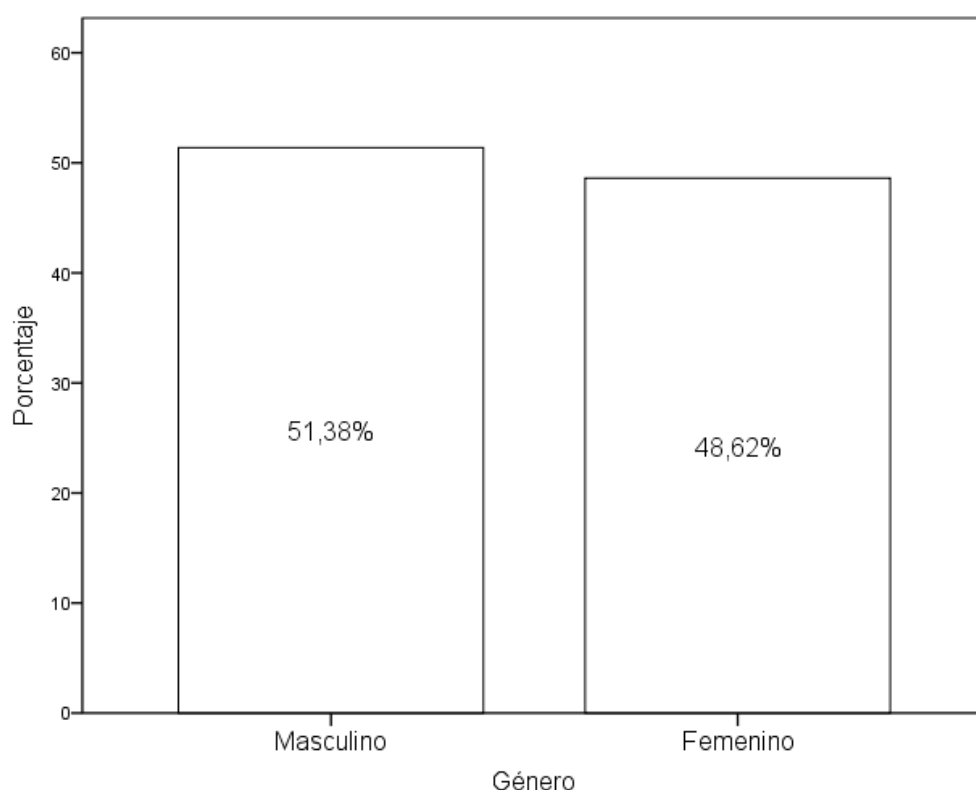
1. Frecuencias de respuestas para las variables socio demográficas: género, edad, procedencia, ciclo de estudio, estado civil y facultad.
2. Resultados generales de la variable: descanso y cada una de las dimensiones que la componen.
3. Resultados generales de la variable ansiedad y cada una de la dimensione que la componen.
4. Correlación entre la variable descanso y ansiedad
5. Pruebas de hipótesis: general y específicas.

Resultados de las variables sociodemográficas

En la figura 2 se observa que el 51,38% de la población encuestada corresponde a varones, en comparación con el 48,62% que son mujeres. Cabe resaltar que la muestra es casi homogénea en relación con el género de los participantes, lo cual es un indicador de que los resultados obtenidos en la presente investigación no

serán influenciados por las características individuales de los géneros en relación con el descanso y la ansiedad. Todos los resultados podrán ser aplicados tanto a varones y a mujeres por igual.

Figura 2. Género de los participantes

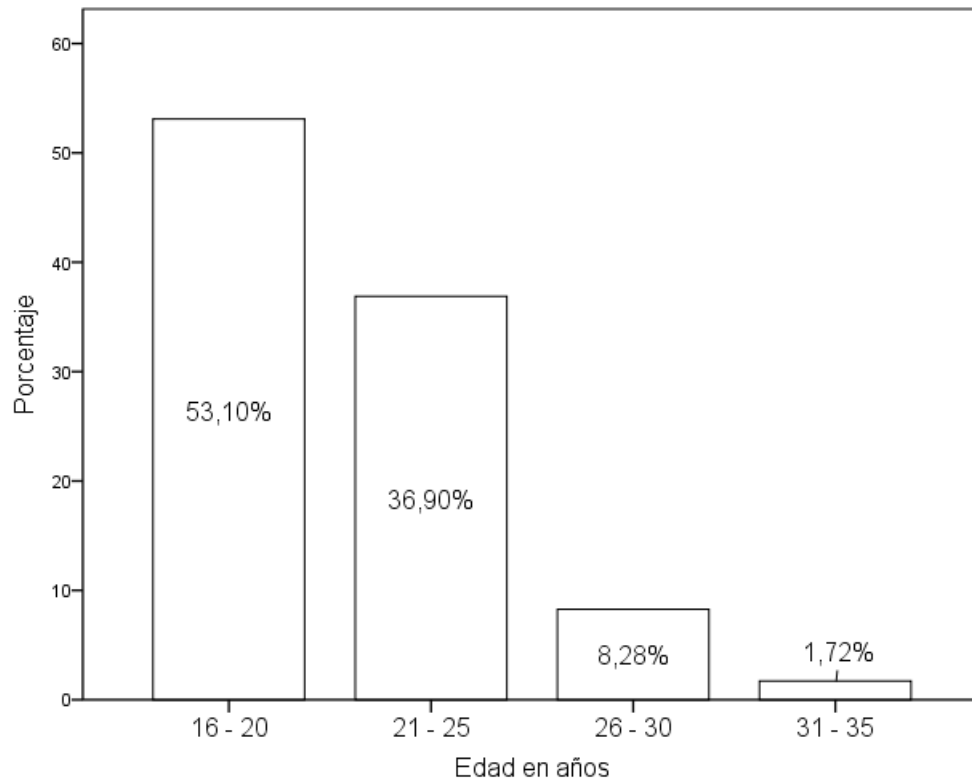


La figura 3 describe que el 53,10% de la muestra se encuentra en el rango de edades contenidas entre los 16 y 20 años, lo cual convierte a este grupo etario en el predominante para este estudio. Es resaltante que dentro de este rango de edades y en situaciones normales en el Perú, los jóvenes inician su vida universitaria.

El segundo grupo etario corresponde a las edades contenidas entre los 21 y 25 años, perteneciente al 36,90% de la muestra estudiada.

Por último, existen dos grupos etarios no tan predominantes; siendo el 8,28% las edades contenidas entre los 26 y 30 años; y el 1,72% las edades contenidas entre los 31 y 35 años.

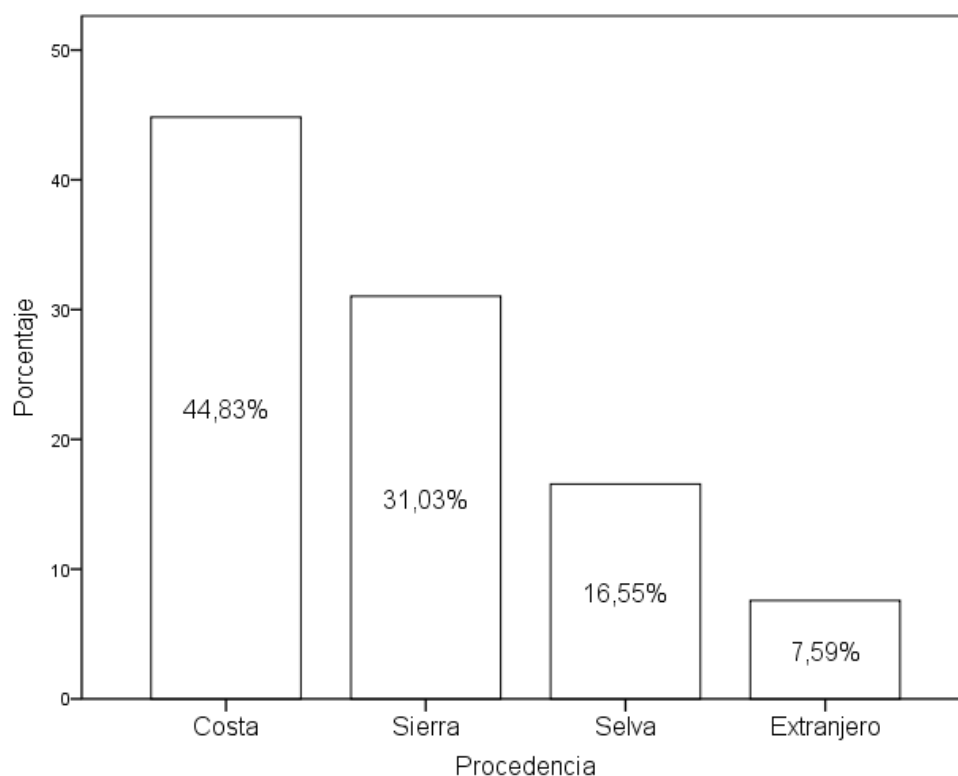
Figura 3. Edad de los participantes



En la figura 4 se observa el lugar de procedencia de los encuestados. Cabe resaltar que el Perú está dividido en tres regiones naturales conocidas: Costa, Sierra y Selva. De acuerdo con la figura, el 44,83% de los encuestados procede de la costa; el 31,03% procede de la sierra y el 16,55% procede de la selva.

Asimismo, una pequeña parte de la población correspondiente al 7,59% de la muestra estudiada procede de otros países.

Figura 4. Procedencia de los participantes

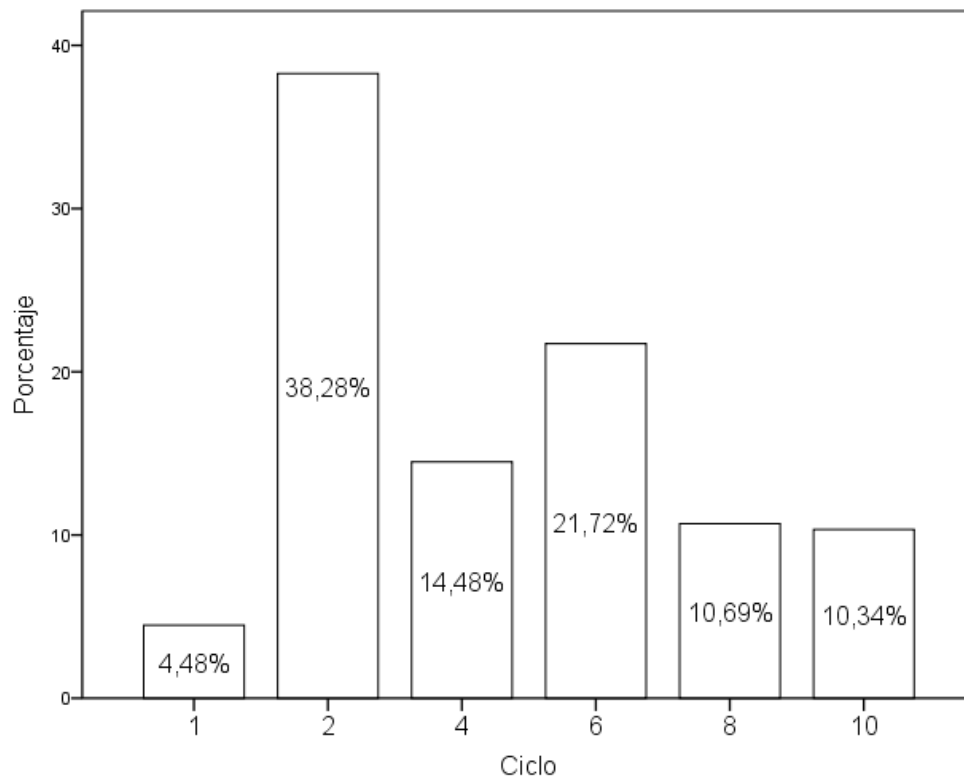


De acuerdo con la figura 5, la mayoría de la muestra, 38,28%, se encuentra estudiando el segundo ciclo académico, lo cual corresponde al primer año de estudios universitarios. Este porcentaje es seguido por el 21,72% que se encuentra en el sexto ciclo, tercer año de estudios.

En una proporción un menor, el 14,48% corresponde al cuarto ciclo, segundo año de estudios; el 10,69% corresponde al octavo ciclo, cuarto año de estudios; el 10,34% al décimo ciclo, quinto año de estudios.

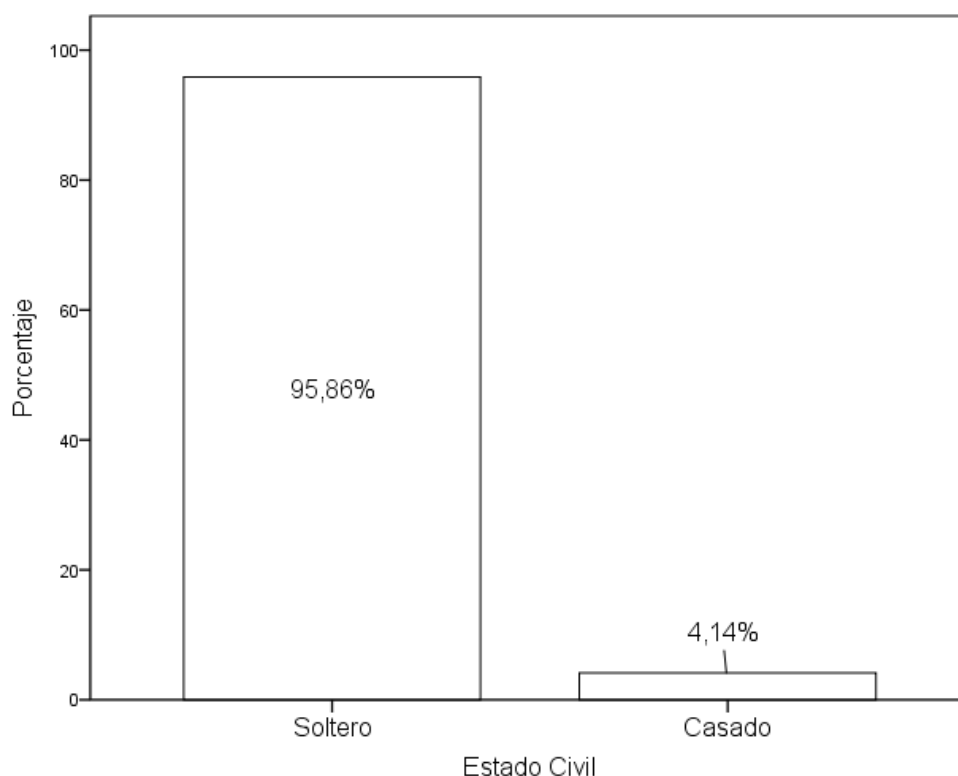
La menor cantidad es 4,48%, los cuales son alumnos correspondientes al primer ciclo académico. Esto se debe a que al momento de aplicar los instrumentos los alumnos regulares se encontraban estudiando durante el ciclo académico 2015 – II, correspondiente a los ciclos pares (2, 4, 6 y 8); mientras que este grupo que tuvo su ingreso recientemente bajo programas especiales de la Universidad Peruana Unión.

Figura 5. Ciclo de estudios de los participantes



La figura 6 describe el estado civil de los participantes. El grupo mayoritario son los solteros con 95,86% de la muestra en comparación con el 4,14% de casados. Esta estadística también es congruente con la edad mayoritaria de los estudiantes como se vio en la figura 2.

Figura 6. Estado civil de los participantes

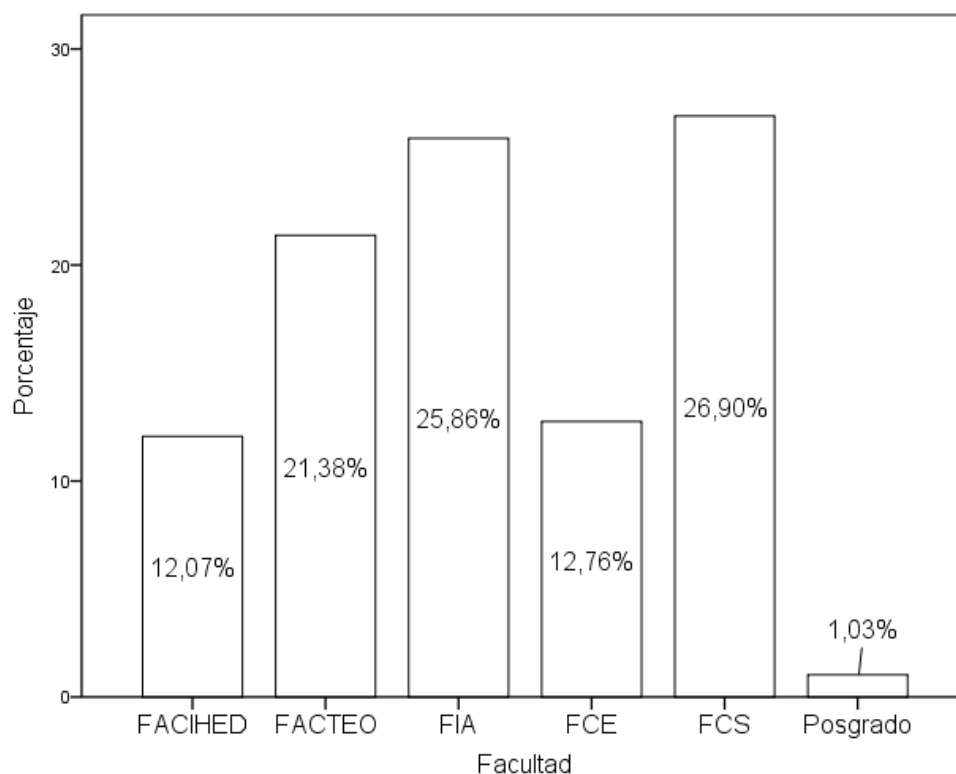


En la figura 7 se encuentra la distribución de la muestra por las facultades de estudio que componen la Universidad Peruana Unión de la cual los jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión forman parte.

El 12,07% pertenece a FACIHED: Facultad de Ciencias Humanas y Educación; el 21,38% pertenece a la FACTEO: Facultad de Teología; el 25,86% pertenece a la FIA: Facultad de Ingeniería y Arquitectura; el 12,76% pertenece a la FCE: Facultad de Ciencias Empresariales; el 26,90% pertenece la FCS: Facultad de Ciencias de la Salud; y el 1,03% pertenece a la Escuela de Posgrado.

Esta distribución es proporcional a la realidad propia de la Universidad Peruana Unión; en donde la Facultad de Ingeniería y Arquitectura y la Facultad de Ciencias de la Salud son las más grandes en el número de alumnos, quienes estudian en alguna de sus Escuelas Académicos Profesionales.

Figura 7. Facultad de los participantes



La Tabla 3 muestra que el 100% de los encuestados eran bautizados como Adventistas del Séptimo Día. Se debe resaltar que todos los encuestados eran Jóvenes Adventistas del Séptimo Día, quienes asisten a la Iglesia Villa Unión y cumplen los criterios de exclusión e inclusión previamente mencionados.

Tabla 3

Religión de los participantes

		Religión	
Bautizado	Sí	Adventista	Porcentaje
	Sí	290	100%
	Total	290	100%

Resultados de la variable descanso y sus dimensiones

En la tabla 4, se observa que un poco más de la tercera parte de los encuestados considera que el ambiente de descanso es adecuado en 37.9%. Mientras que una relevante proporción considera que el ambiente donde descansan es perturbador e inadecuado respectivamente en 31%.

Tabla 4

Ambiente o lugar de descanso

	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	110	37.9
Perturbador	90	31.0
Inadecuado	90	31.0
Total	290	100.0

En la tabla 5, se observa que la mayoría de los encuestados consideran que sus hábitos de dormir son malos en 54.5%. Mientras que la menor proporción los considera buenos en 16.9%.

Tabla 5

Hábitos de dormir

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	158	54.5
Moderado	83	28.6
Bueno	49	16.9
Total	290	100.0

En la Tabla 6, se observa que la mayoría de los encuestados se acuesta para descansar a las 22:00 horas (10:00 p.m.). de la noche en 45.5%. Mientras que la menor proporción lo hace a las 2 am en 1%. y el 31% lo hace alrededor de las 23:00 horas (11:00 p.m.).

Tabla 6

Hora de dormir de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje
21:00	40	13,8
22:00	132	45,5
23:00	90	31
00:00	19	6,6
01:00	6	2,1
02:00	3	1
Total	290	100

La Tabla 7 revela que el 10,3% de los participantes se levanta después de dormir alrededor de las 4:00 a.m.; el 32,6% alrededor de las 5:00 a.m.; y el grupo mayoritario, 34,5%, se levanta de dormir alrededor de las 6:00 a.m. En contraste existen cierta cantidad de personas cuyos ritmos de sueño son irregulares despertando antes de las 4:00 a.m. o después de las 7:00 a.m.

Tabla 7

Hora de levantarse

	Frecuencia	Porcentaje
1:00	2	0,7
2:00	1	0,4
3:00	9	3,1
4:00	30	10,3
5:00	95	32,6
6:00	100	34,5
7:00	35	12,1
8:00	13	4,5
9:00	4	1,4
10:00	1	0,4
Total	290	100,0

De acuerdo con los resultados contenidos en la Tabla 8, el 37,9% de participantes concilian el sueño dentro de los 5 primeros minutos luego de acostarse.

El 24,5% lo hace alrededor de los 6 a 10 minutos. Sin embargo, hay un grupo considerable que pasa entre 10 a 30 minutos (22,1% y 14,5% respectivamente) antes de dormir.

Tabla 8

Tiempo en conciliar el sueño

	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 5 minutos	110	37,9
De 6 a 10 minutos	71	24,5
De 11 a 20 minutos	64	22,1
De 21 a 30 minutos	42	14,5
De 31 minutos a 1 Hora	1	0,3
Inmediatamente al acostarse	2	0,7
Total	290	100,0

Los resultados de la Tabla 9 son considerables. El 52,1% descansa sin interrupciones durante su periodo regular de sueño. Sin embargo, el 28,3% y el 13,4% se despierta 1 vez y 2 veces respectivamente. Se resalta que despertarse una o dos veces durante el sueño es normal cuando ocurre aisladamente, sin embargo, cuando ocurre cotidianamente puede resultar problemático e inclusive patológico desencadenando en insomnio.

Tabla 9

Frecuencia de interrupción durante el sueño

	Frecuencia	Porcentaje
Sin interrupción	151	52,1
1 Vez	82	28,3
2 Veces	39	13,4
3 Veces	14	4,8
4 Veces	2	0,7
5 Veces	1	0,3
10 Veces	1	0,3
Total	290	100,0

En la tabla 10, se observa que la mayoría de los encuestados presenta funcionamiento diurno estable malo en 44.8%. Mientras que la menor proporción presenta funcionamiento diurno inestable en 26.9%.

Tabla 10

Funcionamiento Diurno de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje
Estable	130	44.8
Perturbado	78	26.9
Inestable	82	28.3
Total	290	100.0

La Tabla 11 muestra la cantidad regular de horas de sueño de los participantes de este estudio. El grupo mayoritario, el 34,8%, duerme un promedio de siete horas diarias. El 31% duerme seis horas y sólo un 19,3% duerme las 8 horas normales de sueño. Dentro de esta muestra existe cierto grupo que duerme menos de siete y más de ocho horas; sin embargo, no son predominantes o influyentes a los fines de este estudio.

Tabla 11

Resultado de los Hábitos: Cantidad de horas de sueño

	Frecuencia	Porcentaje
3 Horas	2	0,7
4 Horas	10	3,4
5 Horas	20	6,9
6 Horas	90	31,0
7 Horas	101	34,8
8 Horas	56	19,3
9 Horas	5	1,7
10 Horas	4	1,4
11 Horas	1	0,3
12 Horas	1	0,3
Total	290	100,0

En la tabla 12, se observa que la mayoría de los encuestados presenta funcionamiento diurno estable malo en 44.8%. Mientras que la menor proporción presenta funcionamiento diurno inestable en 26.9%.

Tabla 12

Resultado del funcionamiento diurno

	Frecuencia	Porcentaje
Estable	130	44.8
Perturbado	78	26.9
Inestable	82	28.3
Total	290	100.0

El resultado de la Tabla 12 muestra la respuesta a la pregunta: ¿Siente que su sueño no es reparador, no importa cuánto tiempo que usted duerme? Se revela que el 67,6% considera que su sueño es reparador a pesar de las horas de sueño que tuvieron; en contraste con el 32,4% que no siente que su sueño sea reparador, lo cual les acarrea ciertas dificultades en el funcionamiento diurno como las descritas anteriormente en la Tabla 12.

Tabla 13

Percepción sobre su calidad de sueño

	Frecuencia	Porcentaje
Si es reparador	196	67,6
No es reparador	94	32,4
Total	290	100,0

En la tabla 14, se observa que la mayoría de los encuestados no presenta dificultades en cuanto a la calidad y capacidad, para iniciar y mantener el sueño en 50.7%. Mientras que la menor proporción presenta dificultades graves en 20.3%.

Tabla 14

Nivel de calidad y capacidad para iniciar y mantener el sueño: los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta dificultades	147	50.7
Presenta algunas dificultades	84	29.0
Presenta dificultades críticas	59	20.3
Total	290	100.0

En la tabla 15, se observa que la mayoría de los encuestados tiene un descanso adecuado en 40.7%. Mientras que la menor proporción tiene un descanso perturbador en 28.3%.

Tabla 15

Nivel de descanso de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	118	40.7
Perturbador	82	28.3
Inadecuado	90	31.0
Total	290	100.0

Resultados de la variable ansiedad y sus dimensiones

En la tabla 16, se observa que la mayoría de los encuestados presenta ansiedad afectivo-cognitivo leve, en 42.8%. Mientras que la menor proporción presenta ansiedad afectivo-cognitivo moderada y grave respectivamente en 28.6%.

Tabla 16

Nivel de ansiedad afectivo-cognitivo de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	124	42.8
Moderado	83	28.6
Grave	83	28.6
Total	290	100.0

En la tabla 17, se observa que la mayoría de los encuestados presenta ansiedad somática leve en 38.6%. Mientras que la menor proporción presenta ansiedad somática moderada y grave respectivamente en 30.7%.

Tabla 17

Nivel de ansiedad somática de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	112	38.6
Moderado	89	30.7
Grave	89	30.7
Total	290	100.0

En la tabla 18, se observa que la mayoría de los encuestados presenta ansiedad leve en 36.9%. Mientras que la menor proporción presenta ansiedad moderada y grave respectivamente en 30.3%.

Tabla 18

Nivel de ansiedad de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	107	36.9
Moderado	88	30.3
Grave	95	32.8
Total	290	100.0

En la tabla 19, se observa que la mayoría de los encuestados que presentan un descanso adecuado son del género masculino (43,0%), tienen de 30 a 35 años (100,0%), provienen de la sierra (54,4%), no es bautizado (50,0%), cursa el 6 ciclo (46,0%), son casados (75,0%), pertenece al posgrado (66,7%). Mientras que la mayoría de los encuestados que presentan un descanso inadecuado son del género femenino (31,9%), es menor a 18 años (40,0%), provienen de la Costa (36,9%), no es bautizado (50,0%), cursa el 4 ciclo (47,6%), es Soltero (32,0%), pertenece a la FCS (35,9%)

Tabla 19

Nivel de descanso según variables sociodemográficas

		Descanso							
		Inadecuado		Perturbador		Adecuado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Femenino	45	31,9%	42	29,8%	54	38,3%	141	100,0%
	Masculino	45	30,2%	40	26,8%	64	43,0%	149	100,0%
	Total	90	31,0%	82	28,3%	118	40,7%	290	100,0%
Edad	De 30 a 35 años	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%	6	100,0%
	De 18 a 29 años	82	31,1%	77	29,2%	105	39,8%	264	100,0%
	Menor a 18 años	8	40,0%	5	25,0%	7	35,0%	20	100,0%
	Total	90	31,0%	82	28,3%	118	40,7%	290	100,0%
Procedencia	Extranjero	3	13,6%	9	40,9%	10	45,5%	22	100,0%
	Selva	16	33,3%	15	31,3%	17	35,4%	48	100,0%
	Sierra	23	25,6%	18	20,0%	49	54,4%	90	100,0%
	Costa	48	36,9%	40	30,8%	42	32,3%	130	100,0%
	Total	90	31,0%	82	28,3%	118	40,7%	290	100,0%
Bautizado	No	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
	Sí	89	30,9%	82	28,5%	117	40,6%	288	100,0%
	Total	90	31,0%	82	28,3%	118	40,7%	290	100,0%
Ciclo	10 ciclo	9	30,0%	10	33,3%	11	36,7%	30	100,0%
	8 ciclo	11	35,5%	6	19,4%	14	45,2%	31	100,0%
	6 ciclo	19	30,2%	15	23,8%	29	46,0%	63	100,0%
	4 ciclo	20	47,6%	8	19,0%	14	33,3%	42	100,0%
	2 ciclo	27	24,3%	38	34,2%	46	41,4%	111	100,0%
	1 ciclo	4	30,8%	5	38,5%	4	30,8%	13	100,0%
	Total	90	31,0%	82	28,3%	118	40,7%	290	100,0%
Estado Civil	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Viudo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Casado	1	8,3%	2	16,7%	9	75,0%	12	100,0%
	Soltero	89	32,0%	80	28,8%	109	39,2%	278	100,0%
	Total	90	31,0%	82	28,3%	118	40,7%	290	100,0%
Facultad	Posgrado	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%
	FCS	28	35,9%	19	24,4%	31	39,7%	78	100,0%
	FCE	14	37,8%	11	29,7%	12	32,4%	37	100,0%
	FIA	22	29,3%	27	36,0%	26	34,7%	75	100,0%
	FACTEO	14	22,6%	15	24,2%	33	53,2%	62	100,0%
	FACIHED	12	34,3%	9	25,7%	14	40,0%	35	100,0%
	Total	90	31,0%	82	28,3%	118	40,7%	290	100,0%

En la tabla 20, se observa que la mayoría de los encuestados que presentan ansiedad grave son del género femenino (34%), es menor a 18 años (65%), provienen de la costa (35,4%), es bautizado (33%), cursa, el 1er ciclo (38,5%), es soltero, (34,2%), pertenece la FCE (45,9%).

Mientras que la mayoría de los encuestados que presentan ansiedad leve son del género Masculino (44,3%), tiene de 30 a 35 años (100%), provienen del extranjero (45,5%), no es bautizado (100%), cursa el 10 ciclo (46,7%), es Casado (91,7%), pertenece a Posgrado (100%).

Tabla 20

Nivel de ansiedad según variables sociodemográficas

		Ansiedad							
		Leve		Moderado		Grave		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Femenino	41	29,1%	52	36,9%	48	34,0%	141	100,0%
	Masculino	66	44,3%	36	24,2%	47	31,5%	149	100,0%
	Total	107	36,9%	88	30,3%	95	32,8%	290	100,0%
Edad	De 30 a 35 años	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	De 18 a 29 años	100	37,9%	82	31,1%	82	31,1%	264	100,0%
	Menor a 18 años	1	5,0%	6	30,0%	13	65,0%	20	100,0%
	Total	107	36,9%	88	30,3%	95	32,8%	290	100,0%
Procedencia	Extranjero	10	45,5%	6	27,3%	6	27,3%	22	100,0%
	Selva	20	41,7%	15	31,3%	13	27,1%	48	100,0%
	Sierra	38	42,2%	22	24,4%	30	33,3%	90	100,0%
	Costa	39	30,0%	45	34,6%	46	35,4%	130	100,0%
	Total	107	36,9%	88	30,3%	95	32,8%	290	100,0%
Bautizado	No	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
	Sí	105	36,5%	88	30,6%	95	33,0%	288	100,0%
	Total	107	36,9%	88	30,3%	95	32,8%	290	100,0%
Ciclo	10 ciclo	14	46,7%	8	26,7%	8	26,7%	30	100,0%
	8 ciclo	11	35,5%	12	38,7%	8	25,8%	31	100,0%
	6 ciclo	25	39,7%	16	25,4%	22	34,9%	63	100,0%
	4 ciclo	15	35,7%	11	26,2%	16	38,1%	42	100,0%
	2 ciclo	37	33,3%	38	34,2%	36	32,4%	111	100,0%
	1 ciclo	5	38,5%	3	23,1%	5	38,5%	13	100,0%
	Total	107	36,9%	88	30,3%	95	32,8%	290	100,0%
Estado Civil	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Viudo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Casado	11	91,7%	1	8,3%	0	0,0%	12	100,0%
	Soltero	96	34,5%	87	31,3%	95	34,2%	278	100,0%
	Total	107	36,9%	88	30,3%	95	32,8%	290	100,0%
Facultad	Posgrado	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	FCS	32	41,0%	26	33,3%	20	25,6%	78	100,0%
	FCE	13	35,1%	7	18,9%	17	45,9%	37	100,0%
	FIA	19	25,3%	22	29,3%	34	45,3%	75	100,0%
	FACTEO	32	51,6%	18	29,0%	12	19,4%	62	100,0%
	FACIHED	8	22,9%	15	42,9%	12	34,3%	35	100,0%
	Total	107	36,9%	88	30,3%	95	32,8%	290	100,0%

Análisis inferencial

Hipótesis general

Ho: El descanso no se relaciona con los niveles de ansiedad en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Ha: El descanso se relaciona con los niveles de ansiedad en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 21, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad leve en 72%. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad alta en 55.8%. Por otro lado, el modelo estadístico *Rho Spearman* reporta un coeficiente de correlación de 0.510, con p valor = 0.000 dónde $p < \alpha$ (0.05), lo cual indica que la correlación es moderada, indirecta y significativa. Es decir, cuanto más inadecuado es el descanso, la ansiedad alcanza un nivel más alto. Asimismo, el *Coeficiente Chi-cuadrado* = 87,991. $Gl = 4$. $Sig. = ,000$. Lo que confirma la asociación entre las variables.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se toma la decisión de aceptar hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que el descanso se relaciona indirecta y significativamente con los niveles de ansiedad en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Tabla 21

Coeficiente de correlación del Descanso con la ansiedad

		Descanso							
		Adecuado		Perturbador		Inadecuado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad	Alta	12	12,6%	30	31,6%	53	55,8%	95	100,0%
	Moderado	29	33,0%	36	40,9%	23	26,1%	88	100,0%
	Leve	77	72,0%	16	15,0%	14	13,1%	107	100,0%
	Total	118	40,7%	82	28,3%	90	31,0%	290	100,0%

Coeficiente Chi-cuadrado = 87,991. $Gl = 4$. $Sig. = ,000$
Coeficiente de correlación Rho Spearman = ,510** $p = ,000 < .05$
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Hipótesis específica 1

H_0 : El descanso No se relaciona con los niveles de ansiedad afectiva – cognitiva en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Ha: El descanso se relaciona con los niveles de ansiedad afectiva – cognitiva en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 22, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad afectivo-cognitivo leve en 68.5%. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad afectivo-cognitivo alta en 54.2%. Por otro lado, el modelo estadístico *Rho Spearman* reporta un coeficiente de correlación de 0.490, con p valor = 0.000 donde $p < \alpha$ (0.05), lo cual indica que la correlación es moderada, indirecta y significativa. Es decir, cuanto más inadecuado es el descanso, la ansiedad afectivo-cognitivo alcanza un nivel más alto. Asimismo, el *Coeficiente Chi-cuadrado* = 81,916. $Gl = 4$. $Sig. = ,000$. Lo que confirma la asociación entre las variables.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se toma la decisión de aceptar hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que el descanso se relaciona con los niveles de ansiedad afectiva – cognitiva en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Tabla 22

Coeficiente de correlación del Descanso con la ansiedad afectivo-cognitivo

		Descanso							
		Adecuado		Perturbador		Inadecuado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Afectivo- Cognitivo	Alta	8	9,6%	30	36,1%	45	54,2%	83	100,0%
	Moderado	25	30,1%	33	39,8%	25	30,1%	83	100,0%
	Leve	85	68,5%	19	15,3%	20	16,1%	124	100,0%
	Total	118	40,7%	82	28,3%	90	31,0%	290	100,0%

Coeficiente Chi-cuadrado = 81,916. $Gl = 4$. $Sig. = ,000$

Coeficiente de correlación Rho Spearman = ,490** $p = ,000 < .05$

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Hipótesis específica 2

Ho: El descanso No se relaciona significativamente en los niveles de ansiedad somática en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Ha: El descanso se relaciona significativamente en los niveles de ansiedad somática en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 23, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad somática leve en 70.5%. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad somática alta en 53.9%. Por otro lado, el modelo estadístico *Rho Spearman* reporta un coeficiente de correlación de 0.494, con p valor = 0.000 dónde $p < \alpha$ (0.05), lo cual indica que la correlación es moderada, indirecta y significativa. Es decir, cuanto más inadecuado es el descanso, la ansiedad alcanza un nivel más alto. Asimismo, *Coeficiente Chi-cuadrado* = 78,727. Gl = 4. Sig. = ,000. Lo que confirma la asociación entre las variables.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se toma la decisión de aceptar hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que el descanso se relaciona significativamente en los niveles de ansiedad somática en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015.

Tabla 23

Coeficiente de correlación del Descanso con la ansiedad Somático de los encuestados

		Descanso							
		Adecuado		Perturbador		Inadecuado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Somático	Grave	13	14,6%	28	31,5%	48	53,9%	89	100,0%
	Moderado	26	29,2%	34	38,2%	29	32,6%	89	100,0%
	Leve	79	70,5%	20	17,9%	13	11,6%	112	100,0%
	Total	118	40,7%	82	28,3%	90	31,0%	290	100,0%

Coeficiente Chi-cuadrado = 78,727. Gl = 4. Sig. = ,000

Coeficiente de correlación Rho Spearman = ,494** $p = ,000 < .05$

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Discusión de resultados

El objetivo de esta investigación fue encontrar la relación existente entre el descanso con los niveles de ansiedad, en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, el año 2015. Hallándose una correlación media, indirecta y significativa. Es decir, cuanto más inadecuado es el descanso, la ansiedad alcanza un nivel más alto. Dicho de otro modo, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad leve en 72%. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad alta en 55.8%. Por lo cual se concluye que el descanso se relaciona indirecta y significativamente con los niveles de ansiedad en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión.

Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Bijsterbosch et al. (2014), en los cuales mencionaron que cuando el proceso del sueño o descanso es interrumpido o alterado aumenta considerablemente la ansiedad y sus dimensiones, las cuales desencadenan síntomas somáticos que alteran el correcto funcionamiento de nuestro organismo.

En complemento, es importante resaltar aspectos sociodemográficas que se deberían contrastar con el resultado en primer término con el género; tanto hombres (51,38%) y mujeres (48,62%) fueron proporcionalmente casi iguales, lo cual revela que ambos géneros tienen los mismos hábitos inadecuados de descanso que vienen generando ansiedad alta. Además que el 53.10% un poco más de la mitad son adolescentes (16-20 años) y un 36,90 % (21-25 años), esto describe que cuanto menor es la edad, mayor es el descanso inadecuado y más alto el nivel de ansiedad.

También se puede verificar en los datos descriptivos de región de procedencia que los de costa (44,83%) podrían venir arrastrando hábitos nocivos de descanso y menores estrategias, para manejar la ansiedad, lo cual revela los altos índices de ansiedad que presente los estudiantes. Asimismo, los alumnos del segundo semestre (38,28%) presentan niveles de

descanso inadecuado y mayores índices de ansiedad, un aspecto a tomar en cuenta que estarían revelando la sobrecarga académica u otros factores.

Estos resultados contrastan con un estudio realizado por Flo et al. (2014), que enfatiza que los cortos periodos de descanso que las enfermeras tenían durante sus rotaciones y turnos afectaban a largo plazo la calidad del sueño y las predisponía a sufrir de enfermedades crónicas, tanto físicas como psicológicas, por lo que la falta de descanso era el factor principal para mantenerlas ansiosas e irritables.

De la misma forma, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad afectivo-cognitivo leve en 68.5%. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad afectivo-cognitivo alta en 54.2%. Lo cual evidencia la correlación media indirecta y significativa. Es decir, cuanto más inadecuado es el descanso, la ansiedad afectivo-cognitivo alcanza un nivel más alta. Dicho de otro modo, cuando los estudiantes no descansan adecuadamente se presentan un comportamiento ansioso afectivo cognitivo revelado en una conducta torpe o entumecido, acalorado, con temblor en las piernas, incapaz de relajarse, con temor a que ocurra lo peor, mareado, o que se le va la cabeza; además de latidos del corazón fuertes y acelerados, inestable, atemorizado o asustado, nervioso.

Igualmente, cuando el descanso de los estudiantes es adecuado, se presenta ansiedad somática leve en 70.5%. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad somática alta en 53.9%. Lo cual es corroborado con una correlación media, indirecta y significativa. Es decir, cuanto más inadecuado es el descanso, la ansiedad alcanza un nivel más alto. Dicho de otro modo, cuando los estudiantes no descansan adecuadamente se presentan un comportamiento ansioso somáticamente revelado en una conducta con sensación de bloqueo, temblores en las manos, Inquieto, inseguro, con miedo a perder el control; además de la sensación de ahogo, temor a morir, miedo, con problemas digestivos, desvanecimientos, rubor facial, sudores fríos o calientes.

En la investigación *La Efectividad de la Psicoeducación y la Desensibilización Sistemática en Reducir los Niveles de Ansiedad Probada en Estudiantes del 1er Año de Farmacia*, realizada en una muestra de 236 estudiantes de farmacia de la International Medical University en Malasia; Rajiah y Saravanan (2014) concluyeron que la desensibilización sistemática y la psicoeducación son estrategias o recursos útiles para disminuir los niveles de ansiedad entre estudiantes. Numerosos estudiantes se recuperaron de cuadros ansiosos, luego de aplicar estas estrategias y mejoraron de esta manera su desempeño general en otras áreas de la vida académica y personal.

Alvares et al. (2013), en el estudio titulado *Variabilidad del Ritmo Cardíaco Reducido en el Desorden de Ansiedad Social*, realizado en 53 personas voluntarias, quienes fueron evaluadas con el Anxiety Disorders Interview Schedule for Adults, concluyeron que ciertos aspectos de género aumentaban la ansiedad social convirtiéndola en un problema psicológico serio que afecta la vida cotidiana de las personas. Por otro lado, a través de un amplio estudio llamado *Efectos de la Meditación Natural de Liberación del Estrés Sobre el Rasgo Ansiedad*, realizado por Coppola (2007), quien concluyó que la meditación de liberación del estrés es una herramienta sumamente efectiva contra los diferentes tipos de ansiedad, su utilización facilitaba el manejo y control de los niveles ansiosos en los pacientes.

Así mismo, en el estudio: *Una Investigación de la Prevalencia del Insomnio en Estudiantes Universitarios y su Relación con el Rasgo Ansiedad*, realizado por Sadigh, Himmanen y Scepansky (2014) en 25 estudiantes universitarios con el cuestionario Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory, concluyeron que la ansiedad tiene relevancia significativa en la aparición del insomnio en estudiantes universitarios y que la resolución personal del problema se debe a la configuración de sus rasgos propios de personalidad y al manejo que puedan hacer de sus recursos personales internos. De acuerdo con el estudio,

cada persona es capaz de manejar sus propios recursos, para reducir sus niveles ansiosos y de esta forma librarse de problemas como el insomnio.

Tierney, Strait y Kraus (2013) identificaron que el apropiado descanso aumentaba el desempeño escolar y la habilidad lectora en adolescentes; de igual modo, Raglin y Morgan (1987) en su estudio *Influencia del Ejercicio y el Descanso Adecuado en el Estado Ansioso y Presión Sanguínea*, realizado en 15 estudiantes universitarios a través de evaluaciones experimentales y pruebas de resistencia física, encontraron que el ejercicio y el descanso son dos actividades que influyen grandemente en la disminución de la ansiedad, presión sanguínea y otros factores físicos y emocionales en estudiantes universitarios.

Finalmente, se evidencia a través de la presente investigación que mientras se mantiene un mejor descanso al dormir se presentará menores niveles de ansiedad un aspecto que contribuirá en un mejor rendimiento académico y una efectividad en la vida cotidiana.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Primera conclusión. El descanso se relaciona indirecta y significativamente con los niveles de ansiedad, en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015. Es decir, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad leve. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad grave. Y se cumple que $p=0.000 < \alpha (0.05)$.

Segunda conclusión. El descanso se relaciona con los niveles de ansiedad afectiva – cognitiva, en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015. Es decir, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad afectivo-cognitivo leve. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad afectivo-cognitivo grave. Y se cumple que $p=0.000 < \alpha (0.05)$.

Tercera conclusión. El descanso se relaciona significativamente en los niveles de ansiedad somática, en jóvenes adventistas de la iglesia Villa Unión, Lima, Perú, 2015. Es decir, cuando el descanso de los encuestados es adecuado, se presenta ansiedad somática leve. Y cuando el descanso de los encuestados es inadecuado, se presenta ansiedad somática grave. Y se cumple que $p=0.000 < \alpha (0.05)$.

Recomendaciones

Al finalizar el presente trabajo de investigación, se sugieren las siguientes recomendaciones, construidas sobre la experiencia y los resultados obtenidos.

Se recomienda realizar esta investigación englobando la población total de los jóvenes adventistas de la Iglesia Villa Unión, para que de esta manera se obtenga un resultado general y más fino de las variables estudiadas. Debido a que mientras mayor sea la población estudiada, existirá más confiabilidad y menor rango para error.

Realizar una investigación similar en los jóvenes adventistas de la Iglesia Villa Unión de las filiales de la Universidad Peruana Unión, Tarapoto y Juliaca y contrastar los resultados.

Evaluar la influencia de la variable socioeconómica, ya que no fue analizada en este estudio y observar su comportamiento en relación con las variables utilizadas.

Analizar el rendimiento académico de los estudiantes y la relación que existe con las variables de estudio.

Mediante los datos obtenidos, crear un programa de cambio conductual para los hábitos de descanso en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, donde reciban entrenamiento sobre métodos y técnicas de relajación y manejo del estrés y ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvares, G., Quintana, D., Kemp, A., Van Zwieten, A., Balleine, B., Hickie, I. and Guastella, A. (2013). *Reduced Heart Rate Variability in Social Anxiety Disorder: Associations with Gender and Symptom Severity*. PLoS ONE, 8(7), p.e. 70468.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Asociación Americana del Sueño (2015). “*Sleep: A Dynamic Activity*”. American Sleep Association ® © 2015. All Rights Reserved. Recuperado de <https://www.sleepassociation.org/patients-general-public/what-is-sleep/> el 10 de diciembre del 2015.
- Asociación Ministerial de la Asociación General de los Adventistas del Séptimo Día. *Creencias de los Adventistas del Séptimo Día*. 1 ed. Florida: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2007.
- Barth, A. (2009, April). *Sleeping it off*. Discover, 14.
- Bijsterbosch, J., Smith, S., Forster, S., John, O. and Bishop, S. (2014). *Resting State Correlates of Subdimensions of Anxious Affect*. Journal of Cognitive Neuroscience, 26(4), pp.914-926.
- Coppola, F. (2007). Effects Of Natural Stress Relief Meditation On Trait Anxiety: A Pilot Study 1. Psychological Reports, 101(1), pp.130-134.
- Cornejo, Claudia (2012). Control psicológico y ansiedad rasgo en una muestra clínica de adultos tempranos. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Dement, W. C. (1999). The promise of sleep. New York: Random House.
- Denis, A., Michaux, P. and Callahan, S. (2012). Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30(2), pp.124-134.

- División de Medicina del Sueño de la Escuela de Medicina de Harvard (2007). *"The Characteristics Of Sleep | Healthy Sleep"*. N.p., 2007. Recuperado del <https://Healthysleep.med.harvard.edu> el 11 de diciembre del 2015.
- DMedicina.com (2015). La ansiedad, ¿Qué es?. Recuperado de <https://http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html> el 14 de Diciembre del 2015.
- Eichenlaub, J., Nicolas, A., Daltrozzo, J., Redouté, J., Costes, N. and Ruby, P. (2014). Resting Brain Activity Varies with Dream Recall Frequency Between Subjects. *Neuropsychopharmacology*, 39(7), pp.1594-1602.
- Flo, E., Pallesen, S., Moen, B., Waage, S. and Bjorvatn, B. (2014). Short rest periods between work shifts predict sleep and health problems in nurses at 1-year follow-up. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(8), pp.555-561.
- Frank, M. G. (2006). The function of sleep. In T. L. Lee-Chiong (Ed.), *Sleep: A comprehensive handbook* (pp. 45–48). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- García Cadena Cirilo H. (2006), "La medición en ciencias sociales y en la psicología"; en *Estadística con SPSS y metodología de la investigación de René Landeros Hernández y Mónica Gonzales Ramíres, México, Trillas.*
- Geiger, D. (2002). Cited in K. Cobb, Sleepy heads. *Science News*, 162, 38.
- Global Health Estimates (2014). Summary Tables: DALY by cause, age and sex, by World Health Organization, Region, 2000-2012.
- Gong, Q., Li, L., Du, M., Pettersson-Yeo, W., Crossley, N., Yang, X., Li, J., Huang, X. and Mechelli, A. (2013). Quantitative Prediction of Individual Psychopathology in Trauma Survivors Using Resting-State fMRI. *Neuropsychopharmacology*, 39(3), pp.681-687.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos

- de Ansiedad en Atención Primaria (2008). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud SNS: UETS N° 2006/10. 2008. Consultado el 5 de abril de 2015.
- Fernández, C., & Baptista, L. (2006). Metodología de la Investigación (4 ed.). México: McGraw-Hill.
- Horne, J. (1989). *Why We Sleep: The functions of sleep in humans and other mammals*. Oxford: Oxford University Press, USA.
- Instituto Nacional del Sueño (2012). National Institutes of Health “*Sleep Disorders & Insufficient Sleep: Improving Health through Research*”. Recuperado de <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/sleep> el 20 de diciembre del 2015.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2006). Estudios epidemiológicos de Salud Mental 2003 – 2006. Extraído de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/epidemiologia/sssm/sssm.html> el 20 de Diciembre del 2015.
- Irwin, M. R., Wang, M., Ribeiro, D., Cho, H. J., Olmstead, R., Breen, E. C., Martinez-Maza, O., & Cole, S. (2008). Sleep loss activates cellular inflammatory signaling. *Biological Psychiatry*, 64, 538–540.
- J. Alan Hobson, Edward F. Pace-Scott, & Robert Stickgold (2000), “Dreaming and the brain: Toward a cognitive neuroscience of conscious states”, *Behavioral and Brain Sciences* 23.
- Kohn, Robert, Levav, Itzhak, Almeida, José Miguel Caldas de, Vicente, Benjamín, Andrade, Laura, Caraveo-Anduaga, Jorge J., Saxena, Shekhar, & Saraceno, Benedetto. (2005). *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la*

- salud pública*. Revista Panamericana de Salud Pública, 18(4-5), 229-240. Accedido en diciembre 28, 2015, desde http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900002&lng=en&tlng=es
- Kato, M., Phillips, B. G., Sigurdsson, G., Narkiewicz, K., Pesek, C. A., & Somers, V. K. (2000). Effects of sleep deprivation on neural circulatory control. *Hypertension*, 35, 1173–1175.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. (2005). *Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. *Archives of General Psychiatry*, Junio 62(6):617-27.
- Kingwergs, Sandoval (2002). *Factores de riesgo relacionados con el insomnio: Aplicación del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (S.E.Vi.C.)*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM. Recuperado de
- Knutson, K. L., Spiegel, K., Penev, P., & Van Cauter, E. (2007). *The metabolic consequences of sleep deprivation*. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 163–178.
- Macmillan Dictionary for Students Macmillan, Pan Ltd. (1981), p. 936. Retrieved 1 October 2009.
- Ninds.nih.gov, (2015). Brain Basics: Understanding Sleep: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Accedido el 23 Junio 2015, de http://www.ninds.nih.gov/disorders/brain_basics/understanding_sleep.htm#dreaming
- Pandi-Perumal, S. R., Verster, J., Monti, J., & Langer, S. Z. (2008). *Sleep disorders: Diagnosis and therapeutics*. London: Informa Healthcare.
- Raglin, J. and Morgan, W. (1987). Influence of exercise and quiet rest on state anxiety and blood pressure. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 19(5), pp.456-463.
- Rajiah, K. and Saravanan, C. (2014). The Effectiveness of Psychoeducation and Systematic

- Desensitization to Reduce Test Anxiety Among First-year Pharmacy Students.
American Journal of Pharmaceutical Education, 78(9), p.163.
- Rama, A. N., Cho, C., & Kushida, C. A. (2006). Normal human sleep. In T. L. Lee-Chiong (Ed.), *Sleep: A comprehensive handbook* (pp. 3–10). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Ropper, A., & Samuels, M. (2009). *Adam's and Victor's principles of neurology* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Sadigh, M., Himmanen, S. and Scepansky, J. (2014). *An investigation of the prevalence of insomnia in college students and its relationship to trait anxiety*. College Student Journal, 48(3), pp.397-406.
- Schulz H (April 2008). "*Rethinking sleep analysis*". Journal of Clinical Sleep Medicine 4 (2): 99–103. PMC 2335403. PMID 18468306.
- Seligman (2012). *Abnormal psychology* (4th ed.). New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel, J. M. (2003, November). *Why we sleep*. Scientific American, 92–97.
- Sierra, Bravo. (1988). *Técnicas de investigación Social. Teoría y Ejercicios*. Editorial Paraninfo, Madrid.
- Stein, R. (2005). *Scientists finding out what losing sleep does to a body*. Washington Post, Washington DC, USA.
- Tierney, A., Strait, D. and Kraus, N. (2013). Resting gamma power is linked to reading ability in adolescents. *Developmental Science*, 17(1), pp.86-93.
- Trastornos del ritmo circadiano, información en Dmedicina. (2009, March 25). Recuperado Agosto 11, 2015.
- Vallejos, Silvia (2015). *Procrastinación académica y ansiedad frente a las evaluaciones en estudiantes universitarios*. Pontificia Universidad Católica del Peru. Lima.
- Van Cauter, E., Holmback, U., Knutson, K., Leproult, R., Miller, A., Nedeltcheva, A.,

- Pannain, S., Penev, P., Tasali, E., & Spiegel, K. (2007). Impact of sleep and sleep loss on neuroendocrine and metabolic function. *Hormone Research*, 67, 2–9.
- Wild, K., Scholz, M., Ropohl, A., Bräuer, L., Paulsen, F. and Burger, P. (2014). Strategies against Burnout and Anxiety in Medical Education – Implementation and Evaluation of a New Course on Relaxation Techniques (Relacs) for Medical Students. *PLoS ONE*, 9(12), p.e114967.
- World Health Organization (2015), *World health statistics 2015*, Luxembourg: Suisse.
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459–482.
- Yoo, S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F. A., & Walker, M. P. (2007). The human emotional brain without sleep — A prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology*, 17, 877–878.
- Zhao, L., Liu, J., Zhang, F., Dong, X., Peng, Y., Qin, W., Wu, F., Li, Y., Yuan, K., von Deneen, K., Gong, Q., Tang, Z. and Liang, F. (2014). Effects of Long-Term Acupuncture Treatment on Resting-State Brain Activity in Migraine Patients: A Randomized Controlled Trial on Active Acupoints and Inactive Acupoints. *PLoS ONE*, 9(6), p.e99538.

APÉNDICE A: CUESTIONARIO
CUESTIONARIO SOBRE EL DESCANSO Y LA ANSIEDAD

I.- INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente cuestionario es describir el descanso y la ansiedad, para ello conteste o complete las siguientes preguntas seleccionando la respuesta que mejor describa su situación, frecuencia o intereses personales. POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.

II.- INFORMACIÓN GENERAL – Encierre en un círculo y/o complete lo siguiente:

Género	M	F			E. Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	
Edad					Facultad	1	FACIHED			
Procedencia	Costa	Sierra	Selva	Extranjero		2	FACTEO			
Bautizado	Sí	No				3	FIA			
Religión						4	FCE			
Ciclo Estudio						5	FCS			
						6	Posgrado			

III.- ESCALA SOBRE EL SUEÑO – Marca la respuesta con una X y completa los espacios en blanco.

Nº	PREGUNTA	RESPUESTA	
1	¿Hay algo en tu dormitorio que te genere un problema al dormir?	Sí	No
2	¿Te molesta la iluminación de tu dormitorio mientras duermes?	Sí	No
3	¿Está tu dormitorio demasiado caliente o demasiado frío mientras duermes?	Sí	No
4	¿Es tu dormitorio demasiado húmedo o demasiado seco?	Sí	No
5	¿Te molesta el ruido mientras duermes?	Sí	No
6	¿Es tu cama o sábana incómoda?	Sí	No
7	¿Duermes con alguien más en la misma habitación o la misma cama?	Sí	No
8	Si es así, ¿Te molestan los ronquidos o movimientos de aquella persona mientras duermes?	Sí	No
9	¿Duermes en la misma cama con una mascota?	Sí	No
10	¿Cuál es tu hora habitual de acostarte (el tiempo de entrar a la cama)?		
11	¿Cuál es tu hora de levantarte (el tiempo de salir de la cama)?		
12	¿Tu hora de acostarte y/o levantarte varía diariamente?	Sí	No
13	¿Cambias tu hora de acostarte y/o levantarte los fines de semana o en días que no trabajas?	Sí	No
14	¿Cuántos minutos/horas suele llevarte conciliar sueño después de entrar en cama?		
15	¿Cuántas veces sueles despertarte mientras duermes?		
16	En promedio, ¿Cuántas horas duermes cada noche?		
17	¿Lees, miras televisión o haces algunas actividades, mientras estás en la cama antes de dormir?	Sí	No
18	¿Sueles comer antes de meterte en la cama, o en la cama antes de la aparición del sueño?	Sí	No
19	¿En general, te sientes débil, somnoliento o fatigado al despertar por la mañana?	Sí	No
20	¿En general, te sientes fatigado durante todo el día?	Sí	No
21	¿Te sientes anímicamente bajo, irritable o ansioso durante el día?	Sí	No

22	¿Tienes problemas de atención, concentración o memoria durante el día?	Sí	No
23	¿Tienes dificultades para desempeñarte correctamente en situaciones sociales debido a la fatiga?	Sí	No
24	¿Tienes dificultades para desempeñarte correctamente en el trabajo debido a la fatiga?	Sí	No
25	¿Sientes somnolencia durante el día?	Sí	No
26	¿Sientes que has perdido la motivación para hacer las cosas, o que has perdido interés o placer en actividades que antes disfrutabas?	Sí	No
27	¿Ha disminuido tu deseo sexual (libido)?	Sí	No
28	¿Has estado comiendo menos de lo normal, o has perdido peso recientemente?	Sí	No
29	¿Has estado comiendo más de lo normal, o has ganado peso recientemente?	Sí	No
30	¿Tiendes a caer dormido en situaciones sedentarias (por ejemplo, mientras ves la televisión, trabajando en una computadora, en las reuniones)?	Sí	No
31	¿Te quedas dormido estando en una habitación calurosa?	Sí	No
32	¿Tiendes a caer dormido en momentos inapropiados?	Sí	No
33	¿Has tenido un accidente de tráfico debido a la somnolencia o fatiga?	Sí	No
34	¿Te sientes incapacitado por la somnolencia diurna o fatiga?	Sí	No
35	¿Sueles tomar siestas durante el día?	Sí	No
36	¿Usualmente, tienes dificultad para conciliar el sueño?	Sí	No
37	¿Tiendes a despertarse durante la noche (después de haber quedado dormido)?	Sí	No
38	¿Te despiertas demasiado temprano y no puedes volver a dormir?	Sí	No
39	¿Sientes que duermes demasiado "a la ligera"? - Cualquier cosa te despierta	Sí	No
40	¿Sientes que tu sueño no es reparador, no importa cuánto tiempo que duermes?	Sí	No

IV.- ESCALA SOBRE LA ANSIEDAD – Marca la respuesta con una X.

Nº	Hoy o durante la semana, me he sentido...	Nada	Leve	Regular	Fuerte
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarme				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado, o que se me va la cabeza				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				

17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores, fríos o calientes				

APÉNDICE B: MATRIZ DE CONSISTENCIA
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Influencia del descanso en los niveles de ansiedad de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015				
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Tipo y Diseño de Investigación	Marco Teórico
¿En qué medida el descanso se relaciona con los niveles de ansiedad de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015?	Determinar la relación del descanso en los niveles de ansiedad en los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015	El descanso influye significativamente en los niveles de ansiedad de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015	Tipo: Descriptivo - Correlacional Diseño: No Experimental	-La variable descanso será entendida como la capacidad para conciliar el sueño de manera natural. '-La variable ansiedad será comprendida como mecanismos de respuesta ante un estímulo estresante o amenazante para la vida de un ser humano
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas		
¿Cuáles son los niveles de descanso de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015?	Determinar el nivel de descanso de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015			
¿Cuáles son los niveles de ansiedad de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015?	Determinar el nivel de ansiedad de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015.			
¿En qué medida el descanso se relaciona con los niveles de ansiedad afectiva - cognitiva de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015?	Determinar la relación del descanso en los niveles de ansiedad afectiva - cognitiva de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015	El descanso se relaciona significativamente en los niveles de ansiedad afectiva – cognitiva de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015		
¿En qué medida el descanso se relaciona con los niveles de ansiedad somática de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015?	Determinar la relación del descanso en los niveles de ansiedad somática de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015	El descanso se relaciona significativamente en los niveles de ansiedad somática de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015		

APENDICE C: MATRIZ INSTRUMENTAL
MATRIZ INSTRUMENTAL

TÍTULO					
Influencia del descanso en los niveles de ansiedad de los Jóvenes Adventistas de la Iglesia Villa Unión, Lima – Perú, 2015					
Variables	Dimensiones	Nº	Ítem	Valores	Instrumentos
Descanso	Ambiente	1	¿Hay algún aspecto de su entorno que parece generar un problema al dormir?	No 0 - Sí 1	• Nombre de la Escala: Inventario de Desórdenes del Sueño – IDS (Español). Sleep Disorders Inventory – SDI (Inglés). • Autores: Gary K. Zammit, Ph.D., Stephen Lund, M.D., Joseph Ghassibi, M.D., Kathleen Rice, Ph.D., & Jon Freeman, Ph.D. • Año: 2010 • Procedencia: Estados Unidos • Administración: Individual o Colectiva • Número de ítems: 49
		2	¿Le molesta las condiciones de iluminación de su dormitorio mientras duerme?	No 0 - Sí 1	
		3	¿Está su dormitorio demasiado caliente o demasiado frío mientras duerme?	No 0 - Sí 1	
		4	¿Es su dormitorio demasiado húmedo o demasiado seco?	No 0 - Sí 1	
		5	¿Le molesta el ruido mientras duerme?	No 0 - Sí 1	
		6	¿Es su cama o sábana incómodas?	No 0 - Sí 1	
		7	¿Duermes con alguien más en la misma habitación o la misma cama?	No 0 - Sí 1	
		8	Si es así, ¿Es molestado por los ronquidos o movimientos de aquella persona mientras duerme?	No 0 - Sí 1	
		9	¿Duermes en la misma cama con una mascota?	No 0 - Sí 1	
	Hábitos	10	¿Cuál es su hora habitual de acostarse (el tiempo de entrar en su cama)?	Abierta	
		11	¿Cuál es su tiempo de levantarse (el tiempo de salir de la cama)?	Abierta	
		12	¿Su hora de acostarse y levantarse varía día a día?	Abierta	
		13	¿Cambia su hora de acostarse y levantarse en los fines de semana o en días que no trabaja?	No 0 - Sí 1	
		14	¿Cuánto tiempo suele llevarle conciliar el sueño después de entrar en la cama?	Abierta	
		15	¿Cuántas veces suele despertarse durante el período de sueño?	Abierta	
		16	En promedio, ¿Cuánto tiempo diría usted que duerme cada noche?	Abierta	
		17	¿Lee, mira televisión o participa en otras actividades, mientras está en la cama antes de dormir?	No 0 - Sí 1	
		18	¿Suele comer antes de meterse en la cama, o en la cama antes de la aparición del sueño?	No 0 - Sí 1	
	Funcionamiento Diurno	19	¿En general, se siente débil, somnoliento o fatigado al despertar por la mañana?	No 0 - Sí 1	
		20	¿En general, se siente fatigado durante todo el día?	No 0 - Sí 1	
		21	¿Se siente anímicamente bajo, irritable o ansioso durante el día?	No 0 - Sí 1	

		22	¿Tiene problemas de atención, concentración o memoria durante el día?	No 0 - Sí 1	• Duración: 10 a 15 minutos aproximadamente
		23	¿Tiene dificultad para desempeñarse correctamente en situaciones sociales debido a la fatiga?	No 0 - Sí 1	
		24	¿Tiene dificultad para desempeñarse correctamente en el trabajo debido a la fatiga?	No 0 - Sí 1	
		25	¿Siente somnolencia durante el día?	No 0 - Sí 1	
		26	¿Siente que ha perdido la motivación para hacer las cosas, o que ha perdido interés o placer en actividades que antes disfrutaba?	No 0 - Sí 1	
		27	¿Ha disminuido su deseo sexual (libido)?	No 0 - Sí 1	
		28	¿Ha estado comiendo menos de lo normal, o ha perdido peso recientemente?	No 0 - Sí 1	
		29	¿Ha estado comiendo más de lo normal, o ha ganado peso recientemente?	No 0 - Sí 1	
		30	¿Tiende a caer dormido en situaciones sedentarias (por ejemplo, mientras ve la televisión, trabajando en una computadora, en las reuniones)?	No 0 - Sí 1	
		31	¿Se queda dormido estando en una habitación calurosa?	No 0 - Sí 1	
		32	¿Tiende a caer dormido en momentos inapropiados?	No 0 - Sí 1	
		33	¿Ha tenido un accidente de tráfico debido a la somnolencia o fatiga?	No 0 - Sí 1	
		34	¿Se siente incapacitado por somnolencia diurna o fatiga?	No 0 - Sí 1	
		35	¿Suele tomar siestas durante el día?	No 0 - Sí 1	
	Capacidad para iniciar y mantener el sueño	36	¿Usualmente, tiene dificultad para conciliar el sueño?	No 0 - Sí 1	
		37	¿Tiende a despertarse durante la noche (después de haber quedado dormido)?	No 0 - Sí 1	
		38	¿Se despierta demasiado temprano y no puede volver a dormir?	No 0 - Sí 1	
	Calidad de sueño	39	¿Siente que usted duerme demasiado "a la ligera?"	No 0 - Sí 1	
		40	¿Siente que su sueño no es reparador, no importa cuánto tiempo que usted duerme?	No 0 - Sí 1	
Ansiedad	Afectivo-Cognitivo	1	Torpe o entumecido	0; 1; 2 ó 3	• Nombre de la Escala: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) • Autores: Aaron T. Beck y Robert A. Steer
		2	Acalorado	0; 1; 2 ó 3	
		3	Con temblor en las piernas	0; 1; 2 ó 3	
		4	Incapaz de relajarse	0; 1; 2 ó 3	
		5	Con temor a que ocurra lo peor	0; 1; 2 ó 3	
		6	Mareado, o que se le va la cabeza	0; 1; 2 ó 3	
		7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados	0; 1; 2 ó 3	

		8	Inestable	0; 1; 2 ó 3	• Año: 2011 – Última versión en español • Procedencia: Estados Unidos • - Administración: Individual o Colectiva • Número de ítems: 21 • Duración: 10 a 15 minutos aproximadamente
		9	Atemorizado o asustado	0; 1; 2 ó 3	
		10	Nervioso	0; 1; 2 ó 3	
	Somático	11	Con sensación de bloqueo	0; 1; 2 ó 3	
		12	Con temblores en las manos	0; 1; 2 ó 3	
		13	Inquieto, inseguro	0; 1; 2 ó 3	
		14	Con miedo a perder el control	0; 1; 2 ó 3	
		15	Con sensación de ahogo	0; 1; 2 ó 3	
		16	Con temor a morir	0; 1; 2 ó 3	
		17	Con miedo	0; 1; 2 ó 3	
		18	Con problemas digestivos	0; 1; 2 ó 3	
		19	Con desvanecimientos	0; 1; 2 ó 3	
		20	Con rubor facial	0; 1; 2 ó 3	
		21	Con sudores, fríos o calientes	0; 1; 2 ó 3	

