



**Universidad Nacional de Loja**  
**Facultad de la Salud Humana**  
**Carrera de Medicina Humana**

**Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional  
“Nuestra señora del Rosario” de Catamayo**

**Trabajo de titulación previo la obtención del  
título de Médico General**

**Autora:** Karen Valeria Quezada Pucha  
**Directora:** Méd. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.

**Loja – Ecuador**

**Año: 2022**

## ii. Certificación

**Méd. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.**

**DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

### **CERTIFICO:**

Que el presente trabajo previo a la obtención de título de Médico General de autoría de la estudiante Karen Valeria Quezada Pucha, “**INSOMNIO Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, DE CATAMAYO**”, ha sido dirigido y revisado durante su ejecución por lo cual autorizo su presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Loja, 23 de septiembre de 2022



Firmado electrónicamente por:

SANDRA  
KATERINE MEJIA  
MICHAY

-----  
**Méd. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.**  
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

### iii. Autoría

Yo, **Karen Valeria Quezada Pucha**, declaro ser autor del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mí del trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.



firmado electrónicamente por:  
**KAREN VALERIA  
QUEZADA PUCHA**

**Firma:** -----

**Cédula:** 1106047275

**Fecha:** 11 de noviembre de 2022

**Correo electrónico:** karen.quezada@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0979492579

#### iv. Carta de Autorización

Yo, Karen Valeria Quezada Pucha, declaro ser autor del trabajo de titulación titulado como: Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario” de Catamayo, como requisito para optar el título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los once días del mes de noviembre del dosmilveintidos.



firmado electrónicamente por:

KAREN VALERIA  
QUEZADA PUCHA

**Firma:** -----

**Autora:** Karen Valeria Quezada Pucha

**Cédula de identidad:** 1106047275

**Dirección:** Av. Panamericana norte y Vía antigua a Guangora, esquina

**Correo Electrónico:** [karen.quezada@unl.edu.ec](mailto:karen.quezada@unl.edu.ec)

**Teléfono:** Dom. 07205106   **Celular:** 0979492579

**Datos Complementarios:**

**Directora de Trabajo de Titulación:** Méd. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.

**Tribunal de Grado:**

**Presidente:** Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

**Vocal:** Md. Esp. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo

**Vocal:** Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

## **v. Dedicatoria**

Dedico de manera muy especial a mis padres, quienes son el pilar fundamental de todo lo que soy, además de mi soporte y quienes me han guiado desde el principio de mi carrera, a mi madre por apoyarme y por enseñarme a ser constante, por ser mi guía y apoyo, a mi padre por ser mi amigo, y un ejemplo. A mi familia por brindarme su apoyo día a día y su paciencia en este largo, pero bello proceso de formación, y a todos aquellos que de alguna manera formaron parte de este proceso para la obtención de mi título universitario.

**Karen Valeria Quezada Pucha**

## **vi. Agradecimiento**

Agradezco a Dios por su infinita bondad al haberme guiado y acompañado por este camino hacia la culminación de mi carrera profesional y obtención del título universitario.

A mis padres Fanny y Jarman por su paciencia, amor, entrega y constante sacrificio, por enseñarme con su ejemplo que todo es posible, siempre y cuando trabajes en ello, de manera constante, perseverante, y amando lo que haces.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi directora del trabajo de titulación, la Méd. Sandra Katerine Mejía Michay, docente de la Universidad Nacional de Loja, por brindarme sus conocimientos, tiempo y apoyo durante todo el proceso en que se realizó el presente proyecto de titulación.

Agradecer a la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”, por la apertura, colaboración y ayuda fundamental para así lograr cumplir mis objetivos y poder culminar de manera exitosa mi trabajo de titulación.

**Karen Valeria Quezada Pucha**

## Índice

i.Portada .....	i
ii.Certificación .....	ii
iii.Autoría .....	iii
iv.Carta de Autorización.....	iv
v.Dedicatoria .....	v
vi.Agradecimiento .....	vi
vii.Índice de Tablas .....	x
viii.Índice de Anexos.....	xi
1. Título .....	1
2. Resumen .....	2
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico.....	5
4.1 Insomnio .....	6
4.1.1 Definición. ....	6
4.1.2 Epidemiología. ....	6
4.1.3 Etiología. ....	7
4.1.4 Fisiopatología.....	8
4.1.5 Manifestaciones Clínicas. ....	8
4.1.6 Clasificación.....	9
4.1.6.1 <i>Insomnio crónico</i> .....	9
4.1.6.2 <i>Insomnio de corto plazo</i> . ....	9
4.1.6.3 <i>Otros insomnios</i> . ....	9
4.1.7 Diagnóstico.....	10
4.1.7.1 <i>Anamnesis general e historia clínica estructurada de sueño</i> . ....	10
4.1.7.2 <i>Exploración clínica completa</i> . ....	11
4.1.7.3 <i>Agenda o diario de sueño</i> . ....	11
4.1.7.4 <i>Exploraciones complementarias</i> . ....	11
4.1.7.5 <i>Herramientas de cribado</i> .....	12
4.1.8 Tratamiento. ....	13
4.1.8.1 <i>Tratamiento cognitivo-conductual</i> . ....	13
4.1.8.2 <i>Medidas de higiene del sueño</i> . ....	13
4.1.8.3 <i>Tratamiento Farmacológico</i> . ....	15
4.2 Ansiedad .....	18

4.2.1 Definición.....	18
4.2.2 Epidemiología.....	18
4.2.3 Etiología.....	19
4.2.4 Manifestaciones Clínicas.....	21
4.2.5 Clasificación.....	22
4.2.6 Diagnostico.....	23
4.2.6.1 <i>Historia clínica</i> .....	23
4.2.7 Tratamiento.....	24
4.2.7.1 <i>Tratamiento Psicológico</i> .....	24
4.2.7.2 <i>Tratamiento farmacológico</i> .....	25
5. Metodología.....	27
5.1 Enfoque.....	27
5.2 Tipo de Diseño Utilizado.....	27
5.3 Unidad de Estudio.....	27
5.4 Universo.....	27
5.5 Muestra.....	27
5.6 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	28
5.6.1 Criterios de Inclusión.....	28
5.6.2 Criterios de Exclusión.....	28
5.7 Métodos, Instrumentos y Procedimientos de Recolección.....	28
5.7.1 Métodos.....	28
5.7.2 Instrumentos:.....	28
5.7.2.1 <i>Consentimiento Informado</i> .....	28
5.7.2.2 <i>Índice de Gravedad del Insomnio (ISI)</i> .....	28
5.7.2.3 <i>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i> .....	28
5.8 Procedimiento.....	29
5.9 Recursos.....	29
5.9.1 Recursos Humanos.....	29
5.9.2 Recursos Materiales.....	29
6. Resultados.....	30
6.1 Distribución de acuerdo a sexo y edad de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”.....	30
6.2 Resultado para el primer objetivo.....	31
6.3 Resultados para el segundo objetivo.....	33



<b>6.4 Resultados para el tercer objetivo .....</b>	<b>35</b>
<b>7. Discusión .....</b>	<b>37</b>
<b>8. Conclusiones .....</b>	<b>40</b>
<b>9. Recomendaciones .....</b>	<b>41</b>
<b>10. Bibliografía .....</b>	<b>42</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>47</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Distribución de acuerdo a sexo y edad de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario” .....	31
<b>Tabla 2.</b> Niveles de insomnio en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo femenino y edad.....	32
<b>Tabla 3.</b> Niveles de insomnio en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo masculino y edad.....	32
<b>Tabla 4.</b> Niveles de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo femenino y edad.....	34
<b>Tabla 5.</b> Niveles de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo masculino y edad.....	34
<b>Tabla 6.</b> Relación entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario” .....	35
<b>Tabla 7.</b> Chi2 entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario” .....	35
<b>Tabla 8.</b> Chi2 calculado, chi2 tabla, grado de libertad y valor de p entre el grado de insomnio y el nivel de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”.....	36

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1.</b> Pertinencia y Aprobación del Tema.....	47
<b>Anexo 2.</b> Designación de Director del Trabajo de Titulación .....	48
<b>Anexo 3.</b> Autorización para Recolección de Datos .....	49
<b>Anexo 4.</b> Certificación de Traducción al Idioma Inglés .....	50
<b>Anexo 5.</b> Instrumentos .....	51
<b>Anexo 6.</b> Base de Datos .....	60
<b>Anexo 7.</b> Tabla Complementaria de Recolección de Datos.....	91
<b>Anexo 8.</b> Tabla Complementaria de Recolección de Datos.....	91
<b>Anexo 9.</b> Tabla Complementaria de Recolección de Datos.....	92
<b>Anexo 10.</b> Proyecto de Titulación .....	93
<b>Anexo 11.</b> Certificación del Tribunal de Grado.....	105

## **1. Título**

Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario” de Catamayo

## 2. Resumen

El insomnio y la ansiedad son patologías muy frecuentes, presentándose solas o asociadas, y se relacionan con distintas repercusiones sobre diferentes aspectos de la vida diaria, salud y bienestar de los individuos, además de influir en aspectos como el desempeño laboral o el aprendizaje, pueden ocurrir ante eventos estresantes, agravarse y convertirse en un estado emocional permanente. La presente investigación tuvo como finalidad determinar los niveles de insomnio e identificar los niveles de ansiedad según sexo y edad, y establecer la relación entre estas variables en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”, de Catamayo, con un enfoque cuantitativo transversal prospectivo, y una muestra de 269 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se aplicó el Índice de Severidad de Insomnio y la Escala de Ansiedad de Beck, evidenciando alto porcentaje de insomnio 37,17% (n=100), en el nivel de insomnio subclínico 29,74% (n=80) y moderado 6,69% (n=18), en cuanto a la ansiedad los grupos más frecuentes fueron ansiedad mínima 40,15% (n=108) , leve 25,65% (n=69) y severa 17,47% (n=47), se determinó relación estadísticamente significativa entre el insomnio y la ansiedad ( $p < 0,0001$ ), ambas patologías fueron más frecuentes en el sexo femenino, su incidencia y severidad fue mayor en el grupo de adolescentes tardíos, sin embargo, es importante recalcar que la población femenina que participó en el estudio fue significativamente superior a la masculina.

**Palabras clave:** *Masculino, trastorno de ansiedad, adolescente.*

## **2.1 Abstract**

Insomnia and anxiety are very frequent pathologies, occurring alone or associated, and are related to different repercussions on different aspects of daily life, health and well-being of individuals, besides influencing aspects such as work performance or learning, they can occur in the face of stressful events, aggravate and become a permanent emotional state. The purpose of this research was to determine the levels of insomnia and identify the levels of anxiety according to sex and age, and to establish the relationship between these variables in students of the "Nuestra Señora del Rosario" Fiscomisional Educational Unit of Catamayo, with a prospective cross-sectional quantitative approach, and a sample of 269 students who met the inclusion and exclusion criteria, to whom the Insomnia Severity Index and the Beck Anxiety Scale were applied, showing a high percentage of insomnia 37.17% (n=100), In the level of subclinical insomnia 29.74% (n=80) and moderate 6.69% (n=18), as for anxiety the most frequent groups were minimal anxiety 40.15% (n=108), mild 25.65% (n=69) and severe 17.47% (n=47), a statistically significant relationship was determined between insomnia and anxiety ( $p < 0, 0001$ ), both pathologies were more frequent in the female sex, their incidence and severity was higher in the group of late adolescents, however, it is important to emphasize that the female population that participated in the study was significantly higher than the male population.

**Key words:** Male, anxiety disorder, adolescent.

### 3. Introducción

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, y según la Clasificación Internacional de los Trastornos del sueño tercera edición (ICTS-3), es definido como un obstáculo que presenta el individuo persistentemente en el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño que ocurre persistentemente a pesar de la existencia de circunstancias adecuadas para el mismo y que, además, repercute en el funcionamiento humano con significativo malestar y afectación a nivel social, laboral, académica, conductual, etc. (Álamo et al., 2016). Se estima que, a lo largo de un año, entre un 30 y 40% de la población adulta presenta alguna queja relacionada con el sueño (Torrens et al.,2019).

Los estudios en adolescentes indican prevalencias del 3% al 12%, sin embargo, esto puede variar muchísimo dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, y con frecuencia afecta más a mujeres que a hombres después de la pubertad (Álamo et al., 2016).

En Ecuador en un estudio llevado a cabo por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a estudiantes de primer, segundo, y tercer año de bachillerato, se determinó una prevalencia global de insomnio del 42 %, observando que el insomnio subclínico fue el más frecuente en el 34,2 % de los adolescentes; con una distribución mayor en el sexo femenino que el masculino (Asimbaya y Lima, 2018). Sin embargo, al buscar información o estudios realizados en la ciudad de Catamayo, con respecto al insomnio, no se obtuvo respuesta, a pesar de la importancia del tema.

En cuanto a la ansiedad es el trastorno más frecuente de salud mental, es definida como la anticipación del fracaso, negatividad sobre la autoestima, la valoración social negativa y la pérdida de algún beneficio esperado (De la Cruz et al., 2018, p.21). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a más de 260 millones de personas en el mundo y se da con mayor frecuencia en las mujeres (4,6%) que en los hombres (2,6%) (OMS, 2017). En la región de las Américas se estima que el 7,7% de las mujeres padece ansiedad mientras que los hombres 3,6%. (OMS,2017).

En Ecuador en un estudio llevado a cabo por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que consiste en establecer la relación entre ansiedad y rendimiento académico en estudiantes de 7 a 15 años, se determinó que la mayoría de estudiantes presentaron niveles bajos y medios de ansiedad, y no se encontró diferencias entre el sexo femenino y masculino con relación a la Ansiedad total (García, 2017, p. 59-67). Igualmente, no se encontraron estudios al respecto en la ciudad de Catamayo, es así que a pesar de alta prevalencia de ambas patologías y del impacto que representan no existen estudios al respecto, y mucho menos donde se correlacionen ambas patologías.

El insomnio y la ansiedad han adquirido gran notoriedad en los últimos años sobre todo en los adolescentes en donde se encuentran asociados a cambios fisiológicos, de hábito y regulados por las normas sociales, su importancia radica en las repercusiones sobre diferentes aspectos de la vida diaria, salud y bienestar de los individuos y la sociedad, además de influir en aspectos como el desempeño laboral o provocando trastornos en el aprendizaje, así como los costos directos e indirectos en la atención médica requerida para su manejo tomando en cuenta que pueden convertirse en problemas permanentes, y su presencia se encuentra asociado con problemas de abuso de sustancias y con el desarrollo de la depresión (Díaz y Santos, 2018).

Teniendo en cuenta la importancia del sueño y de la salud mental, se considera relevante realizar esta investigación para conocer la prevalencia y brindar información confiable para poder emprender medidas destinadas a cambiar, mejorar y disminuir los trastornos del sueño en los adolescentes quienes serán los primeros beneficiarios, además de las instituciones educativas y el hogar, pues el alumnado estará en mejores condiciones de salud, rendirá más y de mejor manera.

La presente investigación se encuentra dentro de las prioridades de investigación en la salud 2013-2017 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), enfocado en la segunda línea de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja que engloba “Salud y enfermedad del niño/a y adolescente en la Región Sur del Ecuador o Región Siete”.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto se planteó el siguiente objetivo general de establecer la relación entre los niveles de insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, en el cantón Catamayo, en el año lectivo 2020-2021 y como objetivos específicos determinar los niveles de insomnio en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo y edad e identificar los niveles de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo y edad, y conocer la relación entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”, objetivos que nos permitirán responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, de Catamayo el periodo 2020-2021?



## 4. Marco Teórico

### 4.1 Insomnio

**4.1.1 Definición.** El insomnio es definido como un trastorno del sueño, que se encuentra caracterizado por la dificultad para la conciliación o mantenimiento del sueño, ya sea por disminución del tiempo, fragmentación o mala calidad del sueño, acompañado de sensación de cansancio al día siguiente (Chávez et al.,2017). El insomnio es uno de los trastornos más frecuentes en la práctica clínica debido a que tiene importantes implicaciones e interfiere en distintos aspectos como la calidad de vida, relaciones, funcionamiento social y, constituye un factor de riesgo para desarrollar distintas enfermedades entre ellas la depresión y ansiedad, aumentando su prevalencia con la edad.

Resulta complicado establecer una única definición del insomnio, debido a su gran variabilidad etiopatológica, es así que, según American Academy of Sleep Medicine, el insomnio se puede definir como una dificultad persistente que se puede presentar en cualquier momento del sueño, ya sea en el inicio, o puede interferir con aspectos como su duración, consolidación o calidad, todo esto puede ocurrir a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo, además, se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano (American Academy of Sleep Medicine 2014).

En cambio, la Sociedad Española del sueño define al insomnio como las dificultades repetidas que se presentan al inicio, o que interfiere con aspectos como la duración, consolidación o la calidad del sueño, y se manifiesta como dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial), despertarse frecuentemente durante la noche (insomnio de mantenimiento) o despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado (insomnio terminal) (Asenarco, 2017).

**4.1.2 Epidemiología.** El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, afecta a gran parte de la población, en todas las edades, pero sobre todo al sexo femenino. Se estima que entre un 30 y un 40% de la población adulta presenta alguna queja relacionada con el sueño en un período de un año. Esta prevalencia puede variar desde un 1,2% hasta un 48% (Torrens et al., 2019).

Según diversos estudios, el insomnio puede afectar entre el 10% hasta el 50% de la población infantojuvenil, esta incidencia aumenta en niños con problemas psiquiátricos o del neurodesarrollo, dentro de este grupo alrededor del 38,5% presenta mala calidad subjetiva del sueño y el 23,1% latencia mayor de 30 min, condicionando a una mayor utilización del sistema sanitario con una media de visitas anuales por enfermedad de 8,84 vs. 6,34 de la población sana

(Pin et al., 2017). El notable aumento en la prevalencia en los últimos años se lo ha relacionado con los hábitos sociales familiares, uso de nuevas tecnologías a horas no apropiadas, mala higiene del sueño, estrés, etc. La prevalencia también varía con la edad, es mayor en los dos primeros años de vida, alrededor del 30%, y después del tercer año, se mantiene estable alrededor de un 15%, para incrementar exponencialmente a partir de los 11-12 años, y empeorar aún más este trastorno con la senectud (Pérez, 2016).

El insomnio guarda relación con el perfil sociodemográfico y con algunos hábitos de vida. Así, su prevalencia es mayor a medida que aumenta la edad, es más frecuente en mujeres, y se relaciona con otros factores sociodemográficos como la situación laboral, el nivel socioeconómico sobre todo bajo y el nivel de estudios. En los pacientes con insomnio es más común la presencia de ansiedad y depresión, ya sea como causa o como consecuencia (Torrens et al., 2019).

**4.1.3 Etiología.** En cuanto a los modelos etiológicos del insomnio, se incluyen aspectos y factores que predisponen al insomnio, precipitan o mantienen. Los factores predisponentes pueden ser de tipo biológico o psicosocial, dentro de estos factores esta la vulnerabilidad al insomnio, que juega un papel muy importante y se relaciona con un modo no adaptativo de afrontar el estrés y la internalización de las emociones negativas, favoreciendo el desarrollo de un estado de hiperactivación fisiológica, cognitiva y emocional que altera el sueño y puede desembocar en insomnio. Esta vulnerabilidad descrita es en gran parte hereditaria.

En la mayoría de los casos el insomnio se presenta como consecuencia de alguna enfermedad base, principalmente relacionada con problemas psiquiátricos, siendo los más comunes: el trastorno dismórfico, la ansiedad-depresión y rasgos de trastornos de personalidad obsesivos, de igual manera a enfermedades crónicas, situaciones de estrés o interrupciones del ritmo circadiano normal, esto puede estar relacionado con la toma de medicación en el caso de enfermedades u horarios de trabajo. Un menor porcentaje es debido a insomnio primario, relacionado con otros trastornos de sueño como la apnea del sueño, el síndrome de piernas inquietas o el síndrome del trabajador nocturno (Martínez et al., 2019).

A menudo, el insomnio puede ser el resultado de la mala higiene del sueño debido a una asociación inapropiada o de unos límites inadecuados del sueño:

- Insomnio por asociaciones inapropiadas con el sueño: Se produce por la dependencia a una estimulación específica, ya sea con objetos o determinados ajustes para iniciar el sueño o volver a dormirse tras un despertar. El dormir se asocia con una forma de estimulación, objeto o ambientes. Su ausencia condiciona las dificultades y su restablecimiento facilita el sueño.

- **Insomnio por ausencia de límites:** El insomnio se produce por la negación a acostarse temprano, reforzado por un inapropiado o inconsistente uso de límites, se lo observa sobre todo en los adolescentes, por falta de límites por parte de los padres.

- **Insomnio por higiene inadecuada de sueño:** Se incluyen actividades que dificultan tener una buena calidad del sueño y un estado de alerta normal por el día. Por ejemplo, siestas diurnas tardías, horario irregular, consumo de sustancias estimulantes, actividades mentales, emocionales o físicas excitantes o perturbadoras antes de ir a dormir, ambiente inadecuado para dormir (ruidos, estimulación luminosa, TV, computador, música, etc.)

- **Insomnio psicofisiológico:** El insomnio es fruto de un estado de hipervigilancia y/o asociaciones de experiencias previas (Pin et al., 2017).

**4.1.4 Fisiopatología.** El insomnio puede describirse como un estado de hiperactivación psicofisiológica, constatado en distintos ámbitos de la actividad cerebral, vegetativa y endocrina, determinando una tendencia hacia hiperactividad del principal sistema de respuesta al estrés: el eje simpático adrenal (CRH-ACTH-Cortisol) y el sistema inmunológico humoral, con la secreción de citoquinas como IL-6 y TNF $\alpha$  durante la mayor parte del día (Torales, 2016). Todo esto conduce a una respuesta de alerta a estrés mantenida más allá de lo fisiológico, y junto con la presencia de ciertos factores predisponentes como los genéticos y psicológicos, traducidos en una predisposición por parte del individuo para presentar mayor afectación emocional ante un estímulo estresor y tendencia a la internalización emocional o inhibición de la expresión de la misma, llevan a una mayor prevalencia de insomnio; asimismo es importante tener en cuenta algunos factores que pueden llegar a perpetuar el cuadro, entre los más importantes destaca el temor a no poder dormir y las consecuencias ya conocidas que eso conlleva. Todo esto produce un círculo vicioso, donde se potencia la respuesta emocional y esto a su vez causa mayor activación fisiológica antes y durante el sueño, lo que da como resultado el insomnio, y se establece un proceso de condicionamiento que contribuye a la cronicidad del insomnio (Bruque, 2015).

La “hipótesis de la internalización” busca incorporar todos los componentes causales, fisiopatológicos y comportamientos adaptativos, y describe básicamente que la interacción existente entre las situaciones de estrés y la vulnerabilidad emocional del sujeto son el fondo del origen del insomnio (Bruque, 2015).

**4.1.5 Manifestaciones Clínicas.** El insomnio puede ser desencadenado por un problema específico, como algún evento vital estresante, o situación que cambia el patrón del sueño, también puede estar precipitado, o estar en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos,

especialmente la ansiedad y la depresión, o por enfermedades médicas tales como el cáncer y la artritis, entre otras.

El insomnio como trastorno se caracteriza clínicamente no solo por manifestaciones nocturnas sino también por manifestaciones diurnas, sus características se pueden resumir:

- A nivel del sueño nocturno: dificultades para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño, despertar precoz, sueño no reparador, despertares frecuentes.

- A nivel del funcionamiento diurno: fatiga, somnolencia, síntomas de ansiedad y/o depresión, disforia, déficits en la atención/concentración, déficits de memoria, déficit en funciones ejecutivas, cambios de humor, problemas conductuales.

- En los adolescentes puede causar somnolencia, cefalea, dificultades de atención y rendimiento escolar, déficits cognitivos y conductuales (depresión, ansiedad), hipertensión arterial, obesidad y otros problemas que afectan significativamente a la calidad de vida (Cruz, 2020).

**4.1.6 Clasificación.** Según la Clasificación Internacional de Desórdenes del Sueño del año 2014, se diferencian los siguientes tipos de insomnio:

**4.1.6.1 Insomnio crónico.** Alteración de por lo menos 3 meses de duración o intermitente pero recurrente a largo plazo. Subtipos:

- Insomnio psicofisiológico. Se acompaña de un estado de hiperalerta caracterizado por ansiedad con relación al sueño y síntomas neurocognitivos como fatiga e irritabilidad.

- Insomnio paradójico. Existen síntomas subjetivos de mal dormir o mala calidad del sueño a pesar de estudios objetivos (polisomnografía) normales.

- Insomnio idiopático. Generalmente comienza antes de la pubertad y persiste en la edad adulta. Suele haber antecedentes familiares.

- Insomnio debido a trastorno mental.

- Inadecuada higiene del sueño.

- Insomnio conductual de la infancia. Insomnio por inadecuada asociación al inicio del sueño, insomnio por ajuste de límite, insomnio combinado o mixto.

- Insomnio debido a diversas drogas o sustancias.

- Insomnio debido a condición médica.

**4.1.6.2 Insomnio de corto plazo.**

**4.1.6.3 Otros insomnios.** Casos raros que no cumplan criterios de insomnio de corta duración con síntomas suficientes para necesitar atención médica (ICSD-3,2014).

**4.1.7 Diagnóstico.** El diagnóstico de insomnio es clínico, basado en una adecuada y completa anamnesis general, exploración física y agenda de sueño, todo esto permite descartar otras posibles enfermedades físicas, neurológicas y psiquiátricas. Se reserva los estudios complementarios únicamente para los casos en que haya dudas o posibles comorbilidades (Hidalgo et al., 2018).

La evaluación del trastorno comienza por esclarecer si el problema está en la conciliación, mantenimiento, despertar o bien una combinación de estos. El siguiente paso consiste en caracterizar la severidad del problema, interrogando acerca del tiempo de evolución del insomnio, frecuencia de aparición, y en cómo afecta la vida cotidiana del paciente, siempre tratando de esclarecer si el ambiente y la oportunidad de sueño favorecen o se oponen al desarrollo del mismo.

Se prioriza la recolección de información relacionada con los signos y síntomas del sueño o de su ausencia, junto con su historia médica general, incluyendo cuestiones psiquiátricas, médicas, hábitos tóxicos, consumo de sustancias, todo esto en busca pistas sobre factores causales o desencadenantes del insomnio. A veces es necesario el interrogatorio de un compañero de cama u otra persona de la familia que conviva con el paciente, ya que el mismo no es consciente de ciertas características de su trastorno.

El diagnóstico de insomnio se basa en 3 pilares:

***4.1.7.1 Anamnesis general e historia clínica estructurada de sueño.***

- Horarios detallados de sueño nocturno y diurno, incluyendo: siestas diurnas (horario y duración), diferencias entre días laborales y festivos, horarios de despertar y dormir.
- Rutinas previas a la hora de acostarse, en caso que existan especificar en qué consisten, horarios, objetos de transición y si se utilizan dispositivos electrónicos o si se realizan actividades excitantes o físicas, que puedan interferir con el sueño.
- Asociaciones con el sueño: Es necesario especificar en el caso de requerir algún tipo de conducta u objeto para conciliar el sueño, o si es necesaria la presencia de los padres o algún familiar en el caso de los niños.
- Ambiente nocturno de la habitación: Es preciso preguntar si hay la presencia de algún tipo de luz, temperatura, ruidos, ordenador, TV u otro dispositivo electrónico.
- Conductas durante la noche: frecuencia y duración de los despertares nocturnos, y que necesita para volverse a dormir, o si presenta conductas extrañas o movimientos de extremidades por la noche, también es importante preguntar si ronca o tiene problemas para respirar mientras duerme.

- Comportamiento durante el día: Indagar si siente que descanso lo suficiente, cómo es su rendimiento escolar, cómo es su relación con el entorno. Explorar posibles rasgos de hiperactividad o somnolencia diurna. Si realiza ejercicio físico y a qué hora, los horarios de las comidas principales, uso de pantallas (móviles, tabletas electrónicas) con luz azul a última hora de la tarde.

- Desde cuándo dura el problema: estrategias que ha intentado poner en práctica y respuestas a lo largo del tiempo.

- Posible asociación a fármacos o estimulantes que haya tomado desde que inició el problema.

- Otros problemas médicos que puedan interferir con el sueño, por ellos mismos o por sus tratamientos.

- Indagar sobre la relación madre-hijo, padre-hijo, tipo de apego y pautas educativas que presiden en la familia en cuanto al sueño y otras áreas educativas, estrés materno actual y en el embarazo, lactancia materna. Expectativas paternas y aspectos culturales.

- Antecedentes familiares de insomnio o problemas de sueño y su repercusión.

- Niveles de fatiga a medida que el día avanza (Hidalgo et al., 2018).

**4.1.7.2 Exploración clínica completa.** Evaluación del desarrollo póndero-estatural, psicomotor y neurodesarrollo, permiten descartar otras causas que pueden producir el insomnio: valoración ORL, (ronquido, hipertrofia adenoidea, malformaciones), gastrointestinal (reflujo, anomalías), alteraciones neurológicas, ITU, alteraciones dermatológicas (atopia), etc. (Hidalgo et al., 2018).

**4.1.7.3 Agenda o diario de sueño.** Es un registro diario que consiste en anotar los horarios de sueño, incluyendo la hora de acostarse y despertar, tanto nocturno como las siestas diurnas, durante dos y cuatro semanas. El paciente debe registrar todas las mañanas la hora de acostarse y levantarse, la hora a la que se durmió y los despertares nocturnos. Esto permite conocer información sobre lo ocurrido, tanto días laborables como festivos. Idealmente, no debe ser inferior a dos semanas, esto permitirá conocer datos acerca de patrones y comportamientos que pueden resultar difíciles de detectar solo en la entrevista (Hidalgo et al., 2018).

**4.1.7.4 Exploraciones complementarias.** No se requieren para el diagnóstico de insomnio, únicamente se reservan para los casos en que haya dudas diagnósticas con otros procesos, neurológicos o psiquiátricos, o bien se sospeche asociación con otros trastornos de sueño.

**4.1.7.4.1 Actigrafía.** Este proceso consiste en la colocación de un dispositivo en uno o más miembros durante un periodo de 5 a 14 días, brindando información sobre los patrones de sueño

y vigilia, donde permite detectar los movimientos del paciente y de esta manera ayuda a monitorear objetivamente los períodos de reposo y actividad, es así que permite cuantificar la latencia de sueño, la duración del sueño, la duración de alerta y el número de despertares durante la noche de forma más objetiva que la agenda de sueño (Carrillo et al., 2018).

4.1.7.4.2 *Polisomnografía (PSG)*. Es una grabación que se da durante toda la noche, esto permite caracterizar la arquitectura de sueño y su patología. Con la polisomnografía se pueden medir numerosos parámetros fisiológicos, electroencefalograma, electrocardiograma, movimientos oculares, electromiograma, movimientos de extremidades, movimientos torácicos y flujo respiratorio, así como grabación de audio y vídeo. Todo este proceso se lleva a cabo en un laboratorio de sueño y debe ser interpretado por un especialista en sueño (Hidalgo et al., 2018).

4.1.7.4.3 *Videograbación nocturna*. Únicamente se realizara si existen datos en la historia clínica que apunten a eventos durante la noche o ronquido nocturno con otra patología asociada.

**4.1.7.5 Herramientas de cribado.** La prevalencia de insomnio y otros trastornos de sueño es tan elevada en la población infanto-juvenil y sus consecuencias tan importantes sobre el niño, adolescente y la familia, que justifica la búsqueda de forma activa desde Atención Primaria de problemas de sueño. El médico debe conocer y manejar las herramientas de cribado que existen, entre ellos existen distintos cuestionarios como: La escala de Somnolencia de Epworth, escala de Atenas de Insomnio, índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQ), índice de Severidad del Insomnio (ISI), escala de sueño de Oviedo (ESO), entre otros, pero es importante tener en cuenta que los resultados pueden variar mucho, debido a que se toman en cuenta distintos aspectos, son distintos los sistemas de calificación (Hidalgo et al., 2018).

4.1.7.5.1 *Índice de Severidad del Insomnio (ISI)*. Diseñada por C. Morin y colaboradores para adultos, su traducción al chino ha sido validada para el cribado del insomnio en adolescentes. En castellano fue publicada 1998.

Se trata de una escala de 7 ítems que valora la intensidad del insomnio (de inicio, mantenimiento o despertar precoz), el grado de satisfacción con el sueño, la interferencia del problema en la vida cotidiana y las preocupaciones que ocasiona. Su valoración es mediante una escala de Likert.

Existen 2 versiones de la escala, la primera es la versión de Fernández-Mendoza para adultos jóvenes y de mediana edad, la estructura concuerda con el original, mientras que la de Sierra, en personas mayores, no se replica el modelo factorial (Cibersam-Banco de instrumentos y metodologías de la salud mental, 2015).

En la versión de Fernández-Mendoza cada uno de los 5 ítems se evalúa en una escala de 5 puntos que consiste en 0 = Nada; 1 = Un poco; 2 = Algo; 3 = Mucho; 4 = Muchísimo con un resultado de 0 a 28. Los puntos de corte propuestos de la versión original son:

- 0-7: no insomnio
- 8-14: insomnio subclínico
- 15-21: insomnio clínico de gravedad moderada
- 22-28: insomnio clínico grave (Ver anexo II).

**4.1.8 Tratamiento.** El tratamiento del insomnio debe estar orientado a tratar la causa, siempre que esta pueda identificarse ya sea médica, psiquiátrica, social, etc. O el desencadenante, los síntomas y la repercusión del proceso en el propio paciente.

El pilar fundamental del tratamiento del insomnio son las medidas de higiene del sueño y medidas conductuales, en algunas situaciones clínicas especiales, el uso de fármacos está justificado y puede mejorar significativamente los efectos terapéuticos del tratamiento conductual, aunque no debe ser la primera ni la única opción de tratamiento (Hidalgo et al., 2018).

**4.1.8.1 Tratamiento cognitivo-conductual.** En múltiples estudios se ha demostrado su eficacia, ya que ayuda en los principales indicadores subjetivos de insomnio, como la duración y la continuidad del sueño, así como en su calidad y en la satisfacción con el sueño, de igual manera se lo asocia con mejoras en los problemas diurnos, como son los síntomas de tipo depresivo y ansioso, lo que facilita la discontinuación del tratamiento hipnótico. La psicoterapia cognitivo conductual está indicada especialmente para personas con insomnio primario crónico. También para personas que lo padecen asociado a enfermedades crónicas, algunos pacientes con psicopatología leve y pacientes con dependencia a hipnóticos. La terapia no está indicada para personas con insomnio transitorio o insomnio secundario a enfermedades físicas severas o psicopatología mayor (Hidalgo et al., 2018).

**4.1.8.2 Medidas de higiene del sueño.** La higiene del sueño comprende aquellas prácticas y hábitos que son necesarias para tener una cantidad y calidad de sueño y una vigilia óptimos. Incluyen:

- Medidas que fomentan la regulación del sueño actuando sobre el sistema circadiano y homeostático del sueño: Tener horario para levantarse y acostarse todos los días aproximadamente a la misma hora, con una variación de no más de una hora; establecer una rutina adecuada de siestas según la edad y necesidades en caso de los niños; mantener un horario regular de rutinas de actividades y comidas; y evitar la luz brillante e intensa en la habitación al ir a dormir y durante la noche, incrementando su exposición por la mañana.



- Medidas que fomentan el sueño: limitar actividades que facilitan el desvelo en la cama y utilizar la cama solo para dormir; no utilizar el ir a dormir a la cama como castigo en el caso de los niños; y evitar dormir en otro entorno o lugar que no sea su cuarto.

- Medidas que fomentan la relajación y disminuyen la excitación: mantener los dispositivos electrónicos fuera de su habitación y limitar su uso antes de ir a dormir; disminuir juegos estimulantes antes de ir a dormir; evitar cenas copiosas y ejercicio intenso antes de ir a dormir; disminuir la estimulación cognitiva y emocional antes de ir a dormir; eliminar cafeína; incluir en la rutina pre-sueño actividades que sean relajantes.

- Medidas que fomentan la cantidad y calidad del sueño: fijar una hora de ir a dormir y de levantarse que asegure un sueño adecuado según la edad y necesidades de cada uno; mantener un entorno seguro y cómodo, se recomienda niveles de luz y ruido bajos, temperatura adecuada, superficie adecuada (Hidalgo et al., 2018).

4.1.8.2.1 *Técnica del control de estímulos*. Esta técnica está basada en la premisa de que el insomnio es fruto de la asociación, que se da por un proceso de condicionamiento, de la cama y el dormitorio con actividades incompatibles con dormir, como preocuparse, hacer planes, ver la televisión en la cama, etc. El objetivo de esta técnica se enfoca en cambiar estas asociaciones erróneas y fortalecer la relación cama/dormitorio con relajación y sueño.

Para cumplir este objetivo el paciente debe reducir el tiempo que pasa en la cama o en la habitación despierto, así como mantener un horario regular para el sueño. Por tanto, debe irse a la cama solo cuando esté muy somnoliento y crea que está a punto de dormirse. Si no puede conciliar el sueño, debe levantarse de la cama y salir del dormitorio, habitualmente 10-15 minutos. Asimismo, debe mantener un horario regular para levantarse por la mañana y también debe evitar en la medida de lo posible las siestas durante el día (Hidalgo et al., 2018).

4.1.8.2.2 *Técnica de restricción del sueño o del tiempo de permanencia en cama*. Con esta técnica, se restringe el tiempo que el paciente puede pasar en la cama cada noche. Su principal objetivo es aumentar la presión de sueño a la hora de irse a dormir, generando una pequeña privación de sueño que repercute en una disminución del tiempo de latencia del sueño. Antes de iniciar el tratamiento, el paciente debe completar un diario de sueño durante un mínimo de dos semanas, que servirá para calcular el tiempo que el sujeto cree que duerme cada noche. Este tiempo se alargará progresivamente a medida que el paciente duerma al menos el 85% del tiempo que permanezca en cama. Al principio es esperable que el paciente oponga cierta resistencia a estos horarios e incluso que aparezcan algunos efectos secundarios, los pacientes

suelen referir que están cansados y somnolientos como consecuencia de la leve privación de sueño que sufren durante algunos días (Hidalgo et al., 2018).

4.1.8.2.3 *Terapia cognitiva*. Mediante la identificación y modificación de pensamientos y creencias disfuncionales relacionadas con el descanso y asociadas al momento de ir a la cama se trata de eliminar la ansiedad y preocupaciones intrusivas del paciente. El primer paso consiste en identificar las creencias erróneas, los pensamientos concretos que generan ansiedad y las percepciones distorsionadas en cada paciente, se tratan de reformular esas cogniciones, así como instaurar cambios específicos que permitan optimizar el funcionamiento de los centros cerebrales de sueño (Luna, 2019).

4.1.8.2.4 *Ejercicios de relajación*. Se realizan con el objetivo es disminuir el nivel de ansiedad en el momento previo al sueño. Actualmente se cuenta con distintas técnicas de relajación muscular, entre las más conocidas está la de Jacobson, consiste en contraer y relajar diferentes grupos musculares por todo el cuerpo. Además, existen otras técnicas como el control de la respiración mediante el diafragma, la imaginación dirigida, entre otras (Noriega et al., 2019).

**4.1.8.3 Tratamiento Farmacológico.** No debe ser la primera ni la única opción de tratamiento, debe enmarcarse en el contexto de un plan de tratamiento más amplio (Pin et al., 2017). El tratamiento farmacológico del insomnio debe combinarse a las intervenciones cognitivo-conductuales. Los hipnóticos únicamente serán recomendados si se requiere una respuesta inmediata a los síntomas, el insomnio es severo y ocasiona trastornos importantes, las medidas no farmacológicas no producen los efectos deseados o el insomnio persiste después del tratamiento de la causa médica subyacente, cuando se decida esta opción terapéutica tener en cuenta que su uso indiscriminado puede, un medio largo plazo, perpetuar la enfermedad base o empeorar la sintomatología y, consecuentemente, incrementar la morbimortalidad (Ferré et al., 2020). Además, es importante el seguimiento de dicha intervención para valorar la respuesta, la aparición de efectos adversos y evitar la dependencia a largo plazo mediante la programación de deshabitación a los fármacos, en la medida de lo posible.

Fármacos hipnóticos no benzodiazepínicos y benzodiazepinas son la mejor opción sobre los clásicos barbitúricos, que presentan una serie de efectos adversos severos. En el caso de las benzodiazepinas, las mismas pueden generar dependencia por lo que deben ser utilizadas solo por cortos periodos de tiempo.

**Cuadro 1. Fármacos utilizados en el tratamiento del insomnio**

Fármaco	Clase	Mecanismo de acción	Vida media	V. metabólica	Concentración	Interacciones	Efectos sobre el sueño
Difenilhidramina	Antihistamínico	Agonista H1 Atraviesa BHC	4-6h	Hepática	Absorción rápida Inicio acción rápido	Depresor SNC	Disminuye latencia y calidad
Hidroxicina	Antihistamínico	Agonista H1 Atraviesa BHC	6-24h	Hepática	Picos 2-4h Absorción rápida Inicio acción rápido	Depresor SNC	Disminuye latencia y calidad
Melatonina	Neurohormona	Hipnótico	90% excretada en 4h	Hepática	Picos 2-4h 30-60m	Desconocidas	Disminuye latencia
Clonazepam	Benzodiazepina	Receptores GABA centrales	30-40h	Oxidación CYP 450 3A	60-240	Fluoxetina	Suprime sueño ondas lentas
Flurazepam	Benzodiazepina	Receptores GABA centrales	2 a 100	Oxidación CYP 450 3A	30m a 13h	Fluoxetina	Suprime sueño ondas lentas
Zolpiden	Fármaco Z	Benzodiazepina	2.5 a 3h	Oxidación CYP 450 3A	90m		Disminuye latencia
Clonidina	Alfa agonista	Disminuye liberación noradrenalina	6 a 24h	50-80% en orina	Absorción rápida 100% biodisponibilidad Inicio de acción: 1h Pico de acción: 2-4h		Reduce REM Reduce sueño ondas lentas

**Fuente:** Pin et al., (2016).

4.1.8.3.1 *Melatonina*. Actúa disminuyendo la latencia de sueño y adelantando su inicio, así como disminuyendo la fragmentación del sueño, especialmente en niños con trastornos del neurodesarrollo. Los datos sobre efectos secundarios durante un corto período de tiempo (4 semanas) parecen bastante seguros y, estudios de seguimiento no evidencian ningún efecto adverso. Además, su uso no interfiere en la producción endógena de melatonina ni en el desarrollo puberal, se recomienda iniciar con dosis de 1-3 mg en lactantes y preescolares, de 2,5-5 mg en niños mayores y de 1-5 mg en adolescentes y, gradualmente, ajustar la dosis según respuesta. Se ha de administrar siempre a la misma hora, entre 30 y 60 minutos antes de la hora habitual de ir a dormir (Hidalgo et al., 2018).

4.1.8.3.2 *Antihistamínicos de primera generación.* Se los administra tras 4 semanas con el fármaco de primera elección la Melatonina y resultados no satisfactorios (Pin et al., 2016). Los antihistamínicos de primera generación atraviesan la barrera hematoencefálica y bloquean los receptores H1 del SNC. Se utilizan habitualmente como inductores del sueño, a pesar de que causan: sedación diurna, efectos adversos anticolinérgicos e hiperactividad paradójica, con una tendencia a desarrollar tolerancia con el tiempo de uso. Con respecto al sueño, no alteran la arquitectura de sueño. La difenhidramina a dosis de 0,5-1,5 mg/kg y la doxilamina a dosis de 12,5-25 mg. Otros antihistamínicos utilizados en población infanto-juvenil son: la hidroxicina a dosis de 0,6 mg/kg y la alimemazina a dosis en niños de 2-3 años de 1,25-2,5 mg (1-2 gotas sol. 4%) y en niños > 3 años de 2,5-5 mg (2-4 gotas sol. 4%), son utilizadas como hipnóticos en los adultos (Hidalgo et al., 2018).

4.1.8.3.3 *Benzodiacepinas y sus análogos benzodiacepínicos.* Los benzodiacepinas se unen a los receptores benzodiacepínicos del complejo ácido gamma-aminobutírico (GABA), de manera que potencian la acción inhibitoria mediada por el GABA, con efectos: sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes. Diversos benzodiacepinas y sus análogos están comercializadas y aprobadas como hipnóticos en adultos. Estos agentes disminuyen la latencia de sueño y aumentan el tiempo total del mismo. Sin embargo, las limitaciones fundamentales de su uso se basan en los efectos indeseables sobre la vigilia, provocando: sedación diurna, probablemente por una vida media prolongada, así como hiperactividad paradójica, alteración de la memoria, tolerancia y dependencia. Además, alteran la estructura del sueño con una supresión del sueño REM y sueño profundo, y con un incremento de sueño superficial (Hidalgo et al., 2018).

4.1.8.3.4 *Antidepresivos.* Los antidepresivos mejoran el sueño por su actividad en los neurotransmisores serotonina, histamina y acetilcolina, los cuales están involucrados en la regulación del sueño y vigilia. Se utilizan frecuentemente para el manejo del insomnio en la práctica clínica, en aquellos casos con presencia de trastorno del humor comórbido o bien otro trastorno mental o del neurodesarrollo. Los antidepresivos que tienen un perfil más sedante y, por tanto, más adecuado para el insomnio son: mirtazapina, trazodona, paroxetina, citalopram, fluvoxamina, imipramina, doxepina y amitriptilina. La mayoría de ellos, sobre todo aquellos con efectos anticolinérgicos, suprimen el sueño REM, por lo que su retirada brusca puede conducir a la aparición o incremento de pesadillas por un rebote de sueño REM (Hidalgo et al., 2018).

4.1.8.3.5 *Agonistas alfa-2 clonidina.* La clonidina es un agonista alfa-2 adrenérgico en el sistema nervioso central con propiedades sedantes. Utilizado en el insomnio por sus efectos de

sedación, con mejoría en la latencia de sueño y de los despertares nocturnos. Con efectos secundarios como: hipotensión, bradicardia, efectos anticolinérgicos, irritabilidad, disforia y tolerancia; así como altera la arquitectura de sueño suprimiendo el sueño REM. Indicado en aquellos casos que asocian cefalea o bien en el insomnio (Hidalgo et al, 2018).

## **4.2 Ansiedad**

**4.2.1 Definición.** La ansiedad puede definirse como un mecanismo adaptativo necesario para la supervivencia humana y que se corresponde con las respuestas a estímulos externos o internos del propio organismo, sin la cual, sería imposible el correcto desarrollo y funcionamiento del ser humano (Pego et al., 2018).

Ochando y Peris buscan diferenciar la ansiedad normal de la patológica, definiendo a la ansiedad normal como un fenómeno normal defensivo ante situaciones que implican riesgo, peligro o compromiso, y ayuda a alertar al individuo frente a posibles peligros, en cambio la patológica consiste en una reacción ante un estímulo percibido como amenazante, que consiste en la aparición de una sensación de malestar intenso, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión, miedo a volverse loco, a morir o a realizar un acto incontrolable (Ochando y Peris 2017).

**4.2.2 Epidemiología.** Según la Organización Mundial de la salud los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años (OMS, 2020).

Aproximadamente, 117 millones de niños y adolescentes en todo el mundo han sufrido un trastorno de ansiedad. Aunque cerca del 10% de los jóvenes de 6 a 17 años presentan actualmente un trastorno de ansiedad, al inicio de su edad adulta, casi el 20% tendrá dificultades funcionales relacionadas con la ansiedad en al menos un área de su vida. En los niños, los trastornos de ansiedad pueden afectar todos los aspectos de su vida, pero particularmente su funcionamiento social y educativo (Díaz y Santos, 2018).

En los últimos 10 años, han aumentado los diagnósticos de trastornos de ansiedad en jóvenes menores de 17 años, pasando de un 3,5% a un 4,1% (Child Mind Institute, 2018).

Los trastornos de ansiedad se manifiestan en diferentes momentos de la infancia y la adolescencia. La ansiedad por separación afecta principalmente a los niños más pequeños (10,6 años), mientras que la ansiedad social se presenta más adelante, cuando las relaciones entre iguales cobran más importancia (14 años). En el caso del trastorno de ansiedad social, una edad más temprana de inicio se relaciona con una mayor severidad en años ulteriores (Child Mind Institute, 2018).

Con respecto al género, las mujeres tienen un mayor riesgo de trastornos de ansiedad, y esta diferencia de género comienza en la pubertad. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de tener un trastorno de ansiedad.

La ansiedad es la principal causa de preocupación en los servicios de orientación universitaria, superando a la depresión como la principal demanda entre los estudiantes universitarios que acuden a los servicios de salud mental, siendo la ansiedad la preocupación más frecuente (48%), seguida del estrés (39%).

Los trastornos de ansiedad se asocian con frecuencia a problemas médicos. Hay estudios que ponen de manifiesto una asociación significativa entre el asma y los trastornos de ansiedad, cuyas tasas se incrementan con la gravedad de los síntomas físicos (Child Mind Institute, 2018).

**4.2.3 Etiología.** La etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial, estando implicados en su desarrollo factores de riesgo genéticos, ambientales, temperamentales, familiares y sociales, que actúan como factores predisponentes o de riesgo, factores desencadenantes y/o mantenedores en personalidades predispuestas por su vulnerabilidad (Ochando y Peris, 2017).

Los factores etiopatogénicos que podemos encontrar son:

- Factores constitucionales o genéticos. Algunos trastornos de ansiedad pueden presentar una agrupación familiar, aunque no se ha podido establecer si la transmisión es genética o ambiental. La presencia de psicopatología en los padres pone al niño ante múltiples condiciones de riesgo ambiental, además del posible riesgo genético de la misma.

- Rasgos temperamentales del niño. Los niños con inhibición comportamental, tímidos y con tendencia al retraimiento en la primera infancia, presentan más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad en etapas posteriores del desarrollo.

- Estilos de crianza parental. La sobreprotección excesiva, así como los estilos educativos excesivamente estrictos y la transmisión de miedos específicos por parte de los padres pueden contribuir a la génesis de dichos trastornos.

- Los acontecimientos vitales estresantes como la conflictividad familiar, escolar o social, situaciones traumáticas, pérdidas o duelo de un ser querido, cambio de colegio o domicilio, pueden actuar como factores desencadenantes o mantenedores.

- Familias disfuncionales con condiciones desfavorables de salud, niveles altos de violencia y escasa capacidad para resolver problemas.

- Situación social desfavorable (nivel socioeconómico bajo, adversidad económica, condiciones de vida desfavorables) pueden generar una sensación de inseguridad crónica que colabore en la génesis de un trastorno de ansiedad (Ochando y Peris ,2017).

- En los adolescentes también intervienen factores como un mayor deseo de autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología, volviéndolos particularmente vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización, las dificultades educativas, los comportamientos de riesgo, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos (OMS,2020).

**5.2.1 Fisiopatología.** Los avances en la investigación de los últimos años indican que los trastornos depresivos y ansiosos comparten aspectos biológicos y ambientales con los trastornos dolorosos crónicos y el insomnio. Entre los factores biológicos, se han encontrado determinantes genéticos que se encargan de regular la señalización de neurotransmisores y citocinas neurotróficas e inflamatorias. Entre los factores ambientales de riesgo, se encuentran el estrés psicosocial, especialmente cuando es continuo, y la enfermedad en general, los cuales promueven, en individuos vulnerables, cambios en la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides en el sistema nervioso y otros órganos, disfunción del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, alteraciones en las funciones autonómicas y aumento en la producción y la liberación de citocinas proinflamatorias; todo lo cual confluye en variaciones estructurales y funcionales del sistema nervioso (Arango y Rincón, 2018) .

La vía fisiopatológica común tiene que ver con alteraciones en el soporte neurotrófico y de la interacción glia-neurona, que ocasionan un fenómeno de sensibilización central al dolor, asociada por la misma vía a las manifestaciones depresivas y ansiosas y las alteraciones del sueño.

En investigaciones recientes se ha demostrado que, en la depresión, la ansiedad y el dolor crónico, se desarrollan procesos de neurosensibilización, que consiste en un incremento persistente de la reactividad neuronal, que tanto en la depresión como en el dolor crónico tienen los mismos orígenes neurobiológicos, como cambios neuroplásticos y cambios en la expresión génica. Algunos autores han considerado la neurosensibilización como el fundamento de una etiología común del dolor crónico, la depresión y los trastornos de ansiedad; en todos los casos, se genera un proceso fisiopatológico en el que las manifestaciones se asocian principalmente a circunstancias endógenas, y tienen menos relevancia aspectos estresantes externos como traumatismos, enfermedades dolorosas y/o estrés psicosocial, factores que inicialmente desencadenan el proceso en un sujeto genéticamente vulnerable (Arango y Rincón, 2018).

En el año 2000 se planteó la primera hipótesis relacionada con la patogenia de la depresión, fundamentada en una alteración de la neurogénesis en el hipocampo. Posteriormente se comprobaron cambios similares en circunstancias de ansiedad y dolor crónico, y se propuso un sustrato clínico y fisiopatológico común. En todos los casos, los cambios se han relacionado con alteraciones en sustancias como el factor neurotrófico derivado del cerebro y otras sustancias como la serotonina que sustentan la vitalidad neuronal y glial (Arango y Rincón, 2018).

En cuanto al mecanismos de producción de la ansiedad resulta todavía especulativa la hipótesis que implica al receptor BZ/GABA-CI en la patogénesis de la ansiedad. Sin embargo, ha surgido una teoría que sugiere la presencia de ligandos endógenos ansiogénicos que pueden actuar sobre el receptor. Así, algunos investigadores han aislado las betacarbolicinas, compuestos que producen un bloqueo de la acción anticonvulsivante, anticonflicto e hipnóticosedantes de los benzodiazepinas. Tras el descubrimiento de la alta afinidad de los benzodiazepinas por los receptores benzodiazepínicos, los investigadores se plantearon si tales receptores lo eran sólo para sustancias exógenas o si pudieran existir sustancias endógenas que actuaran sobre ellos. Es importante señalar que dichos ligandos endógenos no precisarían ser benzodiazepinas en el sentido químico del término, sino que podrían tratarse de familias químicas diferentes. Da Costa y su grupo proponen que en algunos de los enfermos afectados por estados de ansiedad estaría implicada la presencia de ligandos endógenos ansiogénicos. De todos los intentos efectuados para localizar la posible existencia de ligandos endógenos los estudios más serios se centran en dos proteínas: el DBI y la endozepina El DBI es una proteína hallada en el cerebro, en zonas corticales y del hipocampo, y que no existe en todas las neuronas gabaérgicas: también se ha hallado en órganos periféricos, por lo cual se piensa que pueda cumplir una función importante que aún no se ha precisado. Por otra parte, algunos estudios sugieren la existencia de benzodiazepinas naturales y sobre las que resulta precoz extraer conclusiones (Arango y Rincón, 2018).

#### **4.2.4 Manifestaciones Clínicas.**

Síndrome general de ansiedad

##### **Síntomas motores:**

- Temblor, contracciones o sensación de agitación.
- Tensión o dolorimiento de los músculos.
- Inquietud.
- Fatigabilidad fácil.

##### **Síntomas de hiperactividad vegetativa:**



- Disnea.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Sudoración o manos frías y húmedas.
- Boca seca.
- Mareos o sensación de inestabilidad.
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- Sofocos o escalofríos.
- Micción frecuente.
- Dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta".
- Dolor precordial

**Sentimientos de culpa:**

- Soledad y/o minusvalía.
- Irritabilidad y/o hipersensibilidad
- Depresión
- Ideas hipocondríacas y/o suicidas.

**Síntomas de hipervigilancia:**

- Sensación de que va a suceder algo, temores.
- Respuesta de alarma exagerada, fobias, ataques de pánico.
- Dificultad para concentrarse o "mente en blanco".
- Dificultad para conciliar el sueño, insomnio, despertares nocturnos, pesadillas.
- Irritabilidad (Galiano et al.,2016).

**4.2.5 Clasificación.** De acuerdo al sistema del CIE 10 los trastornos de ansiedad se clasifican en las siguientes categorías diagnósticas:

- Trastorno de pánico
- Trastorno por ansiedad generalizada.
- Trastornos fóbicos: fobia específica, fobia social, agorafobia.
- Trastorno de ansiedad asociado al uso de drogas, medicamentos o tóxicos.
- Trastorno de ansiedad asociado a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS) clasifica los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia en:

- Ansiedad de separación
- Ansiedad fóbica

- Hipersensibilidad social
- Trastorno de rivalidad entre hermanos
- Los propios de los adultos en distintos apartados (World Health Organization, 2010).

La Clasificación DSM-5 (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases; APA) incluye siete trastornos de ansiedad en niños:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- La fobia específica
- La agorafobia
- El trastorno de pánico
- El trastorno de ansiedad social
- Trastorno de ansiedad generalizada.

Dicho manual excluye: el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones a estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático, que estaban incluidos en los trastornos de ansiedad en el anterior manual DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

**4.2.6 Diagnóstico.** El diagnóstico fundamentalmente es clínico, a veces resulta complicado debido a que se manifiesta con síntomas somáticos, neurológicos, gastrointestinales, o cardiovasculares. Siempre que se sospeche la presencia de un trastorno de ansiedad, deben descartarse enfermedades médicas que entre sus síntomas incluyen el hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, hiper e hipoglucemia, trastornos del sistema vestibular, disritmias cerebrales, enfermedades cardíacas y enfermedades respiratorias. Si la ansiedad es diagnosticada se debe establecer el patrón de síntomas, así como identificar las condiciones coexistentes tales como depresión o abuso de sustancias. También se debe indagar si existe relación con otros medicamentos. Una evaluación física es recomendable para determinar si la ansiedad de una persona está asociada con una enfermedad física.

**4.2.6.1 Historia clínica.** Se debe enfatizar en:

- Inicio y desarrollo de los síntomas: Acontecimientos estresantes, comorbilidad con otra psicopatología y el impacto que producen los síntomas ya sea familiar, escolar o social.
- Historia desarrollo personal: Temperamento, habilidades, cualidad del vínculo, capacidad de adaptación, miedos, respuesta ante extraños y separación.
- Historia médica: Cuadros anteriores, medicaciones previas, requerimientos de acudir a urgencias.
- Historia académica: Rendimiento académico, rendimiento deportivo

- Historia social: Estresores familiares, abuso o maltrato, acoso escolar, separaciones o pérdidas, relaciones con compañeros

- Historia familiar: Funcionamiento familiar, antecedentes psicopatológicos familiares (Ochando y Peris, 2017).

**4.2.6.1.1 Escalas.** El riesgo de infradiagnóstico de la ansiedad ha originado un elevado número de escalas estructuradas que intentan ser instrumentos de cribado para detectar el trastorno. Estas escalas no son suficientes por sí mismas para establecer un diagnóstico, sino que permiten identificar a personas susceptibles de patología mental, que deben ser sometidas a un estudio más profundo. Algunas de las escalas más utilizadas son la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y la Escala de Hamilton para la Ansiedad o el Inventario de la Ansiedad de Beck (Ochando y Peris, 2017).

- **Inventario de la Ansiedad de Beck (BAI).** El BAI fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR)2 y The Anxiety Checklist (ACL).

Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 y en sujetos normales 15,8 (Cibersam- Banco de Instrumentos y metodologías en salud mental, 2015).

**4.2.7 Tratamiento.** Se debe plantear un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas.

**4.2.7.1 Tratamiento Psicológico.** La psicoterapia es un sistema interactivo, actúa en y a través de la psiquis y su propósito es suprimir o disminuir síntomas, trastornos, limitaciones y

sufrimientos mentales y/o físicos e inducir cambios en la personalidad. Permite también enfrentar crisis vitales y eventualmente puede tener como meta el desarrollo de la vida emocional de personas no enfermas. Se basa en el vínculo; es el tratamiento a través de una relación personal concreta (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2017).

4.2.7.1.1 *Terapias cognitivo-conductuales*. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc.

4.2.7.1.2 *Psicoterapias psicodinámicas*. Se refiere a “la mente en movimiento” y surge de la teoría psicoanalítica clásica, pero centrándose en el papel de las fuerzas en conflicto dentro de la mente (deseos competitivos, impulsos, emociones, miedos y prohibiciones) y la interfaz con la realidad externa como fuentes de sufrimiento y síntomas. Las características de la terapia es que prioriza la comprensión de la experiencia inconsciente del paciente, a partir de la de la relación terapéutica. En lugar de ser distante, el terapeuta psicodinámico debe estar activamente involucrado y emocionalmente sintonizado con la experiencia subjetiva del consultante. Por lo tanto, el trabajo psicodinámico requiere la capacidad del terapeuta de alternar entre la identificación temporal y parcial de la empatía y el regreso a la posición de un observador a la interacción. Los psicoterapeutas psicodinámicos trabajan para identificar y explorar temas recurrentes y patrones en los pensamientos, sentimientos, autoconcepto, relaciones y experiencias de vida de los pacientes, exploran las experiencias tempranas, la relación entre el pasado y el presente, y las formas en que el pasado tiende a “vivir” en el presente. El enfoque no está en el pasado por sí mismo, sino en cómo el pasado (el tipo de apego) deja entrever las dificultades psicológicas actuales (Etchevers y Putrino, 2018).

**4.2.7.2 Tratamiento farmacológico.** Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son los fármacos de elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, siendo efectivos a corto plazo (INSN,2020).

- Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son generalmente bien tolerados, ocasionan efectos secundarios leves de tipo gastrointestinal, cefalea, incremento de la actividad motora e insomnio. Son menos comunes los efectos de desinhibición, aunque estos deben ser monitorizados en las citas siguientes a su inicio. El inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina que más se utiliza en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la población infante juvenil es Fluoxetina, la cual se inicia con dosis de 10 mg/día los primeros días y se incrementa a 20 mg/día los próximos días, debe considerarse un incremento de la dosis del ISRS cuando no se ha observado mejoría en la cuarta semana de tratamiento. Cuando se ha

alcanzado una notable reducción de los síntomas (>50%) se recomienda mantener el tratamiento durante un año a partir de ese momento y reiniciarse si se suspende y ocurre una recaída de los síntomas (INSN,2020).

No existe evidencia que un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina en particular sea más efectivo que otro en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes. La elección está basada en el perfil de efectos secundarios, en la duración de acción o en la historia de buena respuesta a un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina en particular de algún familiar de primer grado.

- Existen otros fármacos que pueden ser utilizados para los trastornos de la ansiedad como los antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos, como la venlafaxina, sola o en combinación con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. La venlafaxina ha mostrado ser bien tolerada y efectiva en el tratamiento del Trastorno Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes (INSN,2020).

- Las benzodiacepinas no han demostrado eficacia cuando son administradas como monoterapia en el tratamiento para ningún trastorno de ansiedad en niños o adolescentes. Pueden ocasionar efecto paradójico, es decir, que en lugar de tener el efecto sedante y ansiolítico pueden ocasionar agitación, ansiedad, irritabilidad, insomnio, agitación psicomotora y agresividad y dependencia. Deben ser indicadas por el especialista, cuando evalúe que su uso supera los posibles efectos secundarios.

- El alprazolam y el clonazepam, por ejemplo, pueden utilizarse para mitigar sobre todo la ansiedad anticipatoria o las crisis de pánico en el trastorno de pánico, y en los trastornos fóbicos para disminuir la ansiedad cuando un niño inevitablemente debe exponerse a una situación u objeto que genera temor intenso (INSN,2020).

## 5. Metodología

### 5.1 Enfoque

Cuantitativo.

### 5.2 Tipo de Diseño Utilizado

Estudio descriptivo, prospectivo y de cohorte transversal.

### 5.3 Unidad de Estudio

El presente estudio se realizó en La Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”, ubicado en la calle 9 de Octubre entre Eugenio Espejo y Bolívar en el cantón Catamayo, parroquia Catamayo, provincia de Loja.

### 5.4 Universo

Compuesto por los estudiantes de 8vo a 3ero de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”, provincia de Loja, cantón Catamayo, un total de 880 alumnos.

### 5.5 Muestra

La muestra estuvo constituida por un grupo de personas estadísticamente representativo, mismo que proporciono a este estudio el 95% de confiabilidad y un 5% de margen de error. Para su cálculo se utilizará la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de muestra} = \frac{\frac{z^2 x p(1 - p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 x p(1 - p)}{e^2 N}\right)}$$

$$\text{Tamaño de muestra} = \frac{\frac{1.96^2 x 0.5(1 - 0.5)}{0.05^2}}{1 + \left(\frac{1.96^2 x 0.5(1 - 0.5)}{0.05^2 \cdot 880}\right)}$$

En donde,  $N$  es el tamaño de la población (880),  $Z$  es el nivel de confianza (95% = 1,96),  $p$  es la proporción de cumplimiento en la cual al carecer de artículos previos se estima que se trata del 50% (0,5) y  $e$  es el margen de error (5% = 0,05), luego de realizar el cálculo correspondiente, la muestra comprendió a 269 personas.

## **5.6 Criterios de Inclusión y Exclusión.**

### **5.6.1 Criterios de Inclusión.**

- Estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”, provincia de Loja, cantón Catamayo, que se encuentren legalmente matriculados y asistiendo regularmente a clases, en el periodo establecido.
- Estudiantes que cumplan con los rangos de edad establecidos.

### **5.6.2 Criterios de Exclusión.**

- Estudiantes sin predisposición a colaborar con la encuesta.
- Estudiantes que no hayan completado de manera correcta la encuesta.

## **5.7 Métodos, Instrumentos y Procedimientos de Recolección**

**5.7.1 Métodos.** Se aplicó el consentimiento informado, el Índice de Severidad del Insomnio (ISI) y la Escala de Ansiedad de Beck (BAI), a los estudiantes de La Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”.

### **5.7.2 Instrumentos:**

**5.7.2.1 Consentimiento Informado.** Elaborado en base a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los que establece que el mismo debe estar constituido por la sección de información en donde se dio a conocer una breve introducción sobre el estudio, el propósito del mismo, el tipo de investigación, además de los criterios de selección de los participantes y que su participación es libre y voluntaria. (Anexo 5).

**5.7.2.2 Índice de Gravedad del Insomnio (ISI).** Es una escala subjetiva y breve que consta de 5 preguntas que permiten realizar una valoración subjetiva del problema de sueño. Ha sido ampliamente utilizada con fines clínicos y de investigación. Evalúa la gravedad del problema del sueño, el grado de insatisfacción y el impacto en la calidad de vida. El ISI ha sido validado al español. Tiene una puntuación de 0-28 (0-7= ausencia de insomnio clínico; 8-14= insomnio subclínico; 15-21= insomnio clínico moderado; 22-28= insomnio clínico grave). Cada uno de los 5 ítems se evalúa en una escala de 5 puntos que consiste en 0 = Nada; 1 = Un poco; 2 = Algo; 3 = Mucho; 4 = Muchísimo con un resultado de 0 a 28.

Existen 3 versiones de la encuesta, la que se utilizará en esta investigación es la versión de Fernandez-Mendoza et al (2012), para adultos jóvenes y de mediana edad, la estructura concuerda con el original, mientras que la de Sierra, en personas mayores, no se replica el modelo factorial. (Anexo 5).

**5.7.2.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).** Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 0-7, indicaría un nivel de ansiedad mínimo; de 8 a 15 puntos, sería leve; de 16 a 25 sería moderada; y de 26 a 63 sería grave

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. (Anexo 5).

## **5.8 Procedimiento**

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posterior la designación del director del trabajo de titulación, luego se realizó los trámites correspondientes para recopilar los datos con las autoridades de la Unidad Educativa "Nuestra Señora del Rosario", dado este permiso se aplicó el consentimiento informado, y se procedió a aplicar el cuestionario de Índice de Severidad del Insomnio y el Inventario de la Ansiedad de Beck, por medio de Google Forms, obtenidos los datos se analizaron, y se procedió a la obtención de resultados y a la elaboración de conclusiones correspondientes.

## **5.9 Recursos**

### **5.9.1 Recursos Humanos.**

- Muestra: 269 estudiantes de la Unidad Educativa "Nuestra Señora del Rosario" que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

- Autoridades: Universidad Nacional de Loja (UNL), Unidad Educativa "Nuestra Señora del Rosario".

- Tesista: Karen Valeria Quezada Pucha

- Director del trabajo de titulación: Méd. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

### **5.9.2 Recursos Materiales.**

- Computadora

- Impresora

- Hojas de impresión

- Red inalámbrica vía Internet

- Transporte

- Esferos

- Cuestionarios.



## 6. Resultados

### 6.1 Distribución de acuerdo a sexo y edad de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”

Tabla 1

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		f	%
	f	%	f	%		
Adolescencia temprana	94	34,94	51	18,96	145	53,90
Adolescencia tardía	77	28,62	47	17,47	124	46,10
Total	171	63,57	98	36,43	269	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karen Valeria Quezada Pucha

**Análisis:** El total de adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario” fue de 880, utilizando la fórmula se obtuvo una muestra de 269 estudiantes, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, 63,57% (n=171) son mujeres, de ellas 34,94% (n=94) son adolescentes tempranas y 28,62% (n=77) son adolescentes tardías, 36,43% (n=98) son hombres, de ellos 18,96% (n=51) son adolescentes tempranos y 17,47% (n=47) son adolescentes tardíos. Se puede apreciar superioridad en el número de mujeres y de adolescentes comprendidos en edades de 10-14 años.

## 6.2 Resultado para el primer objetivo

Determinar los niveles de insomnio en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo y edad.

**Tabla 2**

*Niveles de insomnio en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo femenino y edad*

Niveles de Insomnio	Sexo y grupos de edad				Total	
	Adolescencia temprana		Adolescencia tardía		f	%
	Femenino		Femenino			
f	%	f	%	f	%	
Ausencia de insomnio clínico	<b>65</b>	38,01	<b>38</b>	22,22	<b>103</b>	60,23
Insomnio subclínico	23	13,45	<b>31</b>	18,13	<b>54</b>	31,58
Insomnio clínico moderado	6	3,51	<b>7</b>	4,09	<b>13</b>	7,60
Insomnio clínico grave	0	0,00	<b>1</b>	0,58	<b>1</b>	0,58
Total	94	54,97	77	45,03	171	100

Fuente: Hoja de recolección de datos (Índice de severidad del insomnio).

Elaboración: Karen Valeria Quezada Pucha

**Tabla 3**

*Niveles de insomnio en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo masculino y edad*

Niveles de Insomnio	Sexo y grupos de edad				Total	
	Adolescencia temprana		Adolescencia tardía		f	%
	Masculino		Masculino			
f	%	f	%	f	%	
Ausencia de insomnio clínico	<b>41</b>	41,84	25	25,51	<b>66</b>	67,35
Insomnio subclínico	9	9,18	<b>17</b>	17,35	<b>26</b>	26,53
Insomnio clínico moderado	1	1,02	<b>4</b>	4,08	<b>5</b>	5,10
Insomnio clínico grave	0	0,00	<b>1</b>	1,02	<b>1</b>	1,02
Total	51	52,04	47	47,96	98	100

Fuente: Hoja de recolección de datos (Índice de severidad del insomnio).

Elaboración: Karen Valeria Quezada Pucha

**Análisis:** Al aplicar el índice de severidad del insomnio se encontró que el 67,35% (n=66) presentó ausencia de insomnio clínico en el sexo masculino en comparación con 60,23% (n=103) del sexo femenino, siendo menos prevalente el insomnio en adolescentes tempranos

de ambos sexos 38,01% (n=65) en mujeres y 41,84% (n=41) en varones respectivamente. El insomnio subclínico es más prevalente en adolescentes mujeres con 31,58% (n=54) sobre todo en adolescentes tardíos 18,13% (n=31), de igual manera en varones afecta a este grupo de edad 17,35% (n=17). En cuanto al insomnio moderado continua con la tendencia anterior afecta más al sexo femenino 7.60% (n=13) al grupo de adolescentes tardíos 4,09% (n=7), en cuanto al sexo masculino es más prevalente en adolescentes tardíos 4,08% (n=4), y en el insomnio grave afecta en mayor medida al sexo masculino 1,02% (n=1) en comparación al sexo femenino 0,58% (n=1), el grupo más afectado fueron los adolescentes tardíos, este hecho podría estar relacionado con la mala higiene del sueño y falta de horarios establecidos a la hora de ir a dormir.

### 6.3 Resultados para el segundo objetivo

Identificar los niveles de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora *en* del Rosario”, según sexo y edad.

**Tabla 4**

*Niveles de ansiedad estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo femenino y edad*

Niveles de Ansiedad	Sexo y grupos de edad					
	Adolescencia temprana		Adolescencia tardía		Total	
	Femenino		Femenino		f	%
	f	%	f	%	f	%
Mínima	<b>39</b>	22,81	<b>22</b>	12,87	<b>61</b>	35,67
Leve	<b>28</b>	16,37	<b>19</b>	11,11	47	27,49
Moderada	13	7,60	<b>18</b>	10,53	31	18,13
Severa	14	8,19	<b>18</b>	10,53	32	18,71
Total	94	54,97	77	45,03	171	100

Fuente: Hoja de recolección de datos (Escala de ansiedad de Beck).

Elaboración: Karen Valeria Quezada Pucha

**Tabla 5**

*Niveles de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo masculino y edad*

Niveles de Ansiedad	Sexo y grupos de edad					
	Adolescencia temprana		Adolescencia tardía		Total	
	Masculino		Masculino		f	%
	f	%	f	%	f	%
Mínima	<b>28</b>	28,57	<b>19</b>	19,39	<b>47</b>	47,96
Leve	7	7,14	<b>15</b>	15,31	22	22,45
Moderada	<b>8</b>	8,16	6	6,12	14	14,29
Severa	<b>8</b>	8,16	7	7,14	15	15,31
Total	51	52,04	47	47,96	98	100

Fuente: Hoja de recolección de datos (Escala de ansiedad de Beck).

Elaboración: Karen Valeria Quezada Pucha

**Análisis:** Al examinar los niveles de ansiedad se encontró que la ansiedad mínima afecta en mayor medida al sexo masculino 47,96% (n=47) en la adolescencia temprana 28,57% (n=28), en comparación con el sexo femenino 35,67% (n=61), afectando de igual manera a los adolescentes tempranos con 22,89% (n=39). La ansiedad leve predomina en mujeres 27,49% (n=47) en adolescentes tempranos 16,37% (n=28), en el sexo masculino afecta en mayor número a adolescentes tardíos 15,31% (n=15), en la ansiedad moderada continúa siendo prevalente en el sexo femenino 18,13% (n=31), sin embargo, afecta al grupo de adolescentes tardíos 10,53% (n=18), observándose una diferencia en el sexo masculino en este grupo tiene mayor incidencia en adolescentes tempranos 8,16% (n=8). La ansiedad severa continúa el

patrón anterior afectando al sexo femenino 18,71% (n=32), en comparación con el sexo masculino 15,31% (n=15), prevalente en el sexo femenino en adolescentes tardíos 15,31% (n=15). Como se puede observar la ansiedad afecta en mayor gravedad a las mujeres e incrementa su incidencia conforme aumenta la edad, en comparación con el sexo masculino.

#### 6.4 Resultados para el tercer objetivo

Conocer la relación entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”.

**Tabla 6**

*Relación entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”*

<b>Insomnio</b>	<b>Ansiedad</b>									
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ausencia de insomnio clínico	<b>87</b>	32,34	47	17,47	16	5,95	19	7,06	<b>169</b>	62,82
Insomnio subclínico	20	7,43	18	6,69	<b>23</b>	8,55	19	7,06	80	29,73
Insomnio clínico moderado	0	0,00	4	1,49	5	1,86	<b>9</b>	3,35	18	6,69
Insomnio clínico grave	0	0,00	0	0,00	2	0,74	0	0,00	2	0,74
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>39,78</b>	<b>69</b>	<b>25,65</b>	<b>46</b>	<b>17,10</b>	<b>47</b>	<b>17</b>	<b>269</b>	<b>100</b>

Fuente: Hoja de recolección de datos (Índice de Severidad del Insomnio y Escala de Ansiedad de Beck).

Elaboración: Karen Valeria Quezada Pucha

**Tabla 7**

*Chi2 entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”*

<b>Insomnio</b>	<b>Ansiedad</b>				
	Mínima	Leve	Moderada	Grave	Total
	f	f	f	f	f
Ausencia de insomnio clínico	5,82	0,31	5,76	3,75	15,64
Insomnio subclínico	4,39	0,31	6,35	1,80	12,85
Insomnio clínico moderado	7,16	0,08	1,20	10,94	19,38
Insomnio clínico grave	0,80	0,51	8,10	0,35	9,76
<b>Total</b>	<b>18,17</b>	<b>1,21</b>	<b>21,41</b>	<b>16,84</b>	<b>57,63</b>

Fuente: Hoja de recolección de datos (Índice de Severidad del Insomnio y Escala de Ansiedad de Beck).

Elaboración: Karen Valeria Quezada Pucha

**Tabla 8**

*Chi2 calculado, chi2 tabla, grado de libertad y valor de p entre el grado de insomnio y el nivel de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”*

		<b>Insomnio</b>	
<b>Ansiedad</b>	Chi2 calculado		57,63
	Chi2 tabla		16,91
	Grado de libertad		9
	Significación (p)		<0,0001

*Fuente:* Hoja de recolección de datos (Índice de Severidad del Insomnio y Escala de Ansiedad de Beck).

*Elaboración:* Karen Valeria Quezada Pucha

**Análisis:** Al determinar la relación entre insomnio y ansiedad se pudo observar que la ausencia de insomnio está presente en todos los grados de ansiedad, sin embargo, se muestra con mayor frecuencia en ansiedad mínima con 32,34% (n=87), y ansiedad moderada 17,47% (n=47). El insomnio subclínico tuvo mayor relación con la ansiedad moderada 8,55% (n=23) y con la ansiedad mínima 7,43% (n=20), en cambio el insomnio subclínico moderado afectó más al nivel de ansiedad grave 3,35% (n=9) y ansiedad moderada 1,86% (n=5), sin encontrarse relación con la ansiedad mínima, al igual que el insomnio clínico grave, este únicamente afectó al grupo de ansiedad moderada 0,74% (n=2).

Para 9 grados de libertad a un nivel de 0,05 se obtuvo en la tabla de distribución del chi-cuadrado 16,91 y el valor calculado en la presente investigación del chi-cuadrado es 57,63 que se encuentra fuera de la región de aceptación, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa que dice: Existe relación entre el insomnio y la ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario” con un valor de  $p < 0,0001$ .

## 7. Discusión

El sueño se considera un aspecto de suma importancia para el ser humano, y constituye una necesidad biológica, es así que una reducción importante del tiempo de sueño, o bien la presencia de alteraciones en el mismo, trae repercusiones negativas en el funcionamiento de cualquier persona durante sus actividades en horas de vigilia, se lo asocia con la presencia de dificultades emocionales, comportamentales y cognitivas, además con mayor riesgo de múltiples patologías. El presente estudio tuvo la finalidad de evaluar su prevalencia y relación con la ansiedad en un centro educativo de la ciudad de Catamayo.

Se encontró que el 62,83% de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario” no padecen insomnio, 29,74% tienen insomnio subclínico, 6,69% insomnio moderado y 0,74% insomnio grave, afectando el insomnio de alguna manera al 37,17%. Valores que serían significativamente diferentes a los encontrados en un estudio realizado en Colombia (2020) en adolescentes de 12-18 años, aquí se encontró que la mayor parte de los participantes 53% tienen insomnio subclínico, 23% ausencia de insomnio, 22% insomnio clínico moderado e insomnio grave el 1%, afectando al 77% del total el insomnio en algún grado (Muñoz et al.,2020).

De igual manera se puede establecer diferencias con otro estudio llevado a cabo en Ecuador (2018) por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a estudiantes de 16-18 años, en donde se pudo determinar una prevalencia global de insomnio del 42 %, observando que el insomnio subclínico fue el más frecuente en el 34,2 % de los adolescentes, seguido del insomnio clínico grave 9% e insomnio clínico moderado 6,%, con una distribución mayor en el sexo femenino 44,7 % que el masculino 39,1 % concordando con la presente investigación donde el insomnio fue más prevalente en el sexo femenino con 39,77% en comparación con el sexo masculino 32,65% (Asimbaya y Lima, 2018). Estos resultados se correlacionan con diversas investigaciones donde se toman en cuenta otros factores como la mayor prevalencia de ansiedad y depresión, alteraciones hormonales y la mayor susceptibilidad a los cambios estresantes de la vida, como en el estudio llevado a cabo en España (2019) con población de 18-80 años se determinó que 28% tenían insomnio, de este porcentaje el insomnio subclínico represento el 6,9%, y más del 60% restante presentaban afectación de moderada a muy grave en las diferentes dimensiones que componen el Índice de Severidad del Insomnio (ISI), afectando sobre todo a mujeres 69,7% en comparación con los hombres 30,3% (Torrens et al., 2019).

Es importante tener en cuenta que los resultados pueden variar de acuerdo a los grupos de edad, disposición de sexo y a los instrumentos utilizados, es así que en un estudio realizado en Noruega en edades de 16 a 19 años donde se utilizaron distintas definiciones diagnósticas , se



informó una prevalencia de insomnio total que varió desde el 23,8% utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales IV (DSM-IV), 18,5% según los criterios propuestos del DSM-V, hasta el 13,6% utilizando los criterios cuantitativos para el insomnio. Las mujeres tenían una prevalencia de insomnio significativamente más alta que los hombres en las tres definiciones de insomnio (Hysing et al., 2013).

Como se ha podido observar en múltiples cohortes de adolescentes, que es el grupo de edad que se centra la investigación, el insomnio ha alcanzado un nivel epidémico en la sociedad moderna. Sin embargo, un comportamiento común que puede influir es la mala higiene del sueño, como el uso de internet o celulares a horas no apropiadas, además de los factores expresados anteriormente.

Los trastornos de ansiedad son condiciones comunes en la infancia y adolescencia que impactan negativamente la autoestima, relaciones sociales, rendimiento académico, vida familiar y los futuros logros ocupacionales. Coexisten con otros trastornos del estado de ánimo o conductuales, y suelen ser fuertes predictores de trastornos de ansiedad en la vida adulta y de otras psicopatologías (Tayeh et al., 2016).

En la presente investigación se encontró que el 40,15% tiene ansiedad mínima, 25,65% leve, 17,47% severa y 16,73% moderada, valores que no se asemejan con los encontrados en Colombia (2017) estudio realizado en adolescentes de 16-20 años de edad, 44,3% tuvo ansiedad moderada, 22,9% leve, 21,2% severa y 11,4% ansiedad mínima, siendo significativamente mayor en mujeres con un 62,3%, pero igualmente esto se podría explicar por la mayor cantidad de mujeres que participaron de la investigación (Castro et al., 2017).

De igual manera difiere de otros estudios, como los realizados en Perú (2020) con una edad media de los participantes de 15 años, donde se encontró que 37,5% tiene un nivel bajo de ansiedad, 32,9% nivel moderado y 29,6% severa, pero es importante recalcar que la población únicamente fue femenina (Robles, 2020). Y en Chile (2012), en edades de 18-80 años, 33,57% tuvo ansiedad mínima, 34,65% leve, 22,02% moderada y 8,30% grave, la población más afectada fueron las mujeres en los grupos de ansiedad leve 37,5%, moderada 26,5% y severa 11%, en comparación con el sexo masculino, presentando ansiedad leve 31,9%, moderada 17,7% y severa 5,7%, concordando con los datos obtenidos en esta investigación en cuanto a los grupos más afectados, se obtuvo los siguientes resultados, el sexo femenino presentó ansiedad leve 22,49%, moderada 18,13% y severa 18,71%, en comparación con el sexo masculino en cuanto a ansiedad leve presentó una incidencia de 22,45%, moderada 14,29% y severa 15,31%. (Irrazabal, 2012).

Tomando en cuenta las variables anteriormente expuestas, se estableció en la presente investigación que existe una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.0001$ ) entre el insomnio y la ansiedad, el 34,2% de la población tuvo ansiedad de moderada a grave según el BAI e insomnio de moderado a grave el 7,43% según el ISI. Comparando con un estudio realizado en China (2020) durante la pandemia COVID-19, la encuesta se realizó a personas con trastornos de ansiedad y depresión; comparados con controles sin estos diagnósticos, se indica dentro de los resultados que los pacientes con diagnósticos psiquiátricos obtuvieron puntajes significativamente más altos en ISI. En los pacientes con trastornos psiquiátricos se reportó que 6,3% tuvo insomnio subclínico, 19,7% insomnio clínico moderado y 7,9% insomnio clínico grave en comparación con los controles sanos, 22,9% presentaron insomnio subclínico, 1,8% insomnio clínico moderado y 0,9% insomnio clínico severo. Resaltando que más de una cuarta parte de los pacientes informaron insomnio moderado a severo. De forma detallada la puntuación media del ISI para los pacientes fue de 10,1 significativamente mayor que los controles sanos de 4,63 (Hao et al., 2020).

## **8. Conclusiones**

De los adolescentes participantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario” el insomnio subclínico e insomnio moderado prevaleció en el sexo femenino en todos sus niveles, en cuanto al grupo de edad los más afectados fueron los adolescentes de 15 a 19 años, concordando con otras investigaciones, donde se recalca que el insomnio predomina en mujeres y su incidencia aumenta con la edad.

La ansiedad mínima predominó en los adolescentes tempranos del sexo masculino, en cuanto a la ansiedad severa fue mayor que la moderada, y ambas tienen preponderancia en los adolescentes tardíos en el sexo femenino, al igual que la ansiedad leve.

Existe relación estadísticamente significativa entre insomnio y ansiedad, el insomnio subclínico tuvo mayor relación con la ansiedad moderada y mínima, el insomnio moderado con la ansiedad grave y moderada, y el insomnio grave con la ansiedad moderada.

## **9. Recomendaciones**

La alta prevalencia del insomnio y la ansiedad, es un tema muy importante y constituye una preocupación creciente para la salud pública debido a sus múltiples repercusiones tanto a corto como a largo plazo, y su asociación con múltiples patologías, por lo que se recomienda:

A la institución educativa a través del Departamento de Consejería Estudiantil, aplicar distintos instrumentos validados con el fin de determinar múltiples patologías que podrían estar afectando a los estudiantes, además del insomnio y la ansiedad; esto permitirá al docente, al psicólogo, o a los padres, conocer su prevalencia y tomar medidas al respecto, como el desarrollo de programas de prevención y promoción.

Es necesario la acción conjunta entre el establecimiento educativo y los padres de familia, para adoptar conductas que contribuyan a los adolescentes evitar situaciones que puedan generar ansiedad y presiones que dificulten el buen desarrollo del sueño, por lo que se deben ampliar las acciones que permitan introducir cambios sustantivos en la adopción de hábitos saludables asociados al buen dormir, esto supone que los escolares no sólo adquieran los conocimientos adecuados, sino que desarrollen comportamientos autorregulatorios y tomen decisiones adecuadas en bienestar de su calidad de vida.

El impacto del insomnio y la ansiedad no solo afecta la calidad de vida de los estudiantes, sino que está involucrada toda la familia, por lo que los padres deben estar atentos a signos sugestivos de los mismos, o a cambios de comportamientos de sus hijos tratando de mejorar la relación con los mismos, y poniendo reglas importantes a la hora de dormir, dando ejemplo y no presionando a sus hijos a obtener mayores logros.

Además, es necesario que estudiante trabaje en sí mismo, creando buenos hábitos a la hora de ir a dormir, organizando su tiempo libre, practicando actividades recreativas, comiendo saludable, es importante mejorar los patrones de sueño por su significativa relación con la ansiedad y su capacidad para crear un ciclo, mientras exista mayor gravedad de insomnio mayor ansiedad crea, y mientras más ansiedad existe peor es el insomnio, empeorando aún más el cuadro y tendiendo a la cronicidad.

## 10. Bibliografía

- Álamo, C., Alonso, M., Cañellas, F., Martín, B., Hernando, P., Romero, O., y Joaquín, T. (2016). Pautas de actuación y seguimiento insomnio. Madrid
- Álvarez, D., Berrozpe, E., Castellino, L., González, L., Lucero, C., Maggi, S., Ponce, M., Rosas, M., Tanzi, M., Valiensi, S., y Zalazar, R. (2016). Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología Argentina*, 8(3), 201-209. doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.03.003
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). The International Classification of Sleep Disorders-Third Edition (ICSD-3). American Academy of Sleep Medicine. [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)52407-0/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)52407-0/fulltext)
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). The International Classification of Sleep Disorders-Third Edition (ICSD-3). [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)52407-0/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)52407-0/fulltext)
- Arango, C., y Rincón, H. (2016). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: Múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Scielo*, 47(1), 46-55. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>
- Asenarco. (2017). Guía del Sueño. <http://asenarco.es/wpcontent/uploads/2017/03/GuiadelSue%C3%B1o.pdf>
- Asimbaya, V. y Lima, K. (2018). USO DE INTERNET Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN, INSOMNIO Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA MUNICIPAL “QUITUMBE” Y COLEGIO FISCOMISIONAL “MARÍA AUGUSTA URRUTIA” DE FE Y ALEGRÍA, DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, EN EL AÑO LECTIVO 2017-2018 (Tesis de posgrado). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16232/TRABAJO%20DE%20TITULACION%20ADICCIONAL%20A%20INTERNET%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20DEPRESION%20Y%20AUTOESTIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM (2.a ed.). Arlington, EE.UU: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2017). MANUAL DE PSICOTERAPIAS -Importancia de las Psicoterapias en Psiquiatría desde diferentes perspectivas. <http://www.apalweb.org/docs/manualpsicoterapias.pdf>
- Bruque, A. (2015). Prevalencia de trastornos del sueño en carreras afines a la salud en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador abril 2015, Quito Ecuador. (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito- Ecuador.

- Carrillo, P., Barajas, K., Sánchez, I., & Rangel, M. (2018). Trastornos del sueño: ¿Qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 6(1), 6-15. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006)
- Castro, K., Fajardo, K., Perez, Y. (2017). GRADO DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE UNDÉCIMO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CAMILO TORRES RESTREPO DEL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA. – CALENDARIO B, 2017 (Tesis de grado). [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10658/1/2017\\_ansiedad\\_adolecencia\\_acad\\_emico.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10658/1/2017_ansiedad_adolecencia_acad_emico.pdf)
- Chávez, M., Nava, M., Palmar, J., Martínez, M., Graterol, M., Contreras, J., Hernández, J., y Bermúdez, V. (2017). En búsqueda del hipnótico ideal: Tratamiento farmacológico del insomnio. *SciELO*, 36(1), p. 1. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-02642017000100002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000100002)
- Child Mind Institute. (2018). Informe de salud mental infantil 2018. Recuperado en noviembre de 2020, de <https://childmind.org/our-impact/childrens-mental-health-report/2018report/>
- Cibersam- Banco de Instrumentos y metodologías en salud mental. (2015). Ficha técnica del instrumento BAI. Recuperado de: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=104>
- Cibersam-Banco de Instrumentos y metodologías en salud mental. (2015). Ficha Técnica del Instrumento ISI. Recuperado de: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=255>
- Cruz, I. (2020). Alteraciones del sueño en la infancia. Congreso de Actualización Pediatría 2020, Lúa Ediciones 3.0. p. 440-442. Recuperado de: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/437-450\\_Alteraciones%20del%20sue%C3%B1o.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/437-450_Alteraciones%20del%20sue%C3%B1o.pdf)
- De La Cruz, J., Armas, F., Cardenas, M., y Cedillo, L. (2018). ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA, JULIO-DICIEMBRE DEL 2017. *Facultad de Medicina Humana URP*, 18(3), p. 21. [doi.org/10.25176/RFMH.v18.n3.1587](https://doi.org/10.25176/RFMH.v18.n3.1587)
- Etchevers, M. y Putrino, N. (2018). Trastornos de ansiedad: revisión de tratamientos psicodinámicos. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ferré, A., Rodríguez, I., & García, I. (2020). Diagnóstico diferencial del insomnio con otros trastornos primarios del sueño no comórbidos. *ELSEVIER*, 52(5), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.011>
- Galiano, M., Castellanos, T., & Moreno, T. (2016). Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(2), 195-204. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2016/cup162h.pdf>

- García, F. (2017). Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes de 7 a 15 años de la Unidad Educativa Navarra del sur de Quito, durante junio y julio del 2017. (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Facultad De Medicina. Quito- Ecuador
- Hernández, R., y Alfageme, M. (2014). Trastornos del sueño. [https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps\\_inf\\_trastornos\\_sueno.pdf](https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastornos_sueno.pdf)
- Hidalgo, M., de la Calle, T., Jurado, M. (2018). Insomnio en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 294-400. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii08/05/n8-396-411\\_InesHidalgo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii08/05/n8-396-411_InesHidalgo.pdf)
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., y Sivertsen, B. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *Journal of Sleep Research*, 22(5), 549–556. <https://doi.org/10.1111/jsr.12055>
- Instituto Mexicano de Seguridad Social. (2019). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor-Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER\\_0.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf)
- Instituto Nacional de salud del niño San Borja. (2020). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de ansiedad en niños y adolescentes. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000131-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Ansiedad%202020.pdf>
- Irrázabal, N. (2012). EVALUACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE (Tesis de grado). <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117100/TESIS%20Ps.%20Nataila%20Irrar%20C3%A1zabal.pdf?sequence=1>
- Katzman, M., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14 (1), 10-15. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Luna, S. (2019). El tratamiento psicoterapéutico del insomnio: desde Freud a la higiene del sueño. (tesis de pregrado). Universidad Internacional de Rioja. Madrid- España.
- Martínez, O., Montalván, O., y Betancourt, Y. (2019). Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Scielo*, 4(2), p. 484-489. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n2/1684-1824-rme-41-02-483.pdf>
- Medina, O., Araque, F., Ruiz, L. C., Riaño, M., & Bermudez, V. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 755–761. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.374.6360>
- Merino, M. y Pin, G. (2013). Trastornos del sueño durante la adolescencia. *Adolescere* (1), p. 31-33. <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/9-el-insomnio-del-adolescente.pdf>
- Muñoz, A., Mendez, D. y Fajardo, Y. (2020). IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNO DEL INSOMNIO Y CALIDAD DEL SUEÑO EN ADOLESCENTES ENTRE LOS 12 A 18 AÑOS EN

- INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE BUCARAMANGA (Tesis de grado).  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17985/3/2020\\_trastorno\\_insomnio.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17985/3/2020_trastorno_insomnio.pdf)
- Noriega, R., Camporro, S. y Rodríguez, A. (2019). Enfermería y Tratamiento no Farmacológico para el Manejo del Insomnio. *Enfermería Global*. 18 (2), p. 512-532. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322311>.
- Ochando, G., y Peris, S. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 29-36. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi01/05/n1-039-046\\_G-Ochando.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi01/05/n1-039-046_G-Ochando.pdf)
- OMS. (2017). Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)
- OMS. (2020). Salud mental del adolescente. Recuperado en diciembre de 2020, de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Ordoñez, L. (2017). LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO ADOLFO VALAREZO DE LA CIUDAD DE LOJA. (Tesis de pregrado). <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19346/1/TESIS%20LUIS%20ORDO%c3%91EZ.pdf>
- Pin, G., Soto, V., Jurado, M., Fernández, C., Hidalgo, I., Lluch, A., (...). Madrid, J. (2017). Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso. *Anales de pediatría*, 165(11), 2-8. [https://www.aepap.org/sites/default/files/consenso\\_espanol\\_insomnio\\_2017.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/consenso_espanol_insomnio_2017.pdf)
- Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun*. Elsevier. doi: 10.1016 / j.bbi.2020.04.069
- Robles, J. (2020). ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NACIONAL DE IMPERIAL, CAÑETE, 2020 (Tesis de grado). [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/19341/ESTUDIANTES\\_ANSIEDAD\\_ROBLES\\_CASTRO\\_JAZMIN\\_YSABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/19341/ESTUDIANTES_ANSIEDAD_ROBLES_CASTRO_JAZMIN_YSABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Santos, V., y Díaz, C. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 6(1), 21-31. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LaAnsiedadEnLaAdolescencia-6317303.pdf
- Sateia, J. (2014). Clasificación internacional de los trastornos del sueño, tercera edición. *CHEST Journal*, 146(5), 1. doi.org/10.1378/chest.14-0970
- Tayeh, P., Agámez, P., y Chaske, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), 6–8. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>



Torrens, I., Argüelles, R., Lorente, P., Molero, C., y Esteva, M. (2019). Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España). *Atención Primaria*, 51(10), 617–625. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.014>

World Health Organization. (2010). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

## 11. Anexos

### 11.1 Anexo 1. Pertinencia y Aprobación del Tema



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad  
de la Salud

**MEMORÁNDUM Nro.0489 CCM-FSH-UNL**

**PARA:** Srta. Karen Valeria Quezada Pucha.  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Tania Cabrera.  
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA  
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 04 de febrero 2021

**ASUNTO:** APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL  
PROYECTO DE TESIS

---

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación: **Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Nuestra Señora del Rosario" de Catamayo.**, y que será desarrollado por la estudiante Srta. Karen Valeria Quezada Pucha, de la Carrera de Medicina Humana, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Sandra K. Mejía Michay, quien manifiesta que, se ha sugerido algunos cambios que ya se los realizó conjuntamente con la estudiante, dado esto el trabajo cumple con los respectivos parámetros, inherentes a la estructura y coherencia el informe es favorable y **PERTINENTE**, el estudiante puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Empleo autorizado por:  
TANIA VERÓNICA  
CARRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera.  
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA  
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

C.E.- Archivo, Estudiante.  
/Boastillo.

Calle Manuel Monteros  
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador  
072-671379 Ext. 102

## 11.2 Anexo 2. Designación de Director de Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA

---

**MEMORÁNDUM Nro.0071 DCM-FSH-UNL**

**PARA:** Dra. Sandra Mejía  
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA  
DE LA CARRERA DE MEDICINA

**FECHA:** 19 de febrero de 2021

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

---

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Nuestra señora del Rosario" de Catamayo, autoría de la Srta. Karen Valeria Quezada Pucha.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA  
CARRERA DE MEDICINA

Dra. Tania Cabrera  
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA  
DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo, Estudiante.

NOT

---

### 11.3 Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos



Oficio N°. : UEFNSR-S-2021-020-OF  
Catamayo, 02 de marzo de 2021

Dra.  
Tania Cabrera  
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA  
DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Presente.-

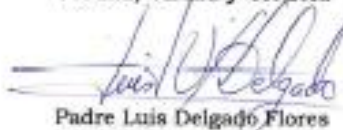
De mis consideraciones

Reciba un cordial y atento saludo deseándole éxitos en las actividades que desempeña diariamente en bienestar de la Comunidad Educativa.

Estimada Doctora Tania, en atención al MEMORÁNDUM Nro. 0096 DCM-FSH-UNL de fecha 23 de febrero de 2021 en el cual solicita autorización para que la Srta. Karen Valeria Quezada Puchá estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, encuente a los estudiantes de Octavo a Tercer año de Bachillerato. Ante lo expuesto informo a Ud. que la estudiante en mención cuenta con la autorización respectiva para el desarrollo de su trabajo de investigación denominado: **"Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Nuestra Señora del Rosario" de Catamayo"**.

Particular que pongo a su conocimiento.

Atentamente,  
**Verdad, Virtud y Ciencia**

  
Padre Luis Delgado Flores  
**RECTOR**



Código AME: 11H00660  
Dirección: 9 de Octubre y Eugenio Espejo  
Teléfono: 2 677-929 2 677-024  
Email: rosa1stascatamayo@gmail.com  
Facebook: Rosaristas Catamayo  
Catamayo - Loja - Ecuador

"Formando personas íntegras para crear un mundo mejor  
y más pacífico, a través del entendimiento mutuo y el respeto intercultural"

#### 11.4 Anexo 4. Certificación de Traducción al Idioma Inglés

Loja, 27 octubre de 2022

Yo, Melvin Alexis Álvarez Urrego, Licenciado en Pedagogía del Idioma Inglés, registro Nro.: 1031-2021-2370644

#### CERTIFICO:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma inglés del resumen de la tesis titulada "INSOMNIO Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO" DE CATAMAYO" de la autoría de Karen Valeria Quezada Pucha, con cédula de ciudadanía 1106047275 estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad pudiendo el interesado hacer uso de este documento como estime conveniente.



Melvin Alexis Álvarez Urrego

Ci: 1900870609

## **11.5 Anexo 5. Instrumentos**

### **11.5.1 Consentimiento informado.**

**Universidad Nacional De Loja**  
**Facultad De La Salud Humana**  
**Carrera De Medicina**



### **Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud (OMS)**

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los padres de familia de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”, a quienes se invita participar en el presente estudio denominado: Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”

**Tesista:** Karen Valeria Quezada Pucha

**Directora del trabajo de titulación:** Méd. Sandra Katerine Mejía Michay., Mgs.

#### **Introducción**

Yo, **Karen Valeria Quezada Pucha** portador de la CI. **1106047275**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy realizando un estudio para determinar la relación entre insomnio y ansiedad mediante los cuestionarios de Índice de Severidad del Insomnio y el inventario de Ansiedad de Beck. A continuación, pongo a su disposición la información y le invito a participar de este estudio, cualquier duda estoy a su disposición.

#### **Propósito**

El insomnio junto con la ansiedad son trastornos muy frecuentes sobre todo en los adolescentes, pueden aparecer de forma aislada o estar asociada a otras patologías. Tienen un gran impacto en distintos ámbitos de la vida no solo de la persona que lo padece, sino que también de su entorno, debido a que el sueño y la salud mental son aspectos fundamentales para una buena calidad de vida, además influyen en aspectos como el desempeño laboral o puede provocar trastornos del aprendizaje, y su presencia esta asociado a un mayor consumo de sustancias ilícitas y a la depresión, todo esto provoca mayores costos directos e indirectos en la atención médica requerida para su manejo, siendo un tema de importancia médica y social.

Con esta investigación se busca brindar datos e información confiable y que esta sirva como base para que en el futuro se pueda emprender medidas destinadas a cambiar, mejorar y disminuir los trastornos del sueño en los adolescentes quienes serán los primeros beneficiarios, además de las instituciones educativas y el hogar, pues el alumnado estará en mejores condiciones de salud, rendirá más y de mejor manera.

Con el fin de alcanzar estos propósitos se aplicará el cuestionario del Índice de Severidad del Insomnio, es una escala subjetiva y breve que consta de 5 preguntas que permiten realizar una valoración subjetiva del problema de sueño. Evalúa la gravedad del problema del sueño, el grado de insatisfacción y el impacto en la calidad de vida. También se aplicará el Inventario de ansiedad de Beck, es un cuestionario de autoinforme creado por el psicólogo Aaron T. Beck, el cual consiste en 21 preguntas con modalidad de opción múltiple y permite medir el grado de ansiedad tanto en niños como adultos.

#### **Tipo de intervención de la investigación**

Está investigación incluye la aplicación de cuestionarios validados y reconocidos: Índice de Severidad del insomnio y el Inventario de la Ansiedad de Beck.

#### **Selección de participantes:**

Los participantes son los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario” de Catamayo, que cumplan con los criterios de inclusión. Por lo que le invitamos a formar parte de esta investigación debido a que su hijo/hija forma parte de esta institución educativa y se encuentra dentro de las edades de riesgo para sufrir estas patologías como son el insomnio y la ansiedad, le preguntamos si usted permitiría que participe su hijo/a.

#### **Participación voluntaria**

La decisión de que su hijo/a participe en este estudio es completamente voluntaria. Es su decisión el que su hijo/a participe o no. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado previamente.

En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar el siguiente cuestionario anexo a este documento que tomará 20 minutos aproximadamente.

#### **Información sobre el cuestionario**

El Índice de Severidad del Insomnio es una escala subjetiva y breve que consta de 5 preguntas que permiten realizar una valoración subjetiva del problema de sueño. Evalúa la gravedad del problema del sueño, el grado de insatisfacción y el impacto en la calidad de vida. Tiene una puntuación de 0-28 (0-7= ausencia de insomnio clínico; 8-14= insomnio subclínico; 15-21= insomnio clínico moderado; 22-28= insomnio clínico grave). Cada uno de los 5 ítems se evalúa

en una escala de 5 puntos que consiste en 0 = Nada; 1 = Un poco; 2 = Algo; 3 = Mucho; 4 = Muchísimo con un resultado de 0 a 28.

El Inventario de ansiedad de Beck, es un cuestionario de autoinforme creado por el psicólogo Aaron T. Beck, el cual consiste en 21 preguntas con modalidad de opción múltiple y permite medir el grado de ansiedad tanto en niños como adultos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: Ansiedad muy baja (00–21 puntos), ansiedad moderada (22–35 puntos), ansiedad severa (más de 36 puntos).

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems.

#### **Procedimiento y protocolo:**

Para la recolección de la información se aplicará los cuestionarios del Índice de Severidad del Insomnio y el Inventario de la Ansiedad de Beck.

#### **Duración**

Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 20 minutos por cada persona y se desarrollara por medio de una encuesta digital.

#### **Beneficios**

Si su hijo/hija participa en esta investigación, podrá conocer datos e información confiable, que en el futuro pueda ser destinada a poder emprender medidas destinadas a cambiar, mejorar y disminuir el insomnio y la ansiedad en adolescentes, quienes serán los primeros beneficiarios, además de las instituciones educativas y el hogar, pues el alumnado estará en mejores condiciones de salud, rendirá más y de mejor manera.

#### **Confidencialidad**

Está investigación se realizará en los estudiantes de la Unidad Educativa “Nuestra Señora del Rosario” que hayan aceptado participar.

La información acerca de su hijo/a recolectada por la investigación será aislada y solo el investigador podrá verla, no estará disponible para otras personas.

#### **Compartiendo los resultados**

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de su hijo/a ni de ninguno de los participantes



**Derecho de negarse o retirarse**

Usted no tiene por qué aceptar que su hijo/niña participe de esta investigación si no desea hacerlo y negarse a que su hijo/a participe no lo afectará en ningún aspecto. Usted puede retirar a su hijo/a de la investigación en cualquier momento que desee.

**A quien contactar:**

Cualquier inquietud por favor comunicarse al siguiente correo electrónico [karen.quezada@unl.edu.ec](mailto:karen.quezada@unl.edu.ec) o al número de celular 0979492579

**He leído o me ha sido leída la información proporcionada.**

**Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.**

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_

Cedula del participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Día /Mes/Año.**

**Universidad Nacional De Loja**  
**Facultad De La Salud Humana**  
**Carrera De Medicina**  
**Consentimiento Informado**



Yo \_\_\_\_\_ portador de la C.I. \_\_\_\_\_, luego de haber recibido la información necesaria y haber resuelto dudas sobre ello, doy mi consentimiento voluntario para que mi hijo/a participe en este estudio de investigación denominado Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario” de Catamayo, de autoría de la señorita Karen Valeria Quezada Pucha, estudiante de la carrera de medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio a mi hijo/a en cualquier momento. Por tal razón, de forma libre y voluntaria, y en plena capacidad para ejercer mis derechos consiento a mi hijo/a participar en esta investigación.

.....  
Nombres y Apellidos del Paciente

.....  
Firma del Paciente

### 11.5.2 Índice de Severidad del Insomnio (ISI).



**Universidad Nacional De Loja**  
**Facultad De La Salud Humana**  
**Carrera De Medicina**

#### Índice de Severidad del Insomnio (ISI)

El ISI es un instrumento confiable y válido para evaluar la gravedad subjetiva del insomnio en poblaciones de habla hispana. Su estructura de tres factores (es decir, dificultades para dormir durante la noche, insatisfacción del sueño e impacto diurno del insomnio) la convierte en una medida psicométricamente sólida y clínicamente útil.

Esta versión fue elaborada por Fernandez-Mendoza et al (2012), para adultos jóvenes y de mediana edad, la estructura concuerda con el original (Bastien et al, 2001). Cada uno de los 5 ítems se evalúa en una escala de 5 puntos que consiste en 0 = Nada; 1 = Un poco; 2 = Algo; 3 = Mucho; 4 = Muchísimo con un resultado de 0 a 28.

1. Por favor indique la GRAVEDAD de su actual (p.ej., durante las últimas 2 semanas) problema(s) de sueño:

	<b>Nada</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave</b>
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo está de SATISFECHO/A en la actualidad con su sueño?

Muy satisfecho	Satisfecho	Neutral	No muy satisfecho	Muy insatisfecho
0	1	2	3	4

3. ¿En qué medida considera que su problema de sueño INTERFIERE con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

4. ¿En qué medida cree que LOS DEMÁS SE DAN CUENTA de su problema de sueño por lo que afecta a su calidad de vida?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

5. ¿Cuán PREOCUPADO/A está por su actual problema de sueño?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

### 11.5.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA  
“Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)”**

El Inventario de ansiedad de Beck, es un cuestionario de autoinforme creado por el psicólogo Aaron T. Beck, el cual consiste en 21 preguntas con modalidad de opción múltiple y permite medir el grado de ansiedad tanto en niños como adultos.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
1. Torpe o entumecido.				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le 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				

## 11.6 Anexo 6. Base de Datos

Código	Sexo	Edad	Dificultad para quedarse dormido/a :	Dificultad para permanecer dormido/a:	Despertarse muy temprano:	¿Cómo está de SATISFECHO/A en la actualidad con su sueño?	¿En qué medida considera que su problema de sueño INTERFIERE con su funcionamiento diario?	¿En qué medida cree que LOS DEMÁS SE DAN CUENTA de su problema de sueño por lo que afecta a su calidad de vida?	¿Cuán PREOCUPADO/A está por su actual problema de sueño?	Puntuaje	Clasificación
N001	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico
N002	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Leve	Moderado	Muy satisfecho	Nada	Un poco	Nada	4	Ausencia de insomnio clínico
N003	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Leve	Satisfecho	Un poco	Mucho	Un poco	9	Insomnio subclínico
N004	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínico
N005	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Grave	Grave	Satisfecho	Un poco	Mucho	Mucho	17	insomnio clínico moderado
N006	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Leve	Moderado	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N007	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Leve	Muy satisfecho	Algo	Un poco	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínico
N008	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Moderado	Leve	Neutral	Algo	Algo	Algo	13	Insomnio subclínico
N009	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	4	Ausencia de insomnio clínico
N010	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N011	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Moderado	Satisfecho	Algo	Mucho	Algo	12	Insomnio subclínico
N012	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Moderado	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N013	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Moderado	Neutral	Mucho	Algo	Algo	14	Insomnio subclínico
N014	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Leve	Moderado	Neutral	Un poco	Algo	Nada	8	Insomnio subclínico
N015	Masculino	Adolescencia tardía:	Moderado	Grave	Nada	Neutral	Algo	Algo	Algo	10	Insomnio

		15-19 años									subclínico
N016	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Leve	Nada	Muy satisfecho	Un poco	Algo	Algo	6	Ausencia de insomnio clínico
N017	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Algo	7	Ausencia de insomnio clínico
N018	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Muy grave	Neutral	Algo	Algo	Nada	12	Insomnio subclínico
N019	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Un poco	Algo	4	Ausencia de insomnio clínico
N020	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Nada	Grave	Neutral	Nada	Nada	Algo	10	Insomnio subclínico
N021	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico
N022	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Algo	Nada	Nada	5	Ausencia de insomnio clínico
N023	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Moderado	Moderado	Neutral	Mucho	Algo	Nada	12	Insomnio subclínico
N024	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Algo	Mucho	9	Insomnio subclínico
N025	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico
N026	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Leve	Nada	Neutral	Algo	Un poco	Algo	11	Insomnio subclínico
N027	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínico
N028	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Moderado	Moderado	No muy satisfecho	Nada	Algo	Algo	13	Insomnio subclínico
N029	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Moderado	Neutral	Mucho	Mucho	Mucho	14	Insomnio subclínico
N030	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Muy grave	No muy satisfecho	Mucho	Algo	Algo	17	insomnio clínico moderado
N031	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Leve	Moderado	Muy satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínico
N032	Femenino	Adolescencia tardía:	Leve	Nada	Moderado	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	4	Ausencia de insomnio



		15-19 años									o clínic
N033	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Leve	Neutral	Algo	Mucho	Muchísimo	15	insomnio clínic moderado
N034	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Moderado	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínic
N035	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Nada	Muy satisfecho	Un poco	Muchísimo	Nada	7	Ausencia de insomnio clínic
N036	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	3	Ausencia de insomnio clínic
N037	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínic
N038	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Neutral	Un poco	Nada	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínic
N039	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Nada	No muy satisfecho	Algo	Mucho	Algo	12	Insomnio subclínic
N040	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Moderado	Satisfecho	Nada	Algo	Nada	6	Ausencia de insomnio clínic
N041	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Leve	Moderado	Muy insatisfecho	Mucho	Algo	Un poco	13	Insomnio subclínic
N042	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Leve	Moderado	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	5	Ausencia de insomnio clínic
N043	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Moderado	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Un poco	4	Ausencia de insomnio clínic
N044	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Un poco	Nada	4	Ausencia de insomnio clínic
N045	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Algo	Un poco	Nada	5	Ausencia de insomnio clínic
N046	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínic
N047	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Moderado	Moderado	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	7	Ausencia de insomnio clínic
N048	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Leve	Neutral	Algo	Nada	Mucho	10	Insomnio subclínic
N049	Masculino	Adolescencia tardía:	Moderado	Nada	Nada	Neutral	Algo	Un poco	Algo	9	Insomnio

		15-19 años									subclínico
N050	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	5	Ausencia de insomnio clínico
N051	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Moderado	Muy grave	Muy insatisfecho	Mucho	Mucho	Mucho	22	Insomnio clínico grave
N052	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Moderado	Neutral	Nada	Nada	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N053	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Grave	Neutral	Mucho	Algo	Algo	13	Insomnio subclínico
N054	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Muy grave	No muy satisfecho	Muchísimo	Mucho	Mucho	19	insomnio clínico moderado
N055	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N056	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Moderado	Neutral	Un poco	Algo	Nada	7	Ausencia de insomnio clínico
N057	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Leve	Neutral	Mucho	Algo	Algo	13	Insomnio subclínico
N058	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínico
N059	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Moderado	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínico
N060	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	3	Ausencia de insomnio clínico
N061	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Moderado	Neutral	Algo	Algo	Un poco	11	Insomnio subclínico
N062	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N063	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N064	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Grave	Satisfecho	Muchísimo	Algo	Algo	14	Insomnio subclínico
N065	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Moderado	Neutral	Algo	Nada	Algo	11	Insomnio subclínico
N066	Masculino	Adolescencia tardía:	Moderado	Nada	Grave	No muy satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	12	Insomnio

		15-19 años									subclínico
N067	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	5	Ausencia de insomnio clínico
N068	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Muy grave	Satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	7	Ausencia de insomnio clínico
N069	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Muy grave	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	10	Insomnio subclínico
N070	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Leve	Moderado	Satisfecho	Algo	Algo	Mucho	11	Insomnio subclínico
N071	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Leve	Satisfecho	Un poco	Algo	Nada	7	Ausencia de insomnio clínico
N072	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Moderado	Muy grave	Neutral	Un poco	Un poco	Algo	12	Insomnio subclínico
N073	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínico
N074	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N075	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	5	Ausencia de insomnio clínico
N076	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Moderado	Leve	Satisfecho	Un poco	Algo	Un poco	9	Ausencia de insomnio clínico
N077	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Algo	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínico
N078	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Moderado	Neutral	Un poco	Nada	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N079	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Neutral	Un poco	Nada	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínico
N080	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	5	Ausencia de insomnio clínico
N081	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Moderado	Satisfecho	Algo	Algo	Nada	9	Insomnio subclínico
N082	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Algo	Un poco	Nada	4	Ausencia de insomnio clínico
N083	Masculino	Adolescencia tardía:	Nada	Nada	Nada	Neutral	Algo	Un poco	Nada	5	Ausencia de insomnio

		15-19 años										o clínico
N084	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Moderado	Grave	Neutral	Algo	Algo	Un poco	14		Insomnio subclínico
N085	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Leve	Moderado	No muy satisfecho	Muchísimo	Nada	Nada	14		Insomnio subclínico
N086	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Moderado	Neutral	Mucho	Algo	Algo	14		Insomnio subclínico
N087	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0		Ausencia de insomnio clínico
N088	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	5		Ausencia de insomnio clínico
N089	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Moderado	Neutral	Algo	Un poco	Algo	11		Insomnio subclínico
N090	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Un poco	1		Ausencia de insomnio clínico
N091	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Leve	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Un poco	3		Ausencia de insomnio clínico
N092	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0		Ausencia de insomnio clínico
N093	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Leve	Nada	Satisfecho	Nada	Un poco	Un poco	4		Ausencia de insomnio clínico
N094	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Grave	Neutral	Algo	Algo	Algo	13		Insomnio subclínico
N095	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Moderado	Satisfecho	Algo	Algo	Un poco	8		Insomnio subclínico
N096	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Un poco	Un poco	3		Ausencia de insomnio clínico
N097	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	5		Ausencia de insomnio clínico
N098	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Leve	Moderado	No muy satisfecho	Mucho	Algo	Mucho	17		insomnio clínico moderado
N099	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Moderado	Nada	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	7		Ausencia de insomnio clínico
N100	Masculino	Adolescencia temprana	Grave	Nada	Nada	Muy satisfecho	Mucho	Nada	Un poco	7		Ausencia de insomnio

		a: 10-14 años.									o clínico
N101	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Neutral	Un poco	Un poco	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N102	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Moderado	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N103	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Moderado	Moderado	Neutral	Nada	Nada	Un poco	9	Insomnio subclínico
N104	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Grave	Neutral	Mucho	Un poco	Algo	13	Insomnio subclínico
N105	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Muy grave	Nada	Moderado	Satisfecho	Mucho	Algo	Un poco	13	Insomnio subclínico
N106	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico
N107	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Grave	Moderado	No muy satisfecho	Algo	Algo	Mucho	16	insomnio clínico moderado
N108	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Grave	Muy grave	No muy satisfecho	Muchísimo	Mucho	Mucho	23	Insomnio clínico grave
N109	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Nada	No muy satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	8	Insomnio subclínico
N110	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Moderado	Muy satisfecho	Algo	Un poco	Un poco	9	Insomnio subclínico
N111	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Muy grave	Nada	Neutral	Mucho	Algo	Mucho	17	insomnio clínico moderado
N112	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico
N113	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Grave	Leve	No muy satisfecho	Muchísimo	Mucho	Nada	17	insomnio clínico moderado
N114	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Grave	No muy satisfecho	Mucho	Mucho	Mucho	18	insomnio clínico moderado
N115	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Moderado	Moderado	Satisfecho	Algo	Un poco	Un poco	9	Insomnio subclínico
N116	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Un poco	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínico
N117	Femenino	Adolescencia tardía:	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	4	Ausencia de insomnio

		15-19 años										o clínico
N118	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Algo	Nada	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínico	
N119	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Un poco	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico	
N120	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Moderado	Neutral	Un poco	Nada	Un poco	9	Insomnio subclínico	
N121	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Nada	No muy satisfecho	Algo	Un poco	Algo	9	Insomnio subclínico	
N122	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	Neutral	Un poco	Nada	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico	
N123	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico	
N124	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Moderado	Neutral	Algo	Algo	Un poco	12	Insomnio subclínico	
N125	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Leve	Satisfecho	Algo	Nada	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínico	
N126	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Grave	Leve	Neutral	Mucho	Nada	Nada	11	Insomnio subclínico	
N127	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Leve	Grave	No muy satisfecho	Algo	Nada	Mucho	12	Insomnio subclínico	
N128	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Grave	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	4	Ausencia de insomnio clínico	
N129	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico	
N130	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Moderado	Muy insatisfecho	Nada	Nada	Nada	8	Insomnio subclínico	
N131	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Nada	No muy satisfecho	Nada	Un poco	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínico	
N132	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Moderado	No muy satisfecho	Algo	Nada	Un poco	9	Insomnio subclínico	
N133	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Moderado	Muy grave	No muy satisfecho	Mucho	Algo	Un poco	18	insomnio clínico moderado	
N134	Femenino	Adolescencia tardía:	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Mucho	5	Ausencia de insomnio	

		15-19 años									o clínico
N135	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Moderado	Moderado	Neutral	Nada	Un poco	Nada	9	Insomnio subclínico
N136	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N137	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Un poco	4	Ausencia de insomnio clínico
N138	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Grave	Grave	No muy satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	12	Insomnio subclínico
N139	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Un poco	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N140	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Moderado	Moderado	No muy satisfecho	Algo	Un poco	Algo	15	insomnio clínico moderado
N141	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	No muy satisfecho	Nada	Nada	Algo	5	Ausencia de insomnio clínico
N142	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico
N143	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínico
N144	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Leve	Satisfecho	Un poco	Mucho	Un poco	9	Insomnio subclínico
N145	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínico
N146	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínico
N147	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínico
N148	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico
N149	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	4	Ausencia de insomnio clínico
N150	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Moderado	No muy satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N151	Masculino	Adolescencia temprana	Nada	Leve	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio

		a: 10-14 años.									o clínico
N152	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Grave	Grave	No muy satisfecho	Mucho	Algo	Un poco	16	insomnio clínico moderado
N153	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Leve	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínico
N154	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N155	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Moderado	Neutral	Algo	Un poco	Algo	9	Insomnio subclínico
N156	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	4	Ausencia de insomnio clínico
N157	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Un poco	Algo	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N158	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Algo	Un poco	Algo	7	Ausencia de insomnio clínico
N159	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Moderado	Moderado	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	10	Insomnio subclínico
N160	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	4	Ausencia de insomnio clínico
N161	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Nada	Nada	Neutral	Nada	Un poco	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N162	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínico
N163	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Grave	Moderado	No muy satisfecho	Algo	Algo	Algo	17	insomnio clínico moderado
N164	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Moderado	Leve	Satisfecho	Un poco	Algo	Un poco	9	Insomnio subclínico
N165	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Moderado	Muy grave	Muy insatisfecho	Algo	Algo	Algo	18	insomnio clínico moderado
N166	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Moderado	Leve	Satisfecho	Un poco	Algo	Algo	9	Insomnio subclínico
N167	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Muy insatisfecho	Algo	Un poco	Algo	11	Insomnio subclínico
N168	Femenino	Adolescencia tardía:	Nada	Leve	Nada	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	5	Ausencia de insomnio



		15-19 años										o clínic
N169	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Leve	Leve	No muy satisfecho	Un poco	Nada	Nada	8	Insomnio subclínico	
N170	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Leve	Neutral	Algo	Un poco	Nada	8	Insomnio subclínico	
N171	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínic	
N172	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Grave	Muy grave	No muy satisfecho	Algo	Algo	Un poco	19	insomnio clínic moderado	
N173	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Leve	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínic	
N174	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Algo	Nada	Nada	5	Ausencia de insomnio clínic	
N175	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínic	
N176	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic	
N177	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Leve	Moderado	Muy satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	5	Ausencia de insomnio clínic	
N178	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	5	Ausencia de insomnio clínic	
N179	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Leve	Moderado	Satisfecho	Algo	Nada	Un poco	9	Insomnio subclínico	
N180	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Leve	No muy satisfecho	Algo	Algo	Mucho	13	Insomnio subclínico	
N181	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Moderado	Leve	No muy satisfecho	Un poco	Un poco	Algo	13	Insomnio subclínico	
N182	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic	
N183	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Un poco	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínic	
N184	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Nada	Neutral	Un poco	Un poco	Nada	6	Ausencia de insomnio clínic	
N185	Masculino	Adolescencia temprana	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio	

		a: 10-14 años.									o clínic
N186	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínic
N187	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic
N188	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Leve	Moderado	Neutral	Un poco	Nada	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínic
N189	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Leve	Neutral	Un poco	Nada	Algo	8	Insomnio subclínic
N190	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Leve	Moderado	Neutral	Algo	Un poco	Un poco	10	Insomnio subclínic
N191	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Un poco	Algo	5	Ausencia de insomnio clínic
N192	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Grave	Moderado	Nada	No muy satisfecho	Mucho	Algo	Un poco	14	Insomnio subclínic
N193	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic
N194	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Algo	4	Ausencia de insomnio clínic
N195	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Leve	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínic
N196	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic
N197	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínic
N198	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	5	Ausencia de insomnio clínic
N199	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Nada	Muy satisfecho	Algo	Un poco	Nada	4	Ausencia de insomnio clínic
N200	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Leve	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínic
N201	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Moderado	Grave	Neutral	Nada	Un poco	Algo	12	Insomnio subclínic
N202	Femenino	Adolescencia temprana	Moderado	Leve	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	7	Ausencia de insomnio

		a: 10-14 años.									o clínic
N203	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	6	Ausencia de insomnio clínic
N204	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Muy satisfecho	Un poco	Algo	Nada	5	Ausencia de insomnio clínic
N205	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Moderado	Grave	Satisfecho	Nada	Nada	Un poco	9	Insomnio subclínic
N206	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínic
N207	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic
N208	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Muy grave	Nada	Nada	Neutral	Un poco	Un poco	Un poco	8	Insomnio subclínic
N209	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	5	Ausencia de insomnio clínic
N210	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Moderado	Neutral	Algo	Un poco	Un poco	10	Insomnio subclínic
N211	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínic
N212	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínic
N213	Masculino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Nada	Moderado	Moderado	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	5	Ausencia de insomnio clínic
N214	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Un poco	Nada	1	Ausencia de insomnio clínic
N215	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	No muy satisfecho	Mucho	Un poco	Un poco	11	Insomnio subclínic
N216	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínic
N217	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínic
N218	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Leve	Neutral	Muchísimo	Algo	Algo	13	Insomnio subclínic
N219	Masculino	Adolescencia temprana	Leve	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Un poco	Nada	3	Ausencia de insomnio

		a: 10-14 años.									o clínico
N220	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Muy grave	Grave	Neutral	Algo	Mucho	Algo	19	insomnio clínico moderado
N221	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Moderado	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	8	Insomnio subclínico
N222	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico
N223	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Grave	Satisfecho	Un poco	Nada	Algo	9	Insomnio subclínico
N224	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico
N225	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Moderado	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N226	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico
N227	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Leve	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	4	Ausencia de insomnio clínico
N228	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Leve	Nada	Moderado	No muy satisfecho	Mucho	Mucho	Algo	14	Insomnio subclínico
N229	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico
N230	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Nada	Nada	Neutral	Un poco	Algo	Mucho	11	Insomnio subclínico
N231	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico
N232	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Moderado	Moderado	Neutral	Nada	Nada	Nada	8	Insomnio subclínico
N233	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Algo	Nada	Nada	5	Ausencia de insomnio clínico
N234	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Leve	Nada	Satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N235	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Nada	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	3	Ausencia de insomnio clínico
N236	Masculino	Adolescencia temprana	Nada	Nada	Grave	No muy satisfecho	Nada	Nada	Un poco	7	Ausencia de insomnio

		a: 10-14 años.									o clínic
N237	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Moderado	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	8	Insomnio subclínico
N238	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Moderado	Leve	Muy satisfecho	Un poco	Algo	Algo	9	Insomnio subclínico
N239	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic
N240	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic
N241	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínic
N242	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Muchísimo	Nada	4	Ausencia de insomnio clínic
N243	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	Satisfecho	Un poco	Algo	Nada	7	Ausencia de insomnio clínic
N244	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Moderado	Grave	Satisfecho	Un poco	Un poco	Algo	12	Insomnio subclínico
N245	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Leve	Muy satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	5	Ausencia de insomnio clínic
N246	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Leve	Leve	Satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínic
N247	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Moderado	Leve	Satisfecho	Un poco	Mucho	Nada	9	Insomnio subclínico
N248	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínic
N249	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	Satisfecho	Algo	Un poco	Un poco	8	Insomnio subclínico
N250	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Moderado	Satisfecho	Nada	Algo	Un poco	7	Ausencia de insomnio clínic
N251	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Leve	Moderado	Muy satisfecho	Nada	Nada	Algo	5	Ausencia de insomnio clínic
N252	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Moderado	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	2	Ausencia de insomnio clínic
N253	Femenino	Adolescencia temprana	Muy grave	Moderado	Muy grave	Neutral	Algo	Un poco	Nada	15	insomnio clínic

		a: 10-14 años.									moderado
N254	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Grave	Leve	Nada	Neutral	Algo	Mucho	Algo	13	Insomnio subclínico
N255	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Nada	Algo	Algo	7	Ausencia de insomnio clínico
N256	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Leve	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	1	Ausencia de insomnio clínico
N257	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	4	Ausencia de insomnio clínico
N258	Femenino	Adolescencia tardía: 15-19 años	Moderado	Nada	Moderado	Muy insatisfecho	Mucho	Un poco	Mucho	15	insomnio clínico moderado
N259	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico
N260	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Moderado	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N261	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Leve	Nada	Neutral	Un poco	Un poco	Un poco	8	Insomnio subclínico
N262	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Nada	Leve	Satisfecho	Un poco	Nada	Un poco	5	Ausencia de insomnio clínico
N263	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Un poco	Un poco	Un poco	3	Ausencia de insomnio clínico
N264	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Moderado	Moderado	Muy satisfecho	Nada	Un poco	Nada	7	Ausencia de insomnio clínico
N265	Masculino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	2	Ausencia de insomnio clínico
N266	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Leve	Moderado	Moderado	Muy satisfecho	Un poco	Nada	Nada	6	Ausencia de insomnio clínico
N267	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Moderado	Nada	Moderado	Satisfecho	Un poco	Un poco	Nada	7	Ausencia de insomnio clínico
N268	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico
N269	Femenino	Adolescencia temprana: 10-14 años.	Nada	Nada	Nada	Muy satisfecho	Nada	Nada	Nada	0	Ausencia de insomnio clínico

**“Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)”**

Código	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	Con latidos del corazón fuertes y acelerados	Inestable	Atemorizado o asustado	Nervioso	Con sensación de bloqueo
N001	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente
N002	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto
N003	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto
N004	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente
N005	Severamente	Severamente	Levemente	Moderadamente	Severamente	Severamente	En absoluto	Levemente	Severamente	Severamente	Levemente
N006	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto
N007	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto
N008	Moderadamente	Severamente	En absoluto	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente
N009	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente
N010	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente
N011	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente
N012	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto
N013	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente
N014	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente
N015	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Moderadamente	En absoluto
N016	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente
N017	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente
N018	Levemente	Severamente	Severamente	Levemente	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente
N019	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Severamente	Levemente	En absoluto
N020	Moderadamente	En absoluto	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto
N021	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto
N022	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto
N023	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Levemente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente
N024	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto
N025	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto
N026	Levemente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente
N027	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto
N028	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente
N029	Moderadamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente
N030	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Severamente
N031	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto
N032	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto
N033	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente
N034	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto
N035	Severamente	Levemente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Levemente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente
N036	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto
N037	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente
N038	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto
N039	Moderadamente	Levemente	En absoluto	Severamente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Levemente
N040	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente













N266	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente
N267	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto
N268	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto
N269	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto

"Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)"												
Código	Con temblores en las manos	Inquieto, inseguro	Con miedo a perder el control	Con sensación de ahogo	Con temor a morir	Con miedo	Con problemas digestivos	Con desvanecimientos	Con rubor facial	Con sudores fríos o calientes	Puntaje	Clasificación
N001	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Severamente	Severamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	11	Ansiedad leve
N002	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N003	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N004	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	11	Ansiedad leve
N005	Levemente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Levemente	Severamente	44	Ansiedad Grave
N006	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	10	Ansiedad leve
N007	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N008	Severamente	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	38	Ansiedad Grave
N009	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	9	Ansiedad leve
N010	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	56	Ansiedad Grave
N011	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	25	Ansiedad moderada
N012	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N013	Moderadamente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	25	Ansiedad moderada
N014	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	9	Ansiedad leve
N015	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Severamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	13	Ansiedad leve
N016	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N017	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	13	Ansiedad leve
N018	Severamente	En absoluto	Severamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	35	Ansiedad Grave
N019	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	8	Ansiedad leve
N020	Moderadamente	Severamente	En absoluto	Levemente	Severamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	18	Ansiedad moderada
N021	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N022	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	10	Ansiedad leve
N023	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	12	Ansiedad leve
N024	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	6	Ansiedad mínima
N025	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima

Nº 26	Severamente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Severamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Severamente	33	Ansiedad Grave
Nº 27	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	6	Ansiedad mínima
Nº 28	Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	20	Ansiedad moderada
Nº 29	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	12	Ansiedad leve
Nº 30	Severamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	54	Ansiedad Grave
Nº 31	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	8	Ansiedad leve
Nº 32	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
Nº 33	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	20	Ansiedad moderada
Nº 34	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
Nº 35	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Levemente	Severamente	Severamente	Levemente	54	Ansiedad Grave
Nº 36	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	7	Ansiedad mínima
Nº 37	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	22	Ansiedad moderada
Nº 38	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	6	Ansiedad mínima
Nº 39	Levemente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	Levemente	22	Ansiedad moderada
Nº 40	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	8	Ansiedad leve
Nº 41	Severamente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Moderadamente	Severamente	Severamente	33	Ansiedad Grave
Nº 42	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	1	Ansiedad mínima
Nº 43	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	8	Ansiedad leve
Nº 44	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	8	Ansiedad leve
Nº 45	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	9	Ansiedad leve
Nº 46	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
Nº 47	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	5	Ansiedad mínima
Nº 48	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	6	Ansiedad mínima
Nº 49	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
Nº 50	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	10	Ansiedad leve
Nº 51	Levemente	Moderadamente	Severamente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	25	Ansiedad moderada
Nº 52	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	1	Ansiedad mínima
Nº 53	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
Nº 54	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	60	Ansiedad Grave
Nº 55	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	5	Ansiedad mínima
Nº 56	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	5	Ansiedad mínima
Nº 57	Moderadamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	39	Ansiedad Grave
Nº 58	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima

N0 59	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
N0 60	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	5	Ansiedad mínima
N0 61	Levemente	Levemente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	14	Ansiedad leve
N0 62	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N0 63	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	16	Ansiedad moderada
N0 64	En absoluto	Moderadamente	Levemente	Levemente	En absoluto	Severamente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	Levemente	34	Ansiedad Grave
N0 65	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Severamente	Severamente	Severamente	44	Ansiedad Grave
N0 66	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	4	Ansiedad mínima
N0 67	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	5	Ansiedad mínima
N0 68	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	8	Ansiedad leve
N0 69	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	5	Ansiedad mínima
N0 70	Levemente	Severamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	21	Ansiedad moderada
N0 71	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	4	Ansiedad mínima
N0 72	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	9	Ansiedad leve
N0 73	Severamente	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	30	Ansiedad Grave
N0 74	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N0 75	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	10	Ansiedad leve
N0 76	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	8	Ansiedad leve
N0 77	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Severamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	15	Ansiedad leve
N0 78	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	6	Ansiedad mínima
N0 79	Levemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	10	Ansiedad leve
N0 80	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N0 81	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	28	Ansiedad Grave
N0 82	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	6	Ansiedad mínima
N0 83	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N0 84	En absoluto	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	Severamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	32	Ansiedad Grave
N0 85	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	57	Ansiedad Grave
N0 86	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
N0 87	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N0 88	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	8	Ansiedad leve
N0 89	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N0 90	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N0 91	Levemente	Severamente	Levemente	Severamente	Severamente	Severamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	33	Ansiedad Grave

N0 92	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N0 93	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N0 94	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	23	Ansiedad moderada
N0 95	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	20	Ansiedad moderada
N0 96	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	44	Ansiedad Grave
N0 97	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	5	Ansiedad mínima
N0 98	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	19	Ansiedad moderada
N0 99	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Severamente	Levemente	Severamente	Moderadamente	Levemente	30	Ansiedad Grave
N1 00	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Severamente	En absoluto	Moderadamente	17	Ansiedad moderada
N1 01	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	13	Ansiedad leve
N1 02	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	5	Ansiedad mínima
N1 03	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N1 04	Severamente	Severamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	26	Ansiedad Grave
N1 05	Levemente	Severamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	21	Ansiedad moderada
N1 06	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 07	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Moderadamente	29	Ansiedad Grave
N1 08	Levemente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	24	Ansiedad moderada
N1 09	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	12	Ansiedad leve
N1 10	En absoluto	Levemente	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	14	Ansiedad leve
N1 11	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	16	Ansiedad moderada
N1 12	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 13	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	En absoluto	Levemente	Severamente	Levemente	Levemente	Levemente	45	Ansiedad Grave
N1 14	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	Levemente	28	Ansiedad Grave
N1 15	Levemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Severamente	Severamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	30	Ansiedad Grave
N1 16	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	21	Ansiedad moderada
N1 17	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	37	Ansiedad Grave
N1 18	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	24	Ansiedad moderada
N1 19	Moderadamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	53	Ansiedad Grave
N1 20	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	6	Ansiedad mínima
N1 21	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	39	Ansiedad Grave
N1 22	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 23	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 24	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	21	Ansiedad moderada



N1 25	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	19	Ansiedad moderada
N1 26	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	En absoluto	Severamente	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Severamente	49	Ansiedad Grave
N1 27	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	7	Ansiedad mínima
N1 28	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	1	Ansiedad mínima
N1 29	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	1	Ansiedad mínima
N1 30	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	21	Ansiedad moderada
N1 31	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
N1 32	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	12	Ansiedad leve
N1 33	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Severamente	En absoluto	Levemente	Moderadamente	23	Ansiedad moderada
N1 34	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	30	Ansiedad Grave
N1 35	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	13	Ansiedad leve
N1 36	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	6	Ansiedad mínima
N1 37	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	21	Ansiedad moderada
N1 38	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	8	Ansiedad leve
N1 39	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 40	Moderadamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	29	Ansiedad Grave
N1 41	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	9	Ansiedad leve
N1 42	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 43	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 44	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 45	Severamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	En absoluto	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Levemente	53	Ansiedad Grave
N1 46	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 47	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 48	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 49	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Severamente	10	Ansiedad leve
N1 50	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	12	Ansiedad leve
N1 51	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 52	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	55	Ansiedad Grave
N1 53	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	3	Ansiedad mínima
N1 54	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	15	Ansiedad leve
N1 55	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N1 56	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	6	Ansiedad mínima
N1 57	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	6	Ansiedad mínima

N1 58	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	14	Ansiedad leve
N1 59	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Severamente	16	Ansiedad moderada
N1 60	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 61	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	8	Ansiedad leve
N1 62	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	13	Ansiedad leve
N1 63	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	12	Ansiedad leve
N1 64	En absoluto	En absoluto	Severamente	Severamente	En absoluto	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	En absoluto	29	Ansiedad Grave
N1 65	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Moderadamente	30	Ansiedad Grave
N1 66	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	13	Ansiedad leve
N1 67	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	20	Ansiedad moderada
N1 68	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	6	Ansiedad mínima
N1 69	En absoluto	Levemente	En absoluto	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	18	Ansiedad moderada
N1 70	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	7	Ansiedad mínima
N1 71	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	1	Ansiedad mínima
N1 72	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	14	Ansiedad leve
N1 73	Levemente	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Levemente	Levemente	En absoluto	21	Ansiedad moderada
N1 74	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 75	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 76	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 77	Levemente	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Severamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	14	Ansiedad leve
N1 78	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 79	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	18	Ansiedad moderada
N1 80	Moderadamente	Severamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Moderadamente	Severamente	50	Ansiedad Grave
N1 81	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	Severamente	Moderadamente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	30	Ansiedad Grave
N1 82	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 83	Levemente	Moderadamente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	22	Ansiedad moderada
N1 84	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 85	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 86	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	5	Ansiedad mínima
N1 87	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad muy baja
N1 88	Moderadamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Levemente	Severamente	Severamente	Levemente	35	Ansiedad Grave
N1 89	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	8	Ansiedad leve
N1 90	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	16	Ansiedad moderada

N1 91	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	5	Ansiedad mínima
N1 92	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	17	Ansiedad moderada
N1 93	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 94	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	34	Ansiedad Grave
N1 95	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	1	Ansiedad mínima
N1 96	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N1 97	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N1 98	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	10	Ansiedad leve
N1 99	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	4	Ansiedad mínima
N2 00	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N2 01	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	En absoluto	Levemente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	42	Ansiedad moderada
N2 02	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	15	Ansiedad leve
N2 03	Moderadamente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Levemente	14	Ansiedad leve
N2 04	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	14	Ansiedad leve
N2 05	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
N2 06	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	8	Ansiedad leve
N2 07	Severamente	Severamente	Severamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Severamente	Severamente	Severamente	En absoluto	44	Ansiedad Grave
N2 08	Severamente	Levemente	Severamente	Severamente	Levemente	Levemente	Moderadamente	Severamente	Severamente	Levemente	37	Ansiedad Grave
N2 09	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N2 10	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	5	Ansiedad mínima
N2 11	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	10	Ansiedad leve
N2 12	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	4	Ansiedad mínima
N2 13	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N2 14	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	10	Ansiedad leve
N2 15	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	16	Ansiedad moderada
N2 16	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N2 17	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
N2 18	Severamente	Levemente	Levemente	Severamente	Severamente	Severamente	Levemente	Levemente	En absoluto	Severamente	41	Ansiedad Grave
N2 19	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N2 20	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	12	Ansiedad leve
N2 21	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	13	Ansiedad leve
N2 22	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N2 23	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	4	Ansiedad mínima

N2 24	Levemente	En absoluto	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	Levemente	23	Ansiedad moderada
N2 25	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	Severamente	51	Ansiedad Grave
N2 26	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	8	Ansiedad leve
N2 27	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	23	Ansiedad moderada
N2 28	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	17	Ansiedad moderada
N2 29	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N2 30	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	6	Ansiedad mínima
N2 31	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N2 32	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N2 33	En absoluto	Severamente	Levemente	En absoluto	Severamente	Levemente	Levemente	En absoluto	Severamente	En absoluto	30	Ansiedad Grave
N2 34	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N2 35	Moderadamente	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Severamente	Moderadamente	Severamente	Severamente	31	Ansiedad Grave
N2 36	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Severamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	16	Ansiedad moderada
N2 37	Levemente	Moderadamente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	18	Ansiedad moderada
N2 38	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
N2 39	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	Severamente	Severamente	Severamente	En absoluto	16	Ansiedad moderada
N2 40	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N2 41	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N2 42	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N2 43	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	9	Ansiedad leve
N2 44	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	9	Ansiedad leve
N2 45	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	10	Ansiedad leve
N2 46	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	19	Ansiedad moderada
N2 47	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	6	Ansiedad mínima
N2 48	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	22	Ansiedad moderada
N2 49	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	Severamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	21	Ansiedad moderada
N2 50	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	3	Ansiedad mínima
N2 51	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	14	Ansiedad leve
N2 52	Severamente	Levemente	Severamente	Severamente	En absoluto	Levemente	Levemente	Severamente	Severamente	Severamente	40	Ansiedad Grave
N2 53	En absoluto	Levemente	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	11	Ansiedad leve
N2 54	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	7	Ansiedad mínima
N2 55	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	8	Ansiedad leve
N2 56	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	4	Ansiedad mínima

N2 57	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	0	Ansiedad mínima
N2 58	Moderadamente	Severamente	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	25	Ansiedad moderada
N2 59	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N2 60	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	42	Ansiedad Grave
N2 61	Levemente	Moderadamente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	Moderadamente	24	Ansiedad moderada
N2 62	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	Levemente	Moderadamente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Moderadamente	14	Ansiedad leve
N2 63	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	1	Ansiedad mínima
N2 64	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	5	Ansiedad mínima
N2 65	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	2	Ansiedad mínima
N2 66	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	Moderadamente	42	Ansiedad Grave
N2 67	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	6	Ansiedad mínima
N2 68	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	1	Ansiedad mínima
N2 69	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	Levemente	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	En absoluto	6	Ansiedad mínima

### 11.7 Anexo 7. Tabla Complementaria de Recolección de Datos

*Frecuencias esperadas en la relación entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario.”*

<b>Insomnio</b>	<b>Ansiedad</b>				<b>Total</b>
	Mínima f	Leve f	Moderada f	Grave f	
Ausencia de insomnio clínico	67,22	43,35	28,9	29,53	169
Insomnio subclínico	31,82	20,52	13,68	13,98	80
Insomnio clínico moderado	7,16	4,62	3,08	3,14	18
Insomnio clínico grave	0,8	0,51	0,34	0,35	2
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>69</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>269</b>

*Fuente:* Índice de Severidad del Insomnio y Escala de Ansiedad de Beck.

*Elaboración:* Karen Valeria Quezada Pucha

### 11.8 Anexo 8. Tabla Complementaria de Recolección de Datos

*Niveles de insomnio en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo y edad*

<b>Niveles de Insomnio</b>	<b>Sexo y grupos de edad</b>								<b>Total</b>	
	f	Adolescencia temprana		Adolescencia tardía		f	%	f		
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino					
Ausencia de insomnio clínico	<b>41</b>	15,24	<b>65</b>	24,16	25	9,29	<b>38</b>	14,13	<b>169</b>	62,83
Insomnio subclínico	9	3,35	<b>23</b>	8,55	17	6,32	<b>31</b>	11,52	<b>80</b>	29,74
Insomnio clínico moderado	1	0,37	<b>6</b>	2,23	4	1,49	<b>7</b>	2,60	18	6,69
Insomnio clínico grave	0	0	0	0	<b>1</b>	0,37	<b>1</b>	0,37	2	0,74
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>18,96</b>	<b>94</b>	<b>34,94</b>	<b>47</b>	<b>17,47</b>	<b>77</b>	<b>28,62</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* Índice de severidad del insomnio.

*Elaboración:* Karen Valeria Quezada Pucha

### 11.9 Anexo 9. Tabla Complementaria de Recolección de Datos

*Niveles de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo y edad*

Niveles de Ansiedad	Sexo y grupos de edad									
	Adolescencia temprana				Adolescencia tardía				Total	
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Mínima	<b>28</b>	10,41	<b>39</b>	14,59	<b>19</b>	7,06	<b>22</b>	8,18	108	40,15
Leve	7	2,60	<b>28</b>	10,41	15	5,58	<b>19</b>	7,06	69	25,65
Moderada	8	2,97	<b>13</b>	4,83	6	2,23	<b>18</b>	6,69	45	16,73
Severa	8	2,97	<b>14</b>	5,20	7	2,60	<b>18</b>	6,69	47	17,47
Total	51	18,96	94	34,94	47	17,47	77	28,62	269	100

*Fuente:* Escala de ansiedad de Beck.

*Elaboración:* Karen Valeria Quezada Pucha

**11.10 Anexo 10. Proyecto de Trabajo de Titulación**



**Universidad Nacional de Loja  
Facultad de la Salud Humana  
Carrera de Medicina**

**Proyecto de Trabajo de Titulación**

**Tema:**

**Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa  
Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario” de Catamayo**

**Autor:**

**Karen Valeria Quezada Pucha**

**Loja – Ecuador**

**Año: 2021**



## **1. Tema**

Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario” de Catamayo

## 2. Problemática

Los trastornos del sueño constituyen un grupo muy numeroso y heterogéneo de procesos que puede formar parte de los síntomas de muchas enfermedades o estar asociado a problemas conductuales o emocionales, pudiendo afectar las funciones cognitivas mediante diversos mecanismos fisiopatológicos, en diferentes periodos etarios. El sueño es definido como una necesidad fisiológica que juega múltiples roles en los seres humanos y presenta características especiales que van variando con la edad y el medio ambiente (Lira y Custodio, 2018).

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente el 40% de la población mundial padece algún tipo de alteración del sueño, de los cuales solo el 10% sufre algún tipo de trastorno crónico, en niños y adolescentes se estima que entre un 25 y 30% sufren alteraciones de diverso orden (Cruz, 2020, p. 441). Se reconocen 88 tipos distintos de trastornos del sueño, pero el insomnio es el más frecuente.

El insomnio es definido según la Clasificación Internacional de los Trastornos del sueño tercera edición (ICTS-3), como un obstáculo que presenta el individuo persistentemente en el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño que ocurre persistentemente a pesar de la existencia de circunstancias y oportunidades adecuadas para el mismo y que, además, repercute en el funcionamiento humano con significativo malestar y afectación a nivel social, laboral, académica, conductual, etc. (Álamo et al., 2016). Se estima que, a lo largo de un año, entre un 30 y 40% de la población adulta presenta alguna queja relacionada con el sueño. Esta prevalencia puede variar desde un 1,2% hasta un 48% (Torrens et al., 2019). En cuanto a los grupos de edad, esta investigación se enfoca en los adolescentes, por lo que se procura tomar en cuenta información correspondiente con este grupo.

Los estudios en adolescentes indican prevalencias del 3% al 12%, sin embargo, esto puede variar muchísimo dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, y con frecuencia afecta más a mujeres que a hombres después de la pubertad (Álamo et al., 2016). En un estudio realizado en España se determinó que el 38,5% presenta mala calidad subjetiva del sueño, y el 23,1% latencia de sueño mayor de 30 minutos (Hidalgo et al., 2018)

En Colombia se realizó un estudio en adolescentes de 12 a 18 años, utilizando el Índice de Severidad del Insomnio (ISI), donde se determinó una prevalencia de insomnio del 77%, encontrándose en distintos grados, 22% tenían insomnio clínico moderado e insomnio grave el 1% (Muñoz et al., 2020).

En Ecuador, se encontró un estudio llevado a cabo por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a estudiantes de primer, segundo, y tercer año de bachillerato, se aplicó el ISI y se determinó una prevalencia global de insomnio del 42 %, observando que el insomnio subclínico

fue el más frecuente en el 34,2 % de los adolescentes; con una distribución mayor en el sexo femenino 44,7 % que el masculino 39,1 % (Asimbaya y Lima, 2018). En cuanto a la ciudad de Catamayo no hay estudios correspondientes con esta patología ni con este grupo de edad, que permita conocer la prevalencia ni realizar estudios comparativos del mismo.

En cuanto a los trastornos de salud mental según la (OMS) son considerados como una de las 10 primeras causas de morbilidad a nivel mundial, dentro de este grupo de trastornos se encuentra la ansiedad. La ansiedad es definida como la anticipación del fracaso, negatividad sobre la autoestima, la valoración social negativa y la pérdida de algún beneficio esperado (De la Cruz et al., 2018, p.21).

La OMS ha informado que afecta a más de 260 millones de personas en el mundo, incrementado en un 14,9 por ciento, respecto al 2005. Actualmente se estima que el 3,6% de la población mundial los padecía en 2015. Según esta misma organización esta patología se da más en las mujeres (4,6 por ciento) que en los hombres (2,6 por ciento) (OMS, 2017). En la región de las Américas se estima que el 7,7 por ciento de las mujeres padece ansiedad mientras que los hombres en un 3,6 por ciento. En este sentido, Brasil es el país de Latinoamérica que más casos de desórdenes de ansiedad tiene con el 9,3%; y Ecuador ocupa el noveno lugar con 5,6% (OMS,2017).

El Instituto de la Mente Infantil afirma que aproximadamente, 117 millones de niños y adolescentes en todo el mundo han sufrido un trastorno de ansiedad, aunque cerca del 10% de los jóvenes de 6 a 17 años presentan actualmente uno al inicio de su edad adulta, casi el 20% tendrá dificultades funcionales relacionadas con la ansiedad en al menos un área de su vida. La ansiedad se considera el trastorno más habitual, registrándose un aumento de los diagnósticos de trastorno de ansiedad en jóvenes menores de 17 años, que han pasado del 3,5% a un 4,1% en la actualidad (Child Mind Institute,2018, p.2-5).

En cuanto a Ecuador hay un estudio llevado a cabo por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que consiste en establecer la relación entre ansiedad y rendimiento académico en estudiantes de 7 a 15 años, se determinó que la mayoría de estudiantes presentaron niveles bajos y medios de ansiedad, y no se encontró diferencias entre el sexo femenino y masculino con relación a la ansiedad total (García, 2017, p. 59-67).

En Loja hay un estudio realizado en 2017 por la Universidad Nacional de Loja, que consiste en establecer la depresión y ansiedad en estudiantes del colegio Adolfo Valarezo, para este estudio se utilizó la escala de Ansiedad de Hamilton, y se encontró que el 74,9% del total presentaba ansiedad, de estos 40,8% presenta ansiedad leve, 34,1% presenta ansiedad moderada grave (Ordoñez, 2017). De igual manera no existe estudios realizados en la Ciudad de

Catamayo, que permitan conocer la prevalencia de esta patología tan común e importante en este grupo de edad.

Por todo lo anteriormente expuesto se ha planteado la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, de Catamayo el periodo 2020-2021?

### 3. Justificación

Dentro de los trastornos del sueño, el insomnio representa la patología más frecuente tanto aislada o asociada a otros trastornos como la ansiedad, estos tienen una alta frecuencia tanto en adultos mayores como en niños y adolescentes. En la adolescencia se encuentran asociados a importantes cambios fisiológicos, cambios de hábito y la regulación de las normas sociales.

En los últimos años el insomnio ha adquirido gran importancia, dada su repercusión sobre diferentes aspectos de la vida diaria, salud y bienestar de los individuos y la sociedad, además de influir en aspectos como el desempeño laboral o provocando trastornos en el aprendizaje, así como los costos directos e indirectos en la atención médica requerida para su manejo, junto con la ansiedad pueden ocurrir ante eventos estresantes, agravarse y convertirse en un estado emocional permanente. Además, de asociarse con problemas de abuso de sustancias y con el desarrollo de la depresión (Díaz y Santos, 2018).

Por tratarse de un tema de importancia médica y social, debido a que el sueño es un proceso fisiológico necesario, que desempeña un papel crítico tanto en el desarrollo precoz del cerebro, en el aprendizaje y en la consolidación de la memoria, y la salud mental es un componente fundamental del bienestar y la calidad de vida de una persona, se considera relevante realizar esta investigación para brindar información confiable y poder emprender medidas destinadas a cambiar, mejorar y disminuir los trastornos del sueño en los adolescentes quienes serán los primeros beneficiarios, además de las instituciones educativas y el hogar, pues el alumnado estará en mejores condiciones de salud, rendirá más y de mejor manera.

La presente investigación se encuentra dentro de las prioridades de investigación en la salud 2013-2017 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), enfocado en la segunda línea de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja que engloba “Salud y enfermedad del niño/a y adolescente en la Región Sur del Ecuador o Región Siete”.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo general**

Establecer la relación entre los niveles de insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, en el cantón Catamayo, en el año lectivo 2020-2021

### **4.2. Objetivos específicos**

Determinar los niveles de insomnio en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo y edad.

Identificar los niveles de ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra señora del Rosario”, según sexo y edad.

Conocer la relación entre insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Nuestra Señora del Rosario”.

## Esquema marco teórico

### 5.1 Insomnio

#### 5.1.1 Definición.

#### 5.1.2 Epidemiología.

#### 5.1.3 Etiología.

#### 5.1.4 Fisiopatología.

#### 5.1.5 Cuadro Clínico.

#### 5.1.6 Clasificación.

##### 5.1.6.1 *Insomnio crónico.*

##### 5.1.6.2 *Insomnio a corto plazo.*

##### 5.1.6.3 *Otros tipos de insomnio.*

#### 5.1.7 Diagnóstico.

##### 5.1.7.1 *Anamnesis general e historia clínica estructurada de sueño.*

##### 5.1.7.2 *Exploración clínica completa.*

##### 5.1.7.3 *Agenda o diario de sueño.*

##### 5.1.7.4 *Exploraciones complementarias.*

###### 5.1.7.4.1 *Actigrafía.*

###### 5.1.7.4.2 *Polisomnografía (PSG).*

###### 5.1.7.4.3 *Videograbación nocturna.*

#### 5.1.7.5 Herramientas de cribado.

##### 5.1.7.5.1 *Índice de Severidad del Insomnio (ISI).*

#### 5.1.8 Tratamiento

##### 5.1.8.1 *Tratamiento cognitivo-conductual.*

###### 5.1.8.1.1 *Medidas de higiene del sueño.*

###### 5.1.8.1.2 *Técnica del control de estímulos.*

###### 5.1.8.1.3 *Técnica de restricción del sueño o del tiempo de permanencia en cama.*

###### 5.1.8.1.4 *Terapia cognitiva.*

###### 5.1.8.1.5 *Ejercicios de relajación.*

##### 5.1.8.2 *Tratamiento Farmacológico.*

###### 5.1.8.2.1 *Melatonina.*

###### 5.1.8.2.2 *Antihistamínicos de primera generación.*

###### 5.1.8.2.3 *Benzodiazepinas y sus análogos benzodiazepínicos.*

###### 5.1.8.2.4 *Antidepresivos.*

###### 5.1.8.2.5 *Agonistas alfa-2 clonidina.*

## **5.2 Ansiedad**

### **5.2.1 Definición.**

### **5.2.2 Epidemiología.**

### **5.2.3 Etiología.**

### **5.2.4 Fisiopatología.**

### **5.2.5 Cuadro Clínico.**

### **5.2.6 Clasificación.**

### **5.2.7 Diagnóstico.**

#### ***5.2.7.1 Historia Clínica.***

#### ***5.2.7.2 Escalas.***

### **5.2.8 Tratamiento**

#### ***5.2.8.1 Tratamiento Psicológico.***

##### ***5.2.8.1.1 Terapias cognitivo-conductuales.***

##### ***5.2.8.1.2 Psicoterapias psicodinámicas.***

#### ***5.2.8.2 Tratamiento farmacológico.***

##### ***5.2.8.2.1 Agentes de primera línea.***

##### ***5.2.8.2.2 Agentes de segunda línea.***

##### ***5.2.8.2.3 Agentes de tercera línea.***



## 6. Materiales y Métodos

### 6.1 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Sexo</b>	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Fenotipo	Tipo de sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento en que se hace el cálculo o hasta la fecha de su fallecimiento si fuera el caso.	Biológica	MSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescencia temprana: 10-14 años.</li> <li>• Adolescencia tardía: 15-19 años</li> </ul>
<b>Insomnio</b>	Dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar.	Perceptiva	Índice de gravedad del insomnio (ISI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de insomnio clínico: 00-07</li> <li>• Insomnio subclínico: 08-14</li> <li>• Insomnio clínico moderado: 15-21</li> <li>• Insomnio clínico grave: 22-28</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>	Estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos	Perceptiva	Inventario de ansiedad de Beck	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo: 00-07</li> <li>• Leve: 08-15</li> <li>• Moderada: 16-25</li> <li>• Grave: 26-63</li> </ul>


### 7. Cronograma

TIEMPO	2020												2021																																			
	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto							
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Revisión bibliográfica	■	■	■	■																																												
Elaboración del proyecto					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																
Proceso de aprobación del proyecto															■	■																																
Recolección de datos																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Tabulación de la información																									■	■	■	■	■	■	■	■																
Análisis de datos																													■	■	■	■	■	■	■	■												
Redacción del informe final																																	■	■	■	■	■	■	■	■								
Revisión y corrección del informe final																																									■	■	■	■				
Presentación del informe final																																													■	■	■	■

## 8. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Pasaje bus	30	1.75	52.50
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS</b>				
Hojas de papel bond	Resmas de	4	4.00	16.00
Esferos y lápices	Caja de esferos de 6	1	2,50	2,50
Memoria UBS	1	1	12	12.00
Internet	Mensual	12	25,00	300.00
Anillados	4	4	1.00	4.00
Empastados	1	1	2.50	2.50
<b>RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y SOFTWARE</b>				
		1	0	0
<b>CAPACITACION</b>				
Curso estadístico	0	0	0	0
<b>EQUIPOS</b>				
Computador	Equipo	1	450.00	450.00
Impresora	Equipo	1	150.00	150.00
<b>Sub total</b>				989.50
<b>(imprevistos 20%)</b>				<b>197.90</b>
<b>TOTAL</b>				<b>1187.4</b>

**11.11 Anexo 11. Certificación del Tribunal de Grado**

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA

Loja, 08 de noviembre de 2022

**CERTIFICACIÓN**

Los miembros del tribunal de Tesis del postulante **Karen Valeria Quezada Pucha**, con cédula de identidad: 1106047275 y autor de la Tesis titulada: **Insomnio y ansiedad en estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Nuestra señora del Rosario" de Catamayo**, bajo la dirección de Méd. Sandra Katherine Mejía Michay., Mgs., **CERTIFICAMOS** que el postulante antes mencionado cumplió con las correcciones sugeridas durante su sesión privada para lo cual autorizamos la publicación del trabajo de Tesis en el Repositorio Digital del Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja.

Atentamente:

Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

Md. Esp. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo  
**VOCAL DEL TRIBUNAL**

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.  
**VOCAL DEL TRIBUNAL**

