



UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE AGUASCALIENTES



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES  
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS**

**ASOCIACION ENTRE INSOMNIO E IDEACIÓN SUICIDA EN  
EL ANCIANO, DE 65 AÑOS O MÁS, EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES  
(TESIS)**

**ES PRESENTADA POR:**

**KATHERINE STEPHANIA FRAUSTO AVILA**

**PARA OBTENER GRADO DE ESPECIALISTA EN:  
MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR:**

**DR DANIEL ALEJANDRO HERNANDEZ AVIÑA**

**AGUASCALIENTES, AGS FEBRERO 2022**



AGUASCALIENTES, AGS. A 28 DE OCTUBRE 2021

**CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS  
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD  
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

**DRA KATHERINE STEPHANIA FRAUSTO AVILA**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

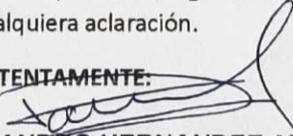
**ASOCIACION ENTRE INSOMNIO E IDEACIÓN SUICIDA EN EL ANCIANO, DE 65 AÑOS O MÁS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

Número de Registro: **R- 2020-101-010** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La **Dra Katherine Stephania Frausto Avila** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante al comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

**ATENTAMENTE:**



**DR DANIEL ALEJANDRO HERNANDEZ AVIÑA  
ASESOR**



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2021

**DRA PAULINA ANDRADE CASTRO**

**DECANA INTERNA DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**ASOCIACION ENTRE INSOMNIO E IDEACIÓN SUICIDA EN EL ANCIANO, DE 65 AÑOS O MÁS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

**DRA KATHERINE STEPHANIA FRAUSTO AVILA**

Número de Registro: R- 2021-101-010 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Katherine Stephania Frausto Avila asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

**ATENTAMENTE:**

*Carlos A. Prado*

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**

**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACION EN SALUD**



**GOBIERNO DE MÉXICO**



**2020**  
**LEONA VICARIO**  
ACORDADA REFORMA DE LA PATRIA

Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales

Aguascalientes, Ags. 12 de Febrero del 2020 Noviembre del 2019

REF. Of. N° 102

**Dr. Sergio Iván Sánchez Estrada**  
**Presidente de CLIES 101**  
**Delegación Aguascalientes**  
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCOVENIENTE** para que el asesor del proyecto **Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña** el cual es médico familiar adscrito al HGZ 2, realice el proyecto con el nombre **"ASOCIACIÓN DE INSOMNIO E IDEACIÓN SUICIDA EN EL ANCIANO EN LA UMF 1 AGUASCALIENTES"** en nuestra unidad médica, el cual es un protocolo de tesis de la médico Residente con sede en la Unidad de Medicina Familiar No.1 la **Dra. Katherine Stephania Frausto Ávila**.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración

Atentamente

**Dra. Hilda Monica Lopez Cervantes**  
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 1





## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios que me haya dado vida y salud, así como la oportunidad de disfrutar compartir con mi familia y amigos, una de las etapas más felices de mi vida,

Agradezco a mis padres, MA Patricia Avila Ramírez y José Mateo Frausto Acosta, por infundirme el coraje y el ánimo suficiente para vencer uno de los más grandes retos de mi vida, así como su apoyo incondicional, ya que, sin ustedes, no hubiera sido posible culminar mi Especialidad Médica.

A mi hermano, Christian Mateo Frausto Avila, porque de manera directa o indirecta contribuiste al cumplimiento de una mis más importantes metas en mi formación profesional.

A mi prometido, Luis Arturo Enríquez Muñoz, gracias, no solo por disfrutar conmigo cada uno de mis aciertos, sino por tu apoyo y comprensión, que me animaron en los momentos más difíciles de estos tres años.

Agradezco de manera infinita, a mi asesor, el Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña y la Dra Evelyn Larraga Benavente , por creer en mí y tener la paciencia, tiempo, enseñanza y guía durante mi formación, siempre brindándome su confianza y amistad

## ÍNDICE GENERAL

### Contenido

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I. MARCO TEORICO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Antecedentes científicos. ....</b>	<b>10</b>
1.1.1 Ideación suicida .....	14
1.1.2 Insomnio.....	17
1.1.3 Ideación suicida en ancianos .....	19
1.1.4 Insomnio en el anciano. ....	20
1.1.5 Relación del insomnio con la ideación suicida .....	21
1.1.6 Relación del insomnio con la ideación suicida en el anciano.....	21
1.1.7 Teoría del instrumento. Modelo Cognitivo de Beck.....	22
<b>1.2 Marco conceptual. ....</b>	<b>23</b>
1.2.1 Ideación suicida .....	23
1.2.2 Insomnio.....	23
1.2.3 Anciano. ....	24
<b>CAPÍTULO 2. JUSTIFICACION.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Planteamiento del problema.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2 Objetivos .....</b>	<b>29</b>
2.2.1 Objetivo General.....	29
2.2.2Objetivos específicos .....	29
<b>2.3 Hipótesis .....</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo III MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Características del lugar donde se realizará el estudio. ....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 Diseño y tipo de estudio .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3 Variable .....</b>	<b>32</b>
<i>Variable Independiente:</i> .....	32
<i>Variable dependiente:</i> .....	32
<b>3.4 Operacionalización de variables.....</b>	<b>32</b>

3.4 1. Características de la población en estudio.....	32
3.5 Escala de Medición: Ordinal.....	35
3.6 Muestra.....	35
3.7 Criterios de selección.....	36
<i>Criterios de inclusión</i> .....	36
3.8 Muestreo .....	36
<i>Universo de trabajo</i> .....	36
<i>Población en estudio</i> .....	36
<i>Unidad de análisis y de observación</i> .....	36
3.9 Descripción general del estudio .....	36
3.10 Instrumentos de evaluación y recolección de datos.....	37
3.10.1 Instrumento de medición .....	37
3.11 Descripción General del Estudio. ....	41
3.11.1 Logística para la aplicación del instrumento .....	41
3.11.2 Proceso para llevar a cabo la aplicación del instrumento de investigación .....	43
3.11.3 Técnica de recolección de datos .....	44
3.11.4 Procesamiento y análisis de los datos.....	44
3.12 Aspectos Éticos. ....	45
3.13 Recursos, financiamiento y factibilidad.....	46
3.13.1 Hoja de Gastos .....	46
3.14 Cronograma de actividades.....	47
<b>CAPITULO IV. RESULTADOS:</b> .....	48
4.1 Estadística Descriptiva.....	48
4.2 Resultados sobre el Insomnio: .....	52
4.3 Resultados sobre la Ideación suicida. ....	56
4.4 Estadística Inferencial. ....	60
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN</b> .....	62
<b>CONCLUSIONES</b> .....	65
Recomendaciones .....	66
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	68
<b>ANEXO</b> .....	71
Anexo A. Carta de consentimiento Informado .....	71
Anexo B Instrumento Parte 1 .....	72
Anexo C Instrumento de Recolección de Datos. ....	72

Anexo D Operalización de Variables .....	74
Anexo E Manual operacional.....	78

## INDICE DE TABLAS

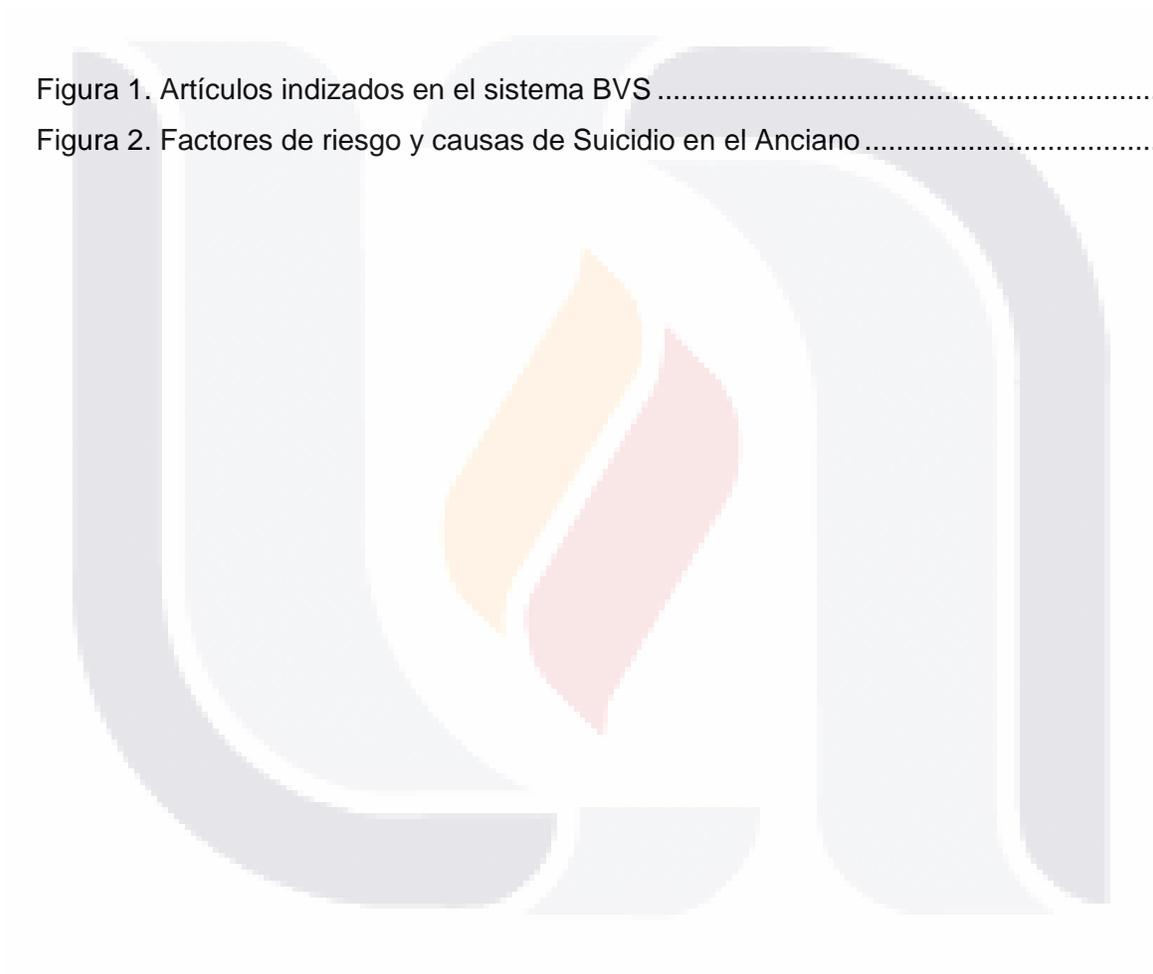
Tabla 1. Severidad de la ideación suicida. ....	38
Tabla 2. Intensidad de la ideación suicida.....	38
Tabla 3. 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	47
Tabla 4. Asociación entre insomnio e ideación suicida en el anciano .....	48
Tabla 5. Muestra la frecuencia por género .....	49
Tabla 6. Tipo de vivienda de la muestra .....	49
Tabla 7. Servicios básicos intradomiciliarios .....	50
Tabla 8. Antecedentes patológicos .....	50
Tabla 9. Antecedente patológico de Diabetes Mellitus .....	50
Tabla 10. Antecedente patológico de Hipertensión Arterial Sistémica .....	51
Tabla 11. Escolaridad .....	51
Tabla 12. Trabajo.....	52
Tabla 13. Dificultad para quedarse dormido .....	52
Tabla 14. Dificultad para permanecer dormido.....	53
Tabla 15. Despertarse muy temprano .....	53
Tabla 16. Satisfacción sueño .....	54
Tabla 17. Interferencia Actividades de la Vida Diaria.....	54
Tabla 18. Demás se dan cuenta .....	55
Tabla 19. Preocupación actual sueño.....	55
Tabla 20. Deseo de estar muerto .....	57
Tabla 21. Idea suicida.....	57
Tabla 22. Pensamiento suicida .....	57
Tabla 23. Intención suicida.....	58
Tabla 24. Planeación suicida.....	58
Tabla 25. Acción suicida .....	58
Tabla 26 Reciente acción suicida .....	59

**INDICE DE GRAFICAS**

Grafica 1. Índice de severidad del insomnio .....56  
Grafica 2. Seriedad de la Ideació Suicida .....59

**INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Artículos indizados en el sistema BVS .....10  
Figura 2. Factores de riesgo y causas de Suicidio en el Anciano .....27



## RESUMEN

### **ASOCIACION ENTRE INSOMNIO E IDEACIÓN SUICIDA EN EL ANCIANO, DE 65 AÑOS O MÁS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

**Antecedentes:** Se entiende como suicidio al acto de matarse deliberadamente. Cada año, alrededor de 800 000 personas se quitan la vida y más tratan de hacerlo. El insomnio es un trastorno del sueño , el cual consiste, en la incapacidad para iniciar o mantener el sueño, mantenerlo durante el periodo del dormir y la calidad para restaurar la energía y el estado de vigilia normal; con respecto a los grupos de edad, el insomnio es más frecuente y severo en los adultos mayores, dando así, un incremento considerable, después de la séptima década de la vida , siendo del 23% en los hombres y 26% en mujeres de 70 a 79 años y del 23% y 41% en los mayores de 80 años respectivamente. Desafortunadamente, los problemas del sueño en los adultos mayores suelen ser subestimados y/o no tratarse, coadyuvando al inicio o empeoramiento de condiciones neurológicas, psiquiátricas y médicas. **Objetivo:** Identificar la asociación que existe entre el insomnio y la ideación suicida en el anciano, de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes. **Material y métodos** Se aplicará la Escala de Columbia para evaluar el riesgo de suicidio en español la cual cuenta con un alfa de Cronbach 0,53 así como la escala del Índice de Gravedad del Insomnio al español, la cual está compuesta de 5 ítems, presenta un alfa de Cronbach de 0.82. Posteriormente, describiremos las frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, utilizando el programa SPSS versión 25, después se utilizará la base de datos de Excel para elaboración de gráficas de frecuencias. Se valorará la asociación entre el insomnio y la ideación suicida en el anciano y agruparemos según características sociodemográficas **Recursos e Infraestructura:** Se trabajará con los recursos propios del tesista y en la Unidad de Medicina Familiar 1, utilizando el área de la consulta externa. **Tiempo de Desarrollo:** marzo 2019 a febrero del 2022. **CONCLUSIONES** De acuerdo a lo encontrado en los adultos mayores de 65 años en la unidad de medicina familiar no.1 estudiados se tuvo edad promedio de 71 años predominio en sexo femenino con escolaridad primaria antecedentes patológicos diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial pensionados con lo que de acuerdo a nuestro estudio se cumple el objetivo en donde se ve que existe una fuerza de asociación entre el insomnio y la ideación suicida en el anciano ,en donde no se presenta la gravedad de la ideación

suicida , existe la dificultad para dormir con insatisfacción del sueño en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.



**ABSTRACT**

ASSOCIATION BETWEEN INSOMNIA AND SUICIDAL IDEATION IN THE ELDERLY, 65 YEARS OR OLDER, IN FAMILY MEDICINE UNIT 1, AGUASCALIENTES DELEGATION

Background: Suicide is understood to be the act of deliberately killing oneself. Each year, around 800,000 people take their own lives and more try to do so. Insomnia is a sleep disorder, which consists of the inability to start or maintain sleep, maintain it during the period of sleep and the quality to restore energy and normal wakefulness; Regarding age groups, insomnia is more frequent and severe in older adults, thus giving a considerable increase after the seventh decade of life, being 23% in men and 26% in women over 70 to 79 years and 23% and 41% in those over 80 years respectively. Unfortunately, sleep problems in older adults are often underestimated and / or left untreated, contributing to the onset or worsening of neurological, psychiatric and medical conditions. Anca Mirsu in 2017, carried out a comparative cross-sectional study that explains the possible association of the desire to die with sleep disturbances, and conclusively concluded that the desire to die was significantly associated with the severity of insomnia, low satisfaction with sleep and duration of sleep after one month after a suicide attack

Objective: To identify the association that exists between insomnia and suicidal ideation in the elderly, 65 years of age or older in the Family Medicine Unit 1 IMSS, Aguascalientes.

Material and methods The Columbia Scale will be applied to evaluate the risk of suicide in Spanish, which has a Cronbach's alpha of 0.53, as well as the Insomnia Severity Index scale in Spanish, which is composed of 5 items, presents a Cronbach's alpha of 0.82. Later, we will describe the absolute and relative frequencies for the variables in categorical scales, mean and standard deviation for variables in continuous scales, using the SPSS version 25 program, then the Excel database will be used to elaborate frequency graphs. The association between insomnia and suicidal ideation in the elderly will be assessed and we will group them according to sociodemographic characteristics

Resources and Infrastructure: We will work with the thesis own resources and in Family Medicine Unit 1, using the external consultation area.

Group experience. Researchers are family physicians with senior health care and education experience. Development Time: March 2019 to February 2022.

CONCLUSIONS According to what was found in the adults over 65 years of age in the family medicine unit no.1 studied, the average age of 71 years was predominantly female with primary schooling, pathological history, type 2 diabetes mellitus and hypertension who were retired, thus According to our

study, the objective is met where it is seen that there is a strength of association between insomnia and suicidal ideation in the elderly, where the severity of suicidal ideation is not presented, there is difficulty sleeping with dissatisfaction of the sleep in the 65-year-old or older in the Family Medicine Unit 1 IMSS, Aguascalientes.



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud refiere como termino a la ideación suicida, como aquellos pensamientos pasivos sobre querer estar muerto, o los juicios activos sobre quitarse la vida, sin estar acompañados de conductas de preparación, son los pensamientos de polaridad negativa que se conforman primordialmente por ilusiones de descenso, es decir, pensamientos, ideas, deseos e intenciones de servirse como agente de la propia muerte. Es considerado, como un factor de riesgo relacionado a la depresión, consumo de sustancias, abuso de alcohol, violencia, sensación de pérdida, influencia del entorno; problemas escolares, económicos e interpersonales, dolor crónico e indefensión y dolor psicológico. Al parecer, la edad avanzada se relaciona a un aumento de la ideación suicida por las condiciones sociales y demográficas, per se de esta etapa de la vida, especialmente en eventos estresantes como fallecimientos de terceros , enfermedades crónicas, aislamiento o la sensación de sentirse solo, así como la indefensión por sus condiciones físicas, mentales y económicas.(1)

El insomnio es un trastorno del sueño , el cual consiste, en la incapacidad para iniciar o mantener el sueño, mantenerlo durante el periodo del dormir y la calidad para restaurar la energía y el estado de vigilia normal. (2) Las personas con insomnio sufren pensamientos desagradables intrusivas y preocupación excesiva e incontrolable durante el período pre-sueño(3). Se ha sugerido que la queja de insomnio se puede mostrar como un marcador precoz de psicopatología, ansiedad generalizada, depresión o abuso de alcohol (4) .Múltiples revisiones en la literatura han reportado una asociación importante entre la presencia de insomnio y la fenomenología clínica relacionada con el suicidio (ideación, intentos, suicidio), constituyéndose este síntoma como un factor importante a tener en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio en un paciente dado.

Se cree que la relación entre insomnio y pacientes con ideas de suicidio, se basa en los niveles disminuidos de serotonina, neurotransmisor involucrado tanto en el inicio del sueño como en el riesgo de impulsividad y conducta violenta. (4) (5).

## CAPITULO I. MARCO TEORICO.

### 1.1. Antecedentes científicos.

Se realizó una búsqueda sistematizada en la base de datos con revisión de artículos indizados en el sistema BVS; con búsqueda en: Pubmed, Conricyt, y Ebscohost, como descriptores se utilizaron las siguientes palabras clave : *Suicidal ideation; ideation; suicidal; ideations, suicidal; suicidal ideations, ,insomnia* ; la búsqueda se realizó de la siguiente manera: (((((( Suicidal ideation [Title] AND (y\_5[Filter])) OR (ideation, suicidal[Title] AND (y\_5[Filter])))) OR (ideations, suicidal[Title] AND (y\_5[Filter])))) OR (suicidal ideations[Title] AND (y\_5[Filter])))) AND (insomnia[Title] AND (y\_5[Filter])) OR (insomnia disorder [Title] AND (y\_5[Filter])) or (insomnia disorders [Title] AND (y\_5[Filter])))) con un resultado de 164 artículos, cabe mencionar que en esta base Ebscohost en particular, los artículos salientes de la búsqueda no variaron para las diferentes palabras clave, posteriormente se hizo la selección de los artículos principales en base a las dos variables de estudio, se realizó la revisión de la literatura en base a las tres lecturas discriminando de esta manera , los artículos primarios y secundarios, lo cual se describe en la figura 1.

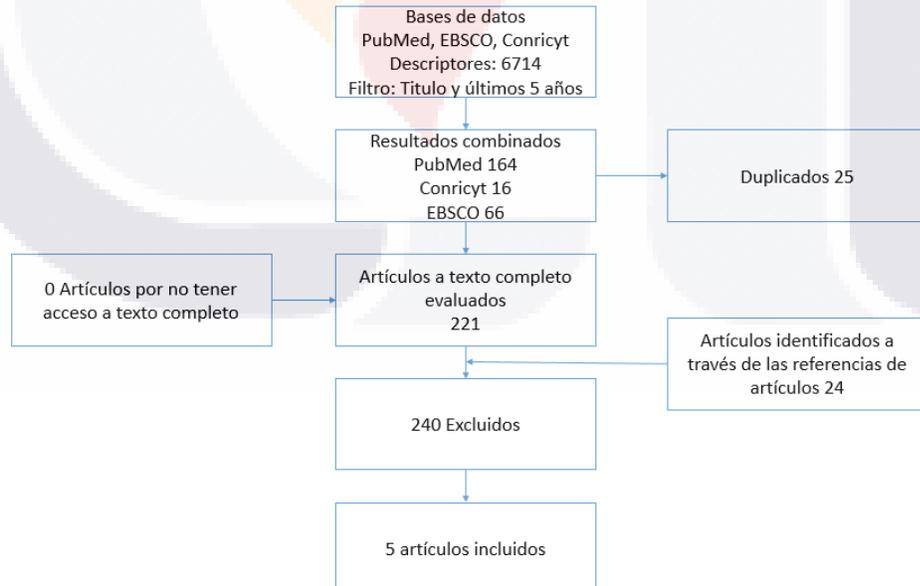


Figura 1. Artículos indizados en el sistema BVS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Todos los distintos estudios y obras nos ofrecen aportaciones sobre el insomnio y la ideación suicida, sin embargo no se encontraron estudios en base a la población de estudio.

Todd M Bishop y colaboradores en el año 2019 realizaron el estudio “Suicidal Ideation among recently returned veterans and its relationship to insomnia and depression” con diseño transversal comparativo, con una población de 850 veteranos. Se utilizaron los datos de la encuesta de experiencias de retorno de veteranos, y de la escala de severidad del insomnio así como la subescala de depresión y de los desórdenes primarios en el primer nivel de atención; dentro de sus resultados encontraron que el insomnio no tiene una asociación directa con la ideación suicida (B 0.06, T 0.29, P 0.772) o del uso de alcohol (B 0.07, t 1.73, p 0.084). La depresión mayor fue asociada con una alta intensidad a la ideación suicida (B 0.59, t 3.64, p <0.001); la conclusión a la que ellos llegan es trascendental para nuestro estudio ya que refieren que el insomnio aparece como un impacto indirecto para la ideación suicida a través de una relación con la depresión. Estos hallazgos sugieren la potencial utilidad del insomnio como enfoque global para reducir la sintomatología depresiva e indirectamente la ideación suicida. (6)

Melanie A. Hom y colaboradores (2018) realizaron el estudio: “A Longitudinal Study of Psychological Factors as Mediators of the Relationship Between Insomnia Symptoms and Suicidal Ideation Among Young Adults” con diseño transversal comparativo en cuyo objetivo era evaluar diferentes factores psicológicos como mediadores de la relación longitudinal entre los síntomas de insomnio y la ideación suicida, cuya muestra fue de 226 participantes de 18 a 47 años de edad ; su metodología se basó en reportes demográficos y de historial psiquiátrico, en el inventario de los síntomas depresivos con subescala suicida y escala de disgusto con la vida. Se realizó en tres momentos de intervención: T1 (inicio del estudio), T2 (mes de seguimiento) y T3 (2 meses de seguimiento). Se utilizaron modelos de mediación bootstrap con corrección de sesgo para evaluar cada factor psicológico en T2 como mediador de la relación entre los síntomas del insomnio en T1 y gravedad de la ideación suicida en T3, controlando el factor psicológico en T1 correspondiente y la gravedad de la ideación suicida en T1; con respecto a los resultados refieren: los efectos indirectos de los síntomas del insomnio en T1 y de la ideación suicida fueron significativas en los modelos que examinan disgusto consigo mismo (IC 95%: .006, .027; abps = .018, IC 95%: .008, .032), pertenencia frustrada (IC 95%: .007, .027; abps = .020, 95% CI: .010,

.033), y soledad (95% CI: .007, .027; abps = .019, IC 95%: .011, .031) . Ellos concluyeron que el desagrado con los demás, y particularmente con el mundo, puede explicar la relación longitudinal entre el insomnio. síntomas e ideación suicida entre adultos jóvenes. Estos factores pueden servir como objetivos terapéuticos útiles para frustrar la trayectoria del insomnio a ideación suicida. Sin embargo, refieren necesitar mayores trabajos de investigación para replicar estos hallazgos en muestras de mayor riesgo (7).

Anca Mirsu Paun y colaboradores en el año de 2017, llevaron a cabo el estudio: “Sleep complaints associated with wish to die after a suicide crisis – an exploratory study” de un diseño estudio transversal comparativo con una población de 132 participantes, el cual explica la posible asociación del deseo de morir con las alteraciones del sueño. En su metodología incluyeron participantes que estuvieron hospitalizados en unidad especialidad del departamento de emergencias psiquiátricas y de cuidado agudo en Montpellier, Francia, edad de 18-65 años, diagnosticados con episodios afectivos de ansiedad o trastornos de la personalidad, que entendieran la naturaleza del estudio, experiencia de crisis suicida. Utilizaron la escala Columbia de severidad suicida (validación convergente y divergente con otras escalas con fuerte consistencia interna), índice de severidad de insomnio ( consistencia interna de 0.76) Escala epworth de la somnolencia (A cronbach para la consistencia interna 0.88), reproducibilidad fue 0.82, La entrevista internación neuropsiquiátrica MINI; con un total de 132 pacientes , refieren que el 72% de los participantes tenían historia personal de intento suicida , 71% tenía historia familiar de desórdenes psiquiátrico y 32% tuvo historia familiar de suicidio o de intento suicida. La frecuencia de la existencia del deseo de morir fue del 100% y de 45.6% a las 4 semanas, la frecuencia de insomnio fue del 76.5% de base y de 23.5% a las 4 semanas, somnolencia excesiva fue de 38.1% de base y de 15.4% a las 4 semanas

Como resultados de este estudio mostraron que los problemas de la continuidad del sueño así como los efectos diurnos del insomnio tuvieron una asociación con el deseo de morir, y este último fue asociado significativamente (OR 1.27, 95%CI 1.02-1.58 ) ; la duración del sueño en horas no fue asociada significativamente con el deseo de morir, sin embargo, fue significativo para el control posterior de la historia de suicidio y del estatus en el trabajo (OR 10.30, 95%CI 1.06-100.24, P <0.05). Ellos concluyen de manera contundente que el deseo de morir fue asociado significativamente con la severidad del insomnio, la baja satisfacción

con el sueño y la duración del sueño posterior a un mes después de una crisis de suicidio. La limitación del estudio se debió a una muestra pequeña y los resultados no pueden ser generalizados a los pacientes con desordenes psiquiátricos o con el uso de alcohol. Otros factores relacionados potencialmente con la ideación suicida como la depresión severa, eventos traumáticos (estresantes) no fueron contemplados. Cabe destacar dentro de sus aseveraciones concluyentes que este estudio sostiene al sueño como un potencial indicador del riesgo suicida en las semanas previas de una crisis suicida (8).

Matthew Michael y colaboradores realizaron en el año 2017 un estudio llamado : “Total sleep time as a predictor of suicidal behaviour” con un diseño transversal comparativo con una población de 789 participantes ,en donde refieren como objetivo el tiempo total de sueño como un predictor del comportamiento suicida; dentro de las hipótesis planteadas, refieren; la relación significativa entre la duración del sueño y el suicidio; el cual tendrá un efecto curvilíneo en las horas de sueño más allá de la línea de efecto y las horas de sueño predecirán el suicidio posterior al control de los síntomas de la depresión y las experiencias subjetivas de los síntomas de insomnio. Dentro de su metodología, los instrumentos que utilizaron fueron : el inventario de la sintomatología depresiva el cual consta de 30 ítems con escala de 0-3, el índice de severidad del insomnio (ISI), el cuestionario del comportamiento suicida (SBQ-R) y La entrevista de actividad física de las cinco ciudades de Stanford, el cual se llevó a cabo en línea. El reporte de resultados demuestra que el tiempo total de sueño tuvo un efecto significativo sobre el comportamiento suicida ( $b = 0.20$ ,  $SE = 0.08$ ,  $P < 0.05$ ), así como un efecto negativo sobre los síntomas del insomnio ( $b = 1.67$ ,  $SE = 0.13$ ,  $P < 0.0001$ ) y en síntomas depresivos ( $b = 1.76$ ,  $SE = 0.29$ ,  $P < 0.0001$ ). La depresión tenía un efecto significativo sobre el comportamiento suicida ( $b = 0.17$ ,  $SE = 0.01$ ,  $P < 0.0001$ ), y medió significativamente la relación entre el tiempo total del sueño y el comportamiento suicida, pero los síntomas del insomnio no. El tiempo total del sueño tuvo una relación positiva significativa con el comportamiento suicida ( $b = 0.02$ ,  $SE = 0.01$ ,  $P < 0.05$ ), significativamente negativo sobre los síntomas del insomnio ( $b = 0.12$ ,  $SE = 0.01$ ,  $P < 0.0001$ ) y en síntomas depresivos ( $b = 0.12$ ,  $SE = 0.02$ ,  $P < 0.0001$ ). La Depresión tuvo un efecto positivo significativo en el comportamiento suicida ( $b = 0.17$ ,  $SE = 0.01$ ,  $P < 0.0001$ ), y fue mediado significativamente la relación entre el tiempo total de sueño y el comportamiento suicida. Este estudio, reitera importancia de la evaluación del tiempo total del sueño de manera clínica para el riesgo suicida (9)

Julie A Woosley y colaboradores (2015) En el artículo : “Insomnia Complaint Versus Sleep Diary Parameters: Predictions of Suicidal Ideation. Suicide Life-Threatening Behavior”, con un diseño trasversal comparativo, con una población de 768 entre las edades de 20 a 96 años , en cuyo objetivo era determinar qué aspectos del insomnio puede predecir de mejor manera la ideación suicida. Su metodología se basó en base a la Encuesta de salud la cual incluye datos demográficos , síntomas de trastornos del sueño, salud física o mental, uso de alcohol, cafeína o nicotina , diario del sueño el cual incluye la hora de ir a dormir, latencia del sueño, número de veces que se despierta por la noche, la hora de levantarse antes de tiempo y el inventario de depresión de Beck.

Sus resultados reportan que en base al modelo de regresión logística binaria: El insomnio y el patrón del sueño fueron predictores para la ideación suicida con un resultado significativo ( razón de verosimilitud 8.51,  $p=0.014$ , Nagelkerke  $R^2 = .024$

El quejarse de padecer Insomnio predijo significativamente la presencia de ideación suicida, de modo que las personas que se quejaron de los síntomas de insomnio fueron casi dos veces más frecuentes de informar ideación suicida comparado a quienes no se quejaron de insomnio ( $B = 0.65$ ,  $SE = 0.28$ ,  $p = .020$ ,  $OR = 1.92$ ). Reportan además que el patrón de sueño de insomnio no estaba asociado con la ideación suicida en este análisis ( $p = 0.522$ ).

Ellos concluyeron que el desagrado con los demás, y particularmente con el mundo, puede explicar la relación longitudinal entre los síntomas del insomnio e ideación suicida entre adultos jóvenes. Estos factores pueden servir como objetivos terapéuticos útiles para frustrar la trayectoria del insomnio a ideación suicida. Sin embargo, se necesita investigación para replicar estos hallazgos en muestras de mayor riesgo. (10)

### **1.1.1 Ideación suicida**

Para poder entender la ideación suicida, la cual está inmerso en el suicidio como tal, se han postulado múltiples teorías y modelos dentro de los cuales encontramos:

#### *1.1.1.1 Teoría biológica*

Van Heeringer, Porzky y Audenaert (2004) refieren que existe una asociación entre las alteraciones de la función de la serotonina y de la conducta suicida ; toman el concepto del

cerebro social o circuito basolateral de Daekin , el cual refiere una conexión estrecha entre la corteza prefrontal y temporal del cerebro al igual que con la amígdala subcortical y el hipocampo, los cuales , al presentar una disfunción por el sistema serotoninergico conllevan a la ansiedad social, desesperanza, subordinación , baja autoestima y de ideas depresivas (11)

*1.1.1.1.1 Teorías sociales o culturales*

*1.1.1.1.2 Durkheim*

Refiere que el suicidio es un producto de la estructura social en la cual refiere dos dimensiones: la relación del individuo con la comunidad y la relación de la comunidad con el individuo. Propone cuatro condicionantes que alteran el equilibrio en estas dos dimensiones presentando así diversos tipos de suicidio

- El suicidio altruista, en el que el sujeto pierde la noción de su individualidad y toma el concepto en el que la muerte va a favorecer sobre el bienestar y los intereses de la comunidad
- El suicidio fatalista: Refiere que la sociedad anula a los individuos que pertenecen a ella, exigiendo de esta manera, su muerte
- El suicidio egoísta es el que busca beneficios de la comunidad, lo que hace que se aleje de ella el individuo
- Suicidio anómico : Es en el que la comunidad tiene una inadecuada capacidad para crear y mantener normas , las cuales ejercen control social (11)

*1.1.1.1.3 Makinen*

Postula que el suicidio es considerado como un fenómeno cultural principalmente, ya que esta correlacionado con las propiedades estructurales de la sociedad, como las clases sociales, política, poder político, religión. (11)

*1.1.1.1.4 Agnew*

Crea el modelo de aprobación del suicidio, en donde se refiere que el individuo mantiene una actitud positiva del suicido lo cual le lleva a realizarlo, presentando asi un mayor riesgo, mencionan tres elementos clave para este modelo

- Tensión y estrés al afrontamiento: algunas personas que no encuentran soluciones (ya sea por gravedad o déficit de recurso de afrontamiento) empiezan a considerar al suicidio como una solución aceptable
- Aprendizaje social: Se expone a enseñanzas y creencias al suicidio sea de condena o favorecimiento, ya sea por medio de seres queridos, personas admiradas o por variables religiosas o sociodemográficas.
- Control social: los individuos presentan vínculos débiles que no permiten que vean las visiones amorales frente a los actos desviados. (11)

#### 1.1.1.2 Teorías psicológicas

##### 1.1.1.2.1 Teoría psicoanalítica del intento suicida

Esta teoría no distingue entre intento y suicidio como dos fenómenos diferenciados ya que el primero es visto como un intento fallido; Freud lo relaciona con un sentimiento de melancolía, en el cual el objeto amado (yo) se vuelve odiado y por el deseo de matar al objeto eventualmente comentará el suicidio. (11)

Holinger y Offer refieren que el suicidio es una demanda por manejar el rechazo y la privación como efecto de la pérdida emocional y sentimental

Menniger menciona que las personas son propensas a lastimarse a sí mismas y que en los suicidas se encontraría una triada presente: el deseo de morir, de matar y el deseo de ser asesinado, esto conlleva a que el acto suicida es una manifestación extrema del instinto de muerte dirigido contra el yo.

Stengel (1961) Refiere al intento suicida como un evento consciente y/o inconsciente de comunicación transmitido a los demás, se puede interpretar como un indicador de alarma, una muestra de estrés o la búsqueda de ayuda, las cuales suelen ser originada por algunas reacciones o cambios ambientales inesperados. Las repeticiones dependen de, si el intento de suicidio previo originó o no los cambios buscados.

Maris refiere que la principal meta de los intentos de suicidio era la manipulación, la búsqueda de atención y la expresión (catarsis) del efecto depresivo, las personas que intentan suicidarse hacen uso de métodos de baja letalidad. La repetición de un intento de suicidio puede llegar a convertirse en una reacción condicionada a través de la cual la persona aprende a afrontar el estrés y los eventos vitales (11)

#### *1.1.1.2.2 Modelo cognitivo basado en la teoría de la indefensión – desesperanza*

Abramson y colaboradores en el año 2000 refieren a la desesperanza como pieza fundamental de las conductas suicidas, ya que describen que, cuando el sujeto piensa que las cosas buenas son improbables de sucederle o que las cosas malas sucederán y que no podrá hacer nada para detenerlas (11)

El modelo de diátesis –estrés considera que los sucesos negativos importantes contribuyen a la generación y perpetuación de las evaluaciones negativas o alteraciones de sí mismo y el futuro , las cuales sobrellevan a la desesperanza, la que a su vez, coexiste en el origen del desarrollo de síntomas depresivos que incrementan el resigo de conductas suicidas (11)

### **1.1.2 Insomnio**

#### *1.1.2.1 Modelo 3P Spielman*

Este modelo delinea como el insomnio se presenta de manera aguda y evoluciona a crónico hasta mantenerse, se basa en tres factores básicos; los dos primeros (predisposición y factores precipitantes) representan la diátesis de esfuerzo conceptualizando como el insomnio se expresa; el tercer factor (factor perpetuación) el cual representa las consideraciones del comportamiento de la cronicidad.

#### *1.1.2.2 Hipótesis de la internalización*

Esta teoría es formulada por Kales y colaboradores en el año de 1976 en la cual se explica que al interiorizar las emociones dan pasos a un incremento de la activación emocional, lo cual conlleva a un aumento del proceso fisiológico del sueño ( antes de y en su latencia) originando así el insomnio ; una vez que se consolida, produce un condicionamiento, el cual lleva a establecerse de manera cónica , enfundando así una sensación de miedo de no poder dormir adecuadamente , lo cual hace un feedback de activación emocional y fisiológica estableciendo así un modo circular y creciente . (12)

#### **1.1.2.3 Modelo conductual**

##### *1.1.2.3.1 Modelo del control de estímulos*

Fue formulada por Bootzin en 1972 en refiere que un estímulo provoca una respuesta en función de un condicionamiento previo , es decir, una relación de estímulo – conducta ; en

el caso del insomnio , las conductas y situaciones temporales afectan la conducta del dormir y el hecho de estar en la sin son conciliar el sueño. (12)

#### *1.1.2.3.2 Modelo cognitivo y cognitivo – conductual*

El modelo cognitivo de Morin (1993) refiere que el insomnio ocurre en asociación de una excesiva activación la cual es mutuamente excluyente del sueño. El principio fundamental se basa en la rumiación y preocupación como activación cognitiva y por lo tanto predispone al insomnio, su factor precipitante es principalmente los acontecimientos estresantes de una forma no adaptativa , por lo que la preocupación aumenta y perturba al sueño ; el factor perpetuante , la persona empieza a preocuparse por sus dificultades para dormir y las consecuencias del dormir mal, lo cual inicia el circulo vicioso donde la preocupación aumenta el insomnio , y el insomnio aumenta la preocupación. (12)

El modelo cognitivo de Harvey (2002) es considerado como el modelos más explicitos, al poner el hincapié en los procesos cognitivos de base; en él se plantea la naturaleza eternizante del insomnio, supone que la preocupación sobre el sueño per se, puede fijarse con los procesos cognitivos y conductuales que concilian la ocurrencia y gravedad del insomnio crónico.

Este modelo propone que el insomnio aparece asociado con acontecimientos vitales estresantes (forma aguda) , la preocupación con el sueño per se (subcrónico) y la atención selectiva monitorización del sueño / insomnio ( crónico). (12)

#### *1.1.2.3.3 Modelo neurocognitivo*

Pretende, que el insomnio agudo se da en relación con factores cognitivos y conductuales, y que, el insomnio crónico es un trastorno del sistema nervioso central. Alude que la rumiación y la preocupación pueden extender la vigilia , pero no son causantes de las dificultades para el inicio y mantenimiento del sueño. La clave de este modelo, es que pretende exponer una perspectiva participativa sobre el insomnio en la que tanto los componentes conductuales, neuropsicológicos y neurobiológicos contribuyen a la fisiopatología del insomnio. (12)

#### 1.1.2.3.4 Modelo de la inhibición

Espie en 2002, propone que el insomnio está vinculado, al menos al principio, con una falta en la inhibición de la vigilia. Sugiere que durante las fases iniciales del insomnio crónico, el compromiso para iniciar o mantener el sueño, ocurren por que existe una obstaculo en los mecanismos neurobiológicos que inhiben la vigila y permiten que el sueño ocurra. (12)

#### 1.1.3 Ideación suicida en ancianos

El suicidio en el anciano es una entidad compleja y multifactorial; su epidemiología puede darses bajo los conceptos de ideación suicida, intento suicida y suicidio como tal; a diferencia de lo que se presenta en el adolescente o en el adulto joven, el suicidio en los ancianos tiene ciertas características distintivas:

- Llevan a cabo menos intentos suicidas que los jóvenes
- Sus métodos mortales
- No tienden a avisar
- Sus señales son más difíciles de descifrar
- Sus eventos no son impulsivos, sino planeados y realizados después de un detenido proceso de reflexión
- Suelen presentar la forma de pasivos, al no ingerir alimentos para dejarse morir (13)

Para entender la concepción del suicidio en el anciano, tiene que relacionarse los síntomas psicológicos, físicos y sociales. Sus factores de riesgo se pueden dividir en: A) predisponentes: los cuales incluyen la estructura de la personalidad, el aprendizaje de respuestas en situaciones de tensión, predisposición psicológica. B) Contribuyentes: sociales, económicos, escolaridad, etnia, jubilación, comorbilidad, dinámica familiar. C) desencadenante: abandono, aislamiento, violencia, muerte de familiares o allegados, pérdidas económicas, discapacidades, dependencia. Los síntomas que tiende a presentar el paciente anciano con ideación suicida es la desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, incomunicación , pasividad, apatía, desinterés, tensión, agitación y depresión. (14).

#### 1.1.4 Insomnio en el anciano.

El insomnio en el anciano es un reto diagnóstico, siendo más prevalente a partir de los 70 años y consolidándose conforme pasan los años, tiene una asociación sustancial con las limitaciones de las actividades de la vida cotidiana, pérdida de la funcionalidad, deterioro en la calidad de la vida, incremento en la mortalidad además que de que puede producir trastorno psicológicos y mentales ; lamentablemente , tanto el insomnio como los diferentes trastornos del sueño suelen pasar desapercibidos o simplemente no se le toma la importancia que se le debería tener, pues bien se sabe que es multicausal siendo la de origen secundario prevalente en un 38% en donde las enfermedades neurológicas tienden a ser el primer lugar de padecer este padecimiento , sin contar las crónico degenerativas , el dolor crónico ; e incluso los fármacos de uso habitual como el metoprolol , los bloqueadores de los canales de calcio , los anti inflamatorios no esteroideos pueden provocar la disminución de la melatonina. (15)

Se llega a considerar como una consecuencia normal del proceso del envejecimiento; si bien, es importante considerar que hay cambios significativos en la arquitectura del sueño en los adultos mayores que pueden influir la aparición de este padecimiento con mayor facilidad como:

- El inicio del sueño es más difícil.
- Se reduce el tiempo y la eficacia
- Los despertares son comunes , por lo que el sueño se fragmenta
- Tienen a pasar más tiempo en cama y se crea la ilusión de “no dormir lo suficiente
- Aumentan los periodos de siestas y somnolencia diurna
- Se incrementa la fase del sueño ligero
- Se disminuye la fase del sueño profundo

Su diagnóstico es clínico y su tratamiento incluye la higiene del sueño, terapia cognitiva, control de los estímulos, restricciones del sueño, entrenamiento en relajación y terapia de luz, la cual consiste en la exposición de luz brillante para cambiar el ciclo endógeno.(15)

### **1.1.5 Relación del insomnio con la ideación suicida**

Franklin Escobar Córdoba realizó un meta análisis en el año 2017 para evaluar el insomnio como factor de riesgo del suicidio; realizó un análisis de 37 artículos que relacionan las alteraciones del sueño con la ideación y actos suicidas. En sus resultados refieren una asociación importante entre la presencia del insomnio y la fenomenología clínica relacionada con el suicidio, en donde se encuentra inmersa la ideación, los intentos y el acto suicida como tal, constituyéndose así como un factor importante a tener en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio. Se ha analizado esta relación entre el insomnio y la ideación suicida en base a un sustento biológico, el cual refiere niveles disminuidos de la serotonina, el neurotransmisor implicado tanto en el inicio del sueño como en el riesgo de la impulsividad y conducta violenta (5)(4)

Liia Kivela y colaboradores en 2019, realizaron un estudio longitudinal llamado: "Longitudinal course of suicidal ideation and predictors of its persistence – ANESDA study" en el cual usaron información del estudio NESDA (Estudio de ansiedad y depresión de Holanda); refieren que dentro de los factores de riesgo, el insomnio y su intensidad en un periodo de cuatro años fue un elemento predictivo de la ideación suicida, el cual persistió por un lapso de 6 a 9 años de seguimiento, la relación del insomnio junto con la ideación suicida fue mediada por el sentimiento de la desesperanza, lo cual hace un círculo vicioso pues citando al autor refiere: "la falta de sueño puede empeorar cualquier desesperanza que el individuo este experimentando". Hacen cuatro señalamientos relevantes: 1) El insomnio es un factor de riesgo para el suicidio, tanto a corto como a mediano plazo. 2) La desesperanza es un mediador del insomnio ante el suicidio. 3) Las personas que experimentan insomnio, pueden presentar un tipo de desesperanza como el que se refleja en las actitudes disfuncionales sobre las escalas del sueño y 4) El tratamiento del insomnio puede ser un camino para mitigar la ideación suicida. Esto, para nuestra investigación es importante, por que sustenta la relación que existe entre el insomnio y la ideación suicida como tal. (16)

### **1.1.6 Relación del insomnio con la ideación suicida en el anciano**

Hasta el momento, no se ha encontrado sustento bibliográfico sobre la relación del insomnio y la ideación suicida en este grupo etario, en específico.

## **1.1.7 Teoría del instrumento. Modelo Cognitivo de Beck**

### *1.1.7.1 Escala Columbia para evaluar la seriedad de la Ideación Suicida*

La Escala Columbia para evaluar la seriedad de la Ideación Suicida fue desarrollada para en estudio del Instituto Nacional de Salud Mental en 2007, desde un principio la escala adoptó decisiones del formulario de Historia de Suicidio de Columbia (CSFH) , el cual solo era un instrumento diseñado originalmente como una herramienta de extracción de gráficos ; la escala también estaba relacionada con la clasificación de Columbia de Evaluación de Suicidio ( C- CASA), un algoritmo encargado por la FDA en 2007 para el estudio retrospectivo de eventos adversos relacionado con el uso de antidepresivos. En 2010 la FDA aprueba a la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la Ideación Suicida como la base para mapear la ideación y el comportamiento suicida en los ensayos venideros y en 2012 se le confirió el estatus de “gold standart” como el instrumento preferido para medir la ideación y el comportamiento suicida. (17)(18)

En la presentación de este nuevo instrumento, la Dra Posner en 2007, refiere que tuvo colaboración con el grupo de Beck para la realización de este estudio (19). Beck se conoce por la realización del modelo Cognitivo; en donde están involucrados una serie de “esquemas” los cuales se definen como las formas de percibir la realidad en donde se incluye las creencias y emociones, estos pueden estar latentes desde la infancia y activarse en situaciones estresantes.

Estas percepciones se activan durante los procesos depresivos favoreciendo el recuerdo de los estímulos congruentes para ellos, este contenido de estos esquemas está constituido en la triada cognitiva, también conocida como la triada negativa, involucra pensamientos negativos automáticos, espontáneos y aparentemente incontrolables sobre sí mismos, del mundo y del futuro

Desde la perspectiva cognitiva, los desórdenes depresivos en las personas son caracterizados por una vista disfuncional de sí mismos , de sus experiencias de vida y de su futuro , las personas que cursan con depresión no presentan el amor a si mismos, cursan con desesperanza, se sienten indefensas e deficientes, se sienten excesivamente culpables

creyendo que no valen nada, culpables de ser rechazados por sí mismos y por los demás lo cual puede conducir al aislamiento, lo cual empeora más su estado de ánimo.

Beck propone que las personas que cursan con este padecimiento, desarrollan una serie de patrones de pensamiento defectuoso o inútiles, a los que llamo “distorsiones cognitivas” pudiéndose transformar en este caso, como malinterpretaciones del cuidado, de la buena voluntad y la preocupación de los demás. Las principales distorsiones cognitivas según el autor son: Interferencia arbitraria , abstracción selectiva, sobre generalización , ampliación , minimización, y personalización.

Con el paso del tiempo, estos patrones de pensamiento, hacen que las personas creen que sus problemas continuaran indefinidamente y que el futuro solo traerá más dificultades , privaciones y frustraciones, dando así , los deseos suicidas, los cuales son vistos como una expresión extrema del deseo de escapar de los problemas , que parecen ser incontrolables, interminables o insoportables (20)(21)

## **1.2 Marco conceptual.**

### **1.2.1 Ideación suicida**

Se entiende por ideación suicida a la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse. La ideación suicida forma parte de la conducta suicida, de la que constituye la primea fase. (22)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales define a la ideación suicida como los pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte. (23)

### **1.2.2 Insomnio.**

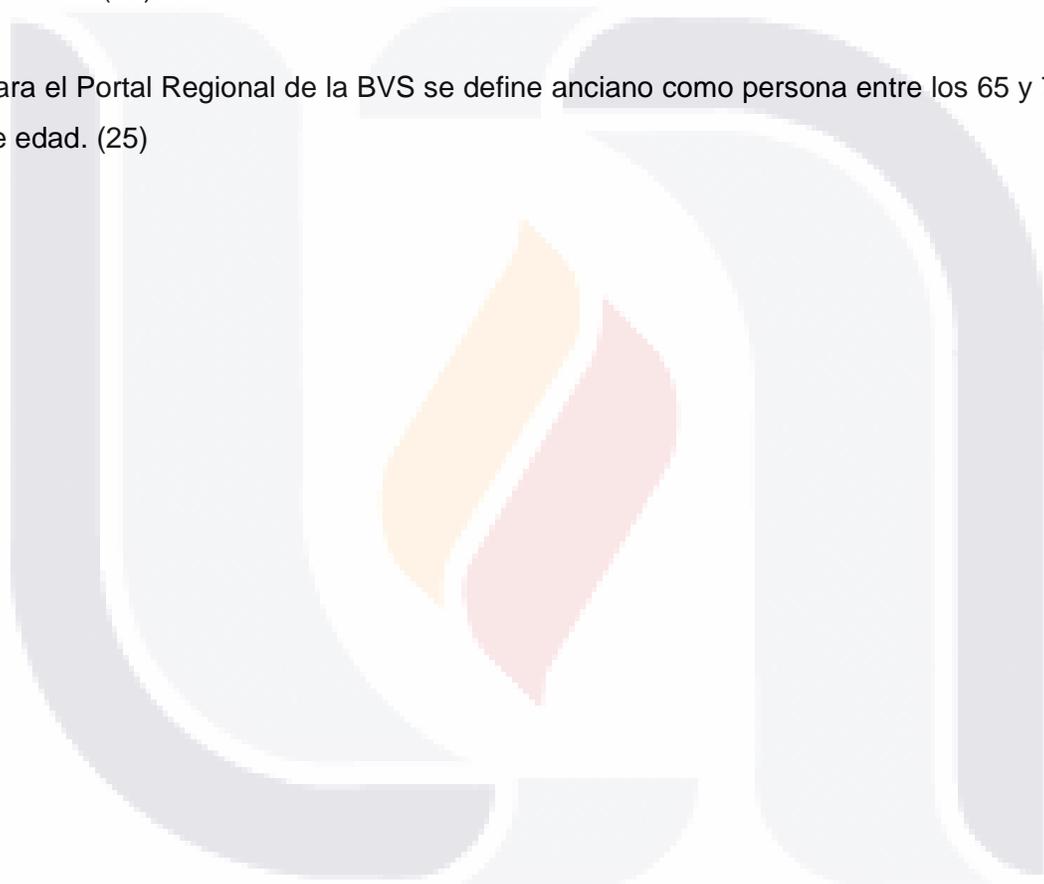
Se define como la queja subjetiva de dificultad para conciliar o mantener el sueño o de la mala calidad del sueño (23)

El insomnio es un término ampliamente utilizado para referir la percepción subjetiva de sueño insuficiente o no restaurados (15)

### **1.2.3 Anciano.**

Según el Diccionario de la Real Academia Española , se define como anciano como adjetivo para una persona de mucha edad, propio de una persona anciana , antiguo o miembro del Sanedrín (24)

Para el Portal Regional de la BVS se define anciano como persona entre los 65 y 79 años de edad. (25)



## CAPÍTULO 2. JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como un problema grave de salud pública. En México, en 2017, el INEGI reportó que el suicidio ocupa la causa número 22 de las principales causas de muerte para la población en general, por lo tanto, es considerado un problema de salud pública importante , teniendo una tasa de 5.2 por cada 100 mil habitantes mismos que quedaron plasmados en el plan de acción sobre salud mental del 2013 al 2020; por entidad federativa, Aguascalientes se encuentra en segundo lugar con la tasa más alta de suicidio de 10.1 junto con Sonora , le precede Chihuahua con 10.7 , lo cual es interesante ya que el estado de Aguascalientes es considerado por extensión territorial uno de los tres estados más pequeños del país y al tener tasas de suicidio similares a estados de gran territorio nos indica que el suicidio es patología grave y de gran preocupación para el área de la salud .(26)

Actualmente se han realizado múltiples campañas para llegar a evitar los eventos suicidas, sin embargo, aun la incidencia se encuentra a la alza; si bien conocemos por múltiples estudios, que la población joven es la más afectada; los ancianos siguen siendo un sector muy vulnerable; ya que es bien sabido por reportes del INEGI desde el 2011, que los ancianos han presentado hasta 300 fallecimientos por año. (26)

A pesar de que se conocen los mecanismo por los que un anciano puede presentar un evento suicida y por ende , la ideación como tal, no conocemos realmente las cifras reales de su frecuencia , ya que dentro de los factores que pueden preceder una ideación y evento suicida en esta población, las enfermedades crónico degenerativas juegan un papel importante , mismas que, al presentar un mal apego en su tratamiento en esta población, puede ser secundarias a eventos de suicidios silencioso por lo que la defunción podría ser de manera secundaria; ahora bien , la relación planteada al insomnio radica a que , al ser una entidad multicausal y un problema de salud pública, en el adulto mayor suele pasar desapercibida y por lo tanto , subestimada , ya que su presencia puede enmascarar un cuadro psiquiátrico.(14); estos son motivos suficientes para determinar cómo es que se puede presentar esta asociación de estas dos entidades en el anciano, para que así, se pueda tener realmente , cifras reales de estos sucesos.

El fallecimiento de un familiar por suicidio, en general, es considerado como un evento que puede conllevar a alteraciones en la estructura y organización familiar ya que implica una dificultad para el proceso del duelo, pues se presenta de manera repentina, inesperada y genera sentimientos de abandono, rechazo, miedo y culpa; pudiendo provocar una alta incidencia de alteraciones mentales y dificultades interpersonales en los miembros de la familia (27)

Al no haber estadística sobre el fenómeno de la ideación suicida en el anciano y su impacto tanto en el aspecto social, económico y familiar, esta investigación presenta una oportunidad para generar nuevo conocimiento para desarrollar nuevas conductas de acción para esta problemática sub estudiada; llevándose a cabo en la Unidad de Medicina Familiar Número 1 del IMSS en la delegación de Aguascalientes

La información que se pretende obtener, al determinar si realmente existe una asociación entre el insomnio y la ideación suicida, nos permitirá realizar intervenciones tempranas por parte de los servicios sanitarios, nos permitirá tener una estrecha vigilancia así como detección oportuna de los cambios emocionales así como de los patrones del sueño; con esto se beneficiará a la comunidad, a los pacientes y sus familias, así como a la Institución y al sistema de salud, pues así se planearán y propondrán estrategias de mejora, para fortalecer la atención primaria en salud de las unidades de medicina familiar.

## **2.1 Planteamiento del problema**

El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y en México va en aumento; las estadísticas de mortalidad del 2017 revelan 6,949 fallecimientos autoinfligidos, lo cual, representa el 0.9% del total de las muertes, con esto, incrementa nuestra tasa de suicidio de 5.2 por cada 100 mil habitantes

Aguascalientes, ocupa el segundo lugar en tasas de suicidio por entidad federativa, con cifras de 10.1 antecedida de Chihuahua y precedida por Sonora, llama la atención que, siendo un estado tan pequeño, presente un mayor índice de suicidios asemejándose a grandes estados del norte.

Con respecto a sexo, es conocido que la tendencia es hacia los hombres que, en las mujeres, en 2017, la tasa de suicidio fue de 8.7 por cada 100 mil hombres comparados con 1.9 por cada 100 mil mujeres

El suicidio se puede dividir en tres categorías; Ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado; en esta primera categoría, ha sido poco estudiada, pero es un importante predictor del intento suicida; sin embargo; en la literatura que se ha revisado, no hemos encontrado discrepancias, con respecto a los factores de riesgo y causas del suicidio en el anciano, si bien se conocen como causas médicas, psiquiátricas, psicológicas y familiares las cuales se explican en la figura 2.

Médicos	Psiquiátricos	Psicológicos	Familiares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes</li> <li>• Hospitalización periódica</li> <li>• Padecimiento de enfermedades prodepresivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Trastorno bipolar</li> <li>• Abuso de drogas o alcohol</li> <li>• Trastornos crónicos del sueño</li> <li>• Psicosis delirantes paranoides</li> <li>• Confusión mental</li> <li>• Trastornos de personalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duelo reciente, sobre todo el primer año</li> <li>• Sentimiento de soledad e inutilidad</li> <li>• Inactividad</li> <li>• Aburrimiento</li> <li>• Falta de proyectos vitales</li> <li>• Tendencia a revivir el pasado</li> <li>• Carencia de relaciones sociales satisfactorias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de seres queridos ( fallecimiento o ausencia de contacto)</li> <li>• Abuelo "Pin-Pon" ( Migración forzada del anciano , le rotan entre los familiares)</li> <li>• Acontecimientos traumáticos sufridos en la infancia</li> <li>• Estado civil célibe, separado o viudo</li> <li>• Situación económica</li> </ul>

**Figura 2. Factores de riesgo y causas de Suicidio en el Anciano**

En este caso, es bien conocido, que dentro de los trastornos del sueño, el insomnio es la entidad más severa y prevalente en este grupo etario, es más pronunciado en las mujeres; y presenta una prevalencia notable a partir de la séptima década de la vida; hay múltiples factores que pueden contribuir a la presentación del insomnio; no hemos encontrado discrepancia en la literatura sobre esta información , dentro de las causas que pueden hacer que se presente esta patología, podemos incluir , la mala rutina para dormir, lo que conlleva a una mala higiene del sueño , cambios relacionados al envejecimiento , como la jubilación,

problemas de salud, hospitalización , la muerte de una pareja o de los miembros de la familia, así como los cambios en el ritmo del sueño - vigilia; podríamos pensar, que los cambios en los patrones del sueño en este grupo etario, pueden ser parte del proceso normal del envejecimiento. Sin embargo, muchos de estos cambios pueden estar relacionados con los procesos patológicos que no se considera una parte normal del envejecimiento. (15)

En base a esto, nos damos cuenta que el insomnio y el suicidio, no son entidades tan diferentes, pues su multicausalidad y factores de riesgo, son muy similares, además de que su presentación en el grupo etario de estudio, tiende a ser subestimada y de presentación atípica.

Escobar – Córdoba, realizó una revisión no sistemática de la literatura para describir la relación entre el insomnio y suicidio en el 2017, tomando en cuenta 37 artículos, 11 en niños y adolescentes y 26 en adultos; esta revisión mostró una asociación importante entre la presencia de insomnio y la fenomenología clínica con el suicidio; constituyéndose este síntoma como un factor importante a tener en cuenta en la evaluación del suicidio. (4)

Dentro del espectro multicausal, tomaremos en cuenta las variables sociodemográficas como sexo, estado civil, actividad económica, investigaremos si padece alguna enfermedad que sea crónica, incapacitante, terminal o dolorosa, ya que son las que se relacionan entre dichas patologías.

El estado de Aguascalientes preocupado ante la situación que prevalece en relación al alto índice de suicidio, cuenta con centros de apoyo para atención psicológica, establecidos por Gobierno del Estado, siendo Agua Clara, el Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Gustavo León Mojica García” así como atención vía telefónica para realizar intervención en crisis de la forma más oportuna.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con médicos especialistas en los tres niveles de atención , capacitados para abordar esta problemática , desde la detección y manejo de las posibles patologías predisponentes, referidas en las guías de práctica clínica de Ansiedad y Depresión en el adulto así como programas preventivos sustentados en la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social a adultos y

adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad; además de contar los espacios necesarios como lo son los consultorios de psiquiatría y psicología los cuales están equipados para atender a la población de riesgo. ; pero a pesar de ello no han sido suficientes.

En el anciano, se presenta de forma atípica el suicidio en muchas ocasiones; por lo que hace, que no siempre sea sencillo de diagnosticar, ya que muchas veces, el abandono de la satisfacción de las necesidades básicas o el incumplimiento de tratamientos médicos, sean una manifestación de esto, lo cual lleva a un gran reto para el medico (28)

En base a lo anterior y tomando en cuenta que, el estado de Aguascalientes forma parte de las estadísticas al ocupar el segundo lugar de suicidios, y sin conocer realmente como es en este grupo etario, ya que llega a ser de forma atípica , aunado a que el insomnio , es uno de los trastornos del sueño que mayor se presenta en esta población y que forma parte del espectro multicausal del suicidio, y siendo que en México, no existe artículo que nos hable sobre dicha asociación sobre el insomnio y la ideación suicida en el anciano mayor de 65 años o más , creemos que al realizar dicho estudio vamos a cubrir el hueco del arte del conocimiento analítico; motivo por el cual nace nuestra pregunta de investigación.

¿Cómo es la asociación entre el insomnio y la ideación suicida en el anciano, de 65 años o más en la unidad de medicina familiar No1 Aguascalientes?

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo General**

Identificar la asociación que existe entre el insomnio y la ideación suicida en el anciano, de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

### **2.2.2Objetivos específicos**

Describir las características socio demográficas presentes en la población de estudio.

Describir la gravedad de la ideación suicida en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.

Describir el nivel de la dificultad para dormir en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.

Describir el nivel de insatisfacción del sueño en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

Describir el impacto del insomnio en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

### **2.3 Hipótesis**

Ho: Existe una fuerza de asociación entre el insomnio y la ideación suicida en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

Ha: No existe fuerza de asociación entre el insomnio y la ideación suicida en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

H: No hay relación entre insomnio y la ideación suicida en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

Ho: Se presenta la gravedad de la ideación suicida en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.

Ha: No se presenta la gravedad de la ideación suicida en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.

H: Se puede presentar gravedad de la ideación suicida en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.

Ho: Existe la dificultad para dormir en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.

Ha: No existe la dificultad para dormir en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.

H: Existen variaciones en la dificultad para dormir en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes.

Ho: Existe la insatisfacción del sueño en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

Ha: No existe la insatisfacción del sueño en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

H: Presentan variaciones en la insatisfacción del sueño en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

Ho: Existe el impacto del insomnio en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

Ha: No existe el impacto del insomnio en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

H Existen variaciones en el impacto del insomnio en el anciano de 65 años o más en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes

## Capítulo III MATERIAL Y METODOS

### 3.1 Características del lugar donde se realizará el estudio.

La Unidad de Medicina Familiar Número 1 de la delegación Aguascalientes pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, en una Unidad familiar de primer nivel de atención que se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, la cual atiende a población derechohabiente de manera zonal, provenientes del área oriente de la ciudad de la misma delegación.

Esta unidad cuenta con 20 consultorios los cuales reciben a la población derechohabiente tanto en turno matutino como en vespertino, consta de atención medica familiar, enfermería, trabajo social, nutrición y estomatología. No cuenta con servicio de atención médica continua.

### 3.2 Diseño y tipo de estudio

Fue un estudio analítico, transversal, comparativo, prospectivo de la asociación de la ideación suicida e insomnio con aplicación de dos escalas de medición las cuales se encuentran validadas

### 3.3 Variable

**Variable Independiente:** Insomnio en el anciano

**Variable dependiente:** Ideación suicida en el anciano

### 3.4 Operacionalización de variables.

#### 3.4 1. Características de la población en estudio

##### A. Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ser vivo desde su nacimiento.

Definición operacional: Tiempo de vida que ha presentado una persona a partir de los 65 años o más con ideación suicida

Escala de Medición: Ordinal

Indicador: Edad actual

### B Género

Definición conceptual: Identidad sexual de los seres vivos

Definición operacional: Identidad sexual que presentan los adultos mayores de 65 años o más con ideación suicida

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Masculino y femenino

### C. Vivienda

Definición conceptual: Construcción acondicionada para que vivan las personas

Definición operacional: Tipo de vivienda en lugar de residencia de las personas mayores de 65 años, sea rural o urbana, con ideación suicida

Escala de Medición: Nominal

Indicador: rural o urbana

### D. Propiedad de vivienda

Definición conceptual: Derecho o facultad de los seres humanos para tomar posesión de una determinada cosa

Definición operacional: Tipo de vivienda que poseen los adultos mayores de 65 años o más ya sea: Propia, rentada o prestada con ideación suicida

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Propia, rentada o prestada

### E. Servicios básicos

Definición conceptual: Son los servicios mínimos indispensables para que el ser humano tenga una vida digna

Definición operacional: Servicios con los que cuenta la vivienda de las personas de 65 años o más indispensables como: Luz, agua y drenaje

Escala de Medición: Nominal

Indicador Luz, agua, drenaje

### F. Enfermedades crónicas asociadas

Definición conceptual: Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta

Definición operacional: Padecimientos de salud que presentan los adultos mayores de 65 años o más

Escala de Medición: Dicotómica y Nominal

Indicador: ¿Padece una enfermedad de importancia? Si, No ... ¿Cuál?

#### G. Gravedad de la ideación suicida

Definición conceptual: Persistencia de la ideación suicida

Definición operacional: La presencia del pensamiento del deseo de morir de manera activa con la presencia o no de un plan en específico

Escala de Medición: Binaria

Indicador: ¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido y no despertar?, ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?, ¿Ha pensado en cómo podría llevarlo a cabo?, ¿Ha tenido este pensamiento y alguna intención de llevarlos a cabo?, ¿Ha empezado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ó ¿Tiene intención de llevar a cabo este plan? Y ¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar su vida?

#### H. Dificultades para dormir durante la noche

Definición conceptual: Situación, circunstancia u obstáculo para conciliar el sueño

Definición operacional: Identidad sexual que presentan los adultos mayores de 65 años o más con ideación suicida

Escala de Medición: Ordinal

Indicador: Dificultad para quedarse dormido, Dificultad para permanecer dormido, Despertarse muy temprano.

#### I Insatisfacción del sueño

Definición conceptual: Falta de satisfacción del sueño

Definición operacional: Sentimiento de malestar o disgusto por no presentar un ciclo del sueño adecuado en personas con ideación suicida mayores de 65 años

Escala de Medición: Ordinal.

Indicador: Dificultad para quedarse dormido, ¿Cómo está de satisfecho/a en la actualidad con su sueño?, ¿Cuán preocupado/a está por su actual problema de sueño?

J Impacto del insomnio

Definición conceptual: Resultado o consecuencia de presentar una imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, así como para mantenerlo

Definición operacional: Efecto que produce el insomnio en los pacientes que presentan pensamientos suicidas mayores de 65 años

**3.5 Escala de Medición: Ordinal**

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

**3.6 Muestra**

La muestra fue de tipo probabilístico aleatorio, simple, el cual se llevó a cabo tomando como base de datos el sistema ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar 1 del IMSS delegación Aguascalientes. En base a esto, la muestra se calculó de los ancianos de ambos sexos mayores de 65 años o más adscritos a la Unidad, los cuales son 13,445, dando su tamaño de muestra de 374, en base a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

En donde

n = Tamaño de la muestra (374)

z = Nivel de confianza deseado, 95%

p = Proporción de la población con la característica deseada (éxito) 0.05

q = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso) p-1

e = Nivel de error dispuesto a cometer 5%

N = tamaño de la población 13,455

### 3.7 Criterios de selección

**Criterios de inclusión:** Ancianos de ambos sexos con edad de 65 años o más adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 1 que aceptaron realizar las encuestas

**Criterios de no inclusión:** Ancianos de ambos sexos con edad de 65 años o más adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 1 que no aceptaron realizar las encuestas, que tengan diagnóstico de depresión o alguna alteración del estado cognitivo, que no tengan ingesta de hipnótico.

**Criterios de eliminación:** Aquellos ancianos ambos sexos con edad de 65 años o más que no contesten al menos 80% del cuestionario y que decidan retirarse en cualquier momento del estudio

### 3.8 Muestreo

**Universo de trabajo:** El universo de trabajo fue enfocado a los ancianos de la Delegación Aguascalientes, de ambos sexos.

**Población en estudio:** Ancianos de ambos sexos con edad a partir de 65 años o más de Unidad de Medicina Familiar 1 Delegación Aguascalientes del turno matutino y vespertino

**Unidad de análisis y de observación:** Ancianos de ambos sexos con edad a partir de 65 años o más de la Unidad de Medicina Familiar 1 Delegación Aguascalientes del turno matutino y vespertino que aceptaron realizar las encuestas en el periodo comprendido de septiembre 2020 a febrero 2021

### 3.9 Descripción general del estudio

En el presente trabajo de investigación, se aplicaron los cuestionarios de la escala de severidad de la ideación suicida de Columbia, así como el índice de severidad del insomnio a todos los pacientes ancianos del turno matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar 1 que no tengan diagnóstico reciente de depresión o alteración cognitiva o ingesta de psicofármaco. Se revisaron las características sociodemográficas en una lista de cotejo

para edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de vivienda, así como de los servicios básico intradomiciliarios.

### **3.10 Instrumentos de evaluación y recolección de datos.**

#### **3.10.1 Instrumento de medición**

##### ***3.10.1.1 Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio. Versión exploratoria para la atención primaria.***

La Escala de Columbia para evaluación del riesgo de suicidio en español, agrupa la aparición, gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación, miden 4 constructos: el primero es la gravedad de la ideación, con una subescala en la que se evaluaron 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos. El segundo es la intensidad de la ideación, con una subescala compuesta por 5 elementos; dos de los cuales evalúan frecuencia y duración, con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 referentes a controlabilidad, disuasión y motivo de ideación se evalúan con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero es la conducta suicida, la cual maneja una escala nominal de tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, una con una escala ordinal de 6 puntos.

Para fines de esta investigación, se utilizará la versión abreviada para la atención primaria, ya que solo evalúa la severidad de la ideación suicida, lo cual es el tema de la presente investigación además que se llevara a cabo en una unidad de medicina familiar, siendo esta, de primer nivel de atención. La versión abreviada consta de seis preguntas directas, clasificando a los pacientes con ideación suicida en tres categorías de riesgo con codificación de colores así como plan de acción : alto riesgo, el cual requiere medidas de prevención inmediatas y se codifica de color rojo, riesgo moderado el cual requiere ser evaluado por el un equipo de salud mental a la brevedad y el riesgo leve, el cual se codifica en color amarillo en cual solo requiere referencia a un equipo de salud mental en forma diferida. (29)

3.10.1.1.1 Validez del instrumento

3.10.1.1.2 Validez de constructo

Con respecto a la Escala de ideación suicida, el C-SRSS obtuvo una correlación moderada con los siguientes resultados:

- Severidad: Correlación moderada obteniendo  $r=0.52$  y  $p<0.001$
- Intensidad: Correlación moderada obteniendo  $r=0.56$  y  $p<0.001$

Con respecto a la escala MADRS (Escala Montgomery – Asberg para la evaluación de la depresión), el C-SRSS obtuvo una fuerte correlación, con los siguientes resultados:

- Ideación suicida  $r=0.63$   $p<0.001$

En la escala subescala de letalidad, se obtuvo una correlación realmente fuerte con respecto a la escala de letalidad de Beck con un  $r=0.79$ ,  $p<0.001$

Se obtuvo un 100% sensibilidad y 96% de especificidad relativa en la evaluación de los intentos reales e interrumpidos del acto suicida. (17)

La subescala de severidad fue correlacionada con los ítems de: fatiga, sueño, apetito y pérdida de energía del Índice de depresión de Beck así como los de la escala MADRS obteniéndose los siguientes resultados:

**Tabla 1. Severidad de la ideación suicida.**

	r	d <sup>c</sup>	Beta
BDI	0.627	1.610	1.278
MADRS	0.799	2.657	1.278

**Tabla 2. Intensidad de la ideación suicida**

	r	d <sup>c</sup>	Beta
BDI	0.510	1.186	3.605
MADRS	0.694	1.928	1.408

Como se observa en las tablas 1 y 2, existe una fuerte correlación del C-SRSS con los ítems de ideación suicida con las escalas de ideación suicida de Beck así como de la Escala Montgomery – Asberg para la evaluación de la depresión. (17)

*3.10.1.1.3 Validez predictiva e incremental*

Se realizó en base a la Historia de Suicidio de Columbia, tomando en cuenta el peor puntaje de la ideación suicida así como de la conducta; se obtuvo una OR =1.45, 95%, CI 1.07-1.98, p=0.02, dando una predicción significativa.

Para los eventos interrumpidos o abortados del acto suicida se obtuvo una gran correlación con un OR 2.76, 95%, CI 1.07-7.12, p=0.036) (17)

*3.10.1.1.4 Consistencia interna*

Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.946 (17)

En el artículo de validación de la versión en español de la Escala Columbia para evaluar el riesgo suicida se encuentran los siguientes resultados.

*3.10.1.1.5 Validez del constructo:*

- Coeficiente de Pearson para la subescala de gravedad y la de intensidad 0,44 (p < 0,000)

Refieren los autores del artículo que se encontró una moderada relación entre las puntuaciones de gravedad y de la ideación suicida , lo cual mostro una buena validez de la muestra total(30)

*3.10.1.1.6 Validez discriminante:*

- Gravedad de la ideación suicida con tentativa suicida se obtuvo un 3.1 (1.8) y sin tentativa suicida de 1.0(1.1) con una t de student -14.9 p (<0.000).
- Intensidad de la ideación suicida con tentativa suicida se obtuvo 15.2 (4.4) y sin tentativa suicida de 12.2 (4.5) con una t de student -5.9 p (<0.000)
- Letalidad de la tentativa suicida fue de 1.3 (0.7) con existencia de la misma y de 1.8(0.9) en ausencia; con una t de student de -4.4 p (<0.000) (30)
- Sensibilidad al Cambio:

- Se observó una disminución de la puntuación de la subescala de la gravedad suicida de 5.08 unidades ( $p=0.141$ ), lo cual, refieren los autores, se demuestra una sensibilidad a los cambios clínicos

#### *3.10.1.1.7 Consistencia interna*

- Alfa de Cronbach de 0.53. Los autores refieren que la baja validez interna se debe a que las muestras del estudio original no son similares o comparables, por lo que se esperaba que difirieran; entre los aspectos más relevantes de las diferencias se encontró la edad de la población y la cultura tanto población como de los encuestadores. Refieren que la versión en español presentó una validez convergente, divergente así como sensibilidad al cambio adecuada así como una aceptable consistencia interna de las subescalas de gravedad e intensidad de la ideación , (30).

#### **3.10.1.2 Índice de severidad del Insomnio**

También se aplicará la escala del Índice de Gravedad del Insomnio al español, la cual consta de 5 ítems, cada uno 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.

##### *3.10.1.2.1 Validez del Instrumento*

##### *3.10.1.2.2 Consistencia interna*

Consta de un alfa de Cronbach de 0.78 y en la validación al español de 0.82.

##### *3.10.1.2.3 Validez de constructo*

Se realizó en base a las escalas SOL, WASO y EMA, obteniendo los resultados por polisomnografía, así como de manera diaria. Se obtuvo un rango de 0.32 a 0.55 inicial y posterior a tratamiento de 0.5-0.91 ( $p<0.05$ ); en base a la polisomnografía se obtuvo un rango de 0.07 a 0.45 pretratamiento y de 0.23 a 0.45 post tratamiento. Se refiere en el estudio original, que presenta una fuerte relación en entre la escala ISI de gravedad del insomnio y el sueño diario en base a las variables de la polisomnografía. (31)

##### *3.10.1.2.4 Sensibilidad a los cambios*

Los puntajes de la escala ISI se correlacionaron con los puntajes de cambio en base a la variable de la eficiencia del sueño , y se observó una relación con la variable

correspondiente con las escalas SOL, WASO y EMA obteniendo una p de 0.27 a 0.35 y en base a polisomnografía de 0.05 a 0.29 (31)

#### *3.10.1.2.5 Validez de predicción*

En base a la clínica se obtuvo un error beta de 0.52 pretratamiento y post tratamiento, al sueño diario se obtuvo un error beta de -0.19 pretratamiento y de -0.34 post tratamiento y en polisomnografía se obtuvo de -0.06 pre tratamiento y de -0.09 post tratamiento (31)

#### *3.10.1.2.6 Validez de contenido*

Se obtuvo un total del 72% de la varianza total en base a tres componentes

- El primer componente incluía los elementos relacionados con la interferencia y el funcionamiento diario denotando el deterioro y el nivel de angustia; esto represento el 26% de la varianza total, dando así el impacto
- El segundo componente estaba compuesto de tres ítems, la severidad del sueño, su mantenimiento y el despertar temprano, el cual obtuvo un 26% y fue etiquetado como severidad
- El tercer componente esta etiquetado como satisfacción, el cual incluía: gravedad del insomnio inicial, el nivel de angustia y la satisfacción de los patrones del sueño , el cual obtuvo un 20% de la varianza (31)

### **3.11 Descripción General del Estudio.**

#### **3.11.1 Logística para la aplicación del instrumento**

Antes de iniciar con la realización de la encuesta del protocolo de investigación se le explicó al participante la carta de consentimiento informado, así como los beneficios de participar en la presente investigación como es el diagnóstico oportuno y la canalización a los servicios de psicología o psiquiatría para resolver el problema, así como su seguimiento.

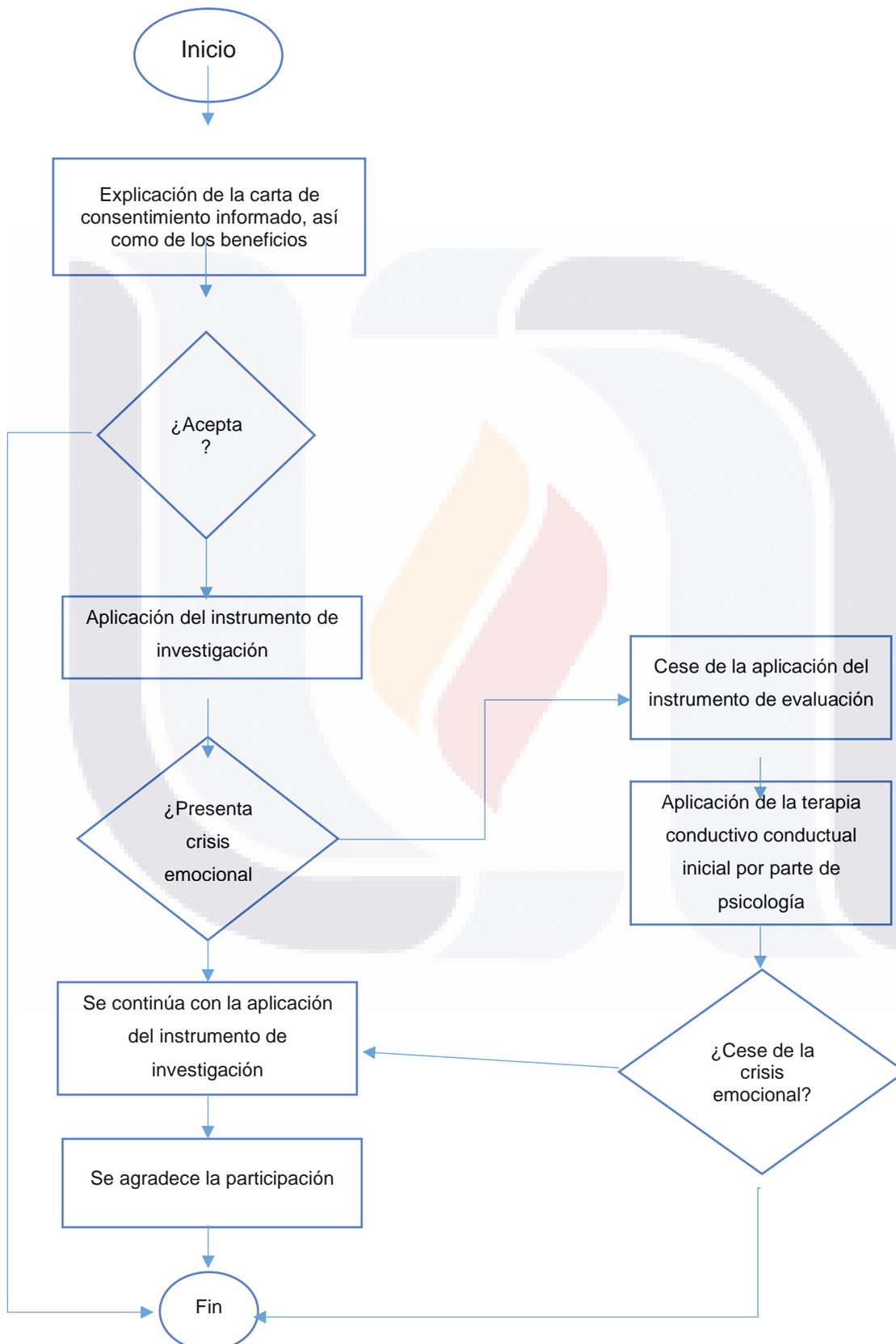
Se aplicó la encuesta en un espacio físico privado y seguro designado por la dirección de la unidad de medicina familiar 1, pudiendo ser un consultorio libre o el consultorio de excedentes. Posterior a la finalización de la aplicación del cuestionario, se sometió a un análisis estadístico tipo descriptivo para las características sociodemográficas, calculando

media, mediana, moda, proporciones, desviación estándar, rangos y frecuencias. Para el análisis de la asociación entre insomnio e ideación suicida, se utilizó un análisis bivariado con Chi cuadrada o t de Student. Se usará el programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento de la información y la elaboración de gráficas.

Se contempló el apoyo por parte del servicio de trabajo social al momento de aplicar el instrumento, ya que, al ser un tema susceptible, el participante pudo presentar una crisis del su estado emocional (ansiedad, depresión, negación, agresividad, irritabilidad, entre otros), el manejo inicial que se dio ante dicho evento es:

1. Cese de la aplicación de la encuesta
2. Manejo inicial de la problemática por parte del servicio de en psicología en turno y/o canalizado a psiquiatría de guardia
3. Valoración del estado emocional del paciente posterior al manejo
4. Valoración de poder continuar con la aplicación del instrumento.

### 3.11.2 Proceso para llevar a cabo la aplicación del instrumento de investigación



### **3.11.3 Técnica de recolección de datos**

Se procedió a realizar la búsqueda de los pacientes por medio de la base de datos ARIMAC de la propia Unidad de Medicina Familiar 1 , acorde a los criterios de inclusión y exclusión . El instrumento será una lista en donde se integraron las características sociodemográficas de la población, así como la escala de Columbia para la severidad de la Ideación suicida conjunto con el Índice de severidad del insomnio, ya mencionados en la literatura, extrayendo la información de dichos cuestionarios

Se llevó a cabo una entrevista cara a cara, que consiste en una entrevista directa y personal con cada entrevistado, por lo que puede ser controlada y guiada por el encuestador.

Al abordar al entrevistado, se le explicó de manera entendible y detallada, el cómo fue seleccionado para la realización de la Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio. Versión exploratoria para la atención primaria, así como el Índice de Severidad del Insomnio; se le expuso en que consiste la encuesta, se le dio a conocer la carta de consentimiento informado y se le pidió que la firme si está de acuerdo en participar en el presente estudio. Posteriormente, se procedió a realizar la encuesta, teniendo la seguridad de que el participante entienda la pregunta, así como las posibles respuestas y si tuviese duda, se repondió de la manera más clara y sencilla posible.

### **3.11.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Una vez obtenida la información, se sometió a un análisis estadístico tipo descriptivo para las características sociodemográficas, calculando media, mediana, moda, proporciones, desviación estándar, rangos y frecuencias. Para el análisis de la asociación entre insomnio e ideación suicida, se utilizó un análisis bivariado con Chi cuadrada o t de Student. Se usó el programa estadístico SPSS versión 20 para el procesamiento de la información y la elaboración de gráficas. Con los datos obtenidos, se realizó el cálculo y estatificación para realmente ver la asociación entre el insomnio y la ideación suicida.

### 3.12 Aspectos Éticos.

De acuerdo al Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, el cual corresponde De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 17, la presente investigación se clasifica sin riesgo, la cual se define como: estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (32)

- La presente investigación no se realizará en población vulnerable.
- La presente investigación se encuentra acorde a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki conforme a sus enmiendas

La presente investigación tomo en cuenta el código de Núremberg, el cual es regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas a participar en el estudio, a las personas que participarán en el estudio se les pedirá autorización por escrito mediante la carta de consentimiento informado donde se les informa sobre el procedimiento a realizar en la investigación, los propósitos del estudio y se les ofrecerá la oportunidad de retirarse en cualquier momento de la investigación así como la declaración de que la participación es voluntaria , sin obligarlas ni condicionarlas a participar.

La presente investigación no viola el principio de beneficencia, ya que no implicará ningún riesgo para los participantes de este estudio, se respetará el principio de justicia, extendiendo la invitación a participar a todas las personas involucradas directamente en este estudio.

### 3.13 Recursos, financiamiento y factibilidad

#### 3.13.1 Hoja de Gastos

En la presente investigación, participó un médico residente de la especialidad de Medicina Familiar con adscripción a la Unidad de Medicina Familiar 1, el cual fue el encargado de este proyecto, dentro de sus tareas, se encargó de entregar y recoger personalmente las encuestas de los participantes.

Se trabajó con los recursos propios del tesista y en la Unidad de Medicina Familiar 1, utilizando el área de la consulta externa

INSUMO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Fotocopias	1515	\$0.18	\$272.70
Caja de lápices del N2 con 12 pz	4	\$61.90	\$247.60
Caja de gomas con 8 pz	2	\$ 38.00	\$76.00
Grapas caja con 5000 pz	1	\$16.50	\$16.50
Tabla de notas	3	\$ 29.00	\$87.00
Laptop Dell	1	Ya se cuenta con ella	Ya se cuenta con ella
Alimentos dia	30 días	\$ 80.00	\$2400.00
Transporte	30 días	\$100.00	\$3000.00
		TOTAL	\$6099.80

### 3.14 Cronograma de actividades

Actividad	2019							2020							2021							2022															
	M ay	Ju n	Ju l	Ag o	Se p	O ct	N ov	Di c	En e	Fe b	M ar	A br	M ay	Ju n	Ju l	Ag o	Se p	O ct	N ov	Di c	En e	Fe b	M ar	A br	M ay	Ju n	Ju l	Ag o	Se p	O ct	N ov	Di c	En e	Fe b	M ar		
Elección del tema	■	■																																			
Acopio de la Información			■	■																																	
Revisión de la literatura				■	■																																
Diseño del protocolo						■																															
Planteamiento del problema							■	■	■																												
Antecedentes								■	■																												
Justificación								■	■																												
Envío a protocolo a comité local								■	■																												
Revisión y codificación del protocolo										■	■	■	■	■																							
Aprobación del protocolo															■																						
Trabajo de campo																■	■	■	■	■	■	■															
Captura y tabulación de datos																						■	■														
Autorización																							■	■													
Elaboración del informe final																							■	■													
Discusión de resultados																								■	■												
Revisión de tesis final																													■	■							
Examen de presentación																																			■		

Tabla 3. 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**CAPITULO IV. RESULTADOS:**

**4.1 Estadística Descriptiva.**

Durante la realización del estudio “Asociación entre insomnio e ideación suicida en el anciano, de 65 años o más, en la unidad de medicina familiar 1, delegación Aguascalientes” se obtuvo una muestra de 374 pacientes de la cual, la edad promedio fue de 71 años; la distribución de las edades se muestra en la tabla. 4

Válido	Edad (años)			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
65	35	9,4	9,4	9,4
66	28	7,5	7,5	16,8
67	30	8,0	8,0	24,9
68	40	10,7	10,7	35,6
69	40	10,7	10,7	46,3
70	37	9,9	9,9	56,1
71	26	7,0	7,0	63,1
72	19	5,1	5,1	68,2
73	27	7,2	7,2	75,4
74	16	4,3	4,3	79,7
75	8	2,1	2,1	81,8
76	3	,8	,8	82,6
77	14	3,7	3,7	86,4
78	19	5,1	5,1	91,4
79	1	,3	,3	91,7
80	7	1,9	1,9	93,6
81	12	3,2	3,2	96,8
82	5	1,3	1,3	98,1
83	2	,5	,5	98,7
85	4	1,1	1,1	99,7
88	1	,3	,3	100,0
Total	374	100,0	100,0	

*Tabla 4. Asociación entre insomnio e ideación suicida en el anciano*

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 5 se muestra la frecuencia por género de la muestra de estudio, como se puede observar, se encuentro que hubo mayor número de encuestados del género femenino, representando el 52% (196 mujeres) del total de las encuestas realizadas.

		GE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	178	47,6	47,6	47,6
	Femenino	196	52,4	52,4	100,0
Total		374	100,0	100,0	

**Tabla 5. Muestra la frecuencia por género**

Fuente: Encuesta aplicada

Con relación al tipo de vivienda, la Tabla 6 muestra la frecuencia del tipo de vivienda de la muestra de estudio, como se puede observar, se encontró que el tipo de vivienda más frecuente fue de carácter propia, representando el 80% (298 viviendas) de la muestra total, la que presentó menor frecuencia fue del rubro de vivienda prestada, con un total de 22 viviendas, representando el 5.9 % de la muestra total.

		Tipo de vivienda			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Propia	298	79,4	80	80
	Rentada	54	14,4	14,5	94,1
	Prestada	22	5,9	5,9	100,0
Total		374	99,7	100,0	

**Tabla 6. Tipo de vivienda de la muestra**

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 7, se muestra los servicios básicos intradomiciliarios como lo son: luz, agua y drenaje, sin embargo, solo 1 vivienda tuvo carencia de los mismos y 2 tuvieron ausencia del servicio de drenaje; a pesar de ser cifras bajas, corresponden una situación de alarma para nuestra población de estudio.

**Servicio Básico Luz**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	1	,3	,3	,3
	Si	373	99,7	99,7	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 7. Servicios básicos intradomiciliarios**

Encuesta aplicada

En la tabla 8, se observa los antecedentes patológicos de la muestra en estudio, como se puede apreciar, 235 encuestados refieren presentar algún tipo de padecimiento crónico, representando el 62.8%, de las cuales se destacan Diabetes Mellitus 2 en un 30.2% (tabla 9) y 40.4% para Hipertensión Arterial (tabla 10)

**Enfermedad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	139	37,2	37,2	37,2
	Si	235	62,8	62,8	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 8. Antecedentes patológicos**

Fuente Encuesta aplicada

**DM**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	261	69,8	69,8	69,8
	Si	113	30,2	30,2	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 9. Antecedente patológico de Diabetes Mellitus**

Fuente: Encuesta aplicada

		HAS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	223	59,6	59,6	59,6
	Si	151	40,4	40,4	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 10. Antecedente patológico de Hipertensión Arterial Sistémica**

Fuente: Encuesta aplicada

Como se observa en la tabla 11, la escolaridad con mayor frecuencia que presentó la muestra en estudio fue de Primaria, con un 26.7% siguiéndole el rubro de secundaria con 25.1% y en tercer lugar Licenciatura en un 22.7%. es importante denotar, a pesar de ser un valor bajo, el 2.9% de la población en estudio presentó estudios de posgrados lo cual nos indica un impacto a nivel social de esta población.

		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	7	1,9	1,9	1,9
	Primaria	100	26,7	26,7	28,6
	Secundaria	94	25,1	25,1	53,7
	Bachillerato	77	20,6	20,6	74,3
	Licenciatura	85	22,7	22,7	97,1
	Posgrado	11	2,9	2,9	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 11. Escolaridad**

Fuente: Encuesta aplicada

Como se aprecia en la tabla 12, el 52.1% del total de la muestra se encuentra en un estatus de pensionado (195 casos), el 26.2% no labora y el 21.7% si trabaja, tanto de manera autónoma como privada.

		<b>Trabajo</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	98	26,2	26,2	26,2
	Si	81	21,7	21,7	47,9
	Pensionado	195	52,1	52,1	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 12. Trabajo**

Fuente: Encuesta aplicada

#### 4.2 Resultados sobre el Insomnio:

Para la valoración del ítem de Gravedad del Instrumento del Índice de Severidad del Insomnio, se tiene tres rubros.

Como se muestran en las tablas 13, 14 y 15 ; los ancianos mayores de 65 años refieren presentar problemas leves para quedarse dormidos en un 23.3%, dificultad para permanecer dormidos en un 21.9% y de despertarse muy temprano en un 23.5% de manera leve , cabe mencionar que el último rubro es muy similar el porcentaje de percepción moderada con un 20.9%; solamente el 2% de la muestra se presentó en el rubro de muy grave en estos tres rubros, en promedio el 47.7% de los ancianos mayores de 65 años refiere no tener ningún síntoma de gravedad para el insomnio.

		<b>Dificultad para quedarse dormido</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	173	46,3	46,3	46,3
	Leve	87	23,3	23,3	69,5
	Moderado	62	16,6	16,6	86,1
	Grave	42	11,2	11,2	97,3
	Muy Grave	10	2,7	2,7	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 13. Dificultad para quedarse dormido**

Fuente: Encuesta aplicada

**Dificultad para permanecer dormido**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	191	51,1	51,1	51,1
	Leve	82	21,9	21,9	73,0
	Moderado	50	13,4	13,4	86,4
	Grave	43	11,5	11,5	97,9
	Muy Grave	8	2,1	2,1	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 14. Dificultad para permanecer dormido**

Fuente: Encuesta aplicada

**Despertarse muy temprano**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	171	45,7	45,7	45,7
	Leve	88	23,5	23,5	69,3
	Moderado	78	20,9	20,9	90,1
	Grave	35	9,4	9,4	99,5
	Muy grave	2	,5	,5	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 15. Despertarse muy temprano**

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 16 se muestra la satisfacción del sueño denotada por la muestra de estudio; el 50.8% refiere estar satisfecho con su percepción del sueño, el 24.1% se mantiene en una postura neutral y solamente 67 personas muestran no estar conformes con la satisfacción de su sueño, representando el 16.3% en el rubro no muy satisfecho y 1.6% en muy insatisfecho.

**Satisfacción sueño**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy Satisfecho	27	7,2	7,2	7,2
	Satisfecho	190	50,8	50,8	58,0
	Neutral	90	24,1	24,1	82,1
	No muy satisfecho	61	16,3	16,3	98,4
	Muy Insatisfecho	6	1,6	1,6	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 16. Satisfacción sueño**

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 17, se muestra la percepción de la muestra de la interferencia de las actividades de la vida cotidiana con respecto a su percepción del sueño, el 39.3% refiere no presentar ninguna interferencia en sus actividades diarias con respecto a su problemática del sueño, sin embargo, es de atención que el 60.7% si lo percibe como una interferencia de su vida diaria, más el 23% de la muestra total lo denota como una preocupación importante, mientras que el 35.8% lo denota como una interferencia leve de su actuar diario. Tabla 14

**Interferencia AVD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	147	39,3	39,3	39,3
	Un poco	65	17,4	17,4	56,7
	Algo	69	18,4	18,4	75,1
	Mucho	86	23,0	23,0	98,1
	Muchísimo	7	1,9	1,9	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 17. Interferencia Actividades de la Vida Diaria**

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 18, se observa la percepción del entorno sobre la problemática del sueño de la muestra estudio; el 46% refiere que los demás no se percatan de la problemática del sueño

que presentan, 86 personas denotan que su entorno social si percibe que tienen una problemática del sueño de manera leve y el 15% lo refiere como una percepción importante.

**Demás se dan cuenta**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	172	46,0	46,0	46,0
	Un poco	60	16,0	16,0	62,0
	Algo	86	23,0	23,0	85,0
	Mucho	56	15,0	15,0	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 18. Demás se dan cuenta**

Fuente: Encuesta aplicada

La tabla 19 hace referencia a la preocupación del sueño que tiene la muestra de estudio, el 49.5% presentó una no preocupación a la problemática del sueño, mientras que el 50.5% refiere presentar una preocupación por su sueño actual, 84 personas lo catalogan como leve (22.5% de la muestra total) 49 lo refieren como moderado (13.1 % de la muestra total) y 56 personas lo catalogan como severo (15% de la muestra total).

**Preocupación actual sueño**

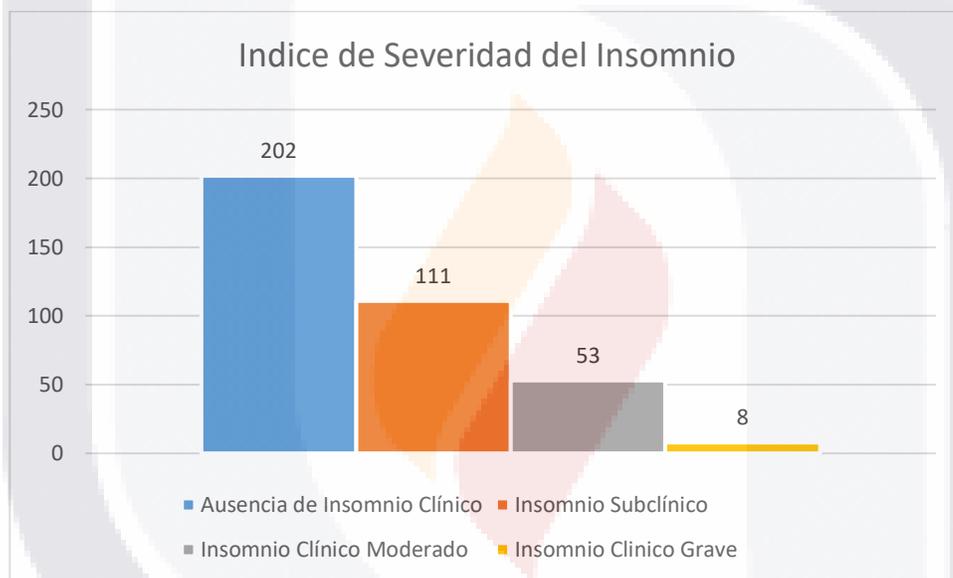
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada	185	49,5	49,5	49,5
	Un poco	84	22,5	22,5	71,9
	Algo	49	13,1	13,1	85,0
	Mucho	56	15,0	15,0	100,0
	Total	374	100,0	100,0	

**Tabla 19. Preocupación actual sueño**

Fuente: Encuesta aplicada

En base a los rubros previos, la gráfica 1, se muestra la frecuencia de la severidad del insomnio presentado de nuestro estudio; cómo se puede observar, el 54 % de nuestra

muestra (202 personas de la muestra total) se cataloga en el rubro de “Ausencia de Insomnio Clínico” y el 46% ya se encuentran dentro de un estadio de insomnio, lo cual, nos denota que a pesar que no representa la mitad o más de nuestra muestra en estudio, las cifras porcentuales se encuentran en valores limítrofes; deduciendo así, que los ancianos mayores de 65 años muestreados si presentan insomnio; ahora bien, del total de los pacientes con insomnio en sus múltiples categorías (172 personas de la muestra total), el 64.53 % presenta un insomnio subclínico y el 35.46% presenta un insomnio clínico dentro de sus modalidades moderada o grave. Es importante denotar que el insomnio subclínico es la entidad del insomnio donde ya sabemos que se encuentra la enfermedad más los síntomas no son determinantes, por lo que esta puede evolucionar a estadios clínicos.



**Grafica 1. Índice de severidad del insomnio**

Fuente: Encuesta aplicada

### 4.3 Resultados sobre la Ideación suicida.

Para evaluar la gravedad de la Ideación suicida, se plantean los siguientes ítems:

En la tabla 20 se presenta la frecuencia del Deseo de estar muerto de la muestra de estudio; como se puede observar, el 74.1% refiere no haber tenido un pensamiento de desear morir, mientras que el 25.9 % (97 ancianos mayores de 65 años) refieren haber presentado un pensamiento de deseo de muerte.

**Deseo de estar muerto**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	277	74,1	74,1	74,1
	Si	97	25,9	25,9	100,0
Total		374	100,0	100,0	

**Tabla 20. Deseo de estar muerto**

Fuente: Encuesta aplicada

La tabla 21 nos muestra la presencia de la ideación suicida en el anciano de 65 años y más, como se observa, el 8.8% de la muestra total (33 personas) denotan tener una ideación suicida con respecto al 91.2% el cual refiere no presentarla. Si bien, sabemos que la ideación suicida presente es un porcentaje bajo, nos es alarmante que en la población de estudio si se encuentra este rubro.

**Idea Suicida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	341	91,2	91,2	91,2
	Si	33	8,8	8,8	100,0
Total		374	100,0	100,0	

**Tabla 21. Idea suicida**

Fuente: Encuesta aplicada

La frecuencia de Pensamiento Suicida se encuentra plasmada en la tabla 22, en ella, se puede observar que el 6.7% de la muestra total (25 personas) presentó un pensamiento

**Pensamiento suicida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	349	93,3	93,3	93,3
	Si	25	6,7	6,7	100,0
Total		374	100,0	100,0	

suicida.

**Tabla 22. Pensamiento suicida**

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 23, 24 y 25 se muestra la presencia de la Intención, planeación y acción suicida, 373 ancianos mayores de 65 años no presentaron ningún rubro (99.7% muestra total), mientras que el 0.3% (1 paciente) refiere haber tenido los tres rubros.

**Intencion suicida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	373	99.7	99.7	99.7
	Si	1	.3	.3	100.0
Total		374	100.0	100.0	

**Tabla 23. Intención suicida**

Fuente: Encuesta aplicada

**Planeacion suicida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	373	99.7	99.7	99.7
	Si	1	.3	.3	100.0
Total		374	100.0	100.0	

**Tabla 24. Planeación Suicida**

Fuente: Encuesta aplicada

**Acción suicida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	373	99.7	99.7	99.7
	Si	1	.3	.3	100.0
Total		374	100.0	100.0	

**Tabla 25. Acción Suicida**

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 26 se muestra la presencia de la reciente de la Acción suicida, 374 ancianos mayores de 65 años no presentaron este rubro.

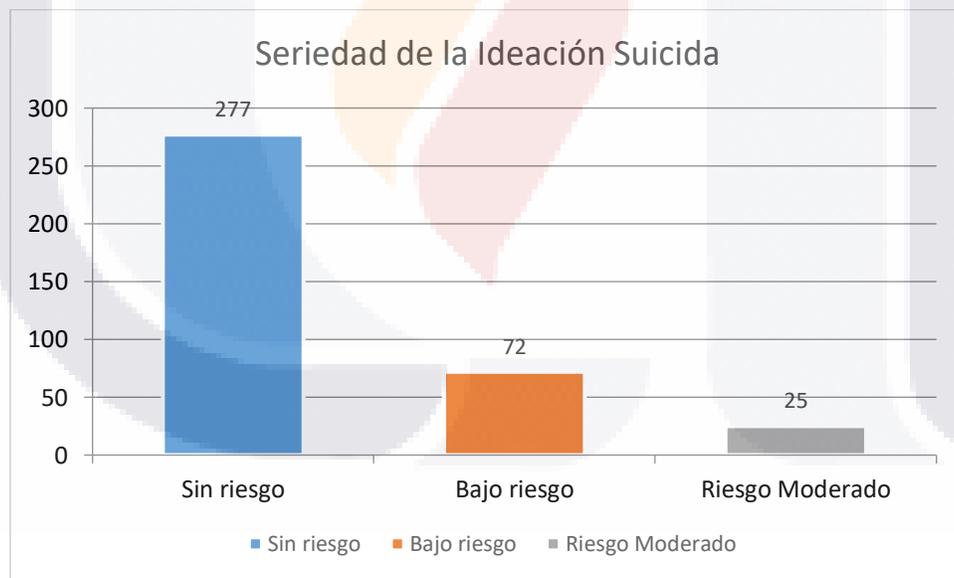
**Reciente acción suicida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	374	100.0	100.0	100.0

**Tabla 26. Reciente acción suicida**

Fuente: Encuesta aplicada

En base a los rubros previos, la gráfica 2, se muestran los resultados de la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la Ideación Suicida, se observa que el 74% (277 personas) de nuestra muestra no presenta ningún riesgo para la Ideación Suicida, 72 ancianos mayores de 65 años presentaron un riesgo bajo y solo el 7% presento un riesgo moderado, esto a expensas del rubro “Pensamiento suicida”.



**Grafica 2. Seriedad de la Ideación Suicida**

Fuente: Encuesta aplicada

#### 4.4 Estadística Inferencial.

En la tabla 27 y 28 se muestran los resultados obtenidos de Chi-Cuadrado para la muestra del estudio de Asociación entre insomnio e ideación suicida en el anciano, de 65 años o más, en la unidad de medicina familiar 1, delegación Aguascalientes; cómo se puede observar; se presenta un valor de  $p > 0.001$ , implicando así, el rechazo de la Hipótesis Nula o de independencia. La Razón de verosimilitud es de 18.519 lo cual nos indica que es 18 veces más probable que se encuentre presente el insomnio en la ideación suicida.

**Tabla cruzada Insomnio\*Ideación suicida**

		Ideación suicida		Total	
		Sin ideacion suicida	Con ideacion suicida		
Insomnio	Sin insomnio	Recuento	167	34	201
		Recuento esperado	148.9	52.1	201.0
		% dentro de Insomnio	83.1%	16.9%	100.0%
		% dentro de Ideación suicida	60.3%	35.1%	53.7%
		% del total	44.7%	9.1%	53.7%
	Con insomnio	Recuento	110	63	173
		Recuento esperado	128.1	44.9	173.0
		% dentro de Insomnio	63.6%	36.4%	100.0%
		% dentro de Ideación suicida	39.7%	64.9%	46.3%
		% del total	29.4%	16.8%	46.3%
Total	Recuento	277	97	374	
	Recuento esperado	277.0	97.0	374.0	
	% dentro de Insomnio	74.1%	25.9%	100.0%	
	% dentro de Ideación suicida	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	74.1%	25.9%	100.0%	

**Tabla 27. Cruzada insomnio \*Ideación suicida**

Fuente: Encuesta aplicada

**Tabla 28. Pruebas de chi-cuadrado**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.406 <sup>a</sup>	1	<.001		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	17.405	1	<.001		
Razón de verosimilitud	18.519	1	<.001		
Prueba exacta de Fisher				<.001	<.001
Asociación lineal por lineal	18.357	1	<.001		
N de casos válidos	374				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 44.87.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Tabla 28. Pruebas de chi-cuadrado**

Fuente: Encuesta aplicada

Para saber la fuerza de asociación que se presenta en la muestra de estudio se utilizó la V de Cramer, como se muestra en la tabla 29, nos presenta un valor de 0.222, lo cual se puede entender como un efecto moderado de la asociación entre nuestras dos variables de estudio.

**Medidas simétricas**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>
Nominal por Nominal	Phi	.222		
	V de Cramer	.222		
Intervalo por intervalo	R de Pearson	.222	.050	4.388
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	.222	.050	4.388
N de casos válidos		374		

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

**Tabla 29. Medidas simétricas**

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 30 nos presenta los valores de la estimación del riesgo de la asociación entre el insomnio y la ideación suicida , como se puede ver la tabla, se presenta un riesgo relativo (RR) de 1.307 , lo cual nos traduce que existe una asociación positiva entre nuestras dos variables, con un intervalo de confiabilidad del 95% con valores inferiores de 1.149 a 1.486

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Insomnio (Sin insomnio / Con insomnio)	2.813	1.738	4.553
Para cohorte Ideación suicida = Sin ideacion suicida	1.307	1.149	1.486
Para cohorte Ideación suicida = Con ideacion suicida	.465	.323	.669
N de casos válidos	374		

**Tabla 30. Estimación de riesgo**

Fuente: Encuesta aplicada

**CAPÍTULO V. DISCUSIÓN**

Realizando la comparación de nuestros resultados con el estudio de Todd M Bishop y colaboradores en el año 2019 titulado: “Suicidal Ideation among recently returned veterans and its relationship to insomnia and depression” encontramos que nuestro estudio presentó mayor frecuencia en el género femenino (52.4%) con respecto a Bishop (41%) esto es debido a que, en el lugar de estudio de nuestra investigación, las mujeres son las que acuden con mayor frecuencia a las consultas médicas que los hombres; con respecto a la relación del insomnio y la ideación suicida, en nuestra investigación, se presenta una asociación positiva ( $p < 0.001$ , RR 1.307, 95%IC (1.149 a 1.486) mientras que el que Todd M Bishop denota que el insomnio no tiene una asociación directa con la ideación suicida (B 0.06, T 0.29, P 0.772); ya que menciono que el factor relacionante es la depresión, con la cual si tuvo un efecto directo; inferimos que esta relación que presentó el autor con respecto

al insomnio y la ideación suicida con respecto a la depresión, es dada a que , la población de estudio son veteranos de guerra con reciente regreso a su país de servicio , lo cual conlleva a patologías psiquiátricas sub diagnosticadas, si bien, en nuestro estudio no incluimos la variable de depresión como en dicho estudio ya mencionado, se denoto al momento de llevar a cabo la investigación, que los participantes presentaban características clínicas de depresión, la cual, no había sido diagnosticada , con lo cual, nos lleva a coincidir con el autor , ya que, el insomnio aparece como determinante para la ideación suicida. (6)

Melanie A. Hom y colaboradores refirieron en el estudio: “A Longitudinal Study of Psychological Factors as Mediators of the Relationship Between Insomnia Symptoms and Suicidal Ideation Among Young Adults”, los efectos indirectos significativos de los síntomas del insomnio y de la ideación suicida con una relación lineal; sus resultados son concordantes con los de nuestra investigación ya que , se presentó en ambas, una asociación lineal directamente proporcional con dichas variables; esto nos parece bastante interesante ya que , a pesar de que ambas investigaciones fueron diferentes con respecto a la edad ( Melanie Hom presenta grupos de edad de 18 a 47 años y nuestra investigación presenta edades de 65 años y más) el patrón asociativo lineal del insomnio y la ideación suicida es el mismo para cualquier edad , esto es entendible en base al modelo Cognitivo de Morin (1993), el principio fundamental de dicho modelo explica cualquier activación cognitiva preocupante o estresante , en este caso la ideación suicida , predispone al insomnio; si este factor predisponente aumenta, tendrá un efecto directo con la perturbación del sueño formando así , un círculo vicioso . (7) (12)

El I disgusto consigo mismo y la presencia de frustración denotados en el estudio de Hom, reportan , una relación con el insomnio y la ideación suicida (IC 95%: 0.006, 0.027; abps = 0.018, IC 95%: 0.008, 0.032), y la pertenencia frustrada (IC 95%: 0.007, 0.027; abps = 0.020, 95% CI: 0.010, 0.033), así como la soledad (95% CI: 0.007, 0.027; abps = 0.019, IC 95%: 0.011, 0.031), en nuestra investigación , dichos elementos mencionados están implícitos en el modelo cognitivo de Beck, el cual, es la base teórica del Instrumento utilizado en nuestro protocolo (Escala Columbia para evaluar la seriedad de la Ideación Suicida), estos, son consecuencia de distorsiones cognitivas en el individuo, al perpetuarse dichos elementos , Beck mencionaba que iniciarán los deseos suicidas , los cuales son vistos como una expresión extrema del deseo de escapar de los problemas , que parecen ser incontrolables, interminables o insoportables. A pesar de que nuestra investigación no

refiere dichas variables de manera explícita, son valoradas dentro de las dimensiones del instrumento aplicado . (7) (20)

Anca Mirsu Paun y colaboradores, en su estudio: “Sleep complaints associated with wish to die after a suicide crisis – an exploratory study”, refieren que en sus resultados el 72% de los participantes tenían historia personal de intento suicida; con respecto a nuestro estudio, solamente un participante (0.3%) presentó la intención suicida no reciente. La frecuencia de la existencia del deseo de morir fue del 100% mientras que en nuestra población se presentó en un 25.9% ; sin embargo , suponemos que esta discrepancia de resultados se debe a que nuestra muestra de estudio no tomo como criterios de selección historia familiar así como personal de intento suicida previos, historial psicótico o en enfermedad psiquiátrica previa; los cuales pudieron influir en estas cifras de frecuencia. (8)

Con respecto a los resultados relacionados con los problemas de la continuidad del sueño así como los efectos diurnos del insomnio, Anca Mirsu Paun reportó que tuvieron una asociación con el deseo de morir, y este último fue asociado significativamente (OR 1.27, 95%CI 1.02-1.58 ) en el presente estudio, se presentó una asociación significativa en estos mismos rubros, obteniendo una  $p < 0.000$  con una V de Cramer de 0.222, dando así una fuerza de asociación moderada , la asociación entre el insomnio y la ideación suicida de manera global de nuestro estudio obtuvo una  $p < 0.001$ , RR 1.307, 95%IC (1.149 a 1.486), dando así una concordancia en dichos estudios. (8).

Matthew Michael y colaboradores realizaron en el año 2017 un estudio llamado: “Total sleep time as a predictor of suicidal behaviour”, refiere como hipótesis que la relación del sueño y suicidio tienen un efecto curvilíneo, nuestros resultados denotaron junto con la comparativa del estudio de Melanie Hom un efecto lineal, sin embargo, tanto la investigación de dichos autores como la de nosotros concuerda en la relación directamente proporcional con una fuerza de asociación moderada, dando positiva a nuestra hipótesis de asociación; con respecto a los resultados obtenidos en la investigación del autor, se demostró que el tiempo total de sueño tuvo un efecto significativo sobre el comportamiento suicida ( $b = 0.20$ ,  $SE = 0.08$ ,  $P < 0.05$ ) lo cual, es concordante con nuestros resultados , ya que obtuvimos una  $p < 0.001$  y un RR 1.307 con un 95%IC 1.149 a 1.486; en ambas investigaciones, se presenta a la depresión como un factor determinante para el insomnio y la ideación suicida , como lo denotan los resultados de la investigación de Bishop. (9)

Julie A Woosley y colaboradores (2015) Reportaron en su estudio “Insomnia Complaint Versus Sleep Diary Parameters: Predictions of Suicidal Ideation. Suicide Life-Threatening Behavior que el insomnio y el patrón del sueño fueron predictores para la ideación suicida con un resultado significativo, presentando una razón de verosimilitud 8.51 y una  $p=0.014$ , en nuestro estudio, se obtuvo una  $p<0.000$  con una V de Cramer de 0.321, la asociación entre ambos rubros presentaron una  $p < 0.001$ , RR 1.307, 95%IC (1.149 a 1.486); al igual que en el estudio presentado por Woosley, Un dato interesante demostrado en los resultados de Woosley fue que , la presencia de queja del insomnio predijo dos veces mas frecuente la presencia de la ideación suicida , comparado con los que no presentaron ninguna manifestación externa del mismo , en nuestra investigación, al aplicar el instrumento de investigación , nos percatamos que la queja de la presencia de insomnio no ha presentado la importancia pertinente en la población , ya que minorizaban el presentar dicha sintomatología , por lo que , al tomar dichos dichos resultados de la investigación de Woosley, entendemos por qué el insomnio se presenta de manera subclínica en nuestros resultados.

El padecer Insomnio se asoció significativamente la presencia de ideación suicida. Estas variables pueden servir como objetivos terapéuticos útiles para frustrar la trayectoria del insomnio a ideación suicida. Sin embargo, se necesita investigación para replicar estos hallazgos en muestras de mayor riesgo. (10)

## **CONCLUSIONES**

La presencia de insomnio y de ideación suicida en el anciano mayor de 65 años y más, demostró una asociación de característica lineal directamente proporcional, con una fuerza de asociación moderada contestando así, nuestra pregunta de investigación, denotando así, que nuestra hipótesis es positiva y nuestro objetivo general fue cumplido

De acuerdo a nuestro estudio, la gravedad de la ideación suicida fue bajo en 72 participantes, sin embargo, se presentó de moderada en 25 participantes, si bien consideramos que son una cifra baja, es la población con la que tenemos que tener mayor atención, ya que pueden evolucionar un estado más severo del suicidio, por lo que, de esta manera se denota la positividad de la hipótesis. Se demostró la dificultad para dormir en el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

anciano de 65 años y más, presentándose una frecuencia de 172 participantes, si bien sabemos que es por debajo del 50%, consideramos las cifras importantes por la subvaloración del estado del sueño que tuvieron los participantes, así como por la relación que encontramos en los resultados del estudio de Woosley.

Se encontró sintomatología clínica de Depresión en la población estudiada sin ser diagnosticada previamente, así como subvaloración del sentimiento de tristeza, consideramos que esto pueda ser, secundario a que la guía de la familia mexicana es un rol característico de la mujer, la cual presentó mayor frecuencia en nuestro estudio.

### **Recomendaciones**

En base a los resultados obtenidos y a las comparativas con los artículos previos, consideramos la importancia de realizar una correcta valoración de la sintomatología del insomnio ya que puede revelar, según refiere Woosley, la presencia de predictiva de un pensamiento suicida.

Recomendamos la aplicación de escalas para depresión como lo es el inventario de Beck y la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la Ideación Suicida como búsqueda intencionada en todo paciente que presente sintomatología de insomnio para descartar un evento subclínico de dichas entidades.

Sugerimos la implementación de las medidas de Higiene de sueño por el medico familiar para la prevención y manejo del insomnio en la población de 65 años o más.

Consideramos la implementación del servicio de psicología en la Unidad de medicina familiar No 1 Delegación Aguascalientes para la derivación oportuna de pacientes que presenten sintomatología compatible con cuadro Depresivo, ya que, según la literatura revisada, esta entidad patológica está íntimamente relacionada con la presencia de insomnio e ideación suicida; además del envío oportuno a segundo nivel , como es el servicio de psiquiatría , para su correcta valoración y atención

## GLOSARIO

**Anciano:** adjetivo para una persona de mucha edad, propio de una persona anciana , antiguo o miembro del Sanedrín

**Ansiedad:** Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

**Depresión:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

**Desesperanza:** Esquema cognitivo que tienen algunas personas con afectación importante del estado de ánimo, que se caracteriza por tener expectativas negativas acerca del futuro inmediato o remoto

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona o ser vivo desde su nacimiento

**Enfermedad Crónica:** Problema de salud a largo plazo que puede no tener cura.

**Género:** Identidad sexual de los seres vivos

**Ideación suicida:** presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse. La ideación suicida forma parte de la conducta suicida, de la que constituye la primea fase.

**Insomnio:** Queja subjetiva de dificultad para conciliar o mantener el sueño o de la mala calidad del sueño.

**Intento Suicida:** conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir.

**Sueño:** Estado de reposo en que se encuentra la persona o el animal que está durmiendo

**Suicidio:** muerte auto infligida con evidencia (explícita o implícita) de que la persona tiene intención de autoprovocarse la muerte.

**Vivienda:** Construcción acondicionada para que vivan las personas

## BIBLIOGRAFÍA

1. Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL, Sarmiento-López JC. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2019 Sep 5];16(4):473–86. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5002/pdf>
2. Sarrais Oteo F, De Castro Manglano P. El insomnio. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(SUPPL. 1):121–34.
3. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*. 2002;40(8):869–93.
4. Escobar F, Quijano M, Calvo J. Evaluación del Insomnio como Factor de Riesgo para Suicidio. *Rev Fac Cienc Med*. 2017;74(1):37–45.
5. Dajas F. Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas Palabras clave Suicidio Intentos de autoeliminación Neurobiología Serotonina Noradrenalina Dopamina Imagenología. 2016;80(2):83–110. Available from: [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02\\_REVI\\_01.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02_REVI_01.pdf)
6. Bishop TM, Crean HF, Hoff RA, Pigeon WR. Suicidal ideation among recently returned veterans and its relationship to insomnia and depression. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019;276(May):250–61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.019>
7. Hom MA, Stanley IH, Chu C, Sanabria MM, Christensen K, Albury EA, et al. A longitudinal study of psychological factors as mediators of the relationship between insomnia symptoms and suicidal ideation among young adults. *J Clin Sleep Med*. 2019;15(1):55–63.
8. Mirsu-Paun A, Jaussent I, Komar G, Courtet P, Lopez-Castroman J. Sleep complaints associated with wish to die after a suicide crisis—an exploratory study. *J Sleep Res*. 2017;26(6):726–31.
9. Michaels MS, Balthrop T, Nadorff MR, Joiner TE. Total sleep time as a predictor of suicidal behaviour. *J Sleep Res*. 2017;26(6):732–8.
10. Woosley JA, Lichstein KL, Taylor DJ, Riedel BW, Bush AJ. Insomnia Complaint Versus Sleep Diary Parameters: Predictions of Suicidal Ideation. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2016;46(1):88–95.
11. Villalobos Galvis FH. Ideación suicida en jóvenes formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de Educación Secundaria y Superior. 2009.
12. Fernández Mendoza J. Insomnio crónico: Subtipos basados en hallazgos

polisomnográficos, psicopatológicos y neuropsicológicos. La tesis doctoral en teórico y empírico. 2010. 1–411 p.

13. Barrero SAP. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Cienc e Saude Coletiva*. 2012 Aug;17(8):2011–6.
14. De V, Ribot C, Alfonso M, Li R, Elena M. Suicidio en el adulto mayor *Suicide in elderly people*. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2012;11(5):699–708.
15. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el Anciano México. *Inst Secretaria Salud*. 2011;1–53.
16. Kivelä L, Krause-Utz A, Mouthaan J, Schoorl M, de Kleine R, Elzinga B, et al. Longitudinal course of suicidal ideation and predictors of its persistence – A NESDA study. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;257(June):365–75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.042>
17. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova K V, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2011 [cited 2020 May 5];168(12):1266–77. Available from: [www.cssrs.columbia.edu](http://www.cssrs.columbia.edu)
18. Giddens JM, Kathy J, Sheehan H, Sheehan D V. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the “Gold Standard” Become a Liability? Vol. 11, *Innov Clin Neurosci*. 2014.
19. (29) C-SSRS Training - English (USA) - YouTube [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: [https://www.youtube.com/watch?v=Xfddz\\_Yfnc4&t=1005s](https://www.youtube.com/watch?v=Xfddz_Yfnc4&t=1005s)
20. Overview of Beck’s Cognitive Theory of Depression [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <http://www.personalityresearch.org/papers/allen.html>
21. Dobson KS. FOUNDATIONS OF CT FOR DEPRESSION CT for Depression COGNITIVE THERAPY FOR DEPRESSION. 2008.
22. Rosset C. Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia, Edelmira Domènech-LLaberia. *Inf Psicol* [Internet]. 2006 [cited 2020 May 4]; Available from: [https://books.google.com.mx/books?id=RLvVz7ueZEQC&pg=PA349&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=RLvVz7ueZEQC&pg=PA349&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
23. Association AP. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5°). 5ta ed. Arlington;
24. anciano, anciana | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE

- [Internet]. [cited 2020 May 4]. Available from: <https://dle.rae.es/anciano>
25. Búsqueda | Portal Regional de la BVS [Internet]. [cited 2020 May 4]. Available from: [https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree\\_id=M01.060.116.100](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=M01.060.116.100)
  26. INEGI. “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.” 2018 [cited 2019 Oct 6]; Available from: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf)
  27. Garcandía Imaz JA. Familia, suicidio y duelo. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013 Jan 1;43(SUPPL. 1):71–9.
  28. Hernández-Bringas HH, Flores-Arenales R. El suicidio en México. *Papeles Poblac.* 2011;17(68):69–101.
  29. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud [Internet]. Vol. 18, *Medwave. NLM (Medline)*; 2018 [cited 2020 Aug 7]. p. e7246. Available from: </link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas/7246.act>
  30. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9(3):134–42.
  31. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297–307.
  32. Comisiones de Investigación y de Etica. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. *Diario Oficial de la Federación.* 1982 [cited 2020 Jan 30]. p. 1–31. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

**ANEXO**

**Anexo A. Carta de consentimiento Informado**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **ASOCIACION ENTRE INSOMNIO E IDEACIÓN SUICIDA EN EL ANCIANO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

Patrocinador externo (si aplica):  
Lugar y fecha: Unidad Medica Familiar 1, Aguascalientes, Ags. A de del 2020

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Objetivo: Conocer la asociación entre el insomnio y la ideación suicida en el anciano en la Unidad de Medicina Familiar 1 IMSS, Aguascalientes. Al aplicar la encuesta se podrá determinar si existe insomnio y si pudiera estar ocasionando ideaciones suicidas en un paciente de la tercera edad.

Procedimientos: Será llevado a un consultorio previamente asignado por el jefe de clínica para poder realizar la encuesta, pudiendo estar acompañado de un familiar si lo desea, se aplica la encuesta que consiste en varias preguntas relacionadas al insomnio y otras sobre comportamiento suicida.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales; pudiera sentirse incomodo con cierto tipo de preguntas se canalizaría al servicio de psicología, se detiene la entrevista y continuamos si el paciente lo permite,

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Los beneficios serán obtenidos de manera directa e indirecta. Esto debido a que se encontrará una asociación entre suicidio e insomnio

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respeto a mi permanencia en el mismo.

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:  
Investigador Responsable: Dr. Daniel Alejandro Hernández Aviña; Adscripción y lugar de Trabajo: Hospital General de Zona 2; Domicilio: Avenida de los conos 102, Fraccionamiento Ojo Caliente, Desarrollo Especial Ojocaliente, C.P 20190, Aguascalientes, Ags; Teléfono: 970 3660; E-mail: [havdal\\_tepatiani@hotmail.com](mailto:havdal_tepatiani@hotmail.com)

Colaboradores: Dra. Katherine Stephania Frausto Avila; Lugar de trabajo y Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 1. Domicilio: José María Chávez sin número. Colonia Lindavista. Aguascalientes, Aguascalientes. C.P: 20270. Teléfono: 449-397-27-16- Correo electrónico: [kath\\_favila@hotmail.com](mailto:kath_favila@hotmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

**Anexo B Instrumento Parte 1**

1.-Edad		2.-Genero	Masculino	Femenino	
3.-Propiedad de vivienda	Propia	Rentada	Prestada		
4.-Servicios Básicos	Luz	Agua	Drenaje		
5.-¿Padece usted una enfermedad de importancia?					
Si	No	¿Cuál y tratamiento			
6.-¿Hasta que grado llego de la escuela?					
Analfabeta	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado
7.-¿Actualmente trabaja?			Si	No	Pensionado

**Anexo C Instrumento de Recolección de Datos.**

<b>INSOMNIO</b>				
Por favor indique la GRAVEDAD de su actual (p ej durante las ultimas 2 semanas) problemas (s) de sueño				
8.- Dificultad para quedarse dormido/a				
0 Nada	1 Leve	2 moderado	3 Grave	4 Muy grave
9.- Dificultad para permanecer dormido/a				
0 Nada	1 Leve	2 moderado	3 Grave	4 Muy grave
10.- Despertarse muy temprano				
0 Nada	1 Leve	2 moderado	3 Grave	4 Muy grave
11.-¿Cómo esta de SATISFECHO/A en la actualidad con su sueño?				
0 Muy insatisfecho	1 Satisfecho	2 Neutral	3 No muy satisfecho	4 Muy insatisfecho
12.- ¿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.)?				
0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Muchísimo
13.- ¿En qué medida cree que LOS DEMÁS SE DAN CUENTA de su problema de sueño por lo que afecta a su calidad de vida?				
0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Muchísimo

14.- ¿Cuán PREOCUPADO/A está por su actual problema de sueño?				
0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho	4 Muchísimo
<b>IDEACION SUICIDA</b>				<b>Pasado mes</b>
<b>Formule la pregunta 15 y 16</b>				
<b>15- ¿Ha deseado estar muerto( a) o poder dormirse y no despertar?</b>				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>16. ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</b>				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es “Sí” a la pregunta 16, formule las preguntas 17,18, 19 y 20. Sí la respuesta es “no”, continúe a la pregunta 20				
<b>17. ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?</b>				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Esto incluye a un(a) participante que diría: “He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría”.				
<b>18. ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</b>				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A diferencia de “Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto”.				
<b>19. ¿ Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre como suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</b>				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>20. ¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzando a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar su vida?</b>				
Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				Últimos 3 meses
<b>Si la respuesta es “Sí”, formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses?</b>				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Anexo D Operalización de Variables**

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	ITEM	Tipo de Variable	Indicador
Edad:	No contiene	Tiempo que ha vivido una persona o ser vivo desde su nacimiento	Tiempo de vida que ha presentado una persona a partir de los 65 años o mas con ideación suicida	1	Ordinal	Edad actual
Genero	No contiene	Identidad sexual de los seres vivos	Identidad sexual que presentan los adultos mayores de 65 años ó mas con ideación suicida	2	Nominal	Masculino y femenino
Propiedad de vivienda	No contiene	Derecho o facultad de los seres humanos para tomar posesión de una determinada cosa	Tipo de vivienda que poseen los adultos mayores de 65 años o más ya sea : Propia, rentada o prestada	3	Nominal	Propia, rentada o prestada

			con ideación suicida			
Servicios básicos	No contiene	Son los servicios mínimos indispensables para que el ser humano tenga una vida digna	Servicios con los que cuenta la vivienda de las personas de 65 años o más con ideación suicida indispensables como: Luz, agua y drenaje	4	Nominal	Luz , agua , drenaje
Enfermedades crónicas asociadas (oms)	No contiene	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta	Padecimientos de salud que presentan los adultos mayores de 65 años o más con ideación suicida	5	Nominal	¿Padece u na enfermedad de importancia? Si , No ... ¿Cuál y tratamiento?
Grado Escolaridad	No contiene	Es el nivel de educación de una persona determinada	Nivel de educación que presentan los adultos mayores de 65 años o más	6	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura

			con ideación suicida			Posgrado
Trabajo	No contiene	Acción o actividad de trabajar.	Actividad que realiza las personas de 65 años o más con ideación suicida	7	Nominal	Si No Pensionado

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	ITEM	Tipo de Variable	Indicador
IDEACION SUICIDA	Gravedad de la ideación suicida	Persistencia de la ideación suicida	La presencia del pensamiento del deseo de morir de manera activa con la presencia o no de un plan en específico	16 17 18 18 20	Nominal y binaria	Si y No Describa su respuesta

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	ITEM	Tipo de Variable	Indicador
INSOMNIO	Dificultades para dormir	Situación, circunstancia u	Problema relacionado para que la persona con ideación suicida	9, 10, 11	Ordinal	0 nada 1 leve 2 moderado

	durante la noche	obstáculo para conciliar el sueño	mayor de 65 años ,para que pueda o mantenga el sueño así como levantarse antes de la hora habitual			3 Grave 4 Muy grave
	Insatisfacción del sueño	Falta de satisfacción del sueño	Sentimiento de malestar o disgusto por no presentar un ciclo del sueño adecuado en personas con ideación suicida mayores de 65 años	12	Ordinal	0 muy insatisfecho 1 Satisfecho 2 Neutral 3 No muy satisfecho 4 Muy satisfecho
	Impacto del insomnio	Resultado o consecuencia de presentar una imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, así como para mantenerlo	Efecto que produce el insomnio en los pacientes que presentan pensamiento suicidas mayores de 65 años	13,14,15	Ordinal	0 Nada 1 Un poco 2 Algo 3 Mucho 4 Muchísimo

## **Anexo E Manual operacional**



### **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ASOCIACIÓN ENTRE EL INSOMNIO E IDEACIÓN SUICIDA EN EL ANCIANO, DE 65 AÑOS O MÁS, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.**

El enfoque centrado en el paciente y en el bienestar subjetivo, colorea las necesidades, coloca las necesidades de los pacientes, familiares y acompañantes en el núcleo de la labor de los prestadores de los servicios de salud.

La intención, es acercarse a los usuarios en el marco de sus entornos y esquemas emocionales, y relacionarnos con sus conductas de sueño para realmente ver cómo es que puede o no, coexistir el insomnio y la ideación suicida en el anciano, mayor de 65 años o más. Se ha buscado resolver la problemática del suicidio y sobre todo, realizar acciones preventivas, para que, esta situación pueda resolverse.

La ideación suicida, en el anciano, así como el insomnio, constituyen un reto importante para el Instituto Mexicano del Seguro Social, pues, son de los padecimientos más frecuentes de consulta.

El Sistema Nacional de Salud en México, se ha transformado en los últimos años, buscando responder de manera oportuna y eficaz a las necesidades del país creando así modelos de Atención Médica con el único fin de brindar servicios médicos con calidad y calidez, tomando en cuenta el bienestar de todos los grupos etarios; sin embargo, los ancianos, siguen siendo un grupo vulnerable. En este sentido, en la Unidad de Medicina Familiar 1 del IMSS delegación Aguascalientes, ha llevado la atención de la consulta de medicina familiar con un control y seguimiento más estrecho de las enfermedades , para así incrementar la capacidad resolutive y de esta manera, mejorar la parte preventiva sobre las enfermedades que aquejan a dicha población.

1.-Criterios de Inclusión

Ancianos de ambos sexos con edad de 65 años o más adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 1 que aceptaron realizar las encuestas bajo consentimiento informado

- 2.- Se identificarán a los ancianos de 65 años o más y se les invitará a participar en esta investigación explicándoles los propósitos del estudio, así como la entrega del cuestionario, solicitándole su autorización para su participación en un formato de consentimiento informado, en donde se le garantizará la confidencialidad y el anonimato de la información.
- 3.- El cuestionario será de 33 preguntas con duración aproximada de 45 minutos
- 4.- Se le comunicara al entrevistado que si no quiere contestar alguna pregunta, o no desea continuar con la contestación del cuestionario, se podrá retirar.

### **Sección I. CARACTERISTICAS INDIVIDULES DEL ENCUESTADO**

La información se obtendrá de los datos obtenidos del cuestionario, indicando fecha, turno y comorbilidades.

#### **Características demográficas**

La información se obtendrá de una entrevista con el paciente anciano mayor de 65 años que acude a recibir atención médica en los consultorios de medicina familiar en cualquier turno, de acuerdo a los criterios de inclusión y que se encuentren en ese momento en la unidad.

- 1.-Edad: \_\_\_\_\_
- 2.-Género: \_\_\_Masculino \_\_\_Femenino
- 3.-Propiedad de vivienda: \_\_\_Propia \_\_\_Rentada \_\_\_Prestada
- 4.-Servicios Básicos: \_\_\_Luz \_\_\_Agua \_\_\_Drenaje
- 5.-¿Padece usted una enfermedad de importancia?  
\_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Cuál y tratamiento? \_\_\_\_\_
- 6.¿Hasta qué grado llego de la escuela?  
\_\_\_Analfabeta \_\_\_Primaria \_\_\_Secundaria \_\_\_Bachillerato \_\_\_Licenciatura \_\_\_Posgrado
- 7.-¿Actualmente trabaja? \_\_\_ Si \_\_\_No \_\_\_Pensionado

### **Sección II Cuestionario para determinar la severidad del insomnio en ancianos mayores de 65 años.**

Esta sección se realizó con la finalidad de conocer la percepción de los problemas del sueño en los ancianos mayores de 65 años en la Unidad de Medicina Familiar Numero 1 en Aguascalientes, basado del Índice de Severidad del Insomnio el cual mide:

- Gravedad

- Dificultad para quedarse dormido
- Dificultad para permanecer dormido
- Despertar temprano
- Satisfacción de la calidad del sueño
- Interferencia de las actividades cotidianas
- Percepción
- De los que lo rodea
- De el mismo

Se le indicara al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán las hojas con la escala Likert con las siguientes opciones: Para la Gravedad : Nada, leve, moderado, grave, Muy grave ; para la satisfacción será: Muy satisfecho, satisfecho, neutral, no muy satisfecho , muy insatisfecho . Para la interferencia y percepción : Nada , un Poco, Algo, Mucho , Muchísimo.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una X, cada pregunta tendrá la codificación asignada y en encargado del proyecto codificará de la siguiente manera:

La gravedad se medirá, en una escala de cinco categorías de respuesta en orden de percepción de atención nula a negativa, asignándose un punto por cada respuesta en orden ascendente, de esta manera la respuesta con el numero 9 ) 0 Nada, 1 Leve, 2 moderado, 3 Grave, 4 Muy grave . Posteriormente se darán los valores de acuerdo a la calidad del sueño en base a la sumatoria de los ítems , siendo estas de 0 a 28 en donde:

<b>0-7</b>	Ausencia de insomnio Clínico
<b>8-14</b>	Insomnio subclínico
<b>15-21</b>	Insomnio clínico ( moderado)
<b>22-28</b>	Insomnio Clínico ( grave)

**ESTRUCTURA**

8.- Dificultad para quedarse dormido/a.

**Explicación:** Con esta pregunta se pretender conocer si el usuario presenta problemas para quedarse dormido.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una “x”, así como del sentido de la pregunta y será:

0 Nada      1 Leve 2 moderado      3 Grave      4 Muy grave

Se codificara acorde al valor numérico de la respuesta siendo 0 a nada, 1 leve, 2 moderado, 3 Grave y 4 muy grave

9.- Dificultad para permanecer dormido/a

**Explicación:** Con esta pregunta se pretender conocer si el usuario presenta problemas para permanecer dormido.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una "x", así como del sentido de la pregunta y será:

0 Nada      1 Leve 2 moderado    3 Grave      4 Muy grave

Se codificara acorde al valor numérico de la respuesta siendo 0 a nada, 1 leve, 2 moderado, 3 Grave y 4 muy grave

10.- Despertarse muy temprano

**Explicación:** Con esta pregunta se pretender conocer si el usuario presenta un despertar precoz a la hora habitual en la que se despierta.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una "x", así como del sentido de la pregunta y será:

0 Nada      1 Leve 2 moderado    3 Grave      4 Muy grave

Se codificara acorde al valor numérico de la respuesta siendo 0 a nada, 1 leve, 2 moderado, 3 Grave y 4 muy grave

11.- ¿Cómo esta de SATISFECHO/A en la actualidad con su sueño?

**Explicación:** Con esta pregunta se pretender conocer si el usuario se considera complacido con el sueño que presenta.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una "x", así como del sentido de la pregunta y será:

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

Se codificara acorde al valor numérico de la respuesta siendo 0 Muy insatisfecho, 1 Satisfecho, 2 Neutral, 3 No muy satisfecho y      4 Muy insatisfecho

12.- ¿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.)?

**Explicación:** Con esta pregunta se pretender conocer si el usuario considera que el proceso del sueño afecta sus actividades de la vida cotidiana

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una "x", así como del sentido de la pregunta y será:

0 Nada      1 Un poco      2 Algo      3 Mucho      4 Muchísimo

Se codificara acorde al valor numérico de la respuesta siendo 0 Nada, 1 Un poco, 2 Algo, 3 Mucho y 4 Muchísimo

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

**Explicación:** Con esta pregunta se pretende conocer si el usuario considera que el proceso del sueño que presenta es percibido por las personas que le rodean

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una "x", así como del sentido de la pregunta y será:

0 Nada      1 Un poco      2 Algo      3 Mucho      4 Muchísimo

Se codificara acorde al valor numérico de la respuesta siendo 0 Nada, 1 Un poco, 2 Algo, 3 Mucho y 4 Muchísimo

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

**Explicación:** Con esta pregunta se pretende conocer si el usuario presenta inquietud por el proceso del sueño que manifiesta

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una "x", así como del sentido de la pregunta y será:

0 Nada      1 Un poco      2 Algo      3 Mucho      4 Muchísimo

Se codificara acorde al valor numérico de la respuesta siendo 0 Nada, 1 Un poco, 2 Algo, 3 Mucho y 4 Muchísimo.

**Sección III CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA IDEACIÓN SUICIDA.**

Esta sección se realizó con la finalidad de determinar la ideación suicida en los ancianos mayores de 65 años en la Unidad de Medicina Familiar Número 1 en Aguascalientes, basado de la versión abreviada de la Escala Columbia para la atención primaria, la cual mide:

- Gravedad de la ideación suicida

Se le indicara al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán las hojas con una escala dicotómica con las siguientes opciones: Sí y No, dependiendo de las combinaciones de las respuestas dicotómicas , se obtendrán los grados de la ideación y riesgo suicida , siendo estas :

Pregunta	Alto riesgo		Moderado riesgo		Bajo Riesgo
	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Sí / No
15	Si / No	Si / No	Si / No	Si / No	Sí / No
16	Si / No	Sí	Sí	Si / No	Sí / No
17	Si / No	Si / No	Sí	No	No
18	No	Sí	No	No	No
19	No	Sí	No	No	No
20	Sí	No	No	Sí	No

Alto riesgo: Ideación suicida con intención o intención con plan en el último mes, y/o comportamiento suicida en los últimos tres meses

Moderado riesgo: Ideación suicida con método, sin plan ni intención, y/o conducta suicida hace más de tres meses.

Bajo riesgo: Deseo de morir, sin método, sin plan o comportamiento y/o ideación suicida, sin método , plan , intención o comportamiento o factor de riesgo modificables y fuertes factores de protección , o sin historial informado de ideación o comportamiento suicida.

**ESTRUCTURA**

15.- ¿Ha deseado estar muerto( a) o poder dormirse y no despertar?

**Explicación:** Con esta pregunta se pretende conocer si el usuario presenta el deseo de morir

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una “x”, así como del sentido de la pregunta y será: Sí y No

16. ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?

**Explicación:** Con esta pregunta se pretende conocer si el usuario realmente presenta el deseo de morir

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una “x”, así como del sentido de la pregunta y será: Sí y No

Si la respuesta es “Si” a la pregunta 16, se interrogarán las preguntas 17,18, 19 y 20. Si la respuesta es “No”, se continuará a la pregunta 20

17. ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?

**Explicación:** Con esta pregunta se pretende conocer la manera en como realizaría el acto suicida, esto incluye a un(a) participante que diría: “He tenido la idea de tomar una

sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría”

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una “x”, así como del sentido de la pregunta y será: Sí y No.

18. ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?

**Explicación:** Con esta pregunta se pretende conocer si el paciente tiene la intención de llevar a cabo un acto suicida, se tiene que diferenciar de “Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto”.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una “x”, así como del sentido de la pregunta y será: Sí y No.

19. ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre como suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?

**Explicación:** Con estas preguntas se pretende conocer si el paciente tiene un plan detallado para poder cometer un acto suicida.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una “x”, así como del sentido de la pregunta y será: Sí y No.

20. ¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzando a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar su vida?

**Explicación:** Con esta pregunta se pretende conocer si el paciente ha realizado un acto suicida. Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.

**Codificación:** La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada con una “x”, así como del sentido de la pregunta y será: Sí y No.

Si la respuesta es “Sí”, formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses? Y responda

Sí y No.