



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA CALIDAD DE SUEÑO COMO VARIABLE ASOCIADA A LA IDEACIÓN
SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica.

Autora: Estrella Santamaría, Gabriela Mercedes.

Tutora: Psi. Cli. Mg. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía.

Ambato – Ecuador

Septiembre, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“LA CALIDAD DE SUEÑO COMO VARIABLE ASOCIADA A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”** de Estrella Santamaría Gabriela Mercedes, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, julio del 2018

LA TUTORA

.....
Psi. Cl. Mg. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“LA CALIDAD DE SUEÑO COMO VARIABLE ASOCIADA A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, julio del 2018

LA AUTORA

.....
Estrella Santamaría, Gabriela Mercedes

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, julio del 2018

LA AUTORA

.....
Estrella Santamaría, Gabriela Mercedes

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema:
“LA CALIDAD DE SUEÑO COMO VARIABLE ASOCIADA A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”, de Gabriela Mercedes Estrella Santamaría, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, septiembre del 2018

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A mi apoyo fundamental, mi familia.

A Mercedes y Eduardo, mi fuente incondicional de amor.

A Mayra, Paulina y Cristian, mis grandes ejemplos de superación.

A Daniel, Paula, Sophia y Lucianna.

A Mónica y Milton, los hermanos que la vida me dio.

A Leonel, el amor de mi vida y compañero de aventuras.

A Valentín, el mejor amigo que la vida me pudo dar.

A mis maravillosos amigos.

“Se empieza a salvar el mundo salvando a un hombre”

- Charles Bukowski.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis queridos padres por su apoyo constante, por la preocupación y muestras de amor incondicional que me han brindado a lo largo de mi formación como persona y profesional.

A mis hermanos por estar pendientes de mí todo el tiempo; a mis cuñados por ser incondicionales para mis hermanos y una fuente de apoyo para mí; a mis sobrinos por ser únicos, cada uno con sus cualidades y defectos, me inspiran a brindar mi mejor servicio en el área infantil y adolescente.

A mi compañero de vida por darme su apoyo en todas las decisiones acertadas y erradas que he tomado a lo largo de mi carrera, gracias por quedarte a mi lado y amarme tal y como soy.

A mis queridos amigos: Juanito, Cyndy, Banano, Santiago, Juan Carlos, Lis y Leito por estar presentes.

A mi querida tutora Mayrita. Gracias por su paciencia y apoyo constante en la realización de la tesis, por estar pendiente y guiándome en este proceso.

A mi querida amiga Rocío, por su apoyo y aliento constante, gracias por su amistad.

Gracias a todos los docentes que han estado pendientes de mi avance, gracias a todos por sus enseñanzas.

A los estudiantes participantes de mi proyecto, muchas gracias por su colaboración.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del problema	3
1.2.1 Contexto	3
1.1.2 Formulación del problema.	7
1.3 Justificación.....	7
1.4 Objetivos.....	9
1.4.1. Objetivo General.	9
1.4.2. Objetivos específicos.	9
CAPÍTULO II.....	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 Estado del Arte.....	10
Calidad de sueño e ideación suicida.	10
Variable calidad de sueño.	11
Variable ideación suicida.	14
2.2 Fundamentación teórica.....	17
Variable calidad de sueño.	17

Ritmos biológicos.	17
Ritmo circadiano de sueño-vigilia	18
Fisiología del ritmo circadiano sueño-vigilia.....	18
Estados del ritmo circadiano sueño-vigilia.....	20
Sueño Lento.....	21
Sueño Paradójico o de Movimientos Oculares Rápidos.....	23
Ontogenia del ritmo circadiano sueño-vigilia.....	23
Calidad de sueño.....	24
Principios de higiene del ritmo circadiano sueño-vigilia.....	25
Clasificación de los trastornos del sueño.....	25
Variable ideación suicida.....	29
Funciones mentales superiores o Procesos Cognitivos Superiores.....	29
Pensamiento.....	30
Trastornos del Pensamiento.....	31
Alteraciones de la Forma.....	31
Alteraciones del fondo o contenido del pensamiento.....	32
Ideación suicida.....	33
Conducta suicida.....	35
Factores de riesgo y protección asociados a la ideación suicida.....	36
Factores biopsicosociales.....	38
2.3 Hipótesis o Supuestos	38
2.3.1 Hipótesis de investigación (Hi).....	38
2.3.2 Hipótesis nula (Ho).....	39
CAPÍTULO III.....	40
MARCO METODOLÓGICO	40
3.1 Nivel y Tipo de investigación	40
3.2 Selección del área o ámbito de estudio.....	40
3.3 Población	40
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	40
Criterios de inclusión.....	40
Criterios de exclusión.....	41
3.5 Diseño muestral.....	41
3.6 Operacionalización de Variables.....	46

Calidad de Sueño.	46
Ideación suicida.	47
3.7 Descripción de reactivos.....	48
3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.	49
3.9 Aspectos éticos.....	50
CAPÍTULO IV	53
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	53
4.1 Análisis e interpretación de las características sociodemográficas de la muestra.	53
4.2 Índice global de calidad de sueño	57
4.3 Componentes del índice de calidad de sueño	59
4.4 Prevalencia de ideación suicida por sexo	73
4.5 Verificación de Hipótesis.....	74
CAPÍTULO V.	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
5.1 Conclusiones:.....	75
5.2 Recomendaciones.	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
Bibliografía.	77
Linkografía.....	78
Base de datos de la Universidad Técnica de Ambato.	84
ANEXOS.....	86
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	86
a. Cuestionario del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh.	86
b. Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI).....	88
c. Consentimiento Informado	89
d. Ficha de Información.....	90

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla N° 1. Horas adecuadas, medio adecuadas y no adecuadas por noche de sueño por edades.	4
Tabla N° 2. Uso del tiempo en horas de sueño a la semana, según área y región en personas mayores a 12 años en el Ecuador.	5
Tabla N° 3. Número de muertes por suicidio en el año (t) por sexo a nivel nacional periodo 1997 – 2016.	7
Tabla N° 4. Características de las Etapas del Sueño Lento.	22
Tabla N° 5. Características del Sueño Paradójico o MOR.	23
Tabla N° 6. Clasificación de Trastornos del Sueño.	27
Tabla N° 7. Factores de riesgo asociados a la ideación suicida.	36
Tabla N° 8. Factores de protección asociados a la ideación suicida.	37
Tabla N° 9. Operacionalización de la variable Calidad de sueño.	46
Tabla N° 10. Operacionalización de la variable Ideación suicida.	47
Tabla N° 11. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por sexo.	53
Tabla N° 12. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por edades.	54
Tabla N° 13. Distribución de la población en frecuencia y porcentaje por carrera.	56
Tabla N° 14. Índice global de calidad de Sueño en frecuencia y porcentaje por estudiantes.	57
Tabla N° 15. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 1: calidad subjetiva del sueño.	59
Tabla N° 16. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 2: latencia del sueño.	61
Tabla N° 17. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 3: duración del sueño.	63
Tabla N° 18. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 4: eficiencia del sueño habitual.	65

Tabla N° 19. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 5: perturbaciones del sueño.	67
Tabla N° 20. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 6: uso de medicación hipnótica.	69
Tabla N° 21. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 7: disfunción diurna.	71
Tabla N° 22. Comparación de medias por sexo e ideación suicida en los estudiantes universitarios.	73
Tabla N° 23. Correlación de Rho de Spearman calidad de sueño e ideación suicida en estudiantes universitarios.....	74

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura N° 1. Fisiología del ritmo circadiano sueño-vigilia.	19
Figura N° 2. Actividad cerebral en el ritmo sueño-vigilia.	20
Figura N° 3. Electroencefalograma (EEG) y actividad muscular durante varias etapas del ritmo sueño-vigilia.....	21
Figura N° 4. Corteza asociativa.....	30
Figura N° 5. Flujograma del proceso de la Ideación Suicida.	34
Figura N° 6. Flujograma del proceso de la conducta suicida	35
Figura N° 7. Distribución de la muestra por sexo	53
Figura N° 8. Distribución de la muestra por edades.	55
Figura N° 9 Distribución de la población por carrera.	56
Figura N° 10. Índice global de calidad de sueño en los estudiantes universitarios.....	58
Figura N° 11. Distribución de la muestra por Componente 1: calidad subjetiva del sueño	60
Figura N° 12. Distribución de la muestra por Componente 2: latencia del sueño.	62
Figura N° 13. Distribución de la muestra por Componente 3: duración del sueño.....	64
Figura N° 14. Distribución de la muestra por Componente 4: eficiencia del sueño habitual.	66
Figura N° 15. Distribución de la muestra por Componente 5: Perturbaciones del sueño. .	68
Figura N° 16. Distribución de la muestra por Componente 6: uso de medicación hipnótica.	70
Figura N° 17. Distribución de la muestra por Componente 7: disfunción diurna.....	72

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
“LA CALIDAD DE SUEÑO COMO VARIABLE ASOCIADA A LA IDEACIÓN
SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”

Autora: Estrella Santamaría, Gabriela Mercedes.

Tutora: Psi. Cl. Mg. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía.

Fecha: Ambato, septiembre del 2018.

RESUMEN

Objetivo: determinar si la calidad de sueño se asocia con la ideación suicida en estudiantes universitarios. También examinar el índice global de calidad de sueño y la prevalencia de ideación suicida por sexo.

Metodología: Estudio correlacional de corte transversal en una muestra de 258 estudiantes universitarios de las carreras de medicina, enfermería y psicología clínica. Se utilizó el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) e Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) para la recolección de información de las variables calidad de sueño e ideación suicida respectivamente. Se utilizó así mismo una ficha sociodemográfica para la identificación de datos personales y criterios de inclusión y exclusión. Para la verificación de hipótesis se utilizó el Rho de Spearman con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión la muestra estuvo formada por 221 estudiantes universitarios. El 67% (n=148) de los participantes fueron mujeres. El grupo etario identificado fue de 19 a 38 años. La carrera de enfermería registró el 42% (n=93) de la muestra evaluada, mientras que medicina el 37% (n=81) y psicología clínica el 21% (n=47). La asociación entre variables calidad de sueño e ideación suicida obtuvo una significancia bilateral $<0,05$ comprobando una correlación positiva entre

variables. El 64% (n= 142) de los estudiantes fueron obtuvieron mala calidad de sueño y no se encontró una significancia bilateral (0,418) de prevalencia de ideación suicida por sexo en los estudiantes universitarios.

Conclusión: la mala calidad de sueño se asoció con la ideación suicida en los estudiantes universitarios, sin diferenciación entre sexos y que la mayoría de los evaluados tienen una mala calidad de sueño.

PALABRAS CLAVES: CALIDAD DE SUEÑO, ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH, IDEACIÓN SUICIDA, IDEACIÓN SUICIDA POSITIVA, IDEACIÓN SUICIDA NEGATIVA, ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

HEALTH SCIENCES FACULTY

CLINICAL PSYCHOLOGY

**“SLEEP QUALITY AS AN ASSOCIATED VARIABLE OF SUICIDAL
IDEATION IN UNIVERSITY STUDENTS”**

Author: Estrella Santamaría, Gabriela Mercedes.

Tutor: Psi. Cl. Mg. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía.

Date: Ambato, september 2018.

SUMMARY

Objective: To determine the association between sleep quality and suicide ideation in university students. Also, to examine the students global sleep quality index and the suicide ideation prevalence by genre.

Methods: a correlational cross-sectional study was conducted among 258 medicine, nursing and clinical psychology university students. The Pittsburgh sleep quality index (PSQI) and positive and negative suicidal ideation (PANSI) were used to assess sleep quality and suicide ideation respectively. A sociodemographic questionnaire was used to record the personal information and to identify the inclusion and exclusion criteria.

Results: After applying the inclusion and exclusion criteria, the sample was conformed by 221 university students. The 67% (n=148) of the participants were woman. The identified age group was from 19 to 38 years old. The nursing career had the 42% (n=93) of the total sample, while medicine career had the 37% (n=81) and clinical psychology the 21% (n=47). Quality index and suicide ideation had got a bilateral signification $<0,05$ proving a positive correlation between research variables. A bad quality sleep index was identified in the 64%

(n=142) of the students and there was not found a bilateral signification of prevalence between suicide ideation and genre (0,418) in the university students.

Conclusion: Bad quality sleep index was associated with the suicide ideation in the university students, with no genre differentiation and most of the sample had a bad quality sleep index.

KEYWORDS: SLEEP QUALITY, PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX, SUICIDE IDEATION, POSITIVE SUICIDE IDEATION, NEGATIVE SUICIDE IDEATION, UNIVERSITY STUDENTS.

INTRODUCCIÓN

El sueño es un fenómeno fisiológico con disminución de conciencia de tipo transitorio y reversible cuya actividad cerebral es similar a la de vigilia en estado de reposo (Puertas, Prieto, Sánchez y Aguirre, 2015). El descanso nocturno es necesario para coordinar las funciones vitales de los seres humanos e influenciar en el funcionamiento normal de la actividad física y mental en estado de vigilia. Las alteraciones más comunes del sueño incluyen deterioro en el funcionamiento cerebral como sintomatología frecuente (Blanco, 2008). Los trastornos del ritmo circadiano aparecen por causas externas al organismo, ya que el individuo por su trabajo o estudios se ve forzado a alterar su ritmo biológico, situación muy común en estudiantes universitarios que realizan turnos rotativos por sus prácticas o aquellos que tienen una carga horaria fuerte, quienes acostumbran a tener una mala calidad de sueño.

La calidad de sueño está definida por la cantidad de horas que un individuo duerme y su buen desempeño en el estado de vigilia. La distribución promedio de horas necesarias para que un adulto tenga un buen funcionamiento durante su jornada diurna es de 7 a 9 horas, todo depende del gasto energético durante esta jornada. Dormir menos de 6 horas lleva a una acumulación de horas no dormidas que jamás se recuperarán. Esta mala calidad de sueño se manifiesta principalmente con un estado de somnolencia y fatiga, y si la privación es crónica o constante, puede generar alteraciones en el comportamiento, atención, memoria, pensamiento y en el peor de los casos accidentes de tránsito y/o laborales.

La ideación suicida es la fase inicial del suicidio (Araque y Moreno, 2016). Es una alteración del contenido del pensamiento caracterizado por ideas de muerte que en momentos de vulnerabilidad podría llevar a la persona al planeamiento y eventualmente al

acto suicida (Eguiluz, 1995), situación que es de gran preocupación para organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) que reconoció al suicidio como la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años en la última década (OMS, 2018) al cual pertenecen la mayoría de los estudiantes universitarios. La provincia de Tungurahua ha registrado altos índices de suicidios en la última década a pesar de ser una de las provincias más pequeñas del Ecuador, lo cual se ha convertido en una problemática dentro de la salud pública e incentiva a la investigación de factores de riesgo frente al suicidio.

No se encontró algún estudio relacionando a la mala calidad de sueño como un factor de riesgo en la ideación suicida en estudiantes universitarios, a pesar de conocer los riesgos de la privación del sueño en las funciones vitales. La principal razón que impulsó al estudio de esta problemática es los altos índices de suicidios que se registran cada año en el Ecuador y la importancia de investigar los factores que pueden influenciar a tomar la difícil decisión de quitarse la vida.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

“La calidad de sueño como variable asociada a la ideación suicida en estudiantes universitarios.”

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contexto

El sueño es una necesidad vital para el desarrollo adecuado del ser humano. La cantidad y calidad adecuada de sueño beneficia al individuo en su salud mental y física, demostrando un desempeño adecuado en el estado de vigilia (Birchler et al., 2009). Las horas adecuadas de sueño dependerán del grupo etario en el que se encuentre el individuo, como por ejemplo un recién nacido necesitará más horas de sueño que un adulto mayor por la etapa evolutiva en la que se encuentra (Tabla 1). En el grupo etario de 18 a 64 años se recomienda dormir entre 7 y 9 horas por cada 24 horas del día y no dormir menos de 5 horas ni más de 11 horas (National Sleep Foundation, 2015).

En África y Asia el 16,6% de la población reportan ser malos dormidores, con una mayor prevalencia en mujeres, en grupos de edad avanzada y en personas de situación económica baja (Stranges, Tigbe, Gómez-Olivé, Thorogood y Kandala, 2012). La calidad de sueño en el grupo etario de 18 a 55 años es mejor en Eslovaquia, China, Hungría, República Checa, Polonia, Suiza, Taiwán, Austria, Ucrania y Alemania, y mala en Noruega, Canadá, Filipinas, Kuwait, Reino Unido, Arabia Saudita, Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Irlanda y Malasia (Woollaston, 2015).

Tabla N° 1. Horas adecuadas, medio adecuadas y no adecuadas por noche de sueño por edades.

<i>Edades</i>	<i>Horas adecuadas</i>	<i>Horas medio adecuadas</i>	<i>Horas no adecuadas</i>
<i>0-3 meses</i>	14 – 17 horas	11 – 19 horas	<10 o >20 horas
<i>4-11 meses</i>	12 – 15 horas	10 – 18 horas	<9 o >19 horas
<i>1-2 años</i>	11 – 14 horas	9 – 16 horas	<8 o >17 horas
<i>3-5 años</i>	10 – 13 horas	8 – 14 horas	<7 o >15 horas
<i>6-13 años</i>	9 – 11 horas	7 – 12 horas	<6 o >13 horas
<i>14-17 años</i>	8 – 10 horas	7 – 11 horas	<6 o >12 horas
<i>18-25 años</i>	7 – 9 horas	6 – 11 horas	<5 o >12 horas
<i>26-64 años</i>	7 – 9 horas	6 – 10 horas	<5 o >11 horas
<i>65+ años</i>	7 – 8 horas	5 – 9 horas	<4 o >10 horas

Nota: Obtenido de Sleep time duration recommendations, (The National Sleep Foundation, 2015)

En Estados Unidos un sujeto duerme en promedio 6 horas 31 minutos, en Canadá 7 horas 3 minutos y en México 7 horas 6 minutos, aumentando 45 minutos más de lo común en días no laborales. El 52% de los mexicanos evaluados se consideran malos dormidores al igual que el 56% de los estadounidenses y el 57% de los canadienses (National Sleep Foundation, 2014). En Perú las personas duermen un promedio de 7 horas 7 minutos en días laborales y 8 horas en días no laborales, la mayoría se consideran buenos dormidores (Carrillo, Bernabé, Miranda y Rey, 2014). En Colombia el 60% y en Paraguay el 73,7% se consideran malos dormidores (Callejas, et al., 2015; Adorno, et al., 2016).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el Ecuador el promedio de horas de sueño a la semana es de 55,3 horas. En el área urbana se duerme 54,8 horas y en el área rural 56,6 horas. En la sierra y Galápagos existe una media de sueño de

54,2 horas, en la amazonia 55,3 horas y en la costa 56,2 horas a la semana (Tabla 2) con un promedio de 7 horas al día (INEC, 2015), es decir que en la sierra y la zona urbana es donde los ecuatorianos duermen menos. El 66,2% de estudiantes universitarios de ciencias de la salud en el Ecuador se consideran malos dormidores (Álvarez y Muñoz, 2015), ya que su calidad de sueño se ve afectada en su mayoría por la carga horaria de sus estudios (Andrade y Yerovi, 2011).

Tabla N° 2. Uso del tiempo en horas de sueño a la semana, según área y región en personas mayores a 12 años en el Ecuador.

<i>Indicador</i>	<i>Nivel de desagregación geográfica</i>	<i>Población total</i>	<i>Horas sueño por semana</i>
<i>Área</i>	Nacional	12.052.548	55,3
	Urbano	8.263.136	54,8
	Rural	3.789.412	56,6
	Total	12.052.548	55,3
	<i>Región Natural</i>	Sierra	5.484.261
Costa		5.974.453	56,2
Amazonía		571.784	55,3
Galápagos		22.049	54,2
Total		12.052.548	55

Nota: Obtenido de Compendio de Resultados - Encuesta Condiciones de Vida ECV - Sexta Ronda 2015, (INEC, 2015).

El suicidio es la acción que propende a la culminación de la propia vida, convirtiéndose en una problemática a nivel mundial por la cantidad de muertes en las últimas décadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado aproximadamente un 60%, sin incluir las tentativas de suicidio que son hasta 20 veces mayor. A nivel mundial, el 78% de suicidios tuvieron lugar en personas de ingresos medios y bajos con una tasa de mortalidad de 16 por cada 100 mil habitantes o una muerte

por suicidio cada 40 segundos, posicionándose como una de las tres primeras causas de defunciones en el grupo etario de 15 a 44 años (OMS, 2018). Se registra mayor efectividad de suicidio en hombres, la población de riesgo crece en los jóvenes y se reduce en los adultos mayores (Hauton y van Heeringen, 2009).

De acuerdo a datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el suicidio constituye la causa de muerte número 36 a nivel regional, la número 21 entre los hombres y la número 46 entre mujeres. Por cada 100 mil habitantes en América del Norte se suicidan 10 personas; en América Central, Caribe hispano y México 5 personas; y en Caribe no hispano 7 personas. El suicidio representa el 12,4% de las causas no naturales de muerte en las Américas con un 19,5% en América del Norte y 7,9 en América del Sur (OPS, 2014).

Anualmente cerca de 65 mil personas se suicidan en la región de las Américas, problemática que afecta a ambos sexos, con mayor efectividad en hombres que en mujeres. Sin embargo, en el 2015 las mujeres del grupo etario de 15 a 29 años registraron los más altos índices de suicidio de todos los grupos en Latinoamérica. La mayoría de los suicidios en la región suceden en el grupo etario de 25 a 44 años (36,8%) y de 45 a 59 años (25,6%), (OPS, 2016; Värnik y Wasserman, 2015).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), en el año 2013 se reconocieron 676 muertes por suicidio de las cuales el 21% fueron en Guayas, el 13,7% en Azuay, el 8,7% en Manabí, el 7,2% en Cotopaxi, el 6,6% en Pichincha y el 5,4% en Tungurahua (INEC, 2013). En el 2014 existieron 734 muertes por suicidio con el 17,3% en Guayas, 10,5% en Pichincha, 9,6% en Azuay, 7,9% en Los Ríos y Manabí y 4,3% en Tungurahua (INEC, 2014).

En el 2015 se registraron 1073 muertes por suicidio donde Pichincha registró el 20,6%, Guayas el 18,7%, Azuay el 9,1%, Manabí el 6,7% y Tungurahua el 5,2% (INEC, 2015). En el año 2016 se registró la tasa más alta de muertes por suicidio desde 1997 (Tabla 3) con

1219 muertes por suicidio con el 25,6% en Azuay, 14,8% en Pichincha, 12,4% en Guayas, 9,2% en Bolívar, 5,8% en Manabí y 3,3% en Tungurahua (INEC, 2016). Según las estadísticas Guayas, Azuay, Pichincha, Manabí y Tungurahua se mantienen dentro del grupo de provincias que registran los índices más altos de muertes por suicidio en el Ecuador.

Tabla N° 3. Número de muertes por suicidio en el año (t) por sexo a nivel nacional periodo 1997 – 2016.

<i>Años</i>	<i>Total</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
1997	581	391	190
1998	549	374	175
1999	616	426	190
2000	538	375	163
2001	585	399	186
2002	579	398	181
2003	675	453	222
2004	796	559	237
2005	943	683	260
2006	900	602	298
2007	1.006	732	274
2008	929	674	255
2009	966	721	245
2010	913	659	254
2011	919	655	264
2012	976	711	265
2013	676	490	186
2014	734	567	167
2015	1.073	807	266
2016	1.219	953	266

Nota: Obtenido de Estadísticas de nacimientos y defunciones 2016, (INEC, 2016).

1.1.2 Formulación del problema.

¿Cómo se asocia la calidad de sueño con la ideación suicida en los estudiantes universitarios?

1.3 Justificación

La formación académica y las practicas pre profesionales son oportunidades que tienen los estudiantes de enfermería, medicina y psicología clínica para aplicar sus conocimientos y despejar sus dudas dentro del ámbito profesional. La carga horaria progresiva de los universitarios influye en su salud física y mental, siendo el sueño el más afectado por la

necesidad de cumplir con la demanda académica y práctica. Restar importancia a las horas de sueño por noche, como necesidad biológica básica que es, puede desencadenar una serie de alteraciones físicas y de las funciones mentales en el individuo. Entre las principales consecuencias se encuentra la alteración en la percepción que el sujeto tiene de las situaciones que surgen en la vida cotidiana.

Las muertes por suicidio en el Ecuador han aumentado con el tiempo. En el año 2016 se registró el índice más alto de muertes por suicidio con 1219 casos (INEC, 2016), teniendo como grupo etario vulnerable a las personas entre 25 y 44 años (OPS, 2016). Los intentos suicidas son hasta 20 veces mayor que las del suicidio consumado (OMS, 2012) y por esta razón el interés del presente proyecto de investigación es identificar si la población universitaria es vulnerable a dicha problemática.

Los universitarios y los organismos encargados de la prevención de suicidios en la provincia se verán beneficiados con los resultados que se obtengan al finalizar la investigación, ya que se podrían tomar en cuenta las recomendaciones y conclusiones que se redacten al final del proyecto. La información conseguida podría ser útil para concientizar a los universitarios acerca de la importancia de la calidad de sueño como factor protector frente a la salud y para la creación de proyectos por parte de las autoridades para la prevención del suicidio.

El valor que la presente investigación tiene, sirve para brindar mayor información frente a los factores que pueden influenciar a un individuo para tomar la decisión de acabar con su vida, dando paso a la exploración fructífera de fenómenos biopsicosociales que podrían tomar en cuenta al momento de crear proyectos para beneficiar a la sociedad en general, así también es importante recalcar que no existen estudios que relacionen las variables Calidad de sueño e Ideación Suicida en la provincia de Tungurahua, que a pesar de ser una de las

menos pobladas del Ecuador, es una de las que más muertes por suicidio registra cada año (INEC, 2016).

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General.

Determinar si la calidad de sueño se asocia con la ideación suicida en estudiantes universitarios.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Examinar el índice global de calidad de sueño en los estudiantes.
- Identificar los componentes de la calidad de sueño de los estudiantes.
- Distinguir la prevalencia de ideación suicida por sexo en los estudiantes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte.

Calidad de sueño e ideación suicida.

Duarte, Figueiras y da Mota (2014) realizaron una investigación en Brasil con el nombre “The relationship between sleep quality, depression, and anxiety in patients with epilepsy and suicidal ideation”, en una muestra de 98 participantes voluntarios. Se identificaron dos grupos: pacientes con ideación suicida (n= 13) y pacientes sin ideación suicida (n= 86), con una prevalencia de ideación suicida del 13.3% (n= 98) y una significación estadística en relación a la calidad de sueño. Concluyeron que la depresión y las perturbaciones del sueño fueron buenos predictores de suicidio en los sujetos y que entre los dos grupos existieron diferencias significativas en los componentes calidad subjetiva del sueño, perturbaciones del sueño y en la escala global. Los pacientes con ideación suicida tienen mala calidad de sueño o son malos dormidores, contrariamente al grupo sin ideación suicida.

Bernet, Turvey, Conwell y Joiner (2014) realizaron una investigación en Estados Unidos con el nombre “Association of Poor Subjective Sleep Quality With Risk for Death by Suicide During a 10-Year Period A Longitudinal, Population-Bases Study of Late Life”, en una muestra de 400 participantes. La mala calidad de sueño incrementó un 95% el riesgo e ideación suicida en los sujetos. La dificultad para dormir ($P < .005$) y un sueño no reparador ($P < .004$) fueron predictores de riesgo e ideación suicida. Los componentes latencia de sueño ($P < .007$), duración de sueño ($P < .25$) y disfunción diurna ($P < .13$) no fueron estadísticamente significantes en relación a la predicción del riesgo e ideación suicida. Los investigadores concluyeron que la dificultad para dormir y un sueño no reparador estaban individualmente asociados con un elevado riesgo suicida y que su desempeño en el estado de vigilia y su

insomnio de mantenimiento no tienen significación estadística con la ideación o riesgo suicida.

Gelaye et al. (2016) realizaron una investigación Etiopia con el tema “Association of suicidal ideation with poor Sleep quality among Ethiopian adults” en una muestra de 1054 adultos que asistieron a centros asistenciales de salud. La prevalencia de ideación suicida fue del 24,3% mientras que el 60,2% de participantes tuvo pobre calidad de sueño. Se encuentra al componente perturbaciones del sueño como un predictor de ideación suicida ($P < .001$). Concluyeron que los participantes con ideación suicida tenían pobre calidad de sueño en comparación de aquellos que refirieron tener buena calidad de sueño, recomendando que los servicios de salud mental deberían tomar más en cuenta a las perturbaciones del sueño como un predictor de riesgo suicida en adultos.

Littlewood, Gooding, Kyle, Pratt y Peters (2016) realizaron una investigación en Inglaterra con el tema “Understanding the role of sleep in suicide risk: qualitative interview study” en una muestra de 18 personas con antecedentes de ideación suicida y comportamiento suicida. El 83% de los participantes tenían pobre calidad de sueño, el 67% había intentado suicidarse en el último año y 13.3% de los participantes cumplían los criterios para insomnio de conciliación. Concluyeron que las conductas suicidas aumentaban en las personas con pobre calidad de sueño al mantenerse despierto durante la noche, factor oportuno para el acto suicida al disminuir la posibilidad de salvación por parte de un familiar o amigo cercano. La perturbación del sueño incrementaba la sintomatología depresiva por la alteración de la percepción y las pocas posibilidades de acceso a distracciones o contacto social.

Variable calidad de sueño.

Granados et al. (2013) realizaron una investigación en Perú con el tema “Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque” en una muestra de 247 estudiantes universitarios: 194 mujeres (78,5%) y 53 varones (21,5%). El 85% de los estudiantes se

consideraban malos dormidores y la media de índice global de calidad de sueño no fue estadísticamente significativa entre hombres y mujeres. La frecuencia de mala calidad de sueño según escuelas fue: medicina 89,5%, enfermería 86,4%, odontología 84,4% y psicología 78,2%. El 58,7% de los evaluados refirieron ser buenos dormidores, en contraste con el índice global de calidad de sueño en los estudiantes. Concluyeron que existía una alta frecuencia de mala calidad de sueño, con una brecha entre lo percibido por el alumno y la medición del instrumento en relación a la calidad de sueño.

Villarroel (2014) realizó una investigación en Venezuela con el tema “Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería” en una muestra de 560 estudiantes universitarios: 261 mujeres (65%) y 173 hombres (35%). El 70,4% se consideraban buenos dormidores y el 47,5% malos dormidores, sin diferencias significativas de género. El mayor porcentaje de malos dormidores se encontraban en la carrera de enfermería (60,3%) en comparación con los de medicina (24%). En los componentes calidad subjetiva de sueño, latencia del sueño, duración del sueño, alteración del sueño y disfunción diurna los estudiantes de medicina obtuvieron resultados favorables, mientras que en eficiencia habitual del sueño y uso de medicación hipnótica ambas carreras salieron favorecidas. En conclusión, los estudiantes de enfermería tienen mayor alteración en la calidad de sueño en comparación con los de medicina.

Lezcano, Vieto, Morán, Donadío y Carbonó (2014) realizaron en Panamá una investigación con el tema “Características del Sueño y su Calidad en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Panamá” en una muestra de 290 estudiantes universitarios: 164 mujeres (56,6%) y 126 hombres (43,4%). En el componente calidad subjetiva del sueño el 51,3% se consideraba mal dormidor y el 48,6% buen dormidor y en el índice global de calidad de sueño el 67,7% de los evaluados obtuvieron mala calidad de sueño. Concluyeron que la mayoría de los estudiantes universitarios dormían a partir de la media noche y

despertaban a la madrugada debido a su carga académica, explicando el porqué de la mala calidad de sueño que se obtuvo en la investigación.

Álvarez y Muñoz (2016) realizaron una investigación en Ecuador con el tema “Calidad del sueño y rendimiento académico en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca, marzo-agosto 2015” en una muestra de 244 estudiantes de medicina: 143 mujeres (62,7%) y 85 hombres (37,3%). La prevalencia de mala calidad del sueño fue de 66,2%, siendo más frecuente en las mujeres con un 71% y el 60% de los estudiantes con un rendimiento académico bueno tienen mala calidad del sueño, al igual que el 27% de aquellos que tienen un rendimiento académico regular. Concluyeron que una mala calidad de sueño no es un factor que influya negativamente en el rendimiento académico de los estudiantes, sin embargo, la mayoría de los evaluados consideran que son malos dormidores.

Schlarb, Friedrich y Claßen (2017) realizaron una investigación en Alemania con el tema “Sleep problems in university students – an intervention” en una muestra de 27 estudiantes universitarios: 21 mujeres (77,8%) y 6 hombres (22,2%). La prevalencia de mala calidad de sueño estaba presente en el 66,7% de los participantes. Los componentes eficiencia habitual del sueño (67%), disfunción diurna (48%), perturbaciones del sueño (74%) se mostraron con mayores dificultades, mientras que solamente el 4% reportó dificultad en el componente latencia del sueño. El 74% reportaron sintomatología relacionada con el insomnio y el 51,9% cumplieron con los criterios diagnósticos de trastornos del sueño del DSM-5. Concluyeron que la mayoría de los estudiantes se referían a sí mismos como malos dormidores, con una mayor afectación en la eficiencia habitual del sueño y una menor en latencia del sueño.

Corrêa, Oliveira, Pizzamiglio, Ortolan y Weber (2017) realizaron una investigación en Brasil con el tema “Sleep quality in medical students: a comparison across the various phases of the medical course” en una muestra de 372 estudiantes de medicina: 234 mujeres (62,9%) y 138 hombres (37,1%). En el índice global de calidad de sueño el 31,5% obtuvo mala

calidad de sueño. En los componentes el 39,5% de los participantes se consideraban malos dormidores, en el 29,5% la latencia del sueño fue mayor a 30 minutos, el 68% durmió de 6 a 7 horas por noche, el 84,6% reportó no tener problemas en su eficiencia del sueño, el 8,6% acepto usar hipnóticos para dormir y la disfunción diurna se presentó en el 52,2%. Concluyeron que los estudiantes de medicina parecen estar mayormente expuestos a trastornos del sueño que otros estudiantes de la universidad, atribuyéndolo a su carga horaria.

Kalyani, Jamshidi, Salami y Pourjam (2017) realizaron una investigación en Irán con el tema “Investigation of the Relationship between Psychological Variables and Sleep Quality in Students of Medical Sciences” en una muestra de 278 estudiantes universitarios: 181 mujeres (65%) y 97 hombres (35%). En cuanto al índice global de calidad de sueño el 53,6% de los participantes refieren tener una buena calidad de sueño. La mala calidad de sueño se observó en el 38,1% de los hombres y el 50,8% de las mujeres. Concluyeron que la mala calidad de sueño de los estudiantes tenía una significación estadística con el estrés, la ansiedad y la depresión y que el mayor porcentaje de mala calidad de sueño recaía sobre las mujeres.

Schlarb, Claßen, Hellmann, Vögele y Gulewitsch (2017) realizaron una investigación en Alemania con el tema “Sleep and somatic complaints in university students” en una muestra de 2443 estudiantes universitarios: 1587 mujeres (65%) y 856 hombres (35%). En el índice global de calidad de sueño el 36,9% obtuvo mala calidad de sueño. La hora promedio de dormir eran las 12:00 a.m., se tardaban 34,37 minutos en conciliar el sueño, la hora de despertar fue las 8:00 a.m., con 7,26 horas de sueño por noche. Concluyeron que la mayoría de los participantes son buenos dormidores y no reportaron problemas en su actividad diurna.

Variable ideación suicida.

Rosales, Córdova y Escobar (2013) realizaron una investigación en México con el tema “Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y

variables asociadas” en una muestra de 475 estudiantes universitarios: 199 mujeres (41,9%) y 276 hombres (58,1%). El 7,2% de la muestra total presentó ideación suicida, el 6,9% de hombres y el 5,4% de mujeres. Se identificó variables de protección como: percepción de economía familiar negativa y antecedente de intento suicida; también variables de riesgo como: percepción de futuro negativo, registro de estado emocional negativo y percepción de ausencia de futuro positivo. Concluyeron que uno de cada 17 participantes aceptó tener ideación suicida, que el riesgo de conductas suicidas fue mayor en hombres que en mujeres y que el riesgo de suicidio aumenta en relación a las condiciones que estimulan el acto.

Pinzón, Guerrero, Moreno, Landínez y Pinzón (2013) realizaron una investigación en Colombia con el tema “Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados” en una muestra de 963 estudiantes de medicina: 549 mujeres (57%) y 414 hombres (43%). La prevalencia de ideación suicida en los participantes fue del 15,7% y la prevalencia de ideación suicida en mujeres y hombres es del 16,1% y el 15,1% respectivamente. El 5% indicó haber realizado por lo menos un intento suicida a lo largo de su vida. Concluyeron que las conductas suicidas en los estudiantes universitarios fueron fenómenos frecuentes durante la investigación y que no deberían estar presentes, ya que las muertes por suicidio no son defunciones naturales y es necesario estudiar factores asociados a esta variable para trabajar en salud mental.

Acum, Cornejo y Sáez (2015) realizaron una investigación en Chile con el tema “Prevalencia y perfil de los estudiantes con ideación suicida cursando octavo semestre en las carreras de la Facultad de Medicina en la Universidad Austral de Chile, sede Valdivia” en una muestra de 267 estudiantes universitarios: 178 mujeres (66,9%) y 89 hombres (33,1%). La prevalencia de ideación suicida fue del 10,5% de la población encuestada, con un 20% en mujeres y 8% en hombres. La ideación suicida es mayor en las carreras de Enfermería (21,4%), Medicina (17,9%) y Tecnología Médica (17,9%) y existió mayor frecuencia de

ideación suicida en estudiantes sin diagnóstico médico de patología mental (60,7%). Concluyeron que la ideación suicida se encuentra presente en los estudiantes evaluados, lo cual requiere atención inmediata sobre esta problemática.

Pereira y Cardoso (2015) realizaron una investigación en Portugal con el tema “Suicidal Ideation in University Students: Prevalence and Association With School and Gender” en una muestra de 366 estudiantes universitarios: 233 mujeres (63,7%) y 133 hombres (36,3%). La prevalencia de ideación suicida durante su vida fue del 12,6%, en el año fue del 10,7% y en la semana anterior fue del 10,7%, con una presencia del 10% en hombres y el 29% en mujeres. Concluyeron que la ideación suicida se encuentra en mayor porcentaje en las mujeres, pero no se encontró una relación estadística significativa entre género e ideación suicida. El porcentaje de ideación suicida fue bajo, no obstante, han hecho énfasis en la necesidad de investigar los factores que influyen en la ideación suicida para utilizarlos como predictores de conductas suicidas.

Siabato y Salamanca (2015) realizaron una investigación en Colombia con el tema “Factores asociados a ideación suicida en universitarios” en una muestra de 258 estudiantes universitarios: 127 mujeres (49,2%) y 131 hombres (50,8%). El 31% de la población participante presentó ideación suicida, con una prevalencia del 33,3% en las mujeres y del 28% en los hombres. Concluyeron que a pesar de que se presentó en porcentaje mayor en mujeres, no existió una diferencia estadística significativa con respecto al género y que factores relacionados con el estado civil, eventos vitales estresantes, la dependencia emocional, la impulsividad y la depresión, están relacionados con índices altos de ideación suicida.

2.2 Fundamentación teórica.

Variable calidad de sueño.

Desde el enfoque neuropsicológico la calidad de sueño incluye un buen funcionamiento diurno como resultado de dormir bien durante la noche, teniendo en cuenta la cantidad de energía que el individuo necesita durante su estado de vigilia. El ritmo sueño-vigilia es un ritmo biológico que a lo largo de la noche se organiza en diferentes ciclos de aproximadamente 90 minutos cada uno. Cuando se altera dicho ritmo por diferentes circunstancias, se desencadenan alteraciones a nivel físico y mental dentro del aspecto emocional, cognitivo, social y comportamental.

Ritmos biológicos.

En todos los seres vivos sus funciones oscilan en el tiempo a lo largo de su vida, configurando ritmos biológicos como parte de la supervivencia de su especie. Dichos ritmos comparten información genética de la que está provista el Sistema Nervioso Central (SNC), mediante una modulación sensorial que permite que se lleven a cabo. Por su frecuencia existen:

- *Ritmos circadianos.* Tienen lugar una vez al día ya que se dan cada 20 o 24 horas, como por ejemplo el de vigilia-sueño.
- *Ritmos ultradianos.* Se producen más de una vez al día y su duración es normalmente de minutos u horas, por ejemplo, el ritmo cardíaco.
- *Ritmos infradianos.* Su frecuencia es de una vez al día y su duración es mayor a 28 horas, como por ejemplo la menstruación (Rodríguez, Madrid, Estivill y Madrid, 2015).

La supervivencia humana depende de la eficacia de los ritmos biológicos por su función en el adecuado desarrollo del ser humano. Cada ritmo influye en el otro y si uno de los ritmos no funciona de manera adecuada, se vería alterado el funcionamiento normal del individuo.

El ritmo circadiano de sueño-vigilia es considerado el más importante por la cantidad de funciones que cumple de manera constante en la vida del ser humano al momento de dormir y al despertar.

Ritmo circadiano de sueño-vigilia

El ritmo circadiano de sueño-vigilia es activado y regulado por medio de la luz. Se encarga de coordinar funciones vitales como el procesamiento de la información sensorial, sus ensueños, las funciones cardiovasculares y respiratorias, las funciones endocrinas, temperatura corporal, homeostasis y el metabolismo energético, cuyo cambio o desarrollo dependerá del momento del ciclo (Velluti, 2008). El sueño es una necesidad biológica caracterizada por su importancia en la supervivencia humana cuya alteración podrían desencadenar modificaciones en el funcionamiento normal de la actividad cerebral, daños en el SNC e incluso la muerte (Guyton, 2002).

El sueño podría ser definido de igual manera como un fenómeno fisiológico y conductual con disminución de conciencia de tipo transitoria y reversible, con capacidad de respuesta a estímulos externos por parte del individuo (Puertas, Prieto, Sánchez y Aguirre, 2015).

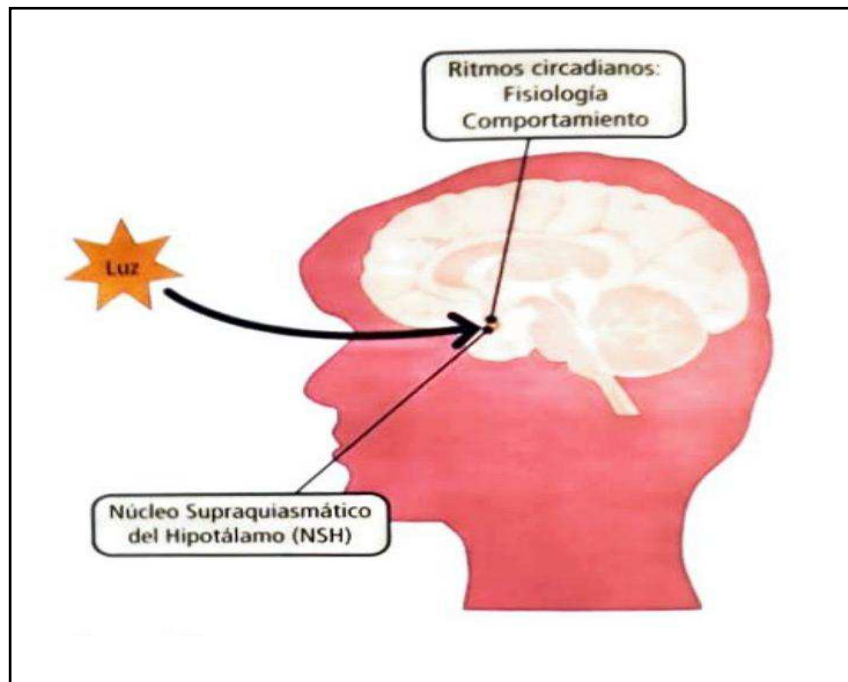
Fisiología del ritmo circadiano sueño-vigilia.

El Núcleo Supraquiasmático del Hipotálamo (NSH) es el principal regulador de este tipo de ritmo, ubicado en las paredes del tercer ventrículo por debajo del hipotálamo y por detrás del quiasma óptico (Figura 1). Está formado por diversas neuronas con cuerpo, axón y campo dendrítico pequeño con una potencia de descarga directamente proporcional a la intensidad de luz que llega a la retina, lo cual aumenta o disminuye su acción. Estas formaciones permiten la retroalimentación positiva de numerosas señales a los mismos núcleos reticulares activadores para estimularlos aún más (APIR, 2017).

La tendencia natural de la vigilia la lleva a mantenerse por sí misma debido a la retroalimentación de sus estímulos. Eventualmente, las neuronas del sistema activador

terminan por fatigarse manifestando los efectos hipnóticos de los centros del sueño donde comienza el estado de descanso. Este mecanismo podría justificar el despertar y el insomnio que aparece cuando la mente de una persona está activada por una idea persistente y la vigilia que produce la actividad física (Guyton, 2002).

Figura N° 1. Fisiología del ritmo circadiano sueño-vigilia.



Nota: Obtenido de Ritmos biológicos y sueño (APIR,2017).

Existen hormonas que favorecen el funcionamiento normal de los sistemas del individuo en el estado de vigilia, segregadas al momento de dormir. Las más importantes son:

- **Cortisol.** Esta hormona se acumula durante el estado de vigilia, estimulado por situaciones externas como el estrés y durante el sueño esta se estabiliza por la segregación de GABA.
- **Hormona estimulante de la tiroides (TSH).** Esta hormona aumenta al anochecer y decrece al final del sueño. Favorece al funcionamiento normal del metabolismo del ser humano.
- **Hormona del crecimiento (GH).** Esta hormona se eleva aproximadamente 90 minutos después del inicio del sueño, aumenta en las dos primeras horas de sueño

profundo y se libera en las fases III y IV. Es importante en etapas evolutivas tempranas, por su influencia en el desarrollo físico del individuo.

- **Testosterona.** Durante la adolescencia, su secreción se encuentra en su punto más alto durante el sueño y se reduce al privarlo.
- **Melatonina.** Esta hormona es importante para inducir el sueño. Se encuentra sincronizada al ciclo de luz-oscuridad a través del haz retino-hipotalámico, ayudando a entender al cerebro que es hora de dormir o despertar (APIR, 2017).

Estados del ritmo circadiano sueño-vigilia.

El sueño está integrado por fases que van desde la más ligera hasta la más profunda como complemento de la vigilia. Cumplen el panorama funcional del ritmo circadiano de cada individuo, estado en el que se incrementa de forma notable la frecuencia de descarga de las neuronas, principalmente en el sueño paradójico o MOR cuya actividad cerebral es similar al de vigilia tranquila (Figura 2). La actividad cerebral durante el sueño funciona como un estado reparador, eliminando información innecesaria y contribuyendo al trabajo adecuado de las funciones mentales en el estado de vigilia (Velluti, 1987).

Figura N° 2. Actividad cerebral en el ritmo sueño-vigilia.

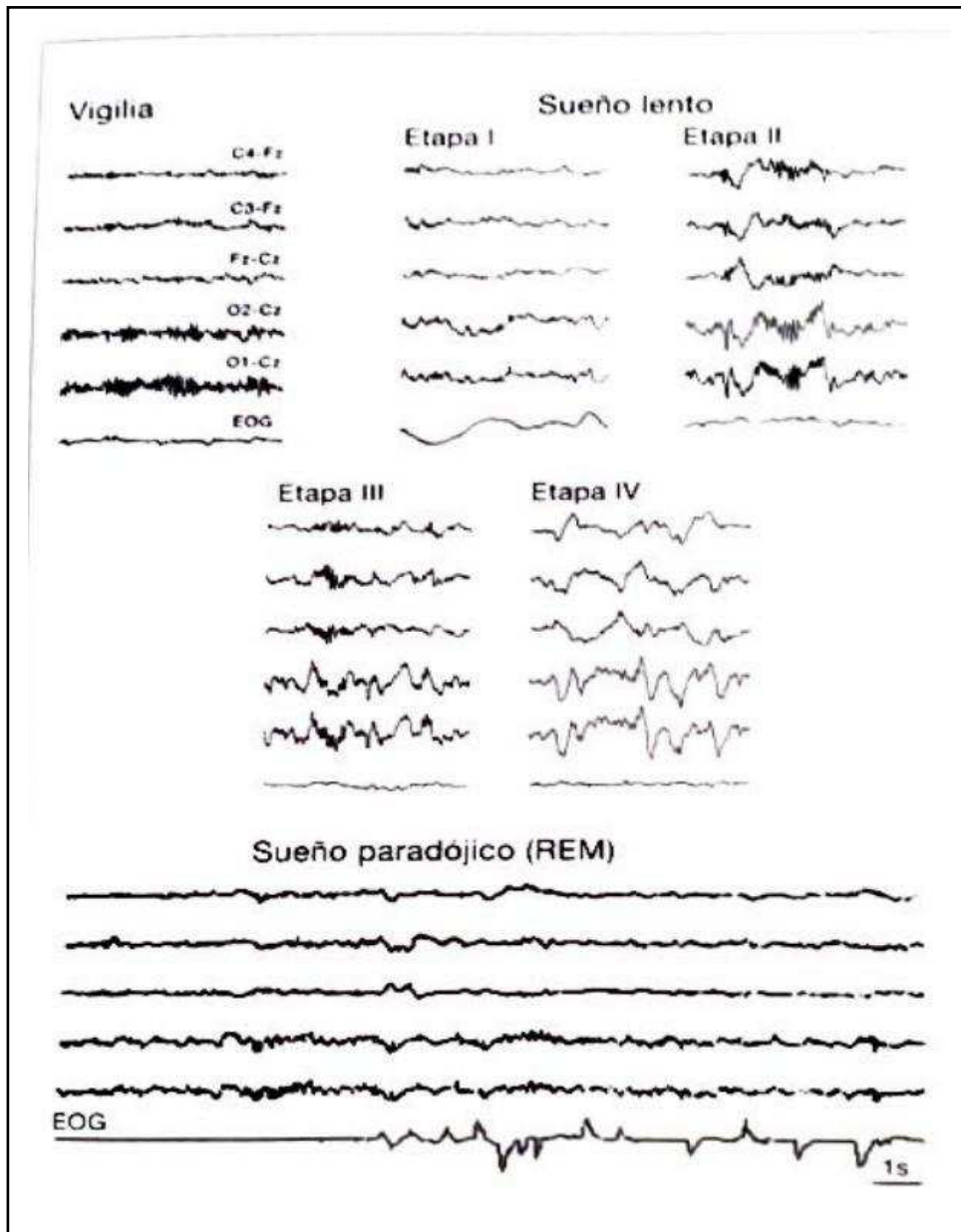


Nota: Obtenido de Medicina del Sueño (David, Blanco, Velluti y Tufi, 2008).

El sueño está compuesto por dos estados bien diferenciados que actúan de manera cíclica durante una noche, constituyendo un ritmo intrínseco ultradiano medido por un registro de actividad cerebral (EEG), actividad muscular (EMG) y movimientos oculares (EOG) durante

el sueño, identificadas mediante diferentes tipos de ondas cerebrales que diferencian la actividad cerebral que existe en cada uno de ellos (Figura 3):

Figura N° 3. Electroencefalograma (EEG) y actividad muscular durante varias etapas del ritmo sueño-vigilia.



Nota: Recuperado de Medicina del Sueño (David, Blanco, Velluti y Tufi, 2008).

Sueño Lento.

El Sueño Lento (SL) es un estado caracterizado por ser reparador, asociado al descenso del tono vascular periférico de muchas de las funciones vegetativas del cuerpo donde se produce una disminución del 10% al 30% en la presión arterial, la frecuencia respiratoria

y el índice metabólico basal (Guyton, 2002). El SL se divide en etapas I, II y el sueño lento, propiamente dicho, conformado por etapas III y IV (Tabla 4). La organización del SL en la noche se lleva del 75% al 80% del sueño normal de un adulto (Velluti, 2008).

Tabla N° 4. Características de las Etapas del Sueño Lento.

<i>Etapa</i>	<i>Característica</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Onda</i>
<i>Etapa I.</i>	Etapa de transición entre la vigilia y el sueño. Posible presencia de alucinaciones hipnagógicas. Movimientos oculares lentos verticales. Desciende tono muscular.	5% del SL.	Theta (0% delta).
<i>Etapa II.</i>	Sueño ligero de ondas lentas. EEG irregular. Presenta complejos K (ondas lentas bifásicas). Tono muscular bajo. Funciones vegetativas bajas pero regulares.	50% del SL	Theta. Puntas V. Complejos K. Delta (20%). Actividad Sigma.
<i>Etapa III.</i>	Sueño lento, profundo y reparador. Aparecimiento de crisis de angustia nocturnas.	20% del SL.	Delta Polimorfos (20-50% delta).
<i>Etapa IV.</i>	Sueño más profundo y reparador. Amplitud de ondas delta la diferencia de la Etapa III.		Delta monomorfos (>50% delta).

Nota: Obtenido de Ritmos Bilógicos y sueño (APIR, 2017).

Sueño Paradójico o de Movimientos Oculares Rápidos.

El Sueño Paradójico (SP) o de Movimientos Oculares Rápidos (MOR), es un estado caracterizado por su actividad cerebral rápida parecida al estado de vigilia y a la Etapa I del SL. Existen movimientos oculares rápidos errantes, reducción del tono muscular y es por lo general en este estado donde el individuo sueña (Barrett, Barman, Boitano y Brooks, 2010). La organización del sueño durante el curso de la noche en esta fase varía del 20% al 25% del total del sueño en un adulto (Tabla 5), apareciendo por primera vez entre los 60 a 90 minutos del comienzo de la Etapa I del SL (Velluti, 2008).

Tabla N° 5. Características del Sueño Paradójico o MOR.

<i>Etapa</i>	<i>Característica</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Onda</i>
<i>Sueño Paradójico o MOR</i>	Facilita el desarrollo del cerebro.		
	EEG desincronizado en su mayor parte.		Beta.
	Movimientos oculares rápidos relacionados con los sueños.	Del 20-25% del total del sueño.	Theta. Puntas PGO.
	Atonía muscular.		
	Cambio brusco en varias medidas fisiológicas.		

Nota: Recuperado de Recuperado de Ritmos Bilógicos y sueño (APIR, 2017).

Ontogenia del ritmo circadiano sueño-vigilia.

La evolución ontogénica del ritmo circadiano sueño-vigilia en el ser humano al nacer es ultradiano polifásico, con un mínimo de 16 horas diarias de sueño. El sueño es bifásico aproximadamente a los 4 años de edad cuando se duerme en la noche, con siestas durante el día y actividad en la vigilia. A partir de la adolescencia el sueño se transforma en monofásico, destinando a la vigilia como un estado de actividad constante y al sueño como un estado de descanso exclusivo de la noche (Velluti, 2008).

El ritmo circadiano sueño-vigilia va posicionándose a través de los años del individuo, teniendo en cuenta que la cantidad de horas dedicadas al sueño por lo general disminuirán conforme pasen los años.

Calidad de sueño.

La calidad de sueño es una medida subjetiva que está determinada por la cantidad de horas sueño que un individuo requiere para mantener un estado de vigilia óptimo. Dicho requerimiento depende de diversos factores propios del organismo, del ambiente y del comportamiento (Miró, Cano-Lizano y Buena-Casal, 2005). Para que un individuo valore la calidad de su sueño, debe tomar en cuenta los siguientes componentes:

- ***Calidad Subjetiva del sueño:*** valor subjetivo que el individuo le da a su calidad de sueño, teniendo en cuenta su funcionamiento durante el estado de vigilia.
- ***Latencia de sueño:*** esto dependerá de la capacidad de conciliar y mantener su sueño.
- ***Duración de sueño:*** cantidad de horas que el individuo cree haber dormido realmente por noche.
- ***Eficiencia habitual del sueño:*** es un cálculo que se realiza entre la cantidad de horas dormidas, el número de horas que el individuo permanece en cama (dependerá de su hora de acostarse y despertar), para identificar si el dueño es eficiente o no.
- ***Perturbaciones del sueño:*** frecuencia de factores como pesadillas, tos, calor, frío u otro, que han interrumpido el sueño del individuo.
- ***Uso de medicación hipnótica:*** necesidad de tomar medicamento de tipo hipnótico para poder dormir.
- ***Disfunción diurna:*** nivel inadecuado para realizar actividades durante el estado de vigilia (Granados et al, 2013).

Para obtener una buena calidad de sueño, se compensará el desgaste energético del estado de vigilia, con un descanso proporcional en la noche.

Principios de higiene del ritmo circadiano sueño-vigilia.

Estos principios son un conjunto de recomendaciones necesarias para mantener una relación armónica en el ritmo circadiano sueño-vigilia, respetando una serie de normas durante el día que eventualmente facilitarían la transición vigilia-sueño tales como:

- La habitación debe estar libre de estímulos fuertes de luz o ruido.
- La habitación debe ser utilizada únicamente para dormir.
- Evitar el uso de aparatos electrónicos por lo menos una hora antes de dormir.
- Establecer una hora fija para despertar y acostarse.
- No utilizar pijama en las horas de vigilia.
- Evitar el consumo de bebidas que contengan cafeína en la tarde o noche.
- Cumplir con obligaciones durante las horas de vigilia.
- Utilizar técnicas de relajación cuando no se pueda conciliar el sueño.
- Evitar realizar actividad física en la noche.
- Evitar comidas o bebidas altas en azúcar en la tarde y noche.
- Evitar comidas pesadas en altas horas de la noche, la última comida debe ser por lo menos dos horas antes de la hora de dormir.
- Evitar el consumo excesivo de bebidas en la noche (Vivaldi, 2013).

Mantener una higiene del sueño no es fácil de cumplir para muchas personas, sin embargo, es importante seguir las recomendaciones para evitar complicaciones en un futuro.

Clasificación de los trastornos del sueño.

La importancia de clasificar los trastornos del sueño radica en los efectos que la privación del sueño tiene sobre un individuo. Las alteraciones más comunes incluyen episodios de desorientación, alteración en la atención y memoria, estados psicóticos en

privaciones de más de 100 horas, deterioro en el funcionamiento cerebral, distorsiones en la percepción e incluso la muerte (APIR, 2017).

A través de los años los trastornos del sueño han sido clasificados de manera general y la clasificación realizada por la Asociación Americana de Desórdenes del Sueño (Tabla 6) es el resultado de la información recopilada de diversas investigaciones alrededor del mundo, en forma conjunta con las asociaciones similares del continente europeo, Japón y de países Latinoamericanos:

- ***Disomnias***. Es la somnolencia excesiva o dificultad que tiene el individuo para mantener o conciliar el sueño, asociada con la perturbación del sueño o vigilia deteriorada, identificando: 1.a. *Alteraciones intrínsecas del sueño* que son trastornos fisiológicos que provocan alteración en el sueño, incluyendo aquellas que tienen un factor externo como desencadenante, como por ejemplo la ingesta de sustancias psicotrópicas; 1.b. *Alteraciones extrínsecas del sueño* desarrolladas u originadas por causas fuera del cuerpo, por ejemplo la alteración del sueño por dependencia a sustancias; 1.c. *Alteraciones del ritmo circadiano* relacionadas con una alteración de la cronología del sueño por situaciones externas como por ejemplo los trastornos del sueño por trabajos con turnos rotativos.
- ***Parasomnias***. Estas alteraciones están caracterizadas por la ausencia de afecciones de los procesos del ritmo circadiano sueño-vigilia, presentándose durante el sueño con consecuencias perturbantes para quien lo padece. Algunas son más comunes en la infancia y en personas con antecedentes personales o familiares como por ejemplo el sonambulismo, terrores nocturnos parálisis del sueño, etc.
- ***Desórdenes asociados a alteraciones médico-psiquiátricas***. En este grupo se encuentran: 3.a. *Asociados a enfermedades mentales* ya que en su mayoría los

trastornos mentales alteran el sueño en su calidad y continuidad, como por ejemplo los trastornos del humor; 3.b. *Asociados a enfermedades neurológicas* que por lo general son motivos de queja por parte de personas que conviven con el paciente por su conducta anormal al momento de dormir, como por ejemplo la epilepsia; 3.c. *Asociados a otras enfermedades* que son alteraciones relacionadas con sistemas orgánicos fundamentales como por ejemplo el sistema digestivo con úlceras pépticas.

- ***Desórdenes del sueño propuestos.*** En esta última sección se han incluido trastornos del sueño que no encajan o no cubren con requisitos necesarios para que puedan ser definidos en un grupo específico, muy conocidos en la literatura médica (Blanco, 2008).

Tabla N° 6. Clasificación de Trastornos del Sueño.

<i>1. Disomnias</i>	
<p><i>1.a. Trastornos intrínsecos del sueño.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insomnio psicofisiológico. 2. Percepción alterada del sueño. 3. Insomnio idiopático. 4. Narcolepsia. 5. Hipersomnia recurrente. 6. Hipersomnia idiopática. 7. Hipersomnia postraumática. 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño. 9. Síndrome de apnea central durante el sueño. 10. Síndrome de hipoventilación alveolar central. 11. Movimientos periódicos de los miembros. 12. Síndrome de las piernas inquietas. 13. Trastornos intrínsecos del sueño no especificados.
<p><i>1.b. Trastornos extrínsecos del sueño.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene inadecuada del sueño. 2. Trastornos del sueño asociados a factores ambientales. 3. Insomnio de la altitud. 4. Trastornos del sueño por adaptación a estrés. 5. Síndrome del sueño insuficiente. 6. Trastornos del sueño ligados a horarios rígidos. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Síndrome de la ingesta nocturna recurrente. 10. Trastornos del sueño en la dependencia a hipnóticos. 11. Trastornos del sueño en la dependencia a estimulantes. 12. Trastornos del sueño en la dependencia al alcohol. 13. Trastornos del sueño de origen tóxico.

<p>7. Trastornos del inicio del sueño por alteración en las rutinas previas a acostarse.</p> <p>8. Insomnio por alergia alimentaria.</p>	<p>14. Trastornos extrínsecos del sueño no especificados.</p>
<p><i>1.b. Trastornos del ritmo circadiano.</i></p> <p>1. Síndrome del cambio rápido de husos horarios.</p> <p>2. Trastornos del sueño en los trabajos con turnos rotativos.</p> <p>3. Patrón irregular del sueño y la vigilia.</p> <p>4. Síndrome del retardo de fase del sueño.</p>	<p>5. Síndrome del adelanto de fase del sueño.</p> <p>6. Trastornos del sueño por falta del esquema de 24 horas.</p> <p>7. Trastornos del ritmo circadiano no especificado.</p>
<p>2. Parasomnias.</p>	
<p><i>2.a. Trastornos del despertar.</i></p> <p>1. Despertar confuso o incompleto.</p> <p>2. Sonambulismo.</p> <p>3. Terrores nocturnos.</p>	<p><i>2.b. Trastornos en la transición vigilia-sueño.</i></p> <p>1. Movimientos rítmicos durante el sueño.</p> <p>2. Sobresaltos hípnicos o mioclonías del adormecimiento.</p> <p>3. Somniloquia.</p> <p>4. Calambres nocturnos en los miembros inferiores.</p>
<p><i>2.c. Parasomnias asociadas al sueño REM</i></p> <p>1. Pesadillas</p> <p>2. Parálisis del sueño.</p> <p>3. Trastornos eréctiles durante el sueño REM.</p>	<p>4. Erecciones dolorosas durante el sueño REM.</p> <p>5. Parada sinusal durante el sueño REM.</p> <p>6. Trastornos del comportamiento durante el sueño REM.</p>
<p><i>2.d. Otras Parasomnias.</i></p> <p>1. Bruxismo.</p> <p>2. Enuresis.</p> <p>3. Síndrome de la deglución anormal asociada al sueño.</p> <p>4. Distonía paroxística nocturna.</p> <p>5. Síndrome de la muerte súbita nocturna inexplicada.</p>	<p>6. Ronquido primario.</p> <p>7. Apnea del sueño del recién nacido.</p> <p>8. Síndrome de hipoventilación central congénita.</p> <p>9. Síndrome de la muerte en cuna del lactante.</p> <p>10. Mioclonía benigna neonatal durante el sueño.</p> <p>11. Otras Parasomnias no especificadas.</p>
<p>3. Trastornos del sueño asociados a enfermedades psiquiátricas, neurológicas, y de otras especialidades médicas.</p>	
<p><i>3.a. Trastornos del sueño asociados a enfermedades psiquiátricas.</i></p> <p>1. Psicosis.</p> <p>2. Trastornos del humor o afectivos.</p>	<p>3. Alteraciones con ansiedad-angustia.</p> <p>4. Crisis de pánico.</p> <p>5. Alcoholismo crónico.</p>
<p><i>3.b. Trastornos del sueño asociados a enfermedades neurológicas.</i></p>	<p>4. Insomnio familiar fatal.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades degenerativas cerebrales. 2. Demencia. 3. Enfermedad de Parkinson. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Epilepsia relacionada con el sueño. 6. Estatus eléctrico epiléptico durante el sueño. 7. Cefaleas ligadas al sueño.
<p><i>3.c. Trastornos del sueño asociados a enfermedades de otras especialidades médicas.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad del sueño (tripanosomiasis). 2. Isquemia cardíaca nocturna. 3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Asma durante el sueño. 5. Reflujo gastroesofágico durante el sueño. 6. Úlcera péptica. 7. Fibromialgia.
4. Trastornos del sueño propuestos.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Poca necesidad de sueño. 2. Mucha necesidad de sueño. 3. Síndrome de subvigilia. 4. Mioclonías fragmentarias. 5. Hiperhidrosis durante el sueño. 6. Trastornos del sueño asociados a la menstruación. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Trastornos del sueño asociados al embarazo. 8. Alucinaciones hipnagógicas terroríficas. 9. Taquipnea neurogénica del sueño. 10. Laringoespasmo durante el sueño. 11. Síndrome de atragantamiento durante el sueño.

Nota: Recuperado de The International Classification of Sleep Disorders. Revised. Diagnostic and coding manual, American Sleep Disorders Association (Citado en Blanco, 2013).

Variable ideación suicida.

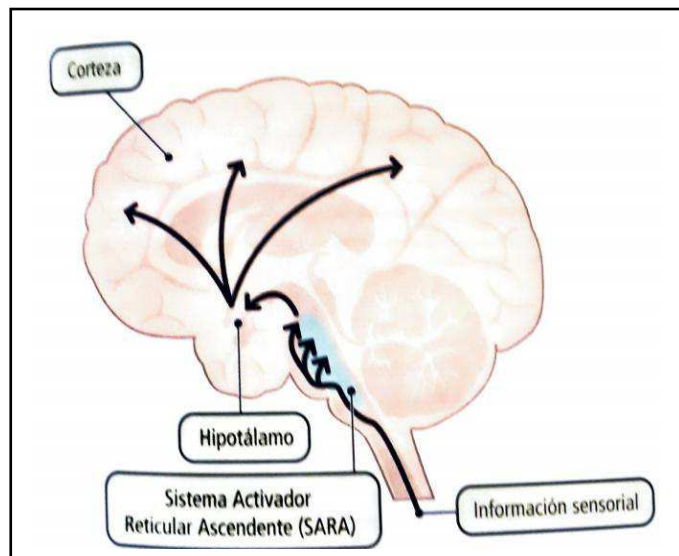
Desde una perspectiva neuropsicológica todo pensamiento nace de un proceso cerebral perteneciente a las Funciones mentales superiores. Cualquier individuo que haya llegado al acto suicida inició con una idea suicida cuyo origen es la alteración del pensamiento, provocando en el individuo la incapacidad para resolver problemas de la vida cotidiana.

Funciones mentales superiores o Procesos Cognitivos Superiores.

El filósofo conocido como el padre de la medicina, Hipócrates, desde tiempos remotos relacionaba la conducta del sujeto con su actividad cerebral, catalogando al cerebro como el órgano del raciocinio o el director del espíritu (Hergenhahn, 2009). En esos tiempos, el sistema propuesto por Galeno fue uno de los más cercanos a la realidad al señalar una unión o conexión entre la conducta y el cerebro. Identificó que el hombre recibía información del mundo exterior a través de sus sentidos, transformándolos en fluidos psíquicos (Luria, 1987).

Actualmente por el avance tecnológico se conoce que la corteza asociativa (Figura 4) es la principal responsable de regular las funciones mentales superiores que son: pensamiento, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, percepción y motricidad (Portellano, 2005). El trabajo de dichas funciones se verá reflejado en la conducta del individuo.

Figura N° 4. Corteza asociativa.



Nota: Recuperado de Ritmos Biológicos y Sueño (APIR,2017).

Pensamiento.

El pensamiento es una función mental superior que se encarga de procesar los contenidos percibidos por el SNC con pensamientos influenciados por experiencias de vida recopiladas por parte del individuo. En el proceso de pensar se incluye a la percepción, la comprensión, el almacenamiento y la manipulación de los datos recopilados (León, 2005). Al pensamiento se lo puede valorar por su:

- **Contenido.** Se refiere a lo ideacional (preocupaciones, ideas sobrevaloradas, ideas delirantes, ideas obsesivas) y perceptivo (alucinaciones).
- **Curso.** Manera en que la persona logra conectar sus ideas y asociaciones caracterizada por la coherencia de sus pensamientos (Kaplan, Sadock y Grebb, 2000).

La alteración del pensamiento es una forma efectiva al momento de identificar trastornos mentales. El estado mental de un individuo puede estar caracterizado por una sobreabundancia o pobreza de ideas y/o también delirios, preocupaciones, obsesiones, compulsiones, fobias, planes, intenciones, ideas recurrentes o intrusivas cuando existe anormalidad (Kaplan, Sadock y Grebb, 2000).

Trastornos del Pensamiento

Los trastornos del pensamiento tienen gran importancia clínica por su fácil identificación mediante la comunicación del sujeto, identificando alteraciones en su curso y contenido:

Alteraciones de la Forma.

- a. ***Desórdenes de las conexiones y de la organización del pensamiento.*** Es cuando el sujeto al momento de comunicarse no puede mantener una fluidez y coherencia en el discurso por las diversas ideas que intruyen en el campo de la conciencia, identificando:
 - *Pensamiento circunyacente.* Es cuando el individuo redonda un tema sin llegar a un punto concluyente.
 - *Pensamiento tangencial.* Es cuando sujeto es incapaz de llegar a un punto específico del tema de conversación, desviándose completamente del tema sin retomarlo.
 - *Laxitud de las asociaciones o disgregación.* Caracterizado por la interrupción del flujo lógico de las ideas con una desconexión completa del tema de conversación.
 - *Fuga de ideas.* Es cuando los pensamientos aparecen de manera rápida sin ningún sentido lógico y de manera ocasional, ocasionados por estímulos externos y asociaciones internas.

- *Inhibición del pensamiento.* El pensamiento se presenta de manera lenta como una disminución de su producción.
- *Prolijidad del Pensamiento.* Es cuando se produce de manera sobre elaborada e innecesariamente detallada pero imprecisa e irrelevante de pensamientos.
- *Bloqueo del pensamiento.* Caracterizado por la detención súbita del flujo del pensamiento presentando de manera común la perseverancia (persistencia anormal del pensamiento), los neologismos (palabras nuevas creadas por el individuo) y también la ecolalia (repetición de palabras que el sujeto escucha) (León, 2005).

Alteraciones del fondo o contenido del pensamiento

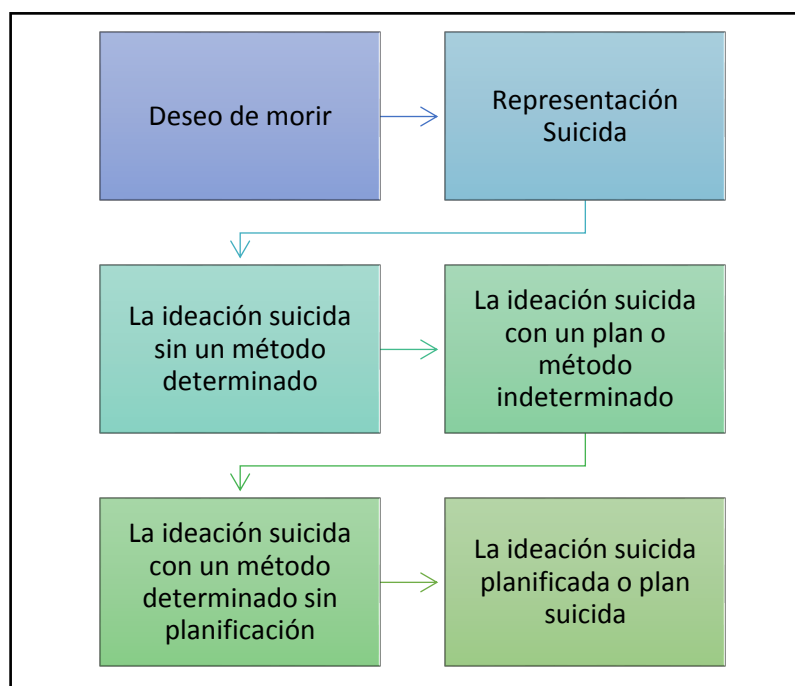
- a. *Delusión.* Es conocido como un desorden primario del pensamiento con una percepción falsa del sujeto. Está caracterizado por una inexistente creencia vulnerable a la modificación, peculiarmente morbosa que no cede a evidencia que pruebe lo contrario. Esta alteración es netamente subjetiva y de origen interno del sujeto, que en varias ocasiones va en contra de las creencias de la cultura o sociedad en la que se desenvuelve. En función de su contenido, las delusiones se clasifican en:
- *Persecutorias o paranoides.* Caracterizadas por la idea de ser perseguido, vigilado, manipulado o víctima de conspiraciones o ataques en su contra.
 - *Depresivas.* Ideas caracterizadas por la culpa, muerte, daño, desvalorización o desolación global.
 - *De grandeza.* Ideas de poder en general, felicidad excesiva, genialidad, etc.
 - *Eróticas.* Caracterizadas por ideas de infidelidad, celos, transgresión sexual o relaciones románticas con personajes famosos.

- *Hipocondriacas*. Ideas caracterizadas por el deterioro físico o enfermedad que estaría alterando su salud.
 - *Nihilistas*. Caracterizadas por ideas de negación o inexistencia del propio ser (León, 2005).
- b. **Obsesión**. Es una alteración del pensamiento caracterizada por la duda, temor y la creencia que dicha fuente de deseo desaparecerá si no se hace algo al respecto. Las ideas obsesivas se acompañan de actos preventivos, correctivos o neutralizadores, que cuidan al sujeto de la pérdida. La obsesión se instala y persiste en contra de la voluntad del individuo (Arendt, 1978).
- c. **Otros trastornos**.
- *Ideas de referencia*. Interpretaciones falsas de ciertos eventos o situaciones que el sujeto descifra como propias, pero no tienen relación con él.
 - *Fobias*. Son ideas o temores irracionales que surgen en presencia de estímulos específicos, desencadenando la evitación de dichos estímulos por parte del sujeto.
 - *Pararrespuestas*. Expresiones verbales que no tienen relación lógica con las ideas transmitidas por el interlocutor.
 - *Pensamiento pseudodemencial*. Literalmente significa hablar por delante de las cosas. Existe una comprensión correcta del tópico, pero una respuesta ilógica sobre el tema (León, 2005).

Ideación suicida.

La ideación suicida es una alteración del fondo o contenido del pensamiento de tipo delusional depresivo. Se la puede definir como pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinducida, las posibilidades de provocarla y en qué condiciones, conocida como una etapa de vital importancia para prevenir el suicidio ya que sigue un proceso (Figura 5).

Figura N° 5. Flujograma del proceso de la Ideación Suicida.



Nota: Recuperado de El suicidio, comportamiento y prevención (Pérez, 1999).

- ***Deseo de morir.*** Etapa inicial de la ideación suicida caracterizada por la inconformidad con la vida y comentarios de índole negativo acerca de vivir.
- ***La representación suicida.*** En esta etapa existen pensamientos constantes sobre el suicidio, imaginándose muerto o como sería el alivio de ya no sentir el dolor emocional. Aquí comienza la búsqueda de información de cómo llevar a cabo el acto suicida, transformándose de idea a acción.
- ***La ideación suicida sin un método determinado.*** Etapa caracterizada por considerar al suicidio como la mejor forma de escape de la situación perturbante, pero no existe valentía para realizar el acto.
- ***La ideación suicida con un plan o método indeterminado o específico aún.*** El deseo de terminar con su vida es muy alto y ya tiene la información para llevarlo a cabo.
- ***La ideación suicida con un método determinado sin planificación.*** Ya tiene todo en consideración para ejecutar el acto sin determinar el tiempo y lugar

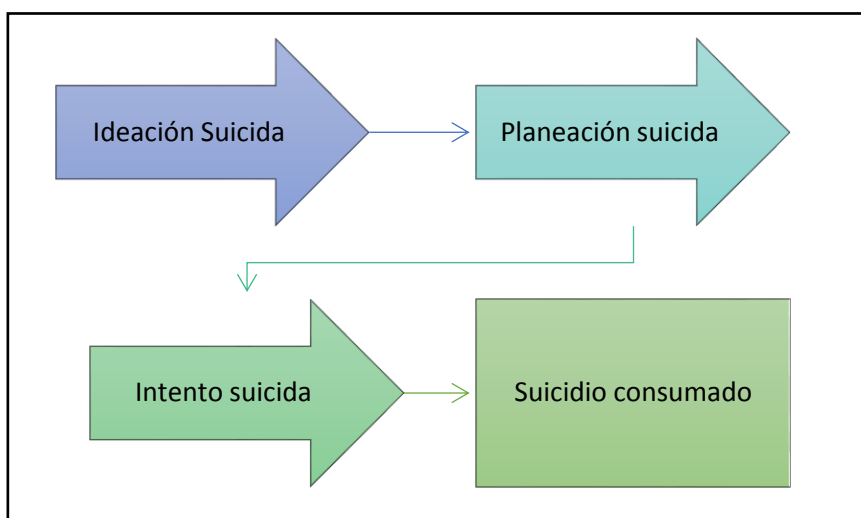
para realizarlo. Por lo general en esta etapa ya ha existido un acto suicida fallido.

- **La ideación suicida planificada o plan suicida.** El acto se encuentra planificado en esta etapa. Tiene todo lo que necesita, existe un comportamiento extraño por parte del sujeto y conductas relacionadas con despedidas indirectas (Pérez, 1999).

Conducta suicida.

La ideación suicida es la génesis de un proceso de conductas suicidas (Figura 6) cuyo fin es la supresión de la propia existencia mediante un método de autoeliminación (Araque y Moreno, 2016).

Figura N° 6. Flujograma del proceso de la conducta suicida.



Nota: Recuperado de El suicidio, comportamiento y prevención, (Pérez, 1999).

- Ideación suicida.** Es la primera etapa de la conducta suicida cuya identificación temprana actúa como un recurso de prevención del suicidio (Miranda, Cubillas, Román y Abril, 2009).
- Planeación suicida.** Es la elección del método que utilizará la persona para quitarse la vida, teniendo en cuenta el momento oportuno para no ser descubierto y los

motivos que influenciaron dicha decisión que ha de realizar con el único propósito de morir.

c. **Intento suicida.** Es aquel acto sin resultado de muerte.

d. **Suicidio consumado.** Es el acto deliberado que causa la propia muerte, el cual puede presentarse en dos modalidades principales:

- **Suicidio accidental.** Es el uso de un método letal cuyo efecto era desconocido o con un método conocido que sin pensarlo lo llevo a un desenlace mortal sin ser deseado.
- **Suicidio intencional.** Se refiere a cualquier tipo de daño que el sujeto se lo realiza si mismo con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte (Miranda, Cubillas, Román y Abril, 2009).

Factores de riesgo y protección asociados a la ideación suicida.

No existe aleatoriedad en la conducta suicida y en la mayoría de los casos es predecible por su asociación con diversos factores biopsicosociales que sirven como predictores del riesgo suicida. La decisión de quitarse la vida estaría más cercana cuando el individuo se encuentra expuesto a factores de riesgo relacionados con el suicidio (García de Jalón y Peralta, 2002). La identificación de factores de riesgo (Tabla 7) y de protección (Tabla 8) en la vida del paciente son de gran importancia a la hora de intervenir terapéuticamente por la cantidad de información que brinda con respecto a la vida del sujeto (Torre, 2013).

Tabla N° 7. Factores de riesgo asociados a la ideación suicida.

Factores de riesgo

Hombre.	Depresión* (mayor riesgo).
Soltero.	Alcoholismo*
Viudo.	Adicción a sustancias propia* (o familiar).
Divorciado/separado.	Psicosis*
Edad avanzada.	Desesperanza*

<p>Presencia de trastorno cerebral orgánico (por ejemplo, epilepsia, daño cerebral, demencia).</p> <p>Esquizofrenia.</p> <p>Problemas de ansiedad.</p> <p>Duelo infantil.</p> <p>Trastorno de personalidad (especialmente relacionados con sociopatía, impulsividad, agresión, inestabilidad emocional).</p> <p>Desempleado o retirado.</p> <p>Altas expectativas propias.</p> <p>Interés en tema de muerte.</p> <p>Relación abusiva presente.</p> <p>Intoxicación.</p> <p>Si se trata de adolescentes: ruptura familiar o conflicto, padres vistos como hostiles o indiferentes o con expectativas muy altas o muy controladores, pocas habilidades comunicativas, de relaciones con iguales o rendimiento, conducta antisocial y suicidio reciente de un amigo o familiar.</p>	<p>Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones*</p> <p>Aislamiento* o rechazo social.</p> <p>Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que debilite) *</p> <p>Trauma reciente (físico o psicológico) *</p> <p>Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio*</p> <p>Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática*</p> <p>Plan específico de suicidio formulado*</p> <p>Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia*</p> <p>Abandono de pertenencias preciadas o cierre de asuntos*</p> <p>Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo*</p> <p>Exhibición de una o más emociones negativas intensas pocas características*</p> <p>Preocupación por abuso pasado*</p>
--	--

*Nota: los factores de riesgo más relevantes se muestran acompañados de un asterisco.

Nota: Obtenido de Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida, Jiménez et al. (Citado en Torre, 2013).

Tabla N°8. Factores de protección asociados a la ideación suicida.

Factores de protección.

<p>Presencia de habilidades de comunicación.</p> <p>Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa.</p> <p>Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades.</p>

Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas.

Tener confianza en uno mismo.

Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad.

Creencias religiosas.

Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta.

Apoyo social de calidad y consistencia (los amigos constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida).

Nota: recuperado de Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida, Jiménez et al. (Citado en Torre, 2013).

Factores biopsicosociales

El cuerpo, los procesos mentales y el contexto influyen en el desarrollo del ser humano desde el momento de su concepción. Los antecedentes familiares son muy importantes al momento de identificar conductas suicidas por su alto contenido genético hasta la tercera generación, especialmente en el género femenino (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia., 2012). El factor psicológico incluye enfermedades mentales como la depresión, la esquizofrenia, al consumo de drogas, los trastornos de conducta alimentaria. También la violencia, el estado emocional y la autoestima representan al menos el 90% de las personas que han cometido un suicidio (Sánchez, Villarreal y Musitu, s.f.). El contexto familiar, laboral, académico y/o social en el que se desarrolla un individuo sirve como influencia para activar conductas suicidas. La etapa de desarrollo en la que se encuentre el sujeto influye en las situaciones que tome como perturbadoras, como por ejemplo en los adolescentes el contexto más importante es el social, por la aceptación y necesidad de pertenecer en un grupo (Sánchez et al., s. f.).

2.3 Hipótesis o Supuestos

2.3.1 Hipótesis de investigación (Hi).

La calidad de sueño se asocia con la ideación suicida de los estudiantes universitarios.

2.3.2 Hipótesis nula (H₀).

La calidad de sueño no se asocia con la ideación suicida de los estudiantes universitarios.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo transversal correlacional ya que se realizará una sola evaluación a la muestra con el fin de correlacionar las variables. Es de enfoque cuantitativo ya que se obtendrán medidas de las variables calidad de sueño e ideación suicida mediante el uso del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) y del Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) respectivamente. Se utilizó así mismo una ficha sociodemográfica para la identificación de datos personales y criterios de inclusión y exclusión. Para la verificación de hipótesis se utilizó el Rho de Spearman con el programa estadístico SPSS.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

- Tungurahua.
- Ambato.
- Universidad del cantón Ambato.

3.3 Población

La investigación se realizará a los estudiantes que realicen prácticas pre profesionales de las carreras de medicina, psicología clínica y enfermería.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.

- Estudiantes matriculados legalmente en las carreras de medicina, psicología clínica y enfermería.
- Estudiantes que realicen prácticas pre profesionales.
- Estudiantes dentro del grupo etario entre 18 y 40 años.
- Estudiantes que hayan firmado el consentimiento informado.

- Estudiantes que hayan completado la evaluación.

Criterios de exclusión.

- Estudiantes con diagnóstico clínico que influya en el sueño como: enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema respiratorio, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, trastornos del humor (afectivos), trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, trastornos del sueño y enfermedades catastróficas.
- Estudiantes que consuman medicamento que influya en el sueño, prescrito por médico especialista.
- Estudiantes en proceso de abstinencia por consumo de sustancias.
- Estudiantes en estado de gestación.
- Estudiantes que hayan sufrido algún tipo de trauma físico y/o emocional en el último mes.
- Estudiantes que estén atravesando por un duelo (perdida de un ser querido).

3.5 Diseño muestral

Se inicia la evaluación a 258 estudiantes universitarios de las carreras de medicina, enfermería y psicología clínica que realizan prácticas pre profesionales. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se tomó como muestra a 221 estudiantes, en un grupo etario de 19 a 38 años.

3.6 Operacionalización de Variables

Calidad de Sueño.

Tabla N° 9. Operacionalización de la variable Calidad de sueño.

<i>Variable</i>	<i>Concepto</i>	<i>Componentes</i>	<i>Instrumento</i>
<i>Calidad de sueño</i>	“La calidad de sueño se refiere a la cantidad de horas suficientes que un individuo destina para descansar y compensar el gasto energético realizado durante el día” (Miró, Cano-Lizano y Buela-Casal, 2005).	Calidad Subjetiva de sueño. Latencia de sueño. Duración de sueño. Eficiencia del sueño habitual. Perturbaciones de sueño. Uso de medicación hipnótica. Disfunción diurna.	Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) Alfa de Cronbach 0.78

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Ideación suicida.

Tabla N° 10. Operacionalización de la variable Ideación suicida.

<i>Variable</i>	<i>Concepto</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Instrumento</i>
<i>Ideación suicida</i>	“La ideación suicida es el paso previo al acto suicida, el cual consiste en pensamientos referentes al exterminio de la propia vida, precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con el propósito de suicidarse. Son pensamientos o ideas vagas sobre la posibilidad de quitarse la vida” (Pérez, 1999).	Ideación positiva. Ideación negativa.	Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) Alfa de Cronbach 0.89

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

3.7 Descripción de reactivos.

Reactivo variable Calidad de sueño.

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

Nombre original: Pittsburgh Sleep Quality Index.

Autor original: Buysse DJ. (1989)

Editor versión española: Macías JA. (1996)

Descripción: El PSQI contiene un total de 19 ítems, agrupadas en 10 preguntas, distribuidas en siete componentes, cada uno con una puntuación que oscila entre 0 (no existe dificultad) y 3 (grave dificultad) en referencia a la calidad de sueño en el último mes. Si la puntuación global es menor o igual a 5 puntos equivale a buena calidad de sueño, de lo contrario, mayor o igual a 6 puntos equivale a mala calidad de sueño.

Componentes:

- Calidad Subjetiva del sueño.
- Latencia de sueño.
- Duración de sueño.
- Eficiencia habitual del sueño.
- Perturbaciones del sueño.
- Uso de medicación hipnótica.
- Disfunción diurna.

Forma de aplicación: Autoaplicado.

Tiempo de aplicación: 15 minutos.

Confiabilidad: 0.78.

Reactivo variable Ideación Suicida

Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI)

Nombre original: Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI

Autor original: Osman, A., Gutierrez P.M., Kopper B.A., Barrios F.X., y Chiros C.E. (1998)

Editor versión española: Villalobos, G. (2010).

Descripción: El PANSI es un cuestionario de 14 preguntas con 6 ítems de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 ítems de ideación suicida negativa (factores de riesgo) que son evaluados en el marco de las últimas dos semanas. La persona debe responder que tan a menudo ha presentado cada uno de los 14 pensamientos, con el uso de una escala Likert entre 0 (nunca) y 4 (siempre). No existe una puntuación global sino una puntuación por cada pensamiento suicida, teniendo en cuenta su existencia dentro del tiempo determinado, sin una puntuación de corte.

Dimensiones:

- Ideación positiva.
- Ideación negativa.

Forma de aplicación: Autoaplicado.

Tiempo de aplicación: 15 minutos.

Confiabilidad: 0.89.

3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.

- Proceso de petición a decanato de los permisos para aplicar los cuestionarios a los estudiantes de quinto, sexto y séptimo de la carrera de Enfermería.

- Presentar proyecto de investigación al comité de Bioética para obtener aprobación para aplicar cuestionarios a los estudiantes de octavo, noveno y décimo de la carrera de medicina.
- Al obtener los permisos correspondientes se procede a aplicar los cuestionarios a los estudiantes universitarios.
- Se pretende presentar el objetivo general del proyecto a la población participante con el fin de informar y cumplir con el código de ética dispuesto por la entidad, así también indicar que los datos recolectados son específicamente para uso científico, donde los nombres de los evaluados no se compartirán, cumpliendo el derecho de confidencialidad.
- Una vez aplicados los reactivos, se procede a la tabulación e interpretación de los datos obtenidos, con el fin de cumplir los objetivos planteados al inicio de la investigación y verificar la hipótesis que se cumple.

3.9 Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación se basa en el Reglamento del Comité de Bioética para Investigación con Seres Humanos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato (UTA, 2016) cumpliendo con los artículos relacionados con los derechos humanos, valores, responsabilidades y compromisos orientadores de las actitudes y prácticas de las y los servidores, trabajadores públicos y estudiantes que formarán parte del presente proyecto de investigación, los cuales serán indicados a continuación:

Artículo 2.

- a) Promover los principios éticos y profesionales, los Derechos Humanos, valores, responsabilidades y compromisos sociales, brindando una protección a la dignidad y derechos de los seres humanos, así como también el bienestar y

seguridad en el marco de los procedimientos, procesos y protocolos de Investigación en Salud, para su estricto cumplimiento.

- b) Asegurar la confidencialidad, privacidad de los estudios en los que se encuentren involucrados seres humanos, protegiendo sus derechos y el bienestar de los mismos.

Artículo 3. Basará su accionar en los siguientes Principios Universales Bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía, y justicia.

Artículo 4.

Aspectos éticos:

- 1) Respeto a la persona y comunidad que participa en el estudio en todos sus aspectos;
- 2) Evaluar el beneficio que generará el estudio para la persona, la comunidad, la región y el país;
- 3) Respeto a la autonomía de las personas que participan en la investigación, a través de la revisión del correcto consentimiento informado de los participantes en el estudio o de su representante legal (en caso de menor de edad o personas con situaciones especiales), la idoneidad del formulario escrito y del proceso de obtención del consentimiento informado y la justificación de la investigación en personas incapaces de dar su consentimiento;
- 4) Medidas para proteger los derechos, la seguridad, la libre participación, el bienestar, la privacidad y la confidencialidad de los participantes;
- 5) Identificar de los riesgos y beneficios potenciales del estudio a los que se expone la persona en la investigación hayan sido analizados y evaluados a profundidad;
- 6) Exigencia que los riesgos señalados anteriormente sean admisibles, que no superen los riesgos mínimos en voluntarios sanos, ni que sean excesivos en los enfermos;

- 7) Selección y asignación de la muestra procurando que la misma sea equitativa y proteja a la población vulnerable y grupos de atención prioritaria. Para efectos de este Reglamento se define la vulnerabilidad como aquellas poblaciones en las que las sumas de circunstancias limitan sus capacidades para valerse por sí mismos. Los factores asociados a la vulnerabilidad social expresados como indicadores demográficos son los siguientes: analfabetismo, desnutrición crónica, pobreza de consumo, riesgo de mortalidad infantil y etnicidad. Son grupos de atención prioritaria los que se establecen en el Artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador;
- 8) Garantizar la evaluación independiente del estudio propuesto;
- 9) Garantizar la idoneidad ética y experticia técnica del investigador/a principal (IP) y su equipo (pp. 4-5).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de las características sociodemográficas de la muestra.

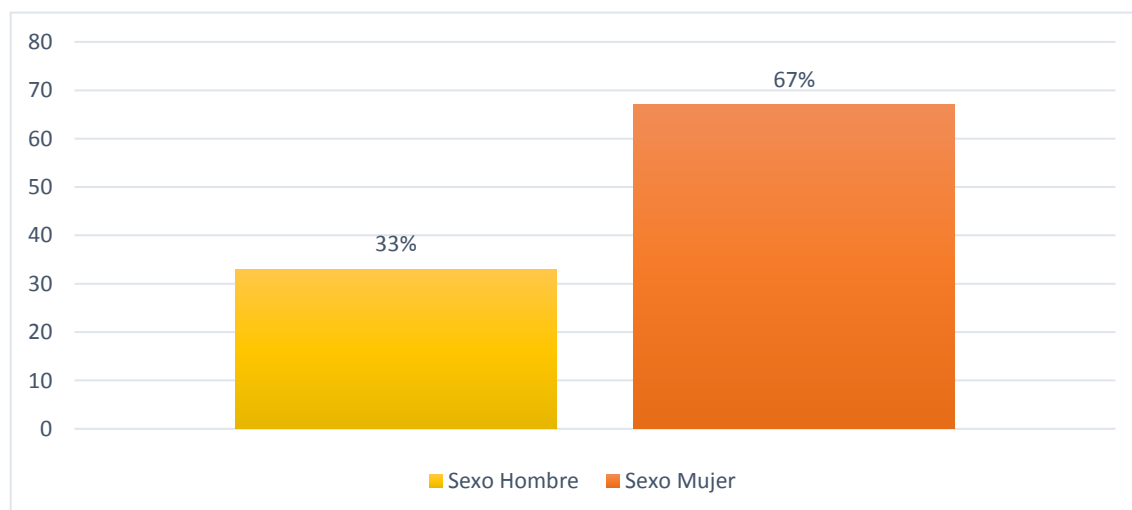
Tabla N° 11. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por sexo.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Hombres</i>	73	33%
<i>Mujeres</i>	148	67%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra de estudio el 33% son hombres (n= 73) y el 67% son mujeres (n= 148).

Figura N° 7. Distribución de la muestra por sexo.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 7 se puede observar que el 67% de los estudiantes universitarios evaluados son mujeres, dato en común con investigaciones como la de Granados et al (2013), Villarroel (2014), Álvarez y Muñoz (2016) cuyas muestras de mujeres pasaba el 60% en comparación con la de los hombres, que en este caso representaría el 33% del total de evaluados.

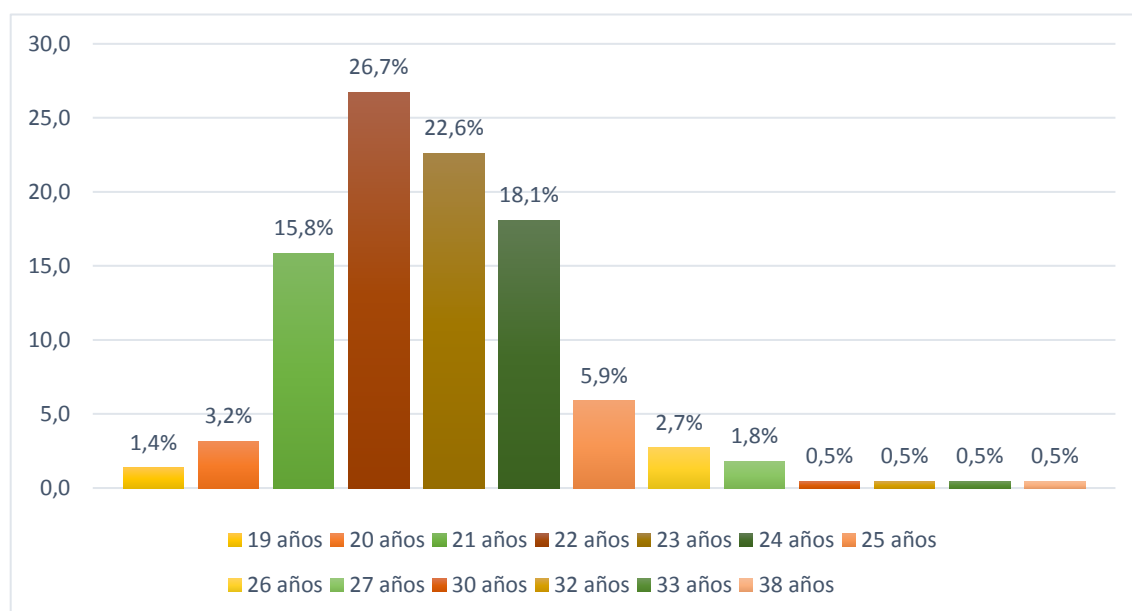
Tabla N° 12. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por edades.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>19 años</i>	3	1,4%
<i>20 años</i>	7	3,2%
<i>21 años</i>	35	15,8%
<i>22 años</i>	59	26,7%
<i>23 años</i>	50	22,6%
<i>24 años</i>	40	18,1%
<i>25 años</i>	13	5,9%
<i>26 años</i>	6	2,7%
<i>27 años</i>	4	1,8%
<i>30 años</i>	1	0,5%
<i>32 años</i>	1	0,5%
<i>33 años</i>	1	0,5%
<i>38 años</i>	1	0,5%
TOTAL	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra de estudio se identifica un grupo etario de 19 a 38 años de edad de los cuales el 1,4% tienen 19 años (n= 3), el 3,2% tiene 20 años (n= 7), el 15,8% tiene 21 años (n= 35), el 26,7% tiene 22 años (n= 59), el 22,6% tiene 23 años (n= 50), el 18,1% tiene 24 años (n= 40), el 5,9% tiene 25 años (n= 13), el 2,7% tiene 26 años (n= 6), el 1,8% tiene 27 años (n= 4) y los de 30 años (0,5%), 32 años (0,5%), 33 años (0,5%) y 38 años (0,5%) tienen 1 cada uno.

Figura N° 8. Distribución de la muestra por edades.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 8 se observa que el grupo con mayor integrantes de acuerdo a la edad son los estudiantes universitarios de 22 años con un 26,7%, seguido por el grupo de 23 años con 22,6%, a continuación el grupo de 24 años con un 18,1%, el grupo de 21 años con un 15,8%, el grupo de 25 años con un 5,9%, el grupo de 20 años con un 3,2%, el grupo de 26 años con un 2,7%, el grupo de 27 años con un 1,8%, el grupo de 19 años con un 1,4% y los grupos de 30, 32, 33 y 38 años representan cada uno el 0,5% respectivamente.

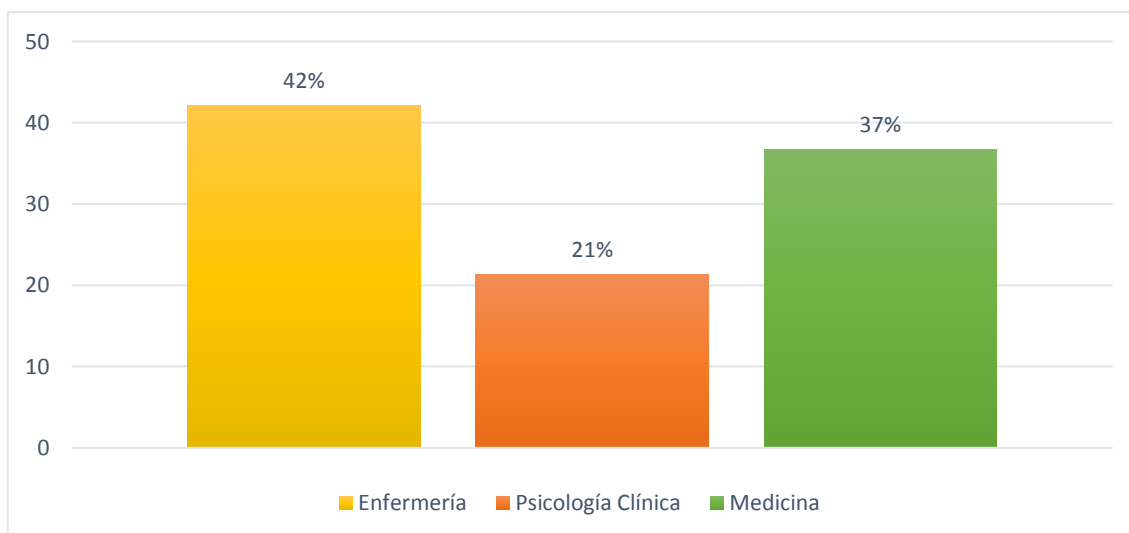
Tabla N° 13. Distribución de la población en frecuencia y porcentaje por carrera.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Enfermería</i>	93	42%
<i>Psicología clínica</i>	47	21%
<i>Medicina</i>	81	37%
TOTAL	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra total de estudio el 42% pertenece a la carrera de Enfermería (n= 93), el 21% es de la carrera de Psicología Clínica (n= 47) y el 37% pertenece a la carrera de Medicina (n= 81).

Figura N° 9 Distribución de la población por carrera.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 9 se puede observar que la carrera de enfermería representa el 42% de la muestra en total, seguida por la carrera de Medicina con el 37% y por último se encuentra la

carrera de Psicología Clínica con el 21%, dato que se ve contrarrestado por la investigación realizada por Granados et al. (2013) cuya frecuencia de estudiantes era mayor en la carrera de medicina seguida por la de enfermería. Coincide en el porcentaje de estudiantes evaluados en la carrera de psicología clínica, que fue menor que las otras carreras, al igual que en esta investigación.

4.2 Índice global de calidad de sueño

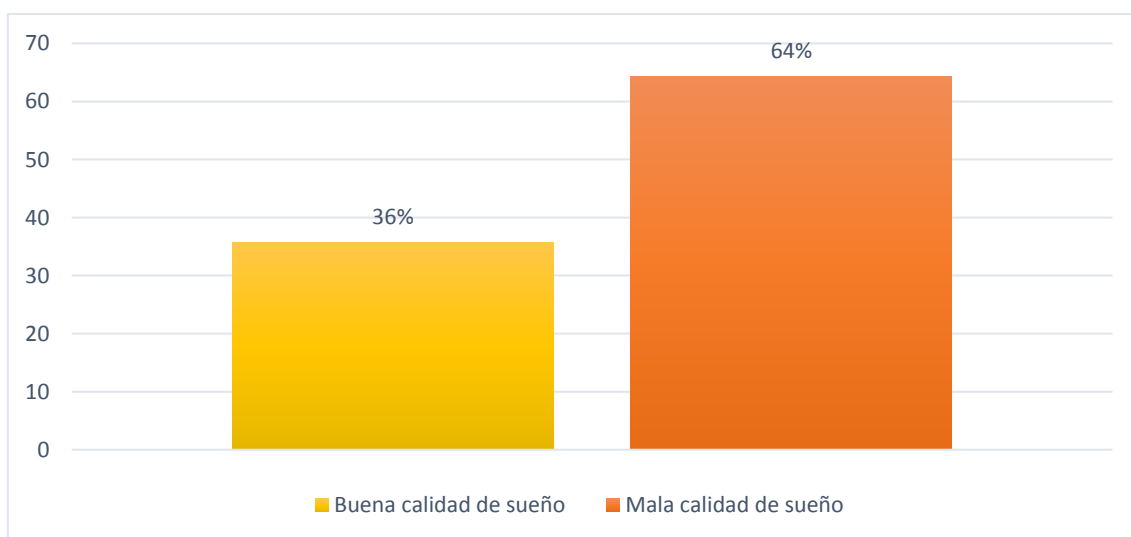
Tabla N° 14. Índice global de calidad de Sueño en frecuencia y porcentaje por estudiantes.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Buena calidad de sueño</i>	79	36%
<i>Mala calidad de sueño</i>	142	64%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra total del estudio 64% tiene buena calidad de sueño (n= 79) y el 35,7% tiene mala calidad de sueño (n= 142).

Figura N° 10. Índice global de calidad de sueño en los estudiantes universitarios.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación:

En la figura N° 10 se puede observar que el índice de Calidad de Sueño de Pittsburg cuenta con 19 preguntas distribuidas en 7 componentes que al sumarlos darán como resultado una puntuación total que oscila entre 0 y 21, con un punto de corte de 0 a 5 que equivale a buena calidad de sueño y cantidades mayores a este ya indican mala calidad de sueño.

De la muestra evaluada el 64% tiene mala calidad de sueño, información que es similar a la encontrada por Lezcano et al. (2014), Schlarb et al. (2017) y Álvarez y Muñoz (2016) que concluyeron en sus investigaciones que la mayoría de su muestra universitaria tenía mala calidad de sueño.

4.3 Componentes del índice de calidad de sueño

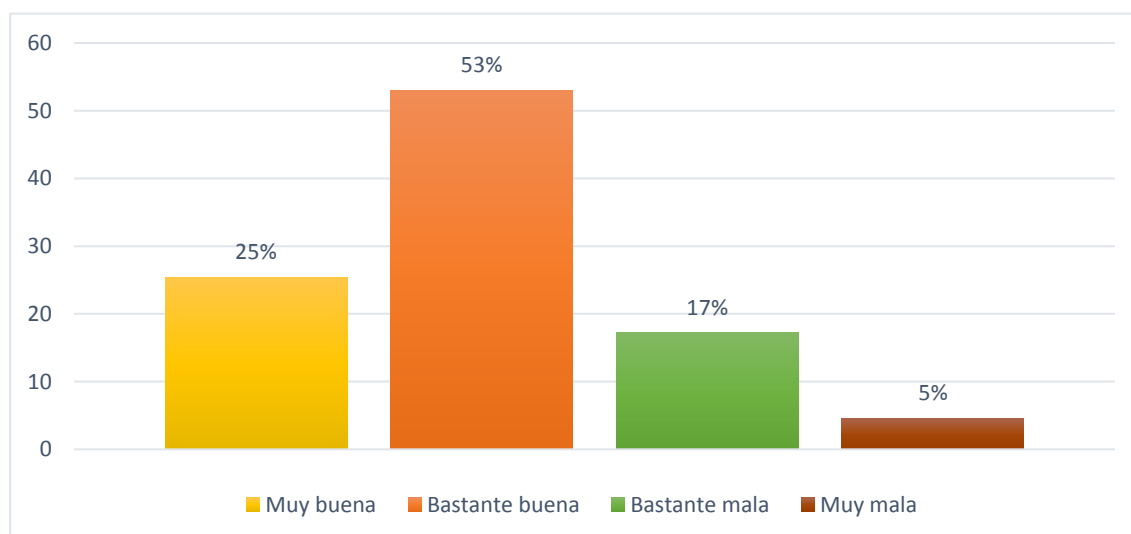
Tabla N° 15. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 1: calidad subjetiva del sueño.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Muy buena</i>	56	25%
<i>Bastante buena</i>	117	53%
<i>Bastante mala</i>	38	17%
<i>Muy mala</i>	10	5%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra total del estudio el 25% son muy buenos dormidores (n= 56), el 53% son bastante buenos dormidores (n= 117), el 17% son bastante malos dormidores (n=38) y el 5% son muy malos dormidores (n= 10).

Figura N° 11. Distribución de la muestra por Componente 1: calidad subjetiva del sueño.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 11 el componente 1: calidad subjetiva del sueño indica como el individuo define su calidad de sueño, es decir el conocimiento que percibe sobre el nivel de descanso que obtuvo en general durante el último mes. De la muestra evaluada el 53% duerme bastante bien, el 25% muy bien, el 17% bastante mal y del 5% muy mal.

La mayoría de los estudiantes evaluados consideran que son buenos dormidores, datos corroborados por las investigaciones realizadas por Corrêa et al. (2017) y Villarroel (2014) que identificaron que la minoría de su muestra se identificaban a sí mismos como malos dormidores.

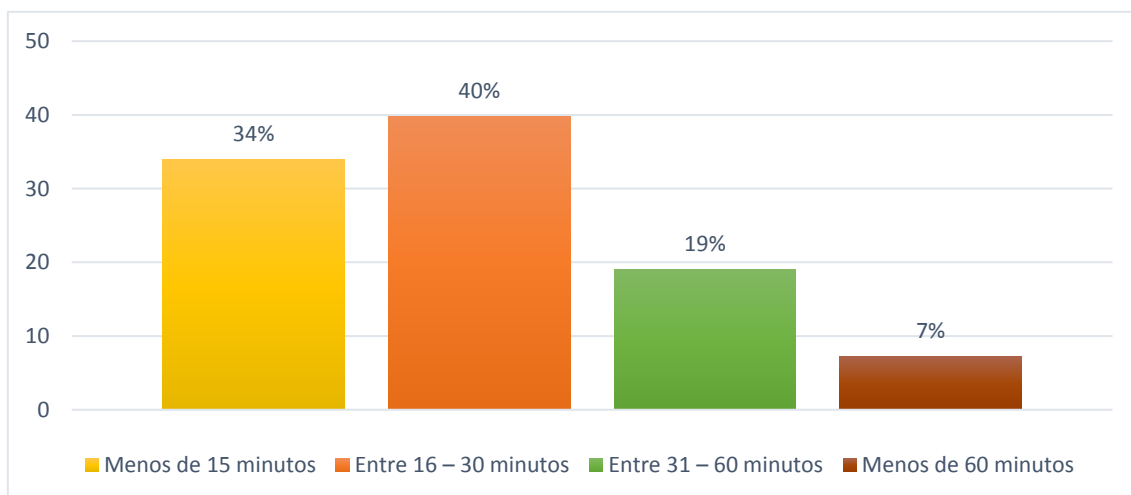
Tabla N° 16. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 2: latencia del sueño.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Menos de 15 minutos</i>	75	34%
<i>Entre 16 – 30 minutos</i>	88	40%
<i>Entre 31 – 60 minutos</i>	42	19%
<i>Menos de 60 minutos</i>	16	7%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra total del estudio el 34% tarda menos de 15 minutos en quedarse dormido (n= 75), el 40% tarda de 16 a 30 minutos (n= 88), el 19% tarda de 31 a 60 minutos (n= 42) y el 7% tarda menos de 60 minutos en quedarse dormido (n= 16).

Figura N° 12. Distribución de la muestra por Componente 2: latencia del sueño.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 12 el componente 2: latencia del sueño permite al sujeto indicar cuanto tiempo cree que tarda en quedarse dormido desde que se acuesta. Dicho tiempo dependerá de factores como la cantidad de energía que la persona ha consumido durante el día o su estado de salud mental y físico. En el mejor de los casos un individuo tarda menos de 15 minutos en quedarse dormido y en el caso contrario menos de 60 minutos.

De la muestra total el 40% tarda entre 16 y 30 minutos en quedarse dormido, el 34% tarda menos de 15 minutos, el 19% tarda entre 31 y 60 minutos y el 7,2% tarda menos de 60 minutos en quedarse dormido. La mayoría de los estudiantes universitarios evaluados tardan menos de 30 minutos en conciliar el sueño como se observó en Villarroel (2014) y Schlarb, Friedrich y Claßen (2017).

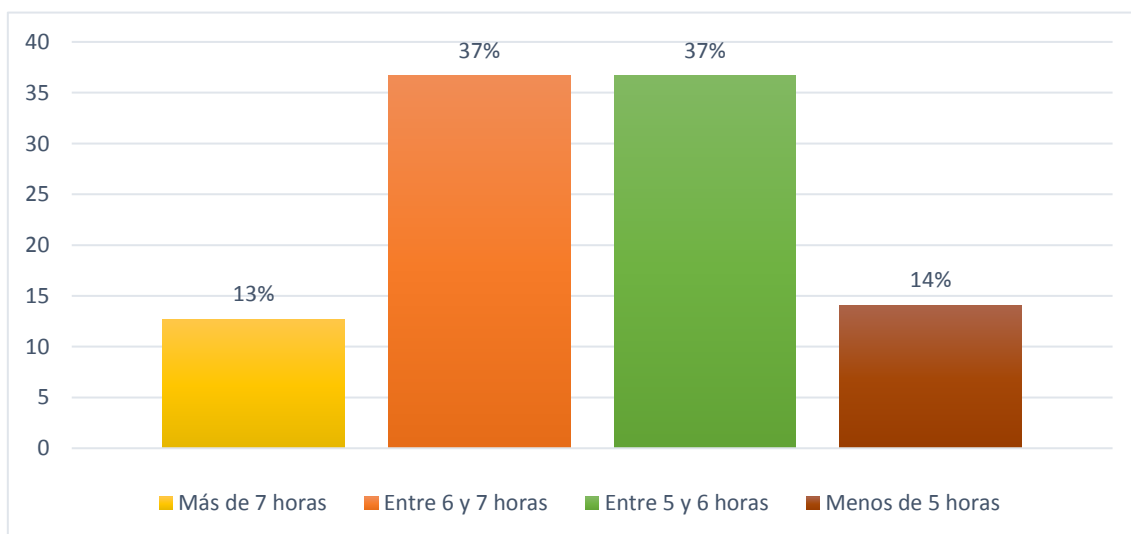
Tabla N° 17. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 3: duración del sueño.

<i>Indicador</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Más de 7 horas</i>	28	13%
<i>Entre 6 y 7 horas</i>	81	37%
<i>Entre 5 y 6 horas</i>	81	37%
<i>Menos de 5 horas</i>	31	14%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De muestra total del estudio la duración del sueño del 13% es de más de 7 horas (n=28), la del 37% va entre 6 y 7 horas (n=81), la del otro 37% va entre 5 y 6 horas (n=81) y la del 14% dura menos de 5 horas (n=31).

Figura N° 13. Distribución de la muestra por Componente 3: duración del sueño.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 13 el componente 3: duración del sueño permite al individuo medir la cantidad de tiempo que ha logrado dormir en conjunto cada noche del último mes de acuerdo a su percepción. Las personas que duermen entre 6 y 7 horas y entre 5 y 7 horas representan cada uno al 37%.

La mayoría de los estudiantes evaluados duermen en promedio un mínimo de 5 horas y un máximo de 7 horas, datos que coinciden con el estudio de Lezcano et al. (2014) cuya muestra no dormía menos de 5 horas y el de Corrêa et al. (2017) que identificaron que el 84,6% de su muestra dormía entre 6 y 7 horas por noche.

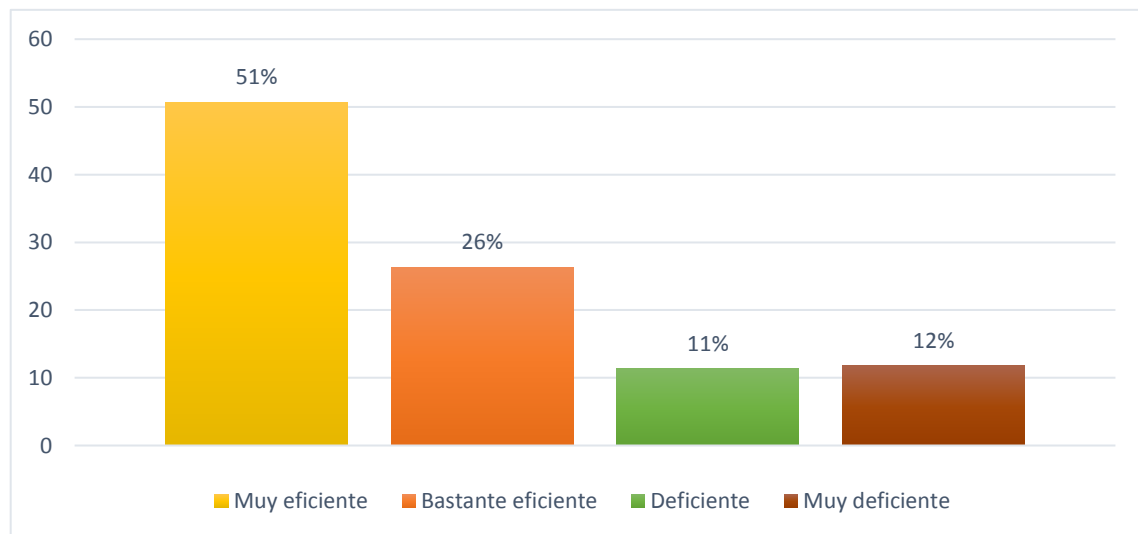
Tabla N° 18. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 4: eficiencia del sueño habitual.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Muy eficiente</i>	112	51%
<i>Bastante eficiente</i>	58	26%
<i>Deficiente</i>	25	11%
<i>Muy deficiente</i>	26	12%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra total del estudio, la eficiencia del sueño habitual del 51% es muy eficiente (n= 112), la del 26% es bastante deficiente (n= 58), la del 11% es deficiente (n= 25) y la eficiencia del sueño habitual del 12% es muy deficiente (n= 26).

Figura N° 14. Distribución de la muestra por Componente 4: eficiencia del sueño habitual.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 14 el componente 4: eficiencia del sueño habitual mide la relación entre la cantidad de horas que el individuo permaneció en la cama y el tiempo que considera haber dormido realmente durante las noches del último mes.

La mayoría de los estudiantes consideran que el descanso que obtienen de su sueño es eficiente ya que el 51% lo percibe muy eficiente y el 26% bastante eficiente, tal como se encontró en el 84,6% de los estudiantes universitarios del estudio de Corrêa et al. (2017) que indicaron que la eficiencia de su sueño habitual era satisfactoria.

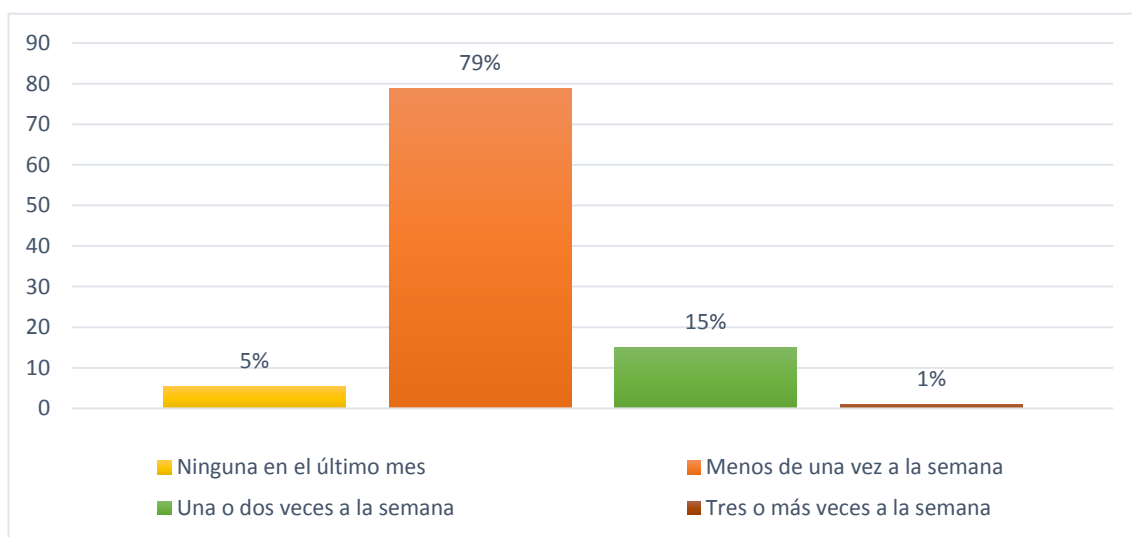
Tabla N° 19. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 5: perturbaciones del sueño.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ninguna en el último mes</i>	12	5%
<i>Menos de una vez a la semana</i>	174	79%
<i>Una o dos veces a la semana</i>	33	15%
<i>Tres o más veces a la semana</i>	2	1%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra total del estudio el 5% no ha experimentado perturbaciones en su sueño (n=12), el 79% ha experimentado perturbaciones en su sueño menos de una vez a la semana (n=174), el 15% ha experimentado una o dos veces a la semana perturbaciones en su sueño (n= 33) y el 1% ha experimentado tres o más veces a la semana perturbaciones en su sueño (n= 2).

Figura N° 15. Distribución de la muestra por Componente 5: Perturbaciones del sueño.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 15 el componente 5: perturbaciones del sueño recolecta información sobre la frecuencia y las situaciones que pueden afectar el mantenimiento del sueño del individuo como: ronquidos, calor, tos, frío o ir al baño.

La mayoría ha experimentado al menos una vez al mes algún tipo de perturbación del sueño ya que el 79% lo ha experimentado menos de una vez a la semana y el 15% una o dos veces a la semana, tal como lo indica Duarte et al. (2014) y Gelaye et al. (2016) en sus investigaciones que identificaron a este componente como un predictor de ideación suicida.

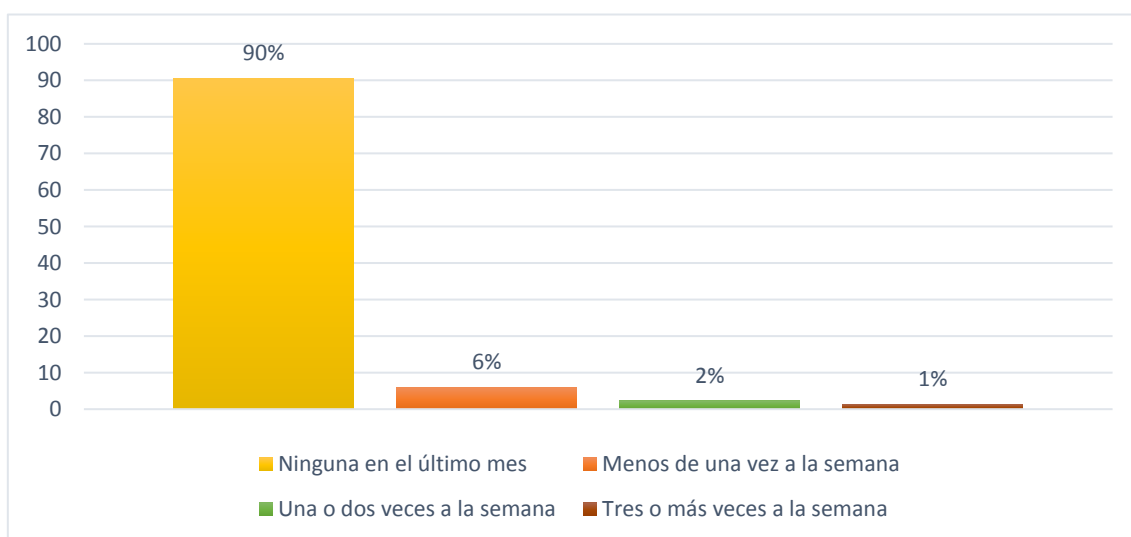
Tabla N° 20. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 6: uso de medicación hipnótica.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ninguna en el último mes</i>	200	90%
<i>Menos de una vez a la semana</i>	13	6%
<i>Una o dos veces a la semana</i>	5	2%
<i>Tres o más veces a la semana</i>	3	1%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra total del estudio el 91% no ha consumido ningún tipo de medicación hipnótica en el último mes (n= 200), el 6% lo ha consumido menos de una vez a la semana (n= 13), el 2% lo ha consumido una o dos veces a la semana (n= 5) y el 1% ha consumido tres o más veces a la semana medicación hipnótica (n= 3) en el último mes.

Figura N° 16. Distribución de la muestra por Componente 6: uso de medicación hipnótica.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 16 el componente 6: uso de medicación hipnótica indaga la necesidad de usar medicamentos que inducen el sueño, prescritas o no por un especialista.

La mayoría de los estudiantes indican que no han consumido medicamento hipnótico para inducir su sueño ya que el 90% refiere que ninguna vez en el último mes lo han hecho, información similar a las encontradas por Villarroel (2014) y Corrêa et al. (2017) que no reflejaron prevalencia alta en el consumo de hipnóticos en sus muestras evaluadas.

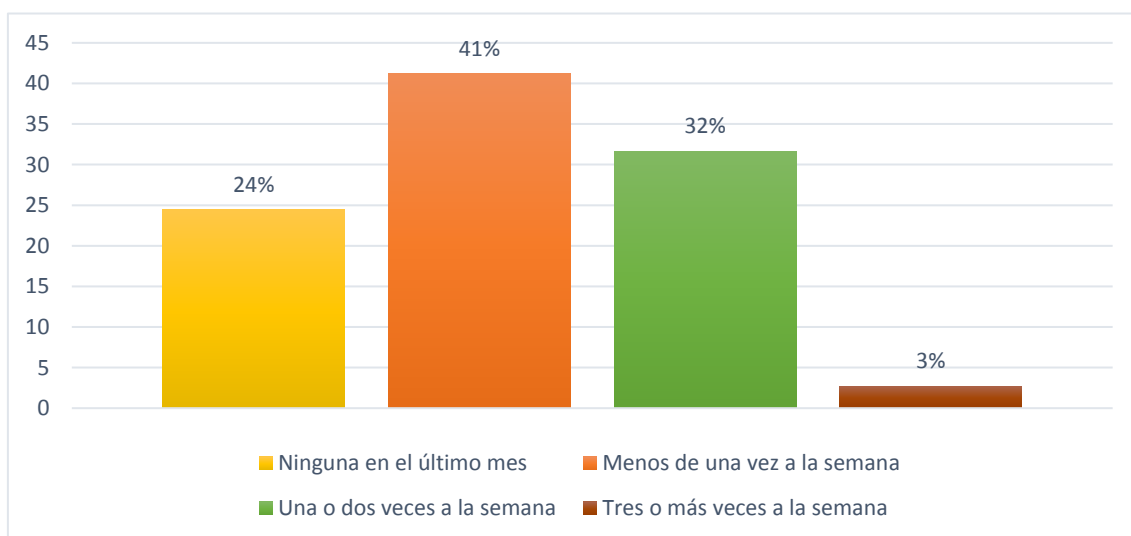
Tabla N° 21. Distribución de la muestra en frecuencia y porcentaje por Componente 7: disfunción diurna.

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ninguna en el último mes</i>	54	24%
<i>Menos de una vez a la semana</i>	91	41%
<i>Una o dos veces a la semana</i>	70	32%
<i>Tres o más veces a la semana</i>	6	3%
<i>TOTAL</i>	221	100%

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Análisis: De la muestra total del estudio el 24% no han experimentado ninguna vez en el último mes disfunción diurna (n= 54), el 41% ha experimentado alguna disfunción diurna menos de una vez a la semana (n= 91), el 32% ha experimentado disfunción diurna una o dos veces a la semana (n= 70) y el 3% ha experimentado tres o más veces disfunción diurna (n= 6) durante el último mes.

Figura N° 17. Distribución de la muestra por Componente 7: disfunción diurna.



Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En la figura N° 17 el componente 7: disfunción diurna trata sobre una excesiva somnolencia, fatiga o cansancio que el individuo percibe durante el estado de vigilia.

La mayoría de los estudiantes ha experimentado algún tipo de disfunción diurna al menos una o dos veces a la semana, ya que el 41% lo ha experimentado al menos una vez al mes y el 32% una o dos veces a la semana, similar a la prevalencia de disfunción diurna encontrada por Schlarb et al. (2017) y Corrêa et al. (2017) en sus estudios.

4.4 Prevalencia de ideación suicida por sexo

Tabla N° 22. Comparación de medias por sexo e ideación suicida en los estudiantes universitarios.

<i>Ideación suicida</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>95% Intervalo de confianza para la diferencia</i>	
			<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
	,418	1,497	-2,139	5,132

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

El inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) permite identificar pensamientos negativos del individuo frente a resolución de problemas e incapacidad para proyección hacia el futuro, mediante la aplicación de 14 ítems con una escala Likert de 0 a 4. Mediante el programa estadístico SPSS se obtuvo una significación bilateral de 0,418 que indica que no existe una diferencia de ideación suicida entre hombres y mujeres.

Si la diferencia de medias entre hombres y mujeres fuera inferior a -2,139 o superior a 5,132 existiría una significación estadística bilateral sin embargo la diferencia de medias de ideación suicida entre hombres y mujeres es de 1,497.

Los datos obtenidos en este estudio se encontraron también en las investigaciones publicadas por Pereira y Cardoso (2015) y Siabato y Salamanca (2015) que no encontraron una diferencia estadística significativa en cuanto al sexo.

4.5 Verificación de Hipótesis

Tabla N° 23. Correlación de Rho de Spearman calidad de sueño e ideación suicida en estudiantes universitarios.

			<i>Ideación suicida</i>
<i>Rho de Spearman</i>	<i>Calidad de sueño</i>	<i>Coefficiente de correlación</i>	0,271
		<i>Sig. (bilateral)</i>	,000

Nota: Obtenido de la fuente La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios, autora Estrella (2018)

Interpretación

En cuanto a la verificación de hipótesis se utilizó del Rho de Spearman por medio del ingreso de información en el programa estadístico SPSS. La muestra inicial fue de 258 estudiantes universitarios que después de aplicar criterios de inclusión y exclusión la muestra final fue de 221.

Se obtiene una significancia bilateral de 0,000 ($<0,050$) rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna. El coeficiente de correlación es de 0,271 lo cual indica que existe una correlación positiva entre la variable calidad de sueño e ideación suicida, como lo encontraron Duarte et al. (2014), Bernet et al. (2014), Gelaye et al. (2016) y Littlewood et al. (2016) en sus investigaciones, identificando a la mala calidad de sueño como un predictor de ideación suicida.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

- Al analizar la información obtenida de las evaluaciones realizadas a los estudiantes que realizan prácticas pre profesionales en las carreras de medicina, enfermería y psicología clínica se concluye que existe una correlación estadísticamente significativa entre la variable calidad de sueño e ideación suicida, ya que la mala calidad de sueño influye en la ideación suicida de los estudiantes universitarios.
- Con relación al análisis de resultados del índice global de calidad de sueño de los estudiantes universitarios, se concluye que la mayoría de la muestra son malos dormidores contrariamente a lo obtenido en el componente 1: calidad subjetiva del sueño ya que la mayoría de los evaluados se consideraron buenos dormidores.
- Se concluye que los componentes duración del sueño, perturbaciones del sueño y disfunción diurna se ven mayormente afectados en la muestra universitaria de este estudio, los cuales podrían ser identificados como predictores de riesgo suicida tal como lo indicaron otros investigadores.
- La prevalencia de ideación suicida en los estudiantes universitarios no es estadísticamente significativa entre hombres y mujeres concluyendo que es un dato en común con otras investigaciones revisadas.

5.2 Recomendaciones.

- Se recomienda educar a los estudiantes universitarios sobre la importancia de tener una buena calidad de sueño y como llegar a tener una higiene del sueño adecuada.

- Se recomienda concientizar sobre los efectos negativos que tiene una ideación suicida persistente a los estudiantes universitarios y las opciones de atención en salud mental que tienen las diferentes instituciones públicas y privadas.
- Se recomienda instruir a la comunidad sobre la sintomatología común en las personas que tienen trastornos del sueño y/o ideación suicida.
- Se recomienda expandir el campo de investigación sobre el suicidio y todas sus fases para identificar predictores de conductas suicidas para una intervención temprana y efectiva.
- Se recomienda sensibilizar sobre la importancia de excluir al suicidio como un tema tabú en la comunidad, para que las personas se motiven a hablar cuando estos pensamientos surjan y así evitar más muertes por suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía.

- Academia Psicólogo Interno Residente APIR (2017). *Manual APIR de Psicobiología*. Madrid, España: Editorial Academia de Preparación PIR0.
- Barrett, K.E., Barman S. M., Boitano S. y Brooks H. L. (2010). *Ganong, Fisiología Médica*. México D.F, México.: McGraw-Hill.
- Blanco, M. (2008). Clasificación de los trastornos del sueño. En David, P., Blanco, M., Pedemonte, M., Velluti, R., y Tufi, M (Ed.), *Medicina del Sueño* (pp. 81-85). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Guyton, A. (2002). *Tratado de Fisiología Médica*. Madrid, España: Elsevier España.
- Hergenhahn, B. R. (2009). *Introducción a la Historia de la Psicología*. México, D.F: CENGAGE learning.
- Luria, A. (1984). *El cerebro en acción*. Madrid, España: Martínez Roca.
- Velluti, R. A. (2008). Fisiología del ciclo sueño-vigilia. En David, P., Blanco, M., Pedemonte, M., Velluti, R., y Tufi, M (Ed.), *Medicina del Sueño* (pp. 26-41). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Puertas, F.J., Prieto, F., Sánchez, J. V., y Aguirre, C. (2015). Neurobiología del ciclo sueño-vigilia. Modificaciones fisiológicas durante el sueño. En Monserrat, J. M., y Puertas, F. J (Ed.), *Patología básica del sueño* (pp. 1-11). Barcelona, España: Elsevier.

Linkografía

- Acum, A., Cornejo, N., y Sáez, M. (2015). *Prevalencia y perfil de los estudiantes con ideación suicida cursando octavo semestre en las carreras de la Facultad de Medicina en la Universidad Austral de Chile, sede Valdivia* (Tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2015/fma189p/doc/fma189p.pdf>
- Adorno, I., Gatti, L., Gómez, L., Mereles, L., Segovia, J., Segovia, J., y Castillo, A. (2016). Calidad del Sueño en estudiantes de medicina de la universidad católica de Asunción. *CIMEL*, 21(1), 5-8. Doi: <https://doi.org/10.23961/cimel.v21i1.596>
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Álvarez, A., y Muñoz, E. (2015). *Calidad del sueño y rendimiento académico en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca, marzo-agosto 2015* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25328>
- Andrade, I., y Yerovi, C. (2011). *Prevalencia de los trastornos de Calidad de Sueño y factores de riesgo asociados en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4766>
- Araque, Y. P., y Moreno, C. D. (2016). *Satisfacción vital, depresión, autoestima, estrés e ideación suicida*. (Tesis de pregrado). Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
- Birchler, A., Schroeder, C., Muench, M., Knoblauch, V., Blatter, K., Schnitzler-Sack, C., Wirz-Justice, A., y Cajochen, C. (2009). Subjective Well-Being Is Modulated by

- Circadian Phase, Sleep Pressure, Age, and Gender. *Journal of Biological Rhythms*, 24(3), 232-242. doi: 10.1177/0748730409335546
- Callejas, L., Sarmiento, R., Medina, K., Sepúlveda, H., Deluque, D., y Escobar-Córdova, E. (2015). Calidad del sueño en una población adulta expuesta al ruido del Aeropuerto El Dorado, Bogotá, 2012. *Biomédica*, 35(2), 103-9. doi:10.7705/biomedica.v35i0.2465
- Carrillo, R.M., Bernabé, A., Miranda, J.J., y Rey, J. (2014). Peruvians' sleep duration: analysis of a population-based survey on adolescents and adults. *PeerJ*, 10(2). Doi: 10.7717/peerj.345
- Duarte, C., Figueiras, A., y da Mota, M. (2014). The relationship between sleep quality, depression, and anxiety in patients with epilepsy and suicidal ideation. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 72(5), 344-8. doi: 10.1590/0004-282X20140017
- Eguiluz L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. *Memorias del XV Coloquio de Investigación*, Iztacala, UNAM; 121-130.
- García de Jalón, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis San Navarra*, 25(3), 87-96. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5570>
- Granados, Z., Bartra, A, Bendezú, D., Huamanchumo, J., Huertado, E., Jiménez, J., León, F., y Chang, D. (2013). Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. *Fac Med*, 59(3), 191-200. doi: 10.15381/anales.v74i4.2704
- Hawton, K., y van Heeringen, K. (2009). *Suicide*. *The Lancet*. Recuperado de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60372-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60372-X/fulltext)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). *Anuario de estadísticas vitales Nacimientos y defunciones 2013*. Recuperado a partir de

- http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones 2014*. Recuperado a partir de http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones 2015*. Recuperado a partir de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2015/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Compendio de Resultados - Encuesta Condiciones de Vida ECV - Sexta Ronda 2015*. Recuperado a partir de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/ECV%20COMPENDIO%20LIBRO.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). *Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones 2016*. Recuperado a partir de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-defunciones/>
- Lezcano, H., Vieto, Y., Morán, J., Donadio, F., y Carbonó, A. (2014). Características del Sueño y su Calidad en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Panamá. *Revista médico científica*, 27(1), 3-11.
- Monjnar, M., Ilgen, M., Mojnar, J., McCammon, R., Valenstein, M., & Brower, K. (2009). Problemas del Sueño y suicidio en Replicación de la encuesta Nacional de comorbilidad. Michigan, Estados Unidos.

- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502
- Miró, E., Cano-Lozano, M. C., y Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, (14), 12. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/13650/1/1215-6103-2-PB.pdf>
- National Sleep Foundation. (2014). *2013 International Bedroom Poll*. Recuperado a partir de <https://sleepfoundation.org/sites/default/files/RPT495a.pdf>
- National Sleep Foundation. (2015). *¿How much sleep do we really need?* Recuperado de <https://sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>
- National Sleep Foundation. (2017) *¿What is good quality sleep?* Recuperado de <https://sleepfoundation.org/press-release/what-good-quality-sleep>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Prevención del suicidio (SUPRE). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Suicidio. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Mortalidad por Suicidio en las Américas. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27709&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Seminario Virtual: Prevención del Suicidio. ¿Qué hacer? Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12456%3A16sep2016-webinar-suicide-prevention&catid=7261%3Aevents-1&Itemid=41080&lang=es

- Pereira, A., y Cardoso, F. (2015). Suicidal Ideation in University Students: Prevalence and Association with School and Gender. *Paidéia*, 25(62), 299-306. doi: 10.1590/1982-43272562201503
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*, 15(2), 196-217.
- Pinzón, A., Guerrero, S., Moreno, K., Landínez, C., y Pinzón, J. (2013). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1), 47-55. Doi: 10.1016/j.rcp.2013.11.005
- Rosales, J., Córdova, M., y Escobar, M. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*, 3(28), 20-32. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a02.pdf>
- Sánchez, J. C., Villarreal, M. E., y Musitu G. (s.f.). *Capítulo 12. Ideación suicida*. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
- Siabato, E., y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(1), 71-81. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf>
- Stranges, S., Tigbe, W., Gómez-Olivé, X., Thorogood, M., y Kandala, N. (2012). Sleep Problems: An Emerging Global Epidemic? Findings From the INDEPTH WHO-SAGE Study Among More Than 40,000 Older Adults From 8 Countries Across Africa and Asia. *SLEEP*, 35(8), 1173-1181C. doi: 10.5665/sleep.2012
- Supartini, A., Honda, T., Basri, N., Haeuchi, Y., Chen, S., Ichimiya, A., & Kumagai, S. (2016). El impacto del tiempo de sueño, la duración del sueño, y la calidad del sueño

en síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes Japoneses: el estudio EQU SITE. Fukuoka, Japón.

Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida.

Recuperado de:

https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf

Universidad Técnica de Ambato. (2016). Resolución: 0998-CU-P-2016. Recuperado de <https://www.uta.edu.ec/v3.2/uta/reglamentosinternos/reglamentobioetica.pdf>

Valeriano, K., Virú, M., & Zárate, A. (2009). Factores asociados a planeamiento suicida en estudiantes de una Escuela de Nutrición en Lima, Perú, 2009. Lima, Perú.

Velluti, R. (1987). Esquema de la fisiología del sueño. *Revista médica de Uruguay*, 3 (1), 47-57. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/1987v1/art5.pdf>

Villarroel, V. (2014). *Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Recuperado de

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vanessa_maribel.pdf?sequence=1

Woollaston, V. (2015). Sleeping habits of the world revealed: The US wakes up grumpy, China has the best quality shut-eye and South Africa gets up the earliest. *Daily mail*.

Recuperado de <http://www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-3042230/Sleeping-habits-world-revealed-wakes-grumpy-China-best-quality-shut-eye-South-Africa-wakes-earliest.html#ixzz3XpkNxCSA>

Base de datos de la Universidad Técnica de Ambato.

SCOPUS

- Bernet, R., Turvey, C., Conwell, Y., y Joiner, T. (2014). Association of Poor Subjective Sleep Quality With Risk for Death by Suicide During a 10-Year Period A Longitudinal, Population-Bases Study of Late Life. *JAMA Psychiatry*, 71(10), 1129-1137. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1126
- Corrêa, C., Oliveira, F., Pizzamiglio, D., Ortolan, E., y Weber, S. (2017). Sleep quality in medical students: a comparison across the various phases of the medical course. *J Bras Pneumologia*, 43(4), 285-289. doi: 10.1590/S1806-37562016000000178
- Gelaye, B., Barrios, Y., Zhong, Q., Rondon, M., Borba, C., Sánchez, S., Henderson, D., y Williams, M. (2015). Association of poor subjective Sleep quality with suicidal ideation among pregnant Peruvian women. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 441-447. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.04.014
- Gelaye, B., Okeiga, J., Ayantoye, I., Berhane, H., Berhane, Y., y Williams, M. (2016). Association of suicidal ideation with por Sleep quality among Ethiopian adults. *Sleep Breath*, 20(4), 1319-1326. doi: 10.1007/s11325-016-1418-9
- Kalyani, M., Jamshidi, N., Salami, J., y Pourjam, E. (2017). Investigation of the Relationship between Psychological Variables and Sleep Quality in Students of Medical Sciences. *Hindawi*. Doi: 10.1155/2017/7143547
- Littlewood, D., Gooding, P., Kyle,S., Pratt, D., y Peters, S. (2016). Understanding the role of sleep in suicide risk: qualitative interview study. *BMJ Open*, 6(8). doi: 10.1136/bmjopen-2016-012113
- Schlarb, A., Claßen, M., Hellmann, S., Vögele, C., y Gulewitsch, M. (2017). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of Pain Research*, 2017(10), 1189-1199. doi: 10.2147/JPR.S125421

Schlarb, A., Friedrich, A., y Claßen, M. (2017). Sleep problems in university students – an intervention. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2017(13), 1989-2001. doi: 10.2147/NDT.S142067

Värnik, P., y Wasserman, D. (2015). Global Suicide. *Advances in Biological Psychiatry*, 30, 1-10. doi: 10.1159/000435765

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

a. Cuestionario del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh.

Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh.

INSTRUCCIONES: Marque o escriba la respuesta que refleja su comportamiento en la mayoría de las noches del último mes.

Por favor, conteste a todas las cuestiones.

PREGUNTA		RESPUESTA							
1.	Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?	PM: 6	7	8	9	10	11		
		AM: 12	1	2	3	4	5		
2.	¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes?	Menos de 15 min	Entre 16- 30 min	Entre 31- 60 min	Menos de 60 min				
3.	Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?								
4.	¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?	Más de 7 horas	De 6 a 7 horas	De 5 a 6 horas	Menos de 5 horas				
5.	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:								
	a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:	Ninguna vez en el último mes							
		Menos de una vez a la semana							
		Una o dos veces a la semana							
		Tres o más veces a la semana							
	b. Despertarse durante la noche o de madrugada:	Ninguna vez en el último mes							
		Menos de una vez a la semana							
		Una o dos veces a la semana							
		Tres o más veces a la semana							
	c. Tener que levantarse para ir al servicio (baño):	Ninguna vez en el último mes							
		Menos de una vez a la semana							
		Una o dos veces a la semana							
		Tres o más veces a la semana							
	d. No poder respirar bien:	Ninguna vez en el último mes							
		Menos de una vez a la semana							
		Una o dos veces a la semana							
		Tres o más veces a la semana							
	e. Toser o roncar ruidosamente:	Ninguna vez en el último mes							
		Menos de una vez a la semana							
		Una o dos veces a la semana							
		Tres o más veces a la semana							
	f. Sentir frío:	Ninguna vez en el último mes							
		Menos de una vez a la semana							
		Una o dos veces a la semana							
		Tres o más veces a la semana							
	g. Sentir demasiado calor:	Ninguna vez en el último mes							
		Menos de una vez a la semana							
		Una o dos veces a la semana							

		Tres o más veces a la semana	
	h. Tener pesadillas o malos sueños:	Ninguna vez en el último mes	
		Menos de una vez a la semana	
		Una o dos veces a la semana	
		Tres o más veces a la semana	
	i. Sufrir dolores:	Ninguna vez en el último mes	
		Menos de una vez a la semana	
		Una o dos veces a la semana	
		Tres o más veces a la semana	
	j. Otras razones. Por favor descríbalas:	Ninguna vez en el último mes	
		Menos de una vez a la semana	
		Una o dos veces a la semana	
		Tres o más veces a la semana	
6.	Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?	Muy buena	
		Bastante buena	
		Bastante mala	
		Muy mala	
7.	Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?	Ninguna vez en el último mes	
		Menos de una vez a la semana	
		Una o dos veces a la semana	
		Tres o más veces a la semana	
8.	Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?	Ninguna vez en el último mes	
		Menos de una vez a la semana	
		Una o dos veces a la semana	
		Tres o más veces a la semana	
9.	Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?	Ningún problema	
		Solo un leve problema	
		Un problema	
		Un grave problema	
10.	¿Duerme usted solo o acompañado?	Solo	
		Con alguien en otra habitación	
		En la misma habitación, pero en otra cama	
		En la misma cama	

Puntuación PSQI Total

Sume la puntuación de los 7 ítems

Puntuación PSQI Total: _____

b. Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)

***Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa
(Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI)***

Instrucciones: A continuación, se le presenta 14 ítems por contestar donde usted debe seleccionar si la identificación que usted tiene con la pregunta es NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, CASI SIEMPRE O SIEMPRE. Conteste con una X en el recuadro de cada pregunta con relación a los ULTIMOS 15 DIAS.

RECUERDE: Responda de manera honesta, los resultados de su evaluación no serán compartidas con ninguna persona. Es de uso exclusivo de la evaluadora, con fines investigativos.

M	ITEM	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	¿Ha considerado seriamente quitarse la vida porque no pudo cumplir con lo que otras personas esperaban de usted?					
2	¿Ha sentido que tenía el control de la mayoría de las situaciones de su vida?					
3	¿Pensó en quitarse la vida porque no tenía esperanza en el futuro?					
4	¿Se ha sentido tan triste por su relación con alguien importante, que deseaba estar muerto?					
5	¿Pensó en quitarse la vida porque no podía hacer algo que era muy importante en su vida?					
6	¿Tuvo esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como usted quería?					
7	¿Pensó en quitarse la vida porque no encontraba una solución a un problema personal?					
8	¿Se ha sentido alegre porque le estaba yendo bien en el estudio o en el trabajo?					
9	¿Pensó en quitarse la vida porque sentía que su vida era un fracaso?					
10	¿Pensó que sus problemas eran tan graves que la única opción que tenía era quitarse la vida?					
11	¿Se ha sentido tan solo(a) o tan triste que quería quitarse la vida para así terminar con ese sufrimiento?					
12	¿Ha tenido confianza en las capacidades que tenía para enfrentar la mayoría de problemas de su vida?					
13	¿Siente que vale la pena vivir la vida?					
14	¿Tiene confianza en lograr sus metas en el futuro?					

TABLA DE RESULTADOS	
TOTAL DE ISP	
TOTAL DE ISN	

c. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Objetivo de este documento es darle a conocer que:

- La participación en esta investigación es voluntaria, lo que significa que, si usted no desea ser partícipe de este proyecto, puede abandonarlo sin temor a repercusiones.
- El estudio no produce ningún tipo de daño a su integridad como persona ya que se garantiza total discreción y confidencialidad sobre la información obtenida.
- Previo a la aplicación de los cuestionarios, se le explicara el objetivo de cada uno y que mide, para que usted tenga conocimiento completo del objetivo de tal investigación.
- Dentro de la información que comparte el proyecto de investigación, no se informa a que institución pertenecen los estudiantes universitarios.
- El estudiante investigador no tiene ningún conflicto de interés con este proyecto, lo que significa que el único objetivo de la recolección de los datos es con fines investigativos por requerimientos para obtener su título de tercer nivel como Psicóloga Clínica.

Yo, _____, con Cédula de Identidad No. _____ autorizo a la estudiante de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, GABRIELA MERCEDES ESTRELLA SANTAMARÍA, hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para el desarrollo de su proyecto de investigación con el tema “La Calidad de Sueño como variable asociada a la Ideación Suicida en estudiantes universitarios”

FIRMA DEL EVALUADO (A)

Día Mes Año

FIRMA DEL EVALUADOR

d. Ficha de Información.

FICHA DE INFORMACIÓN

EDAD:		RAZA:	Mestizo	Afroecuatoriano	Indígena	*Otro:
SEXO:	Hombre	ORIENTACIÓN SEXUAL:	Heterosexual	Homosexual	*Otro:	
	Mujer					
ESTADO CIVIL	Soltero (a)	Casado (a)	Divorciado (a)	Unión libre	*Otro:	
HIJOS:	Si		SITUACIÓN ECONOMICA	Muy Buena	Buena	Mala
	No					
REGIÓN DONDE UD HA VIVIDO MÁS TIEMPO			Costa	Sierra	Oriente	R. Insular
¿TRABAJA?	Si		¿HA SIDO USTED HOSPITALIZADO (A) EN EL ULTIMO MES?	Sí		Si la repuesta es SI, especificar.
	No			No		
HA SIDO USTED DIAGNOSTICADO CON:		Ansiedad		Apnea del Sueño		
		Depresión		Sonambulismo		
		Trastorno del sueño.		Enfermedad catastrófica crónica		
		Otra enfermedad que no se haya especificado:				
¿CONSUME USTED ACTUALMENTE MEDICAMENTO PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA?		Sí		Especifique por favor que medicamento consume:		
		No				
CONSUME USTED:	Energizante		Aproximadamente ___ veces a la semana			
	Café		Aproximadamente ___ veces a la semana			
	Alcohol		Aproximadamente ___ veces a la semana			
	Tabaco		Aproximadamente ___ veces a la semana			
	Marihuana		Aproximadamente ___ veces a la semana			
	Cocaína		Aproximadamente ___ veces a la semana			
	Taurina		Aproximadamente ___ veces a la semana			
	Medicamento para no dormir		Aproximadamente ___ veces a la semana			
	Medicamento para dormir		Aproximadamente ___ veces a la semana			