



BUAP

Facultad de Medicina

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No.57**

**“CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A LA ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 57”**

**Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina
Familiar**



**Presenta:
Dra. Josefa Juarez Neri**

**Director:
Dra. Laura Concepción Momox Vázquez**

**Asesores:
Dra. Norma Dolores Pérez Bandala
Dra. Itzel Gutiérrez Gabriel**

H. Puebla de Zaragoza, Febrero 2020.

ÍNDICE	Pág.
1.- RESUMEN	3
2.- INTRODUCCIÓN	6
3.- ANTECEDENTES	7
3.1. ANTECEDENTES GENERALES	7
3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	20
4.- JUSTIFICACIÓN	22
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
6.- HIPÓTESIS	24
7.- OBJETIVOS	24
7.1 OBJETIVO GENERAL	24
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
8.- MATERIAL Y MÉTODOS	24
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	24
8.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO	24
8.3 MUESTREO	25
8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	25
8.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	25
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO	25
8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	25
8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	25
8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA	25
8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	25
8.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	25
8.7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	26
8.8 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	28
8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	29
8.10 ANÁLISIS DE DATOS	29
9.- RESULTADOS	30
10.- DISCUSION	40
11.- CONCLUSION	42
12.- PROPUESTAS	44
13.- ANEXOS	45
12.- BIBLIOGRAFÍA	60

1.- RESUMEN

“CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 57”

Josefa Juárez Neri¹, Laura Concepción Momox Vázquez² Norma Dolores Pérez Bandala³, Itzel Gutiérrez Gabriel⁴

- 1.- Residente de tercer año de Medicina Familiar UMF 57,
- 2.- Médico Familiar UMF 57,
- 3.- Médico Familiar UMF 57,
- 4.- Coordinadora del Área de Enseñanza en UMF 57.

MARCO TEÓRICO. La prevalencia de los trastornos del sueño es algo muy común hoy en día, se relacionan directamente con la mala calidad, existen patrones del sueño que están definidos de acuerdo con la duración; puede ser largo, intermedio o corto. Hay múltiples cuestiones tanto laborales, sociales y académicas que alteran estos patrones.

La residencia médica es una causa evidente ya que durante la formación de médicos residentes se suscitan cuestiones que desencadenan una mala calidad del sueño por múltiples factores; laborales, físicos, ambientales; entre otros, que conllevan a alteraciones propiciando la aparición de trastornos mentales como lo son la depresión y la ansiedad. Sabemos que la frecuencia de estas patologías está en aumento. En esta investigación se demostrará la relación que existe entre la calidad del sueño de los médicos residentes y la existencia de ansiedad y depresión.

OBJETIVO. Determinar la asociación entre calidad de sueño y la ansiedad y depresión en los residentes de la unidad de medicina familiar 57.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, relacional, transversal y prospectivo, el cual se realizó a médicos residentes de la UMF 57 siendo la muestra de 60 médicos residentes que se encontraban en período de adiestramiento durante el periodo del 1° de Enero al 30 de Junio de 2018. Para valorar la calidad de sueño en los médicos residentes se aplicó el cuestionario de Pittsburg, el cual nos arrojó una puntuación en la que se ve reflejada que tan mal sueño reparador tienen; además se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton, la cual valoró si se encuentra en un estado ansioso y con qué frecuencia tiende a parecer este estado en su vida diaria y para relacionar la gravedad de aparición de síntomas de depresión se aplicó el inventario de depresión de Beck. Para el análisis bivariado, el objetivo estadístico fue asociar con Chi cuadrada de calidad de sueño y cuestionario de Beck así como cuestionario de ansiedad de Hamilton, rechazando H₀ si p es menor de 0.05. Este análisis se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS v25

RESULTADOS. El presente trabajo de investigación se realizó en 60 médicos residentes de la unidad médico familiar número 57 del estado de Puebla. A los cuales se les encuestó con la finalidad de determinar la calidad de sueño que presentan y si hay asociación con síntomas de depresión y ansiedad. De igual forma se determinó características sociodemográficas (edad, sexo, grado académico, estado civil y número de hijos). Se presentó una media de edad de

31.7, una edad mínima de 24 años y una edad máxima de 49 años. En cuanto al género predominante fueron 35 mujeres que representa 58.3% contra 25 hombres que representa el 41.7%. Respecto al grado académico que cursan los encuestados es la siguiente, primer y segundo grado corresponden a 21 integrantes y de tercer grado solo 18 respectivamente 35%, 35% y 30%. En relación al número de hijos que cuentan los médicos encuestados el 55% se encuentra sin hijos, un 25% cuenta con un hijo, el 16.5% con dos hijos y solo el 3.3% con tres hijos. Una variable que se cuestionó fue su estado civil para poder comprender qué tipo de relaciones afectivas cuentan durante el periodo de adiestramiento de la residencia médica. La prevalencia fue un porcentaje de 58.3% solteros, un 30% casados. La frecuencia de la presentación de síntomas de ansiedad al momento de las encuestas fue de un 57.7% sin datos de ansiedad, presencia de ansiedad leve en un 26.7%, 6.7% ansiedad moderada y ansiedad grave en el 10%. De acuerdo a la presentación de síntomas relacionados con la depresión en los médicos residentes encuestados tenemos que el resultado fue que 50 de ellos se encuentran sin depresión representando un 83.3%, 6 con depresión leve que representa un 10% y finalmente 4 con depresión severa que representa un 6.7%.

La calidad de sueño en los médicos residentes se presentó de la siguiente manera: tenemos una prevalencia de malos dormidores que merecen atención medica con un número de 29 individuos representando un 48.3% siguiendo los dormidores de buena calidad con un número de 16 que representa un 26.7 % y por último los dormidores que merecen atención y tratamiento por su mala calidad de sueño es de 15 individuos representando un 25%.

En cuanto a los resultados obtenidos de la asociación sobre la calidad de sueño con ansiedad en los médicos residentes encuestados: malos dormidores que merecen atención medica ansiedad leve 16.7% equivalente a 10 individuos, ansiedad moderada en 1 individuo y aquellos que merecen atención médica y tratamiento médico con ansiedad leve 16.7% equivalente a 10 individuos, ansiedad moderada 5% equivalente a 3 individuos y ansiedad grave con 10% equivalente a 6 individuos. De acuerdo a los síntomas de depresión se encuentran como malos dormidores que merecen atención medica 5% equivalente a 3 individuos con depresión leve y aquellos que merecen atención médica y tratamiento se encuentran depresión leve 5% a 3 individuos y depresión severa 6.7% equivalente a 4 individuos.

La asociación sobre la calidad de sueño y ansiedad se obtuvo una prueba de Fisher de 21.907 con una $p = .000$, en cuanto a calidad de sueño y depresión, la prueba de Fisher de 13.25 con una $p = .001$ por lo que en ambas se rechaza hipótesis nula lo que quiere decir que si existe relación entre la calidad de sueño con los síntomas de ansiedad y depresión.

CONCLUSIÓN. La calidad de sueño en los médicos residentes se modifica desde el inicio del periodo de adiestramiento por múltiples factores: tanto laborales, académicos y personales. Es de suma importancia saber cómo se encuentra esta calidad ya que mucha de las veces afecta su integridad física y psicológica además los médicos residentes se encuentran en contacto físico directo y realizan actividades y procedimientos de suma complejidad con los pacientes.

En nuestro estudio que se realizó a 60 médicos residentes de la especialidad de medicina familiar en la Unidad Médica #57 se investigó si existía una asociación con la calidad de sueño y la aparición de los síntomas de ansiedad y depresión, de acuerdo al resultado que se obtuvo al realizar tablas cruzadas para variables como calidad de sueño y aparición de ansiedad se demuestra que 18 (30%) de los médicos residentes son malos dormidores que merecen atención médica obteniendo 16.7% prevalencia con síntomas de depresión leve. Así mismo para asociar calidad de sueño con depresión se obtuvo que 26 (43.3%) son malos dormidores merecen atención médica y tratamiento presentan por igual síntomas de depresión leve. Esto nos hace concluir que los médicos residentes que cuentan con mala calidad de sueño y merecen tanto atención médica y tratamiento médico cuentan con mayor prevalencia para la aparición de síntomas de ansiedad leve y depresión leve.

2.- INTRODUCCIÓN

El sueño es un programa fisiológico completamente diferente al estado de vigilia, este comprende dos estados: sueño lento y sueño REM. Ambos estados involucran funciones fisiológicas que deben de ocurrir de manera armónica para consolidar un adecuado estado de salud. El sueño se establece en cuatro dimensiones diferentes: tiempo circadiano, factores intrínsecos del organismo (edad, sexo, modelos de sueño, estado fisiológico o necesidad de dormir, entre otros); conductas que favorecen o impiden el sueño; y el ambiente.

Los desordenes en el sueño representan una prevalencia de un tercio en los adultos. Estos desordenes suelen ser consecuencia a las imposiciones en cantidad de horas de trabajo y de estudio siendo la causa principal en los médicos residentes.

Los efectos del sueño no se fijan solo al propio organismo, sino que intervienen en el desarrollo y actividad normal de un individuo en la sociedad, afectando la productividad laboral o escolar. La calidad de sueño no sólo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino que comprende también un buen funcionamiento diurno. La mala condición de sueño puede perjudicar distintos subprocesos de la atención.

Al no dormir adecuadamente en la fase REM se ha asociado a insomnio crónico por lo que se reduce la capacidad de hacer frente al estrés emocional, lo que aumenta el riesgo de depresión y/o ansiedad. Las complejas interrelaciones entre el sueño y el estado de ánimo, incluyendo los problemas clínicos en el estado de ánimo, como una depresión mayor y un trastorno bipolar sigue siendo un área importante de investigación.

Desde la práctica clínica, se estima que el 80% de los casos con diagnóstico primario de trastorno depresivo se asocian a niveles altos de ansiedad, y que aproximadamente un 50% de los pacientes que presentan ansiedad generalizada padecen también síndrome depresivo.

La ansiedad, a su vez, sustenta una estrecha relación con las alteraciones del sueño. Posiblemente esa situación mental angustiada es una de las causas que más generan alteración en la conciliación y la conservación del sueño. Se estima que el 30% de la población mundial sufre algún tipo de trastorno o alteración del sueño. Sin embargo, investigaciones actuales apuntan a que estas alteraciones son patológicas, y que pueden ser causadas por factores orgánicos como psicosociales, trastornos de tipo temporal del ciclo vigilia-sueño, por factores ambientales e incluso por dependencia de drogas.

3.- ANTECEDENTES

3.2. ANTECEDENTES GENERALES

SUEÑO:

Etimológicamente la palabra sueño deriva del latín *somnum*, que significa somnífero, somnoliento, sonámbulo. De acuerdo a la definición en el Diccionario de la Real Academia Española significa: acto de dormir. ¹

El sueño es un fenómeno normal, se considera un proceso fisiológico vital importante para la salud integral de los seres humanos. Algunas características que se presentan durante este fenómeno son: ²

- 1) Disminución de la consciencia y disminución a la reacción a estímulos externos
- 2) Proceso fácilmente reversible
- 3) Inmovilidad y relajación muscular
- 4) Se presenta de manera circadiana
- 5) En privación se manifiestan diferentes alteraciones conductuales y fisiológicas.

En cuanto a las fases del sueño debemos aclarar que suele ser muy similar durante todo el periodo del sueño sin embargo el cerebro es el que sufre una serie de cambios, estos cambios pueden ser reconocidos mediante técnicas electrofisiológicas como: la polisomnografía.³

Mediante este tipo de estudio que como ya sabemos es completo, se han podido identificar 3 estados que presenta el ser humano que son de actividad y de función: la vigilia, sueño con movimientos oculares rápidos o conocida como fase REM o MOR, y el sueño con reducción de movimientos oculares rápidos o conocida como NREM o NMOR.²

La nomenclatura acerca de las fases del sueño ha sido modificada por la Academia de Medicina del Sueño en el año 2007 quedando de la siguiente manera para su estudio.²

Sueño No Mor: fase 1, ahora denominada N1, esta fase corresponde al inicio del sueño ligero o inicio de la somnolencia, en esta fase es muy fácil despertarse, la actividad muscular disminuye paulatinamente, se pueden llegar a presentar sacudidas musculares breves que se relacionan con la sensación de caída que medicamente se conocen como mioclonias hípnicas. La fase 2, ahora denominada N2, se caracteriza por la presencia de husos de sueño (marcador electrofisiológico que se da por la interrupción en el tálamo de la transmisión sensorial de la corteza exterior) y complejos K (es la onda electronegativa de baja frecuencia y elevada amplitud, seguida de una onda de baja frecuencia) que solo serán observados en el electroencefalograma, fisiológicamente en esta etapa habrá disminución de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y descenso de la temperatura. La fase 3 y 4 o sueño de ondas lentas, actualmente en conjunto llamadas fase N3; esta es

la fase más profunda del sueño y se caracteriza por que en el electroencefalograma podemos observar actividad cerebral de frecuencia muy lenta (menos de 2Hz).^{2,3.}

Sueño Mor: ahora es conocido como fase R, existencia de movimientos oculares rápidos, el tono de todos los músculos reduce a excepción de los músculos respiratorios y de los esfínteres tanto vesical como anal, en esta fase la frecuencia cardíaca y la respiratoria pueden tornar anormal hasta llegar a incrementarse, puede haber o no erección del pene o del clítoris. Durante esta etapa se presentan las ensoñaciones (sueños).²

La duración del sueño No Mor es aproximadamente entre 70 y 100 min, para después pasar al sueño Mor el cual puede durar entre 5 a 30 min, y estas fases se repiten cada hora y media hora durante toda la noche o duración total del sueño, se pueden llegar a presentar entre 4 a 6 ciclos de sueño MOR. En el adulto la duración total del sueño puede variar, sin embargo, se ha establecido un promedio de 7 hrs a 8hrs, los jóvenes duermen 50% de sueño lento ligero y 15% a 20% en sueño lento profundo y 20% a 25% en sueño MOR.^{2,3.}

No debemos olvidar la relación estrecha de 4 núcleos que están relacionados para que se lleve a cabo fisiológicamente el estado del sueño, y que son: Hipotálamo posterior (NPH) que su función es la vigilia, núcleo ventrolateral preóptico (VLPO) encargado del sueño No Mor, reticular pontis oralis lateral (NRPO) regulando el sueño Mor y por último el núcleo supraquiasmático (NSQ) que regula como reloj el ciclo de sueño-vigilia.⁴

La privación del sueño la podemos entender como suspensión total del sueño por un periodo de más de 24 horas. Restricción del sueño significa disminución de la duración habitual del sueño que se presentará de manera crónica. La interrupción repetida de los despertares durante el periodo de sueño hará relación a fragmentación del sueño. Estos conceptos mencionados se relacionarán directamente con alteraciones del sueño.²

Las alteraciones del sueño afectan el rendimiento en distintas tareas cognitivas dependiendo del tiempo de presentación y la cantidad de deuda de sueño acumulado. En un estudio realizado en el año 2003 por Van Dongen y cols, se concluyó que en las privaciones crónicas del sueño se presenta un nivel de adaptabilidad ya que los pacientes estudiados refieren menos somnolencia, menos fatiga y en cuanto a alteraciones de humor son menos frecuentes o inclusive nulas, sin embargo, la afectación se ve a nivel de rendimiento cognitivo ya que aumenta proporcionalmente con la cronicidad de la alteración del sueño.²

PRINCIPALES FUNCIONES COGNITIVAS AFECTADAS CON PÉRDIDA DEL SUEÑO. ¹

La atención se vuelve variable e inestable y se incrementan los errores de omisión y comisión

Enlentecimiento cognitivo

El tiempo de reacción se prolonga

Memoria a corto plazo y de trabajo disminuye

Se afecta la adquisición de tareas cognitivas como el aprendizaje
Las tomas de decisiones se vuelven arriesgadas
Alteración del juicio
Alteraciones del humor principalmente se relaciona con irritabilidad y enojo
Disminuye la autovigilancia y autocrítica
Fatiga excesiva y presencia de microsueños involuntarios.

El sueño está considerado como un papel fundamental en la consolidación de la memoria, aprendizaje, procesos restaurativos, y codificación, por eso se relaciona con una adecuada calidad. Las alteraciones del sueño se asocian a reducción en la vitalidad de este estado, un mal funcionamiento social, una actividad física deteriorada, salud mental inadecuada, alteración en cuanto a procesos cognitivos, rendimiento psicomotor y calidad de vida. Se ha relacionado en un 15% a 42% los trastornos del sueño con una prevalencia del 62% en los ancianos. El insomnio es uno de los trastornos más comunes⁵

Los trastornos del sueño se han convertido hoy en día en un problema tan común en los países desarrollados y es una patología de la que menos se estudia.

EL INSOMNIO:

Es uno de los trastornos más frecuentes presentándose en la población en general, está caracterizado por la presencia de dificultad o la incapacidad continua para iniciar el estado de sueño o mantenerlo cuando ya se ha iniciado o presentar la sensación de que no es reparador. Cuando se presenta esta alteración; de manera diurna aparecerá: malestar, inatención, reducción del rendimiento socio-laboral, alteraciones en carácter, aletargamiento, astenia, propensión a errores laborales. ²

Como datos culturales se menciona que la privación del sueño tendrá como consecuencia la facilidad de aparición de: disminución de la atención visual, disminución de velocidad de reacción, disminución de memoria visual y disminución del pensamiento creativo, por lo que en presencia de estas alteraciones en las personas siempre se debe preguntar sobre su estado de sueño. ⁵

Existen múltiples situaciones laborales, sociales y académicas que están viculadas con la perturbación del ciclo del sueño refiriendo solo algunas profesiones como policías, guardias de seguridad, médicos, enfermeras, siendo los que se encuentran relacionados principalmente.

SOMNOLENCIA:

Se conoce también con el nombre de somnolencia diurna excesiva o hipersomnia, la refieren como una sensación subjetiva del cansancio físico y el deseo de dormir, debemos hacer diferencia con fatiga, la cual se referirá solo como cansancio sin presencia del querer dormir. Tiene aparición de forma diurna y es por privación del sueño o mala calidad del mismo, fisiológicamente se ha comprobado que lo más frecuente es que las etapas de sueño profundo y reparador no se llevan a cabo por lo que se presenta la somnolencia. Se define como la incapacidad de un nivel de

vigilia- alerta apropiado durante el día, disminuyendo la calidad de vida y productividad académica, muestra modificación en la concentración y la memoria. No se tiene bien definida la fisiopatología, sin embargo, se cree que hay una alteración a nivel hipotalámico y límbico.^{3,6}

RESIDENCIA MÉDICA.

Para seguir en el estudio de la investigación es importante describir que es la residencia Médica. La especialización del área médica en México tiene datos desde la época prehispánica que llego a tener un auge en el virreinato relacionada a la implementación de hospitales de especialidades. Es en el siglo XX que es consolidada ya que en el año 1942 se creó la primera residencia médica o especialidad médica en el Hospital General.⁷

El médico residente es aprobado por alguna institución de salud ya sea pública o privada que cuente además con un aval universitario, debemos mencionar que para que esto suceda así; el medico debió de haber aprobado una evaluación nacional que se lleva acabo anualmente desde el 18 de octubre de 1983, creándose dos comisiones Interinstitucionales que se encargan de todo este proceso: Comisión de Investigación en Salud y la Comisión de Formación de los Recursos Humanos en Salud.⁸

La identificación de algún trastorno psíquico se realiza cuando los médicos residentes se encuentran en trámite administrativo para ingresar al *HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. ANTONIO FRAGA MOURET", CENTRO NACIONAL LA RAZA (HECMR)* HECMR, mediante instrumentos de medición de depresión, riesgo suicida. Se identifican y se da tratamiento a esos médicos que se encuentren en riesgo de padecer algún tipo de trastorno.⁹

Es en el año 2009 que se creó un programa para el manejo de salud mental de los médicos residentes por la prevalencia de síntomas psiquiátricos, es así como se funda (CSM-MR) *CLINICA DE SALUD MENTAL PARA MEDICOS RESIDENTES*: conformada por un equipo profesional de salud que promociona la salud mental de los médicos residentes con sede en (HECMR). Sus actividades se fundamentan en la OMS; previniendo la depresión y suicidio, así como tratamiento de patologías mentales, disminución de los errores médicos y fomento de la salud mental de los médicos residentes.⁹

Los médicos residentes son sometidos para realizar actividades que son de provecho para los sistemas de salud, pero se encuentran con una alimentación inapropiada, arbitrariedad en el ámbito físico en su horario laboral, presión académica y con un salario de tipo beca que no compensa las acciones ejercidas; a cambio de la adquisición de conocimientos y destrezas para su formación.⁸

La Residencia Medica es considerada como un sistema de formación de posgrado que conjuga el aprendizaje, trabajo y servicio dirigido a los médicos que se encuentran en formación médica, integral, científica, técnica, social y ética. Hoy en día los médicos residentes en formación en alguna especialidad médica cubren jornadas educativas dos veces por semana, que en ocasiones tienen una duración

de más de 36 horas, teniendo particular relación con los especialistas del área donde se encuentran que fungen como profesores adjuntos, encargados de enseñar conocimientos sobre su área.^{7,10}

La Residencia Medica se establecio como una forma de aleccionamiento que sirve como preparación de los médicos jóvenes recién egresados, este adiestramiento se realiza dentro del hospital por tiempo exclusivo, con reconocimiento y acreditación de una universidad, que posteriormente avalara por medio de un título este periodo. Los médicos que ingresan a la residencia viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación y apreciación, cambios que determinarán su estadía en este periodo.¹¹

La actividad del médico residente sigue siendo un proceso difícil de explicar y de comprender pues se considera un fenómeno social que coprende aspectos: económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, las responsabilidades y las obligaciones son modificadas de acuerdo al grado de estudio refiriéndonos al año académico que cursa.¹²

Dentro de la formación de los médicos especialistas, una de las actividades que siempre ha causado interés de abordaje son las “guardias”; existen las actividades complementarias denominadas “guardias”, que consisten en periodos de actividad médico- asistencial, que tienen una duración de más de 24 horas continuas y que implican privación del sueño. Lo más drástico, es que se ha relacionado que tanto médicos como residentes, son más propensos a cometer errores en tareas que suelen ser repetitivas, rutinarias y aún más en las que requieren atención continua, se dice que las actividades mal realizadas se han comparado con la intoxicación alcohólica.¹³

El programa de residencias médicas mexicanas ha tenido múltiples críticas de manera particular de organizaciones estadounidenses, respecto a la cantidad de horas elevadas designadas a las prácticas educativas asistenciales, recomendando disminución para tener una mejor productividad.¹³

Las jornadas extenuantes con privación del sueño han tenido como resultado la deterioridad del rendimiento laboral, trastornos en el carácter, y aumento de errores como ya se había comentado. Se ha demostrado que tras una jornada de más de 24hrs de privación del sueño trae consigo disminución del rendimiento psicomotor presentándose con mayor frecuencia durante la mañana. Algunos de los problemas que se relacionan por rotación de turnos o jornadas de trabajo de larga duración son: trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión y síndrome de desgaste profesional (Burnout).¹⁴

La problemática de la falta de horas de sueño en el personal médico no solo es un problema de nuestro país, sino de toda América Latina, debido a que no se han creado políticas de salud para el personal médico en formación, ya que no solo se trata del bienestar del médico si no de la población atendida. Se trata de un círculo vicioso ya que la necesidad económica ha llevado a las personas en general a trabajar dobles turnos lo cual en los médicos y en especial en ciertas especialidades

médicas como lo es medicina intensiva y de emergencias se trabajan más de 24 horas durante varios días a la semana.⁶

Debemos de tomar en cuenta que los médicos residentes cumplen con una doble función, una de ellas es la de brindar atención a los pacientes y la otra función es preocuparse y responsabilizarse de su proceso de formación, los beneficios de estas funciones son la experiencia laboral y académica que se adquieren por el contacto directo de los pacientes y médicos especialistas que ya cuentan con una larga trayectoria en su carrera médica. A lo largo de su formación presentan diversos inconvenientes entre los que se destaca un extenuante ritmo laboral, se ha relacionado con un empeoramiento del patrón y la calidad del sueño por todo lo comentado en tratar de explicar y definir lo más relevante que caracteriza a la residencia médica. No es raro relacionar que los médicos en formación presenten patrones de sueño cortos y de mala calidad, esto se debe a que en las diferentes especialidades se exige con jornadas y actividades diferentes y los médicos no están acostumbrados a esos hábitos y costumbres.¹³

Se han de adoptar estrategias para la afectación del sueño en los médicos residentes para disminuir los efectos negativos que se generan ya que se está en juego la integridad y seguridad del paciente y del propio médico.¹³

Otro problema relacionado es que los médicos residentes laboran y deben permanecer en vigilia durante sus guardias por lo que el trabajo nocturno provoca una evidente alteración en la relación ayuno alimentación, se sabe que cuando hay privación del sueño o disminución del mismo relacionado a menos de 6 hrs, hay una disminución de la hormona de saciedad que se conoce como leptina lo que trae consigo aumento de apetito, por lo tanto el médico residente consumirá más calorías de lo normal y lo llevara a un aumento de peso. Otra patología es la Insulinorresistencia que se presenta por la disminución de la leptina más la disminución de la adiponectina; recordando que esta hormona se encarga de la regulación metabólica. La alteración en cuanto a la alimentación se ha relacionado con la aparición de diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad. La caída de cabello, arrugas en la piel se ha propiciado por la disminución de estrógenos, conflictos laborales, conflictos familiares y su relación con la aparición de trastornos de salud mental: cada vez aumentan y se deben a la mala calidad del sueño. El consumo excesivo de café por parte de los médicos residentes es un factor de riesgo para la aparición de trastornos del sueño. No se ha podido comprobar al cien por ciento que los médicos se automediquen con algún ansiolítico sin embargo se piensa que lo hagan de manera esporádica y estará relacionado al mismo trastorno.^{15,6}

Se ha observado que solo un 35% de los médicos en general que laboran durante la noche y se mantienen en vigilia duermen un periodo menor de ocho horas. En revisiones actuales se ha llegado a la conclusión que la perdida de sueño en los residentes es acumulativa y de manera prolongada; ocasionando una privación crónica de dormir ocasionando que surja un fenómeno conocido como "sleep inertia"; entendido como inercia del sueño y que se presenta 30 minutos posterior

al despertar. Se ha demostrado que la privación del sueño tiene un impacto directo y evidente sobre el estado de ánimo. El cansancio es el principal síntoma que se presenta cuando hay privación crónica y que es notable en la relación de médico-paciente, relación médico-familia y relación médico-médico, aunado a una mala praxis, un médico que se identifica mal descansado se localiza porque hay disminución en sus aptitudes e irritabilidad.¹⁶

Los factores que se ven afectados en los residentes por la privación del sueño son: Atención, Memoria y Velocidad de Reacción. Las tareas cotidianas se ven afectadas posterior a una guardia ya que se menciona la presencia elevada de instrucciones y de repeticiones para realizar una tarea, se ha demostrado que hay variaciones en la reacción visual y auditiva. La privación del sueño ha tenido gran impacto en el estado de ánimo, alteraciones cognitivas y en menor proporción alteraciones motoras.¹⁷

En las diferentes especialidades en la ciudad de México a lo largo de los años de formación aumenta la privación del sueño, el estrés y la disminución de la sensación de bienestar. Intervienen factores como la carga laboral, alejamiento de la familia, competitividad entre compañeros y la responsabilidad. El estrés se ha relacionado con las excesivas horas laborales; tanto en turno diurno como nocturno, la privación del sueño es más frecuente ya que cada vez son más las exigencias demandantes del sistema de salud, así como la gran cantidad de pacientes y la poca cantidad de médicos para su atención. La falta de sueño reparador genera estrés, el estrés genera insomnio dando lugar a la alteración en la cantidad y calidad del sueño. Otra patología asociada a todo esto es la ansiedad y la depresión generadas respectivamente por el estrés y el insomnio.⁶

En México la sintomatología más común estudiada en los médicos residentes está relacionada con la aparición de estrés, burnout, ansiedad y depresión. Actualmente se añaden la ideación y riesgo suicida.¹⁸



Los efectos de los horarios de turnos y de la falta de sueño sobre la salud y la calidad de vida de los médicos residentes han sido estudiados desde hace varios años, las consecuencias del trabajo nocturno es evidente en el trato hacia los pacientes y para los mismos médicos, en México se ha demostrado que muchos médicos en formación llegan a consumir diversas sustancias estimulantes para evitar el sueño tras haber laborado más de 24 horas, está estrechamente relacionado con el cometer errores en la vida profesional, además de ser un factor importante aquel que llega a trabajar más de 80 horas a la semana o más de tres guardias a la semana.¹⁸

El estrés es una condición que es evidente en la formación de los médicos residentes, se ha dicho que mucho depende de la personalidad de los mismos y la

manera en la que se manejan las situaciones que conllevan esta condición, ya que durante esta situación hay una mayor prevalencia para la aparición de trastornos mentales. En este periodo de formación se ha visto que conlleva a la aparición de sintomatología psíquica siendo más claro en el primer año de formación debido a todos los cambios que se realizan en la vida del médico. ¹⁹

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

La depresión y la ansiedad son trastornos que se han estudiado y clasificado como trastornos mentales de acuerdo al *Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría*.⁷

DEPRESIÓN:

Epidemiológicamente es un trastorno clínico que se presenta por lo general en toda la población, con mayor prevalencia en las mujeres, con una frecuencia de aparición de 20 a 40 años y que tiene una gran relación a la exposición de estrés prolongado. El sujeto que padece de este trastorno muestra llanto, pérdida de interés y del placer al realizar actividades habituales, pérdida de energía, disminución del rendimiento en actividades físicas, laborales y escolares además de inquietud, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. De acuerdo a la American Psychological Association (APA, 2014) la prevalencia en el hombre es del 5% al 12%, mientras que en la mujer es del 10% al 25%, se estima que para el año 2020 la depresión mayor será la 2da causa de patología incapacitante seguida de la cardiopatía Isquémica. ⁷

Hay reportes en México de residentes con signos depresivos; los factores que están relacionados para la aparición de este trastorno son: jornadas largas de trabajo de más de 24hrs, descanso inadecuado, privación del sueño, falta de cordialidad, respeto o reconocimiento, maltrato emocional en especial las humillaciones públicas, instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, burocratismo, baja remuneración, edad, sexo, familia y experiencia. ¹²

La depresión está relacionada con el tipo de entrenamiento que se lleva a cabo en cada grado académico, así como afrontamiento y condiciones sociales. Un factor importante es la limitación de tiempo. ¹⁹

Inventario de Depresión de Beck

El cuestionario de Depresión más conocido es el Inventario de Beck llamado así debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue realizado en 1961 con el fin de hacer una valoración objetiva de las manifestaciones de la depresión. La finalidad del cuestionario es determinar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamento teórico es el sentido cognitivo de la depresión, que estima que este trastorno posee manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. ^{20,13,11}

El Inventario de Depresión de Beck se difundió con el fin de evaluar la depresión, ya que cuenta con una confiabilidad y validez adecuada y es uno de los instrumentos

más utilizados en nuestro país. El cuestionario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una manifiesta un grado gradual de intensidad de la depresión. El entrevistado debe señalar la opción más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de tipo cognitivo y afectivo y 7 a síntomas corporales y conductuales. El inventario tiene un diseño resumido de 13 ítems, pero la que se ha difundido en el área de la investigación es la de 21 ítems. Las categorías evaluadas son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimiento de culpa, sentimientos de agitación, pérdida del interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios del apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo, las cuales poseen confiabilidad con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93.^{11,12}

Se utiliza en adultos prioritariamente de forma autodirigida, el tiempo aproximado de realización es de 20 minutos. Se puede aplicar como una entrevista, cada una de los 21 ítems cuenta con diferentes opciones de respuesta. De acuerdo a la opción escogida esta recibirá un valor que va de 0 y 3 puntos. Se suman los puntos de cada ítem para obtener un registro total, este permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severa:

- No depresión (5-12puntos)
- Depresión Leve (13-20 puntos)
- Depresión Moderada (21-25 puntos)
- Depresión Severa (más de 26puntos)

Deben tenerse cuidado en el momento de su análisis en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, ya que se ha debatido su utilidad para determinar la depresión en pacientes con ese tipo de enfermedades. Algunos autores mencionan que puede determinarse depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9; superior a 13 o mayor de 17, en caso de que tengan alguna enfermedad crónica.^{20,13}

ANSIEDAD:

Se considera como un mecanismo adaptativo que permite estar alerta ante situaciones y sucesos que impliquen peligro. La ansiedad moderada está relacionada con el mantenimiento de concentración y la afrontación de retos cotidianos. En ocasiones el sistema de respuesta de la ansiedad se encuentra alterado lo que provoca una ansiedad desproporcionada, manifestándose en ausencia de peligro. El sujeto muestra sentimiento de indefensión generando un deterioro en el funcionamiento psicosocial y fisiológico. La ansiedad no se considera como enfermedad mental, sin embargo, es considerada así cuando es intensa y persiste e interfiere en las funciones cotidianas conocido como desorden de ansiedad generalizada. Se caracteriza por inicio súbito y presenta síntomas como: aprensión, miedo o terror, percepción de muerte inminente, falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia, miedo de perder el control. La prevalencia de la ansiedad es frecuentemente en mujeres que, en hombres, teniendo una prevalencia de 9.2%.²⁰

La ansiedad es una respuesta emocional que trae consigo desgaste emocional y físico. Se ha visto que afecta aspectos cotidianos; un ejemplo claro es la eficiencia para resolver problemas además de la interacción social con otras personas, muestran incapacidad de relajación y mala calidad de vida. En los médicos se ve cuando hay evidentes errores en el manejo y evaluación de los pacientes. ²¹

La relación que existe por padecer ciertas enfermedades como lo son la ansiedad y la depresión están estrechamente relacionadas con el estrés; este desencadenante puede ocasionar a largo plazo aparición de úlcera gástrica, infarto agudo al miocardio, y enfermedades de mayor complejidad que afectaran la vida del médico. La aparición del estrés no solo afectara al médico por si solo si no también al paciente y al entorno laboral. Se ha definido que el buen descanso nocturno previene el estrés, así como la aparición de enfermedades cardiovasculares, metabólicas o psiquiátricas, evitando afectar por completo la calidad de vida. ⁶

Los médicos residentes que se encuentran en formación sobrellevan un sistema educativo especial que suele ser difícil por las condiciones académicas que se desarrollan llegando a afectar el estado de ánimo y salud mental. En las instituciones mexicanas se ve con frecuencia problemas de falta de interés y apatía que son actitudes por consecuencia de exigencias laborales, exceso de trabajo que es rígido y repetitivo, escasas horas de sueño y de descanso, sabemos que cada vez son menos los casos de abuso, hostigamiento y maltrato por diferencias de sexo y especialidades; lo que lleva como consecuencia disminución de autoconfianza llevando a una suma de eventos psicológicos pudiendo ser desde un trastorno de ánimo pasajero hasta un problema mental complejo. Las manifestaciones con mayor prevalencia que se encuentran en los médicos residentes son: insatisfacción, culpa, indecisión, insomnio, fatigabilidad y retraso laboral, afectando su desempeño académico y laboral que repercuten en su formación profesional.²⁰

Durante el desarrollo de las residencias médicas se muestran niveles de ansiedad y depresión que son sobresaliente en relación a la población en general, como ya se ha mencionado tiene relación con la carga de trabajo, privación del sueño, competitividad y la incertidumbre del futuro profesional que trae como consecuencia afectación en calidad de vida del residente. ²²

De acuerdo con la descripción de Kuhn se describen los factores determinantes para la depresión y ansiedad en los médicos que se encuentran en adiestramiento:

7

1. Factores Físicos: jornadas largas de trabajo que equivale a más de 24 hrs, tiempo inadecuado de descanso, privación del sueño.
2. Factores ambientales: falta de cordialidad, falta de respeto o falta de reconocimiento, maltrato emocional (humillaciones públicas)
3. Factores organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, burocratismo, baja remuneración.

4. Factores personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal.

El estrés y las largas jornadas se consideran factores de riesgo importantes para la aparición de ansiedad y depresión.⁷

Cuando se inicia la residencia médica se ha demostrado que los médicos presentan una depresión leve, conforme se avanza en la formación se aumenta el riesgo de que avance a un siguiente nivel pasando a ser depresión moderada o incluso grave. Se presenta con mayor prevalencia a los 6 meses del ingreso, se ha verificado que al transcurrir 1 año de inicio o 6 meses posterior a la presentación de este trastorno disminuye la sintomatología o inclusive desaparece, todo esto está relacionado a la adaptabilidad de los médicos en formación.^{23,24}

La prevalencia existente en el trastorno ansioso y/o depresivo se ha relacionado a residentes de menor edad que cursan el primer grado de la especialidad, mujeres, con mayor frecuencia en especialidades como anestesiología, traumatología y ortopedia, urgencias.¹¹

La escala de ansiedad de Hamilton

(Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, consiste de 15 ítems, pero cuatro de ellos se fusionaron en dos, quedando resumida a 13 ítems. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más utilizada el día de hoy. Su finalidad era evaluar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados deprimidos que no debe utilizarse para la medición de la ansiedad cuando existen otros desordenes mentales como: depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia.^{11,20,13}

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).¹³

ÍNDICE DE LA CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG.

Es una escala creada por Buysse, Reynolds, Monk, Bernany Kupfer en 1989 validada en Estados Unidos. Mide la calidad de sueño y sus alteraciones en el último mes. La escala consta de 19 preguntas que nos darán la calificación global,

aplicadas a la persona que se desea interrogar y 5 preguntas a una persona que sea acompañante a la hora de dormir; si duerme solo se aplicaran las primeras; hacen un total de 24 reactivos, proporciona una calidad subjetiva del dormir, y por medio de las puntuaciones parciales se valoran siete dimensiones: ²⁴

1. Calidad subjetiva del dormir
2. Latencia del sueño
3. Duración del sueño
4. Eficacia habitual del sueño
5. Perturbaciones extrínsecas del sueño
6. Uso de medicación hipnótica
7. Disfunción diurna.

La puntuación menos de 5 puntos se califica como buenos dormidores “sin problemas de sueño”, de 5 a 7 puntos se catalogan como malos dormidores “merece atención medica”, de 8 a 14 puntos “merece atención y tratamiento médico” y cuando la puntuación sea mayor a 15”se trata de un problema grave de sueño” A mayor puntuación mayor deterioro de cada componente y peor calidad del dormir. La escala ha sido validada al español, posee calidad interna de 0.83 (alfa de Cronbach) sensibilidad del 89.6% y especificidad del 86.5% para indicación de problemas de sueño graves. ^{4,5}

El cuestionario investiga: ²⁴

- Horarios para dormir
- Despertares
- Pesadillas
- Ronquido
- Alteraciones respiratorias
- Calidad del dormir
- Ingesta de medicamentos para dormir
- Somnolencia diurna

Royuela y Macias; fueron los encargados de traducir al castellano esta escala, obteniendo una consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.81 en población clínica y 0.67 en muestra de estudiantes, respecto a la validación se comparó con el diagnóstico clínico como “gold standar”, encontrando una sensibilidad de 88,63% y especificidad de 74,99% con índice Kappa de 0.61. El índice de calidad de sueño de Pittsburgh es un cuestionario autoaplicable, practico, breve y accesible que se considera un instrumento estándar para la evaluación de calidad de sueño, no da un diagnóstico, sin embargo, sirve como cribado de la población a estudiar, seguimiento de los trastornos del sueño, influencia sobre trastornos mentales, respuesta de tratamiento y para investigación epidemiológica y clínica. ⁴

La calidad de sueño sigue siendo un factor de más estudio en los médicos de posgrado, se ha demostrado que antes de realizar una guardia los médicos residentes llegan a dormir 6 horas y posterior a una guardia duermen más de 14 horas durante 2 días continuos. Estudios de laboratorio han evidenciado que

después de una guardia los niveles de somnolencia en los residentes son similares o superiores que los pacientes con narcolepsia o con apnea del sueño. ¹⁸

Los factores de riesgo que se relacionan directamente con la mala calidad de sueño son los laborales: número de horas de trabajo, frecuencia de turnos; el número de responsabilidades y obligaciones en donde se incluyen las actividades académicas como: exámenes, clases, trabajos. ^{25,26}

La privación de sueño trae como consecuencia la disminución de las habilidades cognitivas y psicomotoras, que puede traer consigo cometer errores, mal humor, depresión o ansiedad: dependiendo del número de horas y de guardias a la |de las horas destinadas al descanso y al sueño. Se determinó la carga laboral, los hábitos del sueño, la somnolencia diurna, uso de inductores del sueño y estimulantes de la vigilia de los médicos residentes de primer año del hospital de clínicas en el estudio realizado para el artículo: Carga laboral y Calidad de sueño en médicos residentes del Hospital de Clínicas; realizado por Morinigo- García y cols. El estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Realizado en Paraguay. La muestra se realizó con 56 sujetos de los cuales 96.4% tienen jornadas laborales de más de 8 horas, de los cuales 44.4% se encuentran en el rango de 8 a 12 horas, 31.5% de 12 a 15 horas y 24.1% más de 15 horas diarias, durante las guardias todos realizan jornadas de más de 24 horas, incluso 46.4% completan un periodo entre 24 a 36 horas y 53.6% más de 36 horas seguidas. Las horas de sueño dedicadas de los médicos residentes son de 4 a 6 horas con un 71.4% mientras que 14.3% duerme menos de 4 horas diarias y solo un 14.3% completan un periodo entre 6 a 8 horas de descanso. El 82.1% presenta somnolencia diurna y 3.6% utilizan inductores del sueño. La conclusión es alarmante ya que hay una evidente reducción de horas destinadas al descanso y sueño de los residentes con respecto a lo recomendado; teniendo consecuencias graves en el desarrollo de actividades y salud en el medico. ¹⁴

Cuando un médico se integra al ámbito laboral se enfrenta a cambio de adaptación y aprendizaje constante cuyas implicaciones personales, educativas y sociales pueden generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés y todo esto puede generar depresión o ansiedad. En algunos estudios se ha demostrado que 7 y 56% de los médicos residentes manifiestan trastornos depresivos. El método utilizado en este estudio fue la Escala de Hamilton. El resultado publicado en el artículo Depresión y ansiedad en la Residencia Medica, demostró una prevalencia de trastorno ansioso o depresivo presente con mayor frecuencia en residentes de primer grado de la residencia médica, predominantemente en mujeres. ¹¹

En el artículo llamado Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y depresión realizado por Loria Castellanos y colaboradores se determinó el patrón y la calidad de sueño en los médicos residentes de las diferentes especialidades de un hospital regional y la relación que hay con la aparición con ansiedad y depresión. Los instrumentos utilizados para la investigación fueron “Índice de calidad del sueño de Pittsburgh”, “Escala de ansiedad y depresión de Goldberg”. En el estudio participaron el 91.8% de los residentes de todas las especialidades, la edad promedio fue de 25.6 más menos 2.6 años de los cuales 53.6% eran varones; la mala calidad de sueño se deteriora

significativamente tras iniciar la residencia asociándose con mayor frecuencia a ansiedad y depresión.²

4.- JUSTIFICACIÓN:

Como sabemos la residencia médica es una etapa de grandes cambios en la vida profesional y personal de un médico; ya que la carga laboral, la forma de enseñanza, conflictos personales, conflictos grupales, estrés de guardias y sobre todo la privación de descanso y sueño tiene repercusiones en el desempeño médico.

El mal desempeño de los médicos residentes se ve reflejado en la realización de actividades físicas y sobre todo cognitivas; ambas repercuten evidentemente en el ámbito profesional, un claro ejemplo es la forma de actuar y la toma de decisiones en un hospital posterior a un turno de guardia. Las jornadas laborales exageradas junto con la mala calidad de sueño traen consigo consecuencias que a veces pueden alterar la ética médica y sobre todo el bienestar del paciente y del médico.

Cada vez es más común el padecimiento de múltiples patologías a nivel psiquiátrico, dentro de las más comunes y que pasan desapercibidas en muchas ocasiones están la depresión y la ansiedad. Es importante tener en cuenta que los trabajadores en el área de la salud y en especial los médicos residentes se encuentran en un estado de vulnerabilidad importante debido a los múltiples cambios, estrés y privación de sueño; que muchas veces propician la aparición de alguna de las patologías ya mencionadas.

Es importante saber cuántos de nuestros médicos residentes cuentan con una mala calidad de sueño, y cuántos de ellos presentan algún estado depresivo o ansioso para saber si eso influye directamente con una mala praxis. Además de identificar quienes necesitan apoyo psicológico para mejorar su situación académica, laboral y personal.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce que en México el malestar emocional en los médicos residentes se ha estudiado desde hace aproximadamente 50 años, sin embargo, a pesar de tener esa iniciativa de estudio no se ha mejorado la atención de las probables patologías psicológicas o psiquiátricas que se pudiesen presentar.

En México la sintomatología que más se ha estudiado en los médicos residentes ha sido: estrés, burnout, ansiedad y depresión y en los últimos cuatro años intento suicida e ideación, todos estos trastornos debidos a una jornada laboral excesiva, maltrato físico verbal y psicológico por médicos de alto rango.

En Puebla el último estudio que se relaciona con este tema directamente se realizó en el 2014 donde se mencionan medidas de prevención y de manejo en caso de que se presente algún tipo de trastorno depresivo o ansioso en los médicos residentes, medidas que no se han llevado actualmente debido tal vez a la poca difusión o al interés que se le ha otorgado.

La causa más importante del interés de estudio han sido las repercusiones que se tienen en el ámbito profesional como lo son: en primera instancia errores médicos y el deseo de abandonar la residencia médica. Las prevalencias de los errores médicos suelen incrementarse posteriormente a un periodo de trabajo continuo por más de 24 horas lo que implica privación del sueño. No debemos olvidar que el sueño es esencial en nuestras vidas y que se relaciona con un adecuado estado de salud tanto físico, mental y psicológico. Desafortunadamente se han realizado pocos estudios donde se demuestre las múltiples consecuencias que trae consigo la privación total o parcial del sueño.

Por eso es necesario darnos cuenta como se encuentra el médico residente durante la etapa de formación, lo ideal sería tener un proceso “adecuado” de selección antes de entrar a una institución de salud ya sea pública o privada con una adecuada aplicación de instrumentos que evalúen el estado de salud físico y psicológico previo, sobre todo para saber si necesita de algún apoyo externo, y quienes están vulnerables a padecer algún trastorno psicológico o psiquiátrico durante la etapa de adiestramiento. Evidenciar la calidad de sueño que se está presentando y si hay alguna relación con algún proceso depresivo o ansioso que necesite ser tratado y sobre todo saber su prevalencia en los medico residentes.

Por lo cual nos surge la siguiente pregunta:

¿Cómo es la asociación de calidad de sueño con la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la unidad de medicina familiar número 57?

6.- HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA

H0: No existe asociación entre la calidad de sueño con la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la unidad médico familiar número 57.

HIPÓTESIS ALTERNA

H1: Existe asociación entre la calidad de sueño con la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la unidad médico familiar número 57.

7.- OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre calidad de sueño y la ansiedad y depresión en los residentes de la unidad de medicina familiar 57

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Identificar las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, grado académico de residencia, número de hijos) en médicos residentes.
- b) Determinar la presencia de ansiedad en los médicos residentes
- c) Determinar la presencia de depresión en los médicos residentes
- d) Identificar la calidad de sueño en los médicos residentes

8.- MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

- Según la intervención del investigador: **Observacional.**
- Según el número de muestras a estudiar: **Descriptivo.**
- Nivel de Investigación: **Relacional.**
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: **Transversal.**
- Según planificación de la toma de datos: **Prospectivo.**

8.2 UBICACIÓN ESPACIO - TIEMPO

La presente investigación se llevó a cabo con los médicos residentes de la U.M.F No. 57 IMSS Puebla, Puebla en el periodo del 1 de enero al 30 de Junio 2018.

8.3 MUESTREO

8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.

- **Población Fuente.** Todo médico residente que se encuentre en la unidad médica familiar número 57 del 1^a de enero al 30 junio de 2018.
- **Población Elegible.** Todo médico residente que se encuentre adscrito a la unidad médica familiar número 57 del 1^a de enero al 30 junio de 2018, ambos sexos.
- **Población Estudio.** Todo médico residente que se encuentre adscrito a la unidad médica familiar número 57 del 1^a de enero al 30 junio de 2018 que presenten criterios de acuerdo a la selección.

8.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Todos los médicos residentes que se encontraron adscritos a la unidad de medicina familiar número 57 del 1 de enero al 30 de junio del 2018

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos residentes de la unidad médico familiar número 57.
- Ambos sexos
- Previo consentimiento informado

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Médicos residentes que tengan trastorno previo de sueño
- Médico residentes que tengan antecedentes de ansiedad o depresión
- Médicos residentes que ingieran medicamentos (ansiolíticos y somníferos)

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Sujetos que una vez iniciada la encuesta no desearon seguir participando

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Se tomó a la población total de médicos residentes adscritos a la UMF#57 del Estado de Puebla en el periodo 2018. (R1, R2 y R3).

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el presente estudio se utilizó como muestra el universo de trabajo que será comprendido entre médicos de primer, segundo y tercer año siendo un total de 60 residentes.

8.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

8.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

1. **Sexo:** Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer en la especie.
2. **Edad:** Tiempo que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.

3. **Estado civil:** Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.
4. **Hijos:** Es el descendiente directo de un animal o de una persona. Los hijos pueden ser biológicos o fruto de la adopción.
5. **Calidad de Sueño:** Hace referencia a las horas designadas para dormir y suele ser de siete a nueve horas; es lo idóneo para obtener óptimos resultados en tiempo de reacción en la toma de decisiones, concentración, memoria y el estado de ánimo.
6. **Ansiedad:** El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino anxietas. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.
7. **Depresión:** Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
8. **Grado Académico:** Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios. Sin embargo, esta denominación suele utilizarse para denominar más concretamente a las distinciones de rango universitario, que también se denominan titulación superior o titulación universitaria.

8.7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

1. **Sexo:** se clasificará en masculino y femenino.
2. **Edad:** se valora en años y meses conforme a la fecha de nacimiento.
3. **Estado civil:** Situación actual, se interrogará si se encuentra casado (a), soltero (a), divorciado (a), separado (a), viudo (a) o en unión libre.
4. **Hijos:** si tiene o no y cantidad.
5. **Calidad de Sueño:** horas que normalmente designa para dormir, inclusive cuando se encuentra de posguardia.
Se calificará con la escala de Pittsburg. La escala consta de 19 preguntas que nos darán la calificación global, aplicadas a la persona que se desea interrogar y 5 preguntas a una persona que sea acompañante a la hora de dormir; si duerme solo se aplicaran las primeras; hacen un total de 24 reactivos, proporciona una calidad subjetiva del dormir, y por medio de las puntuaciones parciales se valoran siete dimensiones:
 1. Calidad subjetiva del dormir
 2. Latencia del sueño
 3. Duración del sueño
 4. Eficacia habitual del sueño
 5. Perturbaciones extrínsecas del sueño
 6. Uso de medicación hipnótica
 7. Disfunción diurna.

- La puntuación menos a 5 puntos se califica como buenos dormidores “sin problemas de sueño”
- De 5 a 7 puntos se catalogan como malos dormidores “merece atención medica”
- De 8 a 14 puntos “merece atención y tratamiento médico”
- Puntuación sea mayor a 15”se trata de un problema grave de sueño

6. **Ansiedad:** se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton.

Se trata de una escala heteroadministrada, el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. En cada ítem se da la siguiente puntuación de acuerdo a la intensidad presentada por el entrevistado.

- Ausente
- Ansiedad Leve
- Ansiedad moderada
- Ansiedad grave

7. **Depresión:** se aplicó el Inventario de depresión de Beck.

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

Se utiliza en adultos, preferentemente de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista. Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo con la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que va de 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severa:

- No depresión (5-12puntos)
- Depresión Leve (13-20 puntos)
- Depresión Moderada (21-25 puntos)
- Depresión Severa (más de 26puntos)

8. **Grado Académico:** se preguntó qué grado de la especialidad se encuentra cursando.

8.8 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	PARÁMETROS
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Interrogado a paciente.	1.Masculino 2.Femenino
Edad	Cuantitativa	Intervalo	Referido por paciente	Años
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Referido por paciente	1. Soltero 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado
Ansiedad	Cualitativa	Ordinaria	Se aplicara Escala de ansiedad de Hamilton.	1. Ansiedad leve: 6-14 pts. 2. Ansiedad Moderada 15 a 25 pts 3. Ansiedad grave más de 26pts
Depresión	Cualitativa	Ordinaria	Se aplicara Inventario de depresión de Beck	1. No depresión (5-12puntos) 2. Depresión Leve (13-20 puntos) 3. Depresión Moderada (21-25 puntos) 4. Depresión Severa (más de 26puntos).
Calidad del sueño	Cualitativa	Ordinaria	Será valorado de acuerdo al puntaje de la escala de Pittsburg.	1.La puntuación menos a 5= "sin problemas de sueño" 2.De 5 a 7 = "merece atención medica" 3.De 8 a 14= "merece atención y tratamiento médico" 4. Mayor a 15="se trata de un problema grave de sueño.
Grado académico	Cualitativa	Discreta	Se interroga directamente a paciente en que año de la especialidad se encuentran :	1. 1ro 2. 2do 3. 3ero
Hijos	Cuantitativas	Discreta	Se preguntará directamente al entrevistado, así también si vive con él.	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3

8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Una vez registrado el protocolo por el SIRELCIS y aprobado por el CLIEIS, se solicitó la aprobación a las autoridades correspondientes de la U.M.F.No.57 IMSS Puebla, Puebla; para la realización de las encuestas a los residentes que se encontraban cursando la especialidad en la UMF 57 en el periodo del 2018.

Se solicitó previamente el consentimiento informado de todos los residentes seleccionados para la aplicación de los instrumentos.

Para valorar la calidad de sueño en los médicos residentes se aplicó el cuestionario de Pittsburg de calidad de sueño, el cual nos dio una puntuación en la que se ve reflejada que tan mal es la calidad del sueño reparador en los médicos residentes. Fue de suma importancia darnos cuenta si alguno de los médicos ya contaba con un diagnóstico previo de trastornos del sueño o ingería algún tipo de somnífero ya que perjudicaría en el resultado.

Para relacionar la aparición de ansiedad se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton, la cual nos valoró si se encuentra en un estado ansioso y con qué frecuencia tiende a parecer este estado en su vida diaria. Y que tanto afecta en la toma de decisiones, así como en la realización de actividades.

Para relacionar la aparición de depresión se aplicó el inventario de depresión de Beck el cual valorara los síntomas y actitudes que pueden presentarse y catalogarse como estado depresivo en los médicos residentes.

Las encuestas se aplicaron paulatinamente a todos los médicos residentes independientemente del grado académico en el que se encuentren, se tomó en cuenta que no estuviesen de posguardia y de guardia el día de aplicación de los instrumentos ya que el estrés podría alterar los resultados. Se hizo énfasis en preguntar si ya es de su conocimiento que padezcan algún trastorno de sueño, ansiedad o depresión, así como la toma de medicamentos.

8.10 ANÁLISIS DE DATOS

Posterior a la recolección de las encuestas, los datos obtenidos se ingresaron en una base de datos del programa estadístico SPSS v25 para PC. Los datos se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y para las variables cualitativas describiremos sus frecuencias. Por lo que respecta al objetivo estadístico relacional, el análisis fue bivariado a través de χ^2 donde la relación de Chi cuadrada de calidad de sueño con ansiedad y depresión rechazando H_0 ya que p es menor a 0.05.

Posteriormente se realizó el análisis de los datos y la realización de tablas y gráficas para emitir una discusión, conclusiones y propuestas.

9. RESULTADOS:

El presente trabajo de investigación se realizó en 60 médicos residentes de la unidad médico familiar número 57 del estado de Puebla. A los cuales se les encuestó con la finalidad de determinar la calidad de sueño que presentan y si hay asociación con síntomas de depresión y ansiedad. De igual forma se determinó características sociodemográficas (edad, sexo, grado académico, estado civil y número de hijos).

En total de los 60 médicos residentes encuestados presentando una media de edad de 31.57, una edad mínima de 24 años y una edad máxima de 49 años.

CUADRO 1. ESTADÍSTICO POR EDAD

EDAD	
Media	31.57
Desviación Estándar	4.38
Rango	25
Mínimo	24
Máximo	49

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

En cuanto al género predominante en los 60 médicos residentes encuestados fueron 35 mujeres que representa 58.3% contra 25 hombres que representa el 41.7%.

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

GÉNERO		
	n	%
Femenino	35	58.3
Masculino	25	41.7
Total	60	100

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

Respecto al grado académico que cursan los médicos residentes encuestados es la siguiente: primer y segundo grado corresponden a 21 integrantes y de tercer grado solo 18 respectivamente 35%, 35% y 30%.

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE GRADO ACADÉMICO

GRADO ACADÉMICO		
	n	%
Primero	21	35
Segundo	21	35
Tercero	18	30
Total	60	100

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

En relación al número de hijos que cuentan los médicos encuestados el 55% se encuentra sin hijos, un 25% cuenta con un hijo, el 16.5% con dos hijos y solo el 3.3% con tres hijos.

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A NÚMERO DE HIJOS.

NÚMERO DE HIJOS		
	n	%
Sin Hijos	33	55
Uno	15	25
Dos	10	16.7
Tres	2	3.3
Total	60	100

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

En los encuestados una variable que se cuestionó fue su estado civil para poder comprender qué tipo de relaciones afectivas cuentan durante el periodo de adiestramiento de la residencia médica. La prevalencia fue un porcentaje de 58.3% (n=35) solteros, un 30% (n=18) casados.

CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL		
	n	%
Soltero	35	58.3
Casado	18	30
Unión Libre	4	6.7
Divorciado	1	1.7
Separado	2	3.3
Total	60	100

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

La frecuencia de la presentación de síntomas de ansiedad al momento de las encuestas fue de un 56.7% sin datos de ansiedad, presencia de ansiedad leve en un 26.7%, 6.7% ansiedad moderada y ansiedad grave en el 10%.

CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN POR PRESENCIA DE ANSIEDAD.

ANSIEDAD		
	n	%
Normal	34	56.7
Ansiedad Leve	16	26.7
Ansiedad Moderada	4	6.7
Ansiedad Grave	6	10
Total	60	100

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

De acuerdo a la presentación de síntomas relacionados con la depresión en los médicos residentes encuestados tenemos que el resultado fue que 50 de ellos se encuentran sin depresión representando un 83.3%, 6 con depresión leve que representa un 10% y finalmente 4 con depresión severa que representa un 6.7%.

CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN

DEPRESIÓN		
	n	%
Normal	50	83.3
Depresión Leve	6	10
Depresión Severa	4	6.7
Total	60	100

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

La calidad de sueño en los médicos residentes se presentó de la siguiente manera: tenemos una prevalencia de malos dormidores que merecen atención medica con un número de 29 individuos representando un 48.3% siguiendo los dormidores de buena calidad con un número de 16 que representa un 26.7 % y por último los dormidores que merecen atención y tratamiento por su mala calidad de sueño con 15 individuos representando un 25%.

CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE CALIDAD DE SUEÑO.

CALIDAD DE SUEÑO		
	n	%
Buena Calidad De Sueño	16	26.7
Malos Dormidores , Merecen Atención Medica	29	48.3
Merece Atención Medica Y Tratamiento	15	25
Total	60	100

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

La asociación que se encontró en el estudio realizado sobre la calidad de sueño con ansiedad en los médicos residentes encuestados: buenos dormidores sin ansiedad 20% (n=12), ansiedad leve 6.7% (n=4), malos dormidores que merecen atención medica sin ansiedad 30% (n=18) con ansiedad leve 16.7% (n=10) , ansiedad moderada (n=1) y aquellos que merecen atención médica y tratamiento sin ansiedad 6.7%(n=4), ansiedad leve 16.7% (n=10), ansiedad moderada 5% (n=3) y ansiedad grave con 10% (n=6). Al aplicar prueba estadística de Fisher obtuvimos un valor de p=.000 por lo que se rechaza hipótesis y decimos hay asociación entre la calidad de sueño con la ansiedad.

CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN DE ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y ANSIEDAD

ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y ANSIEDAD										
ANSIEDAD										
CALIDAD DE SUEÑO	Normal		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad grave		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buen Dormidor	12	20	4	6.7	0	0	0	0	16	26.7
Malos dormidores merecen atención medica	18	30	10	16.7	1	1.7	0	0	29	48.3%
Merecen atención médica y tratamiento	4	6.7	2	3.3	3	5	6	10	15	25
Total	34	56.7	16	26.7	4	6.7	6	10	60	100

Fisher 21.907 p:.000

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

La prevalencia que se encontró de acuerdo a los síntomas de depresión que se presentan con la calidad de sueño es de la siguiente manera: 48.3% (n=29) se encuentran como malos dormidores que merecen atención de los cuales 43.3% (n=26) están sin depresión y 5% (n=3) con depresión leve en cuanto a buenos dormidores 26.7% (n=16) sin depresión. Y por último los dormidores que necesitan atención médica y tratamiento se encuentran 13.3% (n=8) sin depresión, depresión leve 10% (n=3), depresión severa 6.7% (n=4) siendo un total de 25% (n=15). Al aplicar prueba exacta de Fisher se obtuvo una p=.001 por lo que se rechaza hipótesis nula y decimos que hay asociación entre la calidad de sueño con la depresión.

CUADRO 10. DISTRIBUCION ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y DEPRESIÓN.

ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y DEPRESIÓN										
DEPRESIÓN										
CALIDAD DE SUEÑO	Normal		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buen Dormidor	16	26.7	0	0	0	0	0	0	16	26.7
Malos dormidores merecen atención medica	26	43.3	3	5	0	0	0	0	29	48.3
Merecen atención médica y tratamiento	8	13.3	3	5	0	0	4	6.7	15	25
Total	50	83.3	6	10	0	0	4	6.7	60	100

Fisher 13.25 p: .001

Fuente: Calidad de Sueño Asociado a la Ansiedad y Depresión en los Médicos Residentes de la Unidad De Medicina Familiar 57,2018.

10. DISCUSIÓN

En la actualidad existen muchos trabajos en los que no se puede dormir las 8 horas necesarias para contar con una calidad de sueño adecuada, una profesión muy clara es el ser Médico, en el que se requiere estar despierto por más de 28 horas, sin períodos de descanso.

En total de los 60 médicos residentes encuestados se presentó una media de edad de 31.7 con una desviación estándar de 4.38, una edad mínima de 24 años y una edad máxima de 49 años datos que tienen relación con el artículo “Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar” en el cual se menciona que la media presentada fue de 30 años con una desviación estándar de 3.98 la población estudiada se trató de 56 residentes, este estudio la muestra es semejante al nuestro por lo que podemos decir que hoy en día la edad promedio para iniciar una residencia medica es de 30 a 31 años influyendo muchos factores entre ellos las veces que se tiene que realizar el ENARM para poder ingresar a ella.

En cuanto al género predominante fueron 35 mujeres que representa 58.3% contra 25 hombres que representa el 41.7% datos que son de suma importancia recalcar ya que hoy en día las mujeres juegan un papel fundamental en todas las profesiones. Mascarua – Lara y cols, obtuvieron resultados similares ya que en ese estudio su población fue de 56 residentes de los cuales 41 (73.21%) eran mujeres y 15 (26.79%) hombres.

Respecto al grado académico que cursan los encuestados es la siguiente, primer y segundo grado corresponden a 21 integrantes y de tercer grado solo 18 respectivamente 35%, 35% y 30%. En los resultados mencionados respecto a esta variable en el artículo “Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar” residentes de segundo y tercer año representaron el 33.9% que corresponde a 19 residentes y los de primer año con un 32.2% siendo 18 residentes.

En relación al número de hijos con el que cuentan los médicos encuestados el 55% no cuenta con hijos, un 25% cuenta con un hijo, el 16.5% con dos hijos y solo el 3.3% con tres hijos. Estos resultados obtenidos también coinciden con el estudio de Velasquez- Pérez et al, donde el 9% contaba con hijos y un 91% sin hijos.

Una variable que se cuestionó fue su estado civil para poder comprender qué tipo de relaciones afectivas cuentan durante el periodo de adiestramiento de la residencia médica. La prevalencia fue un porcentaje de 58.3% solteros, un 30% casados y 6.7% en unión libre. En el artículo “Afrontando la residencia medica: depresión y burnout” se encontró que el 74.4% se encontraban solteros, 23.3% casados y 2.3% en unión libre.

La frecuencia de la presentación de síntomas de ansiedad al momento de las encuestas fue de un 56.7% sin datos de ansiedad, presencia de ansiedad leve en un 26.7%, 6.7% ansiedad moderada y ansiedad grave en el 10%. De la misma forma en la literatura “Ansiedad y Depresión en médicos residentes de la

especialidad en Medicina Familiar” se menciona que la prevalencia encontrada fue ansiedad leve.

De acuerdo a la presentación de síntomas relacionados con la depresión en los médicos residentes encuestados tenemos que el resultado fue que 50 de ellos se encuentran sin depresión representando un 83.3%, 6 con depresión leve que representa un 10% y finalmente 4 con depresión moderada que representa un 6.7%. Estos resultados se han descrito en el estudio realizado por Mascarua- Lara y cols donde se describe que 45 residentes no presentaron síntomas depresivos y solo 11 contaban con depresión leve.

La calidad de sueño en los médicos residentes se presentó de la siguiente manera: tenemos una prevalencia de malos dormidores que merecen atención medica con un número de 29 individuos representando un 48.3% siguiendo los dormidores de buena calidad con un número de 16 que representa un 26.7 % y por último los dormidores que merecen atención y tratamiento por su mala calidad de sueño con un total de 15 individuos representando un 25%. En el artículo “Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y depresión”, se menciona que el resultado obtenido en cuanto a la calidad de sueño de los médicos residentes encuestados fue de hasta 75% de mala calidad desde el inicio de la residencia, por lo que el resultado obtenido en nuestro estudio es similar, cabe recalcar que el grado más afectado es el segundo año en la residencia de medicina familiar que fue la especialidad estudiada.

La asociación que se encontró en el estudio realizado sobre la calidad de sueño con ansiedad en los médicos residentes encuestados: malos dormidores que merecen atención medica ansiedad leve 16.7% (n=10), ansiedad moderada (n=1) y aquellos que merecen atención médica y tratamiento médico con ansiedad leve 16.7% (n=10), ansiedad moderada 5% (n=3) y ansiedad grave con 10% (n=6). La prevalencia que se encontró de acuerdo a los síntomas de depresión se encuentran como malos dormidores que merecen atención medica 5% (n=3) depresión leve, aquellos que merecen atención médica y tratamiento se encuentran depresión leve 5% (n=3) y depresión severa 6.7% (n=4). Esto nos hace coincidir con el artículo “Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y depresión” ya que se menciona que las variables que están netamente ligadas a la mala calidad de sueño durante la residencia médica son los síntomas de ansiedad y síntomas de depresión.

11. CONCLUSIÓN:

Nuestro estudio que se realizó a 60 médicos residentes de la especialidad de medicina familiar en la Unidad Médica #57. La media de edad presentada fue de 31.7 años con una desviación estándar de 4.38, la edad mínima en los residentes estudiados fue de 24 años con una edad máxima de 49 años.

El género predominante de nuestra muestra fue el femenino con un número de 35 mujeres que representa el 58.3%.

Los integrantes de acuerdo al grado académico fueron 21 residentes en primer y segundo año respectivamente y 19 en tercer año.

De acuerdo al número de hijos tenemos que el 25% cuentan con un hijo, 16.5% con dos hijos, 3.3% con tres hijos y 55% sin hijos.

La prevalencia de estado civil en los encuestados fue de 58.3% solteros, 30% casados y 6.7% en unión libre.

Respecto a la frecuencia de los síntomas de ansiedad presentados en los residentes fue de 26.7% ansiedad leve, 6.7% ansiedad moderada, 10% ansiedad grave y 56.7% sin datos de ansiedad. Datos obtenidos mediante la aplicación de Escala de Ansiedad de Hamilton.

Con la aplicación del Inventario de depresión de Beck, se obtuvo que 6 médicos residentes contaban con síntomas de depresión leve representando un 10%, 4 con depresión moderada representando un 6.7% y 50 sin depresión representando un 83.3%.

La calidad de sueño en los médicos residentes se obtuvo aplicando Test de Calidad de sueño de Pittsburgh teniendo como prevalencia malos dormidores que merecen atención médica 29 individuos con un 48.3%, 16 individuos que son buenos dormidores con 26.7% y dormidores que merecen atención y tratamiento por mala calidad de sueño 15 individuos con 25%.

En cuanto a los resultados obtenidos de la asociación sobre la calidad de sueño con ansiedad en los médicos residentes encuestados: malos dormidores que merecen atención médica ansiedad leve 16.7% equivalente a 10 individuos, ansiedad moderada en 1 individuo y aquellos que merecen atención médica y tratamiento médico con ansiedad leve 16.7% equivalente a 10 individuos, ansiedad moderada 5% equivalente a 3 individuos y ansiedad grave con 10% equivalente a 6 individuos. De acuerdo a los síntomas de depresión se encuentran como malos dormidores que merecen atención médica 5% equivalente a 3 individuos con depresión leve y aquellos que merecen atención médica y tratamiento se encuentran depresión leve 5% a 3 individuos y depresión severa 6.7% equivalente a 4 individuos.

La asociación sobre la calidad de sueño y ansiedad se obtuvo una prueba de Fisher de 21.907 con una $p = .000$, en cuanto a calidad de sueño y depresión, la prueba de Fisher de 13.25 con una $p = .001$ por lo que en ambas se rechaza hipótesis nula lo

que quiere decir que si existe relación entre la calidad de sueño con los síntomas de ansiedad y depresión.

Como conclusión de nuestro estudio con los datos obtenidos podemos decir que la calidad de sueño que presentan los médicos residentes tienen relación con la aparición de síntomas de ansiedad y depresión, como sabemos el periodo de adiestramiento está lleno de situaciones que pueden alterar su salud mental. Es por eso que es importante evaluar periódicamente a los médicos residentes y estar alerta sobre su salud psicológica ya que tienen un trato directo con los pacientes y el no identificar esta problemática puede llevar a consecuencias en el manejo y trato de los mismos por lo que es muy importante identificarlas y dar un tratamiento.

12. PROPUESTAS:

En la actualidad una de las pruebas que se realiza a los médicos residentes seleccionados a nivel nacional dependiendo de la instancia a la cual se quiera ingresar es la prueba psicométrica como se sabe esta prueba ayuda a evaluar la personalidad del individuo, son una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta que nos permite hacer descripciones y comparaciones de una persona con otra y también de una misma persona en diferentes momentos de su vida desafortunadamente este tipo de prueba no es confiable para mostrar si la persona cuenta con algún tipo de alteración psicológica.

Depende de la sede a la cual se ingresa a realizar la especialidad médica si se realiza otro tipo de pruebas psicológicas para valorar a los médicos residentes ya que no es algo estipulado a nivel nacional. En nuestra unidad al momento del estudio no se cuenta con esta sugerencia por lo que sería importante que de acuerdo a los resultados obtenidos es necesario la aplicación de estos instrumentos para tener un panorama sobre el estado psicológico con el que cuentan los médicos residentes de medicina familiar a su ingreso.

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación y son fáciles para su aplicación por lo que se sugiere realizarlos en el mes de marzo a los residentes de nuevo ingreso y posteriormente cada seis meses con el resto de médicos residentes. (Cuestionario de Pittsburg de calidad de sueño, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Hamilton).

Para una correcta aplicación lo ideal sería platicar con la encargada del servicio de Psicología para que se apoyara con la Coordinación en Educación e Investigación para un adecuado adiestramiento de los médicos pasantes de servicio social que se encuentren rotando en la unidad médica, calificados por ellos mismos y los individuos con resultados que lo ameriten serán derivados al departamento de psicología ubicado en la misma unidad. Si el psicólogo(a) lo cree necesario derivará a segundo nivel para su valoración y tratamiento por parte de psiquiatría.

Los residentes derivados a ambos servicios, se debe estar pendiente sobre su seguimiento de valoración y tratamiento por ambos servicios.

11. BIOÉTICA

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

I: La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano, que exige la intervención de sectores sociales, económicos, además del de la salud.

VI: La atención primaria es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

La declaración Universal de los Derechos Humanos consta de 30 artículos, repartidos en 4 grupos de disposiciones: Los primeros artículos proclaman que todos los seres humanos nacen libres e iguales... “en dignidad y derechos, y que estos derechos, les corresponden sin distinción de razas, color, sexo, idioma, opinión política, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

LEY GENERAL DE SALUD

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

11. ANEXOS

ANEXO 1 .



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2104 con número de registro 17 CI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21
CEI 005 2017102.
U MED FAMILIAR NUM 8

FECHA Miércoles, 31 de enero de 2018.

M.E. LAURA CONCEPCION MOMOX VAZQUEZ
PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 57"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es AUTORIZADO, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2017-2104-040

ATENTAMENTE


DR. JOSE DOMINGUEZ ARANJÓS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

IMSS

ANEXO 2. AUTORIZACION DE TESIS



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 57

PUEBLA, PUE., A 16 DE AGOSTO 2019.

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

Laura Concepción Momox Vázquez

Norma Dolores Pérez Bandala

Itzel Gutiérrez Gabriel

DE LA TESIS TITULADA:

Calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la unidad de medicina familiar 57.

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Josefa Juárez Neri

DE LA ESPECIALIDAD:

Medicina Familiar

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL:


R-2017-2104-040

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Laura Concepción


Momox Vázquez

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Dra. Laura C. Momox Vázquez
 **MEDICINA FAMILIAR**
MAT. 99222588
IMSS CED. PROF. 4858236

Norma Dolores

Pérez Bandala

Dra. Norma Dolores Pérez Bandala
 **Médico Familiar**
Mat. 99324072

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

16/08/19.

Itzel

Gutiérrez Gabriel

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<u>"CALIDAD DE SUEÑO ASOCIADO A LA ANSIEDAD Y DEPRESION EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD MEDICO FAMILIAR 57"</u>
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	PUEBLA, PUEBLA. FEBRERO 2018
Número de registro:	R-2017-2104-040
Justificación y objetivo del estudio:	La siguiente investigación se llevará a cabo para darnos cuenta la relación que hay entre la aparición de algún trastorno depresivo o ansioso con la mala calidad de sueño en los médicos residentes de la UMF 57 ya que se ve reflejado en la toma de decisiones y las actividades que se realizan durante la estancia en el hospital
Procedimientos:	Se solicitara a los médicos residentes que estén adscritos en el periodo descrito realizar escalas: Pittsburg, Ansiedad de Hamilton, depresión de Beck en diferentes días que no se encuentren de posguardia y como se describe en la forma de toma de muestra
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos para la salud del paciente en este estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se dará a conocer de forma privada los resultados de valoración de cada residente para que sea de su conocimiento si cuenta con una adecuada calidad de sueño y si hay algún trastorno de depresión o ansiedad añadido y así mejorar su estilo de vida en el periodo de adiestramiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Es importante saber si con los resultados presentados el médico residente necesite apoyo por parte del departamento de psicología o en dado caso psiquiatría.
Participación o retiro:	Retiro del estudio al médico residente que en su momento lo solicite.
Privacidad y confidencialidad:	De acuerdo a la ley federal de protección de datos personales se mantendrá la mayor confidencialidad de datos obtenidos en este estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	En dado caso que algun residente presente datos de depresión o ansiedad se derivará al departamento de Psicología y de acuerdo a su valoración
Beneficios al término del estudio:	Saber la situación en la que se encuentra el medico residente de acuerdo a su calidad de sueño y de algun transtorno psiquiatrico ya mencioandos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Laura Concepción Momox Vázquez Médico Familiar Lugar de adscripción U.M.F.No.57. Matricula: 99222588 Cel.: 2221778770 E-mail: laumovz@gmail.com
Colaboradores:	Dra. Josefa Juarez Nerí. Médico residente Medicina Familiar en UMF57. Lugar de Adscripción U.M.F. No 57 Matricula 98229826, Cel: 2226659785, Email: josefajuarez@hotmail.com . Dra. Norma Dolores Pérez Bandala. Médico Familiar Lugar de adscripción U.M.F.No.57. Matricula: 99324072. Cel.: 044 22 26 26 35 75E-mail: drabandala_buap@hotmail.com . Dra. Itzel Gutiérrez Gabriel. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud en la U.M.F No. 57 .Lugar de adscripción UMF 57 Matricula: 99226959 Cel.: 044 22 24 97 72 78 E-mail: guqi2383@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

JUAREZ NERI JOSEFA
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO

Nombre _____

Fecha: _____ Edad: _____ Estado civil:

Turno de trabajo: _____ Número de hijos:

Grado de académico: _____

Instrucciones:

- Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

Durante el último mes:

1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (subraye la respuesta con la que más se identifique)

1. Menos de 15 min
2. Entre 16-30 min
3. Entre 31-60 min
4. Más 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?

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:

1. Ninguna vez en el último mes
2. Menos de una vez a la semana
3. Una o dos veces a la semana.

4. Tres o más veces a la semana.
- b) Despertarse durante la noche o de madrugada:
1. Ninguna vez en el último mes
 2. Menos de una vez a la semana
 3. Una o dos veces a la semana
 4. Tres o más veces a la semana
- c) Tener que levantarse para ir al baño:
1. Ninguna vez en el último mes
 2. Menos de una vez a la semana
 3. Una o dos veces a la semana
 4. Tres o más veces a la semana
- d) No poder respirar bien:
1. Ninguna vez en el último mes
 2. Menos de una vez a la semana
 3. Una o dos veces a la semana
 4. Tres o más veces a la semana
- e) Toser o roncar ruidosamente:
1. Ninguna vez en el último mes
 2. Menos de una vez a la semana
 3. Una o dos veces a la semana
 4. Tres o más veces a la semana
- f) Sentir frío:
1. Ninguna vez en el último mes
 2. Menos de una vez a la semana
 3. Una o dos veces a la semana
 4. Tres o más veces a la semana
- g) Sentir demasiado calor:
1. Ninguna vez en el último mes
 2. Menos de una vez a la semana
 3. Una o dos veces a la semana
 4. Tres o más veces a la semana
- h) Tener pesadillas o malos sueños:
1. Ninguna vez en el último mes
 2. Menos de una vez a la semana
 3. Una o dos veces a la semana
 4. Tres o más veces a la semana
- i) Sufrir dolores:
1. Ninguna vez en el último mes
 2. Menos de una vez a la semana
 3. Una o dos veces a la semana

4. Tres o más veces a la semana

j) Otras razones. Tomar bebidas energizantes o no poder dormir durante el día:

1. Ninguna vez en el último mes

2. Menos de una vez a la semana

3. Una o dos veces a la semana

4. Tres o más veces a la semana

6.- Durante el último mes, ¿cómo consideraría su sueño?

1. Muy buena

2. Bastante buena

3. Bastante mala

4. Muy mala

7.- Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir?

1. Ninguna vez en el último mes

2. Menos de una vez a la semana

3. Una o dos veces a la semana

4. 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?

1. Ninguna vez en el último mes

2. Menos de una vez a la semana

3. Una o dos veces a la semana

4. 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 como ejemplo estando conduciendo o estando comiendo?

1. Ningún problema

2. Sólo un leve problema

3. Un problema.

4. Un grave problema

10) ¿Duerme usted solo o acompañado en su hogar?

1. Solo

2. Con alguien en otra habitación

3. En la misma habitación, pero en otra cama

4. En la misma cama

Instrucciones para test de Calidad de Sueño de Pittsburgh

- **Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño**

Examine la pregunta nº 6 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Muy buena	0
Bastante Buena	1
Bastante Mala	2
Muy Mala	3

Puntuación ítem 1: _____

- **Ítem 2: Latencia de Sueño**

1. Examine la pregunta nº 2 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
≤ 15 minutos	0
16 - 30 minutos	1
31 - 60 minutos	2
≥ 60 minutos	3

Puntuación pregunta 2: _____

2. Examine la pregunta nº 5a y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación pregunta 5a: _____

3. Sume la pregunta nº 2 y nº 5a

Suma de la pregunta 2 y 5a: _____

4. Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

Suma de la pregunta 2 y 5a:	Puntuación:
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación ítem 2: _____

- **Ítem 3: Duración del Sueño**

Examine la pregunta nº 4 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Más de 7 horas	0
Entre 6 y 7 horas	1
Entre 5 y 6 horas	2
Menos de 5 horas	3
Puntuación ítem 3: _____	

- **Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño**

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta N° 4) aquí: _____
2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:
 - a. Hora de levantarse (Pregunta nº 3): _____
 - b. Hora de acostarse (Pregunta nº 1): _____
 Hora de levantarse – Hora de acostarse: _____ Número de horas que pasas en la cama
3. Calcule la eficiencia habitual de sueño como sigue:
 (Número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100= Eficiencia

Habitual de Sueño (%)

$$\left(\frac{\text{_____}}{\text{_____}}\right) \times 100 = \text{_____}\%$$

4. Asigne la puntuación al ítem 4:

Eficiencia habitual de sueño (%):	Puntuación:
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Puntuación ítem 4: _____

- **Ítem 5: Perturbaciones del sueño**

1. Examine las preguntas nº 5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

- Puntuación 5b _____
- Puntuación 5c _____
- Puntuación 5d _____
- Puntuación 5e _____
- Puntuación 5f _____
- Puntuación 5g _____
- Puntuación 5h _____

- Puntuación 5i _____
- Puntuación 5j _____

2. Sume las puntuaciones de las preguntas nº 5b-j:

Suma puntuaciones 5b-j: _____

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

Respuesta:	Puntuación:
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación ítem 5: _____

- **Ítem 6: Utilización de medicación para dormir**

Examine la pregunta nº 7 y asigne la puntuación

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación ítem 6: _____

- **Ítem 7: Disfunción durante el día**

1. Examine la pregunta nº 8 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación pregunta 8: _____

2. Examine la pregunta nº 9 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3. Sume la pregunta nº 8 y la nº 9

Suma de la pregunta 8 y 9: _____

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

Suma de la pregunta 8 y 9:	Puntuación:
0	0
1-2	1
3-4	2

5-6

3

Puntuación PSQI Total

Puntuación ítem 7: _____

Sume la puntuación de los 7 ítems

Puntuación PSQI total: _____

ANEXO 5

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

Nombre _____

Fecha: _____ Edad: _____ Estado civil:

Turno de trabajo: _____ Número de hijos:

Grado de académico: _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una.

A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo **se ha sentido durante esta última semana**, incluido en el **día de hoy**. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1.- a. No me siento triste.
- b. Me siento triste.
- c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
- d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

- 2.- a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
- b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
- c. Siento que no tengo nada que esperar.
- d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

- 3.- a. No creo que sea un fracaso.
- b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
- c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
- d.

Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

- a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
- b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
- c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
- d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- 5.- a. No me siento especialmente culpable.

- b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
- c. Me siento culpable casi siempre.
- d. Me siento culpable siempre.

- 6.-
- a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.

- 7.-
- a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.

- 8.-
- a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

- 9.-
- a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

- 10.-
- a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.

- 11.
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

- 12.
- a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.

- 13.
- a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.

14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
d. Creo que me veo feo.

15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
d. No puedo trabajar en absoluto.

16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
b. No puedo dormir tan bien como solía.
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17. a. No me canso más que de costumbre.
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
c. Me canso sin hacer nada.
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.

19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio.
c. He rebajado más de cinco kilos.
d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.

- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

- 1-10.....Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20.....Estados de depresión intermitentes.
- 21-30.....Depresión moderada.
- 31-40.....Depresión grave.
- + 40.....Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

ANEXO 6

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3	Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6	Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					

9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.					
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					
14	Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

- Ansiedad leve: 6-14 pts.
- Ansiedad Moderada 15 a 25 pts
- Ansiedad grave más de 26pts

12.- BIBLIOGRAFIA:

1. Aguirre-Navarrete RI. Bases Anatómicas y fisiología del sueño. Rev Ecuat Neurol.2007; 5 (15): 1-9.
2. Carrillo-Mora P, Ramírez-Peris J, Magaña-Vázquez K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex. 2013;56 (4);5-15.
3. Torres-Esteche V, Monteghirfo R. Trastornos del sueño. Arch Med Interna 2011; 33(spl 1) S01-S46.
4. Luna-Solis Y, Robles-Arena Y, Agüero-PalaciosY. Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. Anales de Salud Mental. 2015; 31(2):23-30
5. Monterrosa-Castro A, Ulloque-Caamaño L, Carriazo-Julio S. Calidad del dormir, insomnio y rendimiento académico en estudiantes de medicina. Duazary. 2014; 11(2):85-97
6. Bacque-González V. El sueño y el medico: Visión desde la Medicina Familiar. Biomedicina. 2015,10 (2): 30-41.
7. Montiel-Jarquín J, Torres-Castillo M, Herrera-Velazco M, Ahumada-Sánchez O, Barragan-Hervella R, Garcia-Villaseñor A, Loria-Castellanos J. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel atención médica. Educ Med. 2015;16 (2):116-125.
8. Casas-Patiño D, Rodríguez-Torres A, Casas-Patiño I, Galeana-Castillo C. Médicos residentes en México: tradición o humillación. Medwave 2013;13(7): 1-5.
9. Jiménez-López J, Arenas-Osuna J. Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. Rev colomb cienc soc. 2017; 8 (1): 227-241
10. Vázquez-Ramírez L, González-Pedraza Aviles A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos de la ciudad de México. Aten Fam. 2014; 21(4):109-112.
11. Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curiel-Hernández O, Juarez-Ocaña JR, Rosas-Barrientos JV. Depresión y Ansiedad en la residencia médica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas . 2011; 16 (3): 57-162.
12. Mascarua-Lara E, Vázquez-Cruz E, Cordova-Soriano JA. Ansiedad y Depresión en médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar. Aten Fam. 2014; 21 (2): 55-57.
13. Loria-Castellanos J, Rocha-Luna J, Márquez-Ávila G. Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. Emergencias.2010; 22: 33-39.
14. Moringo-Garcia D, Godoy-Larroza G, González-Amarilla R, Morel-Pirelli M, Dolores-Cortti J. Carga laboral y calidad del sueño en médicos residentes del hospital de clínicas. Rev Virtual Soc Parag Med Int. 2016;3 (2):95-100.
15. Mercedes-Martínez L, Mayorga-Coca I, Mendoza-Hernández V, Valdez-Doña G, Mairena-López F. Calidad de sueño en Médicos Residentes del

- HEODRA. Revista de la Escuela de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2008; 2(2):13-17.
16. Maccagno Guillermo. Errores Médicos por privación del sueño. Biblioteca Virtual NOBLE, 2011: 1-4.
 17. Domínguez Paula, Grosso Maria Laura, Pagotto Betina, Tallercillo Vanina, Allegri Ricardo. Efectos de la privación de sueño en el desempeño de los médicos residentes de pediatría. Arch Argent Pediatr 2009; 107(3):241-245.
 18. Sarmiento-José P, Parra-Chico A. Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. Pers Bioét. 2015; 19(2): 290-302.
 19. Vargas-Terreza B, Moheno-Kleeb V, Cortés-Sotresc J, Heinze-Martind G. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. Inv Ed Med. 2015;4(16):229-235.
 20. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y la depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista fuente.2011; 8: 28-33.
 21. Sepulveda-Vidosola AC, Romero-Guerra AL, Jaramillo-Villanueva L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. Bol Med Hosp infant Mex. 2012;69 (5):347-354.
 22. Vázquez-Ramírez L, González-Pedraza A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos de la ciudad de México. Aten Fam. 2014;21(4):109-112.
 23. Velázquez-Pérez L, Colin-Piana R, González-González M. Afrontando la residencia medica: depresión y burnot. Gac Med Mex. 2013; 149: 183-195.
 24. Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, De la Vegga-Pacheco A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de la calidad de sueño Pittsburg en pacientes psiquiátricos. Gac Med Mex.2008.144(6).
 25. Jiménez-López J, Arenas-Osuna J, Angeles-Garayc U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):20-8
 26. Jiménez-López J, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Diferencias entre síntomas de depresión y trastorno depresivo en médicos residentes. Salud y Ciencia. 2016; 22(3):279-82.
 27. Hamui-Sutton L, Barragán-Pérez V, Fuentes-García R, Monsalvo-Obregón E, Fouloux-Morales C. Efectos de la Privación de sueño en las habilidades cognitivas psicomotoras y su relación con las características personales en los médicos residentes. Cir Cir, 2013;81 (4): 317-327.