

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CALIDAD DE SUEÑO COMO FACTOR ASOCIADO A DEPRESIÓN EN
PROFESIONALES MÉDICOS”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

VERENITZE VILLANUEVA CORNEJO

ASESOR:

Dr. DANTE CABOS YEPÉZ

CO ASESORA:

Dra. PAOLA RODRIGUEZ GARCIA

Trujillo – Perú

2018

MIEMBROS DEL JURADO

.....

PRESIDENTE

DRA. ROSA LOZANO IBAÑEZ

.....

SECRETARIO

DRA. ELIZABETH MUÑOZ ARTEAGA

.....

VOCAL

DR. HUGO SANCHEZ RIVERA

DEDICATORIA

*A mis padres, hermanas y familia,
por su amor, trabajo y sacrificios en
todos estos años, gracias a ustedes he
logrado llegar hasta aquí y
convertirme en lo que soy.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios que me dio fé para creer lo que me parecía imposible terminar, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes.

A mis padres; Olger y Teresa, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Ha sido un privilegio ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanas; Irma y Karen por ser el motor y mi fortaleza en este camino.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la calidad de sueño es factor asociado a depresión en médicos residentes y asistentes del Hospital Belén Trujillo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo seccional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 192 médicos según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con depresión o sin ella, se calculó el odds ratio y la prueba Chi cuadrado.

Resultados: La práctica de guardias nocturnas y la condición asistencial de médico residente se observan con una frecuencia significativamente mayor en el grupo con depresión respecto al grupo sin depresión ($p < 0.05$). La proporción de alteración de la calidad de sueño en médicos con depresión fue 32%. La proporción de alteración de la calidad de sueño en médicos sin depresión fue 8%. La mala calidad de sueño es factor asociado a depresión en médicos con un Odds ratio de 5.3 el cual fue significativo ($p < 0.05$). En el análisis multivariado se reconoce como factores asociados a depresión a las variables mala calidad del sueño, guardias nocturnas, y el ser médico residente ($p < 0.05$).

Conclusiones: La calidad de sueño es factor asociado a depresión en médicos residentes y asistentes del Hospital Belén Trujillo.

Palabras claves: Calidad de sueño, factor asociado, depresión, médicos.

ABSTRACT

Objective: To determine if the quality of sleep is a factor associated with depression in resident physicians and assistants of the Belén Trujillo Hospital.

Material and Methods: An analytical, observational, cross-sectional retrospective study was carried out. The study population consisted of 192 physicians according to established inclusion and exclusion criteria divided into two groups: with or without depression, the odds ratio and chi square test were calculated.

Results: The practice of nocturnal guards and the medical condition of the resident physician are observed with a significantly higher frequency in the group with depression than in the group without depression ($p < 0.05$). The proportion of alteration in sleep quality in physicians with depression was 32%. The proportion of alteration in sleep quality in physicians without depression was 8%. Poor sleep quality is a factor associated with depression in physicians with an odds ratio of 5.3 which was significant ($p < 0.05$). In the multivariate analysis, the factors associated with depression were the poor quality of sleep variables, nocturnal guards, and being a resident doctor ($p < 0.05$).

Conclusions: The quality of sleep is a factor associated with depression in resident physicians and assistants of the Belén Trujillo Hospital.

Key words: Sleep quality, associated factor, depression, doctors.

ÍNDICE

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA	1
PAGINA DE DEDICATORIA	3
PAGINA DE AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INDICE	7
INTRODUCCIÓN	8
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
ANEXOS	34

I. INTRODUCCIÓN:

Se prevé que la depresión sea el problema de salud más grande del mundo para el año 2020. Alrededor de 450 millones de personas padecen problemas de salud mental. De ellos, 150 millones se ven afectados por la depresión. ⁽¹⁾ En Perú en el 2012 se encontró que la depresión es el trastorno mental de mayor incidencia (9.9%) ⁽²⁾. En la sierra urbana, la selva urbana y ciudades fronterizas se percibe el mismo perfil para la depresión con incidencia de 16,2%, 21,4% y 17,1% ⁽³⁾. En la costa, la depresión alcanza prevalencias de hasta (14,1%). ⁽⁴⁾ En Lima, se registran cifras de hasta (15,8%). ⁽⁵⁾ En la sierra se observa depresión en formas graves hasta en el 14,6% de los pacientes. ⁽⁶⁾

La depresión es un trastorno del estado de ánimo con incapacidad para sentir placer, tristeza patológica, irritabilidad, sentimientos de culpa o baja autoestima, sueño, y pérdida de la atención. ⁽⁷⁾ Respecto a la etiología se describen elementos sociológicos, psicológicos, y somáticas. ⁽⁸⁾

El sustrato anatómico y fisiológico para la depresión es diverso. ⁽⁹⁾ Están implicadas áreas cerebrales específicas y son protagonistas funcionales neurotransmisores pertenecientes al circuito de monoaminas cerebrales, los adrenerreceptores, los sistemas dopaminérgicos, el eje hipotalámico hipofisario suprarrenal (HHS). ⁽¹⁰⁾

La historia natural de este trastorno del estado de ánimo puede verse influenciado por el estrés, sexo, edad, luto, relación laboral, calidad de sueño, etc. ⁽¹¹⁾ Los trastornos de la calidad del sueño son concomitantes a la depresión. ⁽¹²⁾

La prevalencia e incidencia de los trastornos del sueño es creciente en nuestra época; se han registrado frecuencias de hasta el 62 % independientemente del

grupo etario y en los últimos 5 años la frecuencia de síntomas depresivos alcanza cifras de hasta el 75 %. ⁽¹³⁾

El sueño es un estado repetitivo natural el cual se caracteriza por alteración de la conciencia, este es un requerimiento imprescindible para la interacción físico, mental y psicológico, la pérdida de su equilibrio merma significativamente la productividad de la persona. ⁽¹⁴⁾

El Índice de calidad del sueño de Pittsburg (PSQI), es una herramienta de despistaje que valora cualitativamente el sueño, consta de 19 preguntas de autoevaluación. ⁽¹⁵⁾ Este instrumento tiene una sensibilidad del 89.6% y 86.5% especificidad en identificar patología del sueño. ⁽¹⁶⁾

La dopamina está implicada en la regulación fisiológica del ritmo circadiano del sueño. ⁽¹⁷⁾ Disturbios del sueño predisponen a enfermedad, accidentes ocupacionales y problemas de salud a largo plazo. ⁽¹⁸⁾ Los problemas del sueño son comunes entre los trabajadores de la salud, siendo de etiología multifactorial. ⁽¹⁹⁾

La pérdida de sueño afecta el rendimiento de habilidades cognitivas, por ejemplo, memoria, aprendizaje, razonamiento lógico, matemática cálculos, patrones de reconocimiento, y toma de decisiones ^(20,21).

Dado que una fracción considerable de personal médico realiza guardias nocturnas, existe un riesgo incrementado en esta población de presentar deterioro en la calidad del sueño ⁽⁷⁾; según estudios realizados refieren que la corta duración del sueño es un factor de riesgo para trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo; en la actualidad no existen estudios que relacionen específicamente estas 2 variables en personal médico. ⁽²²⁾

Díaz Y, et al (España, 2013); en un estudio multicéntrico, descriptivo y transversal mediante cuestionario anónimo auto cumplimentado; contestaron

281 profesionales, refirieron trastornos del sueño el 31,7% (IC95%: 26,65-38,46) ⁽²¹⁾.

Loria Castellanos, et al (Colombia, 2013); llevaron a cabo un estudio transversal observacional a 25 médicos con miras a describir el patrón y la percepción de la calidad del sueño y la relación con la depresión y se encontró una prevalencia de depresión 37.5 % (OR: 6.2) la cual se asoció con la calidad del sueño (OR = 18.1, $p < 0.001$). ⁽²³⁾

Cho HS, et al (China, 2013) en un diseño seccional transversal prospectivo en el 4833 trabajadores de salud se encontró que la prevalencia de depresión fue de 20% y que esta se asoció con la calidad del sueño inadecuada (OR=3.81, IC 95% =3.18-4.56; $p < 0.05$); la cual se registró en una prevalencia del 15%. ⁽²⁴⁾

Chin W, et al (Japón, 2013); en un estudio prospectivo seccional transversal en el cual se incluyó 2268 trabajadores de salud, se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos fue de 37%; observando que la frecuencia fue significativamente mayor en el grupo de pacientes expuestos a guardias nocturnas (OR=1.8, IC 95% 1.2-2.7; $p < 0.05$). ⁽²⁵⁾

Begüm D, et al (Turquía, 2017); en un estudio prospectivo seccional transversal en el 313 paciente; en quienes se registró una prevalencia de depresión de 15%; en tanto que el 36% presento mala calidad del sueño; encontrando asociación entre síntomas depresivos y la mala calidad del sueño ($p < 0.05$). ⁽²⁶⁾

II. Enunciado del problema

II.1. Formulación del problema científico: ¿Es la calidad de sueño factor asociado a depresión en médicos residentes y asistentes del Hospital Belén Trujillo?

III. Objetivos:

III.1. Objetivos generales: Determinar si la calidad de sueño es factor asociado a depresión en médicos residentes y asistentes del Hospital Belén Trujillo.

III.2. Objetivos específicos:

- Precisar la proporción de alteración de la calidad de sueño en médicos con depresión.
- Valorar la proporción de la alteración de la calidad de sueño en médicos sin depresión.
- Comparar la calidad de sueño entre médicos con o sin depresión.

IV. Hipótesis:

IV.1 Hipótesis alterna (H_1): La calidad de sueño es factor asociado a depresión en médicos residentes y asistentes del Hospital Belén Trujillo

IV.2. Hipótesis nula (H_0): La calidad de sueño no es factor asociado a depresión en médicos residentes y asistentes del Hospital Belén Trujillo

V. MATERIAL Y MÉTODO:

V.1. Diseño de estudio

El estudio fue analítico, observacional, prospectivo, transversal.

Diseño Específico

G1	X1
G2	X1

P: Población

G1: Médicos con depresión

G2: Médicos sin depresión

X1: Calidad del sueño

V.2 Población, muestra y muestreo

V.2.1 Población Diana o Universo: Médicos residentes y asistentes del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero - Marzo 2018.

V.2.2 Población de Estudio: Médicos residentes y asistentes del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero - Marzo 2018 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Médicos de todos los servicios.
- Médicos menores de 60 años.
- Médicos de ambos sexos.
- Médicos que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Médicos en tratamiento con medicamentos antidepresivos.
- Médicos en tratamiento con hipnóticos.
- Médicos con enfermedad aguda intercurrente.
- Médicos con enfermedad crónica.

V.2.3 Muestra y muestreo:

V.2.3.1 Unidad de Análisis: Estuvo constituido por los médicos residentes y asistentes del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero - Marzo 2018 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

V.2.3.2 Unidad de Muestreo: Constituido por la ficha de recolección de datos de los médicos residentes y asistentes.

V.2.3.3. Tamaño muestral: Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estudios de una sola población (27):

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

$$E^2$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad.

pe : Prevalencia estimada (mala calidad del sueño en médicos): (15%)²⁴

$$qe = 1 - pe$$

$peqe$: Variabilidad estimada.

E : Error absoluto o precisión. 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$n = 192 \text{ médicos}$$

Muestreo: Aleatorio simple

V.3 Definición operacional de variables

Depresión: Según la Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 1) se considerará depresión a un puntaje mayor al de 14. ⁽²⁸⁾

Calidad del sueño: Según el Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburg. se considerará como mala calidad del sueño a un puntaje mayor a 11 puntos.
(27)

V.3.1 Variables y Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
CALIDAD DEL SUEÑO	CUALITATIVA	NOMINAL	CUESTIONARIO DE CALIDAD DE SUEÑO	SI – NO
DEPRESIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN	SI – NO
<i>INTERVINIENTE</i>				
EDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	HISTORIA CLINICA	AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA	FEMENINO – MASCULINO
PROCEDENCIA	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA	URBANO – RURAL
GUARDIAS NOCTURNAS	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA	SI - NO
JERARQUIA ASISTENCIAL	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA	RESIDENTE - ASISTENTE

ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA	SI - NO
CONSUMO DE ALCOHOL	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA	SI - NO
CONSUMO DE CAFÉ	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA	SI - NO
TABAQUISMO	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA	SI - NO

V.4. Procedimientos y técnicas

Ingresaron al estudio los médicos residentes y asistentes del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero - Marzo 2018 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; se solicitó la autorización del Hospital correspondiente.

Se identificaron a los médicos residentes o asistentes en el ámbito mencionado a quienes se les realizó la entrevista para definir la presencia o ausencia de depresión según los valores del cuestionario correspondiente (Anexo 1).

Se realizó la entrevista a los médicos aplicando el cuestionario de calidad de sueño para precisar la ausencia o presencia de este trastorno (Anexo 2).

Se incorporaron las variables obtenidas en la hoja de recolección de datos correspondiente (Anexo 3).

V.5. Plan de análisis de datos

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas las cuales se presentaron en tablas y gráficos correspondientes.

Estadística Analítica

Se hizo uso de la prueba estadístico Chi (X²) cuadrado las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$). Se obtuvo el OR para calidad del sueño en cuanto a su asociación con depresión. Se realizó el análisis multivariado con regresión logística para desenmascarar la influencia de las variables confusoras.

V.6. Aspectos éticos

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Y la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA) y el Código de ética del Colegio Médico del Perú (Capítulo 6).⁽²⁹⁾

VI. RESULTADOS:

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal, el proceso de selección fue realizado bajo los criterios de inclusión y exclusión ya antes expuestos, correspondientes a los médicos residentes y asistentes del Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Marzo 2018. En la presente investigación se obtuvo una muestra de 192 sujetos.

La tabla 1 muestra una distribución de médicos según las características generales y presencia de depresión. En cuanto a la edad podemos observar que la edad promedio del grupo con depresión respecto al grupo sin depresión no presentaron diferencias significativas ($p > 0.05$).

Respecto a la condición de género y la procedencia no se apreciaron diferencias significativas para las frecuencias de estas variables entre los grupos de estudio ($p > 0.05$).

Respecto a la práctica de guardias nocturnas, este tipo de actividad asistencia se registró con frecuencias significativamente mayores en el grupo de pacientes con depresión respecto al grupo de pacientes sin depresión ($p < 0.05$).

Con relación al estado civil no se registraron diferencias significativas para los grupos de médicos con o sin depresión ($p > 0.05$).

Respecto a la jerarquía asistencia se aprecia que la categoría de residente fue más frecuente en el grupo de pacientes con depresión respecto al grupo de pacientes sin depresión; en cuanto a la categoría de médico asistente ($p < 0.05$).

En cuanto al consumo de café, consumo de alcohol y tabaquismos; no se aprecian diferencias significativas de estos hábitos entre los médicos con depresión o sin ella ($p > 0.05$).

En la tabla N 2, el análisis se observa que la mala calidad del sueño expresa riesgo para depresión a nivel muestral lo que se traduce en un Odds ratio >1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; ello permite afirmar que existe asociación entre las variables de interés.

En la tabla N° 3, el análisis multivariado se verifica la significancia del riesgo para las variables mala calidad del sueño, guardias nocturnas, y el ser médico residente en relación con la aparición del desenlace depresión.

Tabla N° 01:

DISTRIBUCIÓN DE MEDICOS RESIDENTES Y ASISTENTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA CALIDAD DE SUEÑO Y PRESENCIA DE DEPRESIÓN

CARACTERÍSTICAS GENERALES	DEPRESIÓN (N=34)	NO DEPRESIÓN (N=158)	ORc IC 95%	VALOR P
EDAD:				
PROMEDIO	35.2	36.7	NA	1.18 ^a
D. ESTÁNDAR	10.5	11.3		p>0.05 ^b
SEXO:				
MASCULINO	21 (15,33%)	116 (84,67%)	1.7 (0.8 –1.9)	2.04 ^b
FEMENINO	13 (23,64%)	42 (76,36%)		p>0.05 ^b
PROCEDENCIA:				
URBANO	32(94%)	155(98%)	1.4 (0.6 –1.5)	1.54 ^b
RURAL	2(6%)	3 (2%)		p>0.05
GUARDIAS NOCTURNAS:				
SI	24(24,5%)	74(75,51%)	2.3 (1.4 –3.2)	4.14 ^b
NO	10(10,64%)	84(89,36%)		p<0.05
ESTADO CIVIL:				
CONVIVIENTE	12(18,46%)	53(81,54%)	1.7 (0.8 –1.9)	2.68 ^b
SOLTERO	16(17,98%)	73(82,02%)		p>0.05
CASADO	6(15,79%)	32(84,41%)		

JERARQUÍA ASISTENCIAL:	25(23,36%)	82(76,64%)	2.1 (1.2 –2.7)	4.06 ^b
RESIDENTE ASISTENTE	9(10,59%)	76(89,41%)		p<0.05
CONSUMO DE ALCOHOL:	7(33,33%)	14(66,67%)	1.6 (0.5 –1.9)	1.78 ^b
SI	27(15,79%)	144(84,09%)		p>0.05
NO				
CONSUMO DE CAFÉ:	6(37,5%)	10(62,3%)	1.5 (0.7 –2.3)	1.46 ^b
SI	28(13,91%)	148(84,09%)		p>0.05
NO				
TABAQUISMO:	2(33,33%)	4(66,67%)	1.3 (0.6 –1.7)	1.32 ^b
SI	32(17,20%)	154(82,79%)		p>0.05
NO				

a: Prueba t; b: Chi cuadrado

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Fichas de recolección: 2018.

Tabla N° 02:

**DISTRIBUCIÓN DE MEDICOS ASISTENTES Y RESIDENTES SEGÚN
Alteración de la calidad de sueño como factor asociado a depresión**

CALIDAD DEL SUEÑO	DEPRESIÓN		TOTAL
	Si	No	
MALA	11 (32%)	13 (8%)	24
BUENA	23 (68%)	145 (92%)	168
TOTAL	34 (100%)	158 (100%)	192

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO– Fichas de recolección: 2018.

- Chi cuadrado: 9.2
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 5.3
- Intervalo de confianza al 95%: (1.86 –9.72)

Tabla N° 03:

Análisis multivariado de las variables asociadas a depresión en médicos del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2018:

Variable	Significancia			Wald/ p
	OR	IC 95%	B	
Mala calidad del sueño	4.6	(2.2 – 7.9)	0.88	9.1 / p= 0.006
Guardias nocturnas	2.5	(1.7 – 3.9)	0.86	6.1 / p= 0.017
Médico residente	2.7	(1.9 – 4.6)	0.83	5.8 / p= 0.021
Sexo masculino	1.6	(0.8 – 3.3)	0.54	2.5 / p= 0.076
Consumo de alcohol	1.5	(0.8 -- 2.8)	0.56	2.3 / p= 0.082
Consumo de café	1.4	(0.6 -- 1.9)	0.45	1.8 / p= 0.085
Tabaquismo	1.2	(0.5 -- 1.6)	0.34	1.5 / p= 0.088

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO– Fichas de recolección: 2018.

VII. DISCUSION:

El sueño es una necesidad esencial para la supervivencia humana y su principal función del sueño es reparar al organismo para seguir la vida en condiciones favorables. Existe la falsa creencia de que el sueño es un estado de completa relajación e inactividad, cuando más bien es un estado complejo y activo.

Buela-Casal y Miró (2001) señalan que la cantidad de sueño necesaria para el ser humano es una magnitud que depende de factores biológicos, conductuales y ambientales. Así, hay personas que duermen cinco horas o menos y otros que necesitan nueve horas. Existe un tercer grupo que se caracteriza por tener una necesidad variable de sueño y, por último, la gran mayoría, que duerme ocho horas (Miró et al., 2002).⁽³⁰⁾

El sueño es una actividad esencial en nuestras vidas y este contribuye en alcanzar un adecuado estado de salud tanto físico como psicológico es el sueño. Normalmente La pérdida de sueño es una experiencia frecuente en nuestras vidas el cual se encuentre influenciado por muchos factores sociales y ambientales. La prevalencia de trastornos del sueño se sitúa entre el 20 y 30% e incrementa con la edad. Estos trastornos constituyen un importante factor de riesgo para la salud.⁽³¹⁾

En la actualidad conocemos que los médicos residentes a diferencia de los asistentes realizan más actividades intrahospitalarias y son responsables de su formación profesional como especialistas, una actividad sobresaliente es el extenuante ritmo laboral que estos ejercen, el cual puede repercutir en su salud tanto física como psicológica.

En muchos estudios se ha podido demostrar que el dormir menos está asociado a consecuencias adversas para la salud, a nivel de salud mental se ha podido demostrar que la falta de un adecuado ciclo de sueño repercute en la depresión,

así lo menciona Breslau y Cols, encontrando que el riesgo de sufrir depresión en estudiantes era cuatro mayores en comparación a estudiantes que tenían un sueño de larga duración. ⁽³²⁾

En nuestro estudio se trabajó con una población de 192 médicos asistentes y residentes, de los cuales se obtuvo una media de edad de 35 años con desviación estándar 10,5.

En relación al sexo en nuestro estudio encontramos que la proporción que predominó, respecto a la variable estudiada, el género masculino con 15,33% (n=21) quien presentó mayor predisposición a la depresión, a diferencia del sexo femenino que se encontró un 23,64% (n=13). Esto se debe a que la población encuestada en el Hospital Belén de Trujillo tiene mayor predominio al sexo masculino, por lo que difiere con estudios realizados anteriormente por Saldaña Omar y cols en 2014 en el Centro de Salud «Dr. José Castro Villagrana» y el Hospital General «Dr. Enrique Cabrera y Cossío» en residentes de Urgencias Médicas, Medicina Interna, Cirugía General y Medicina Familiar; donde se aplicó cuestionarios SRQ a 119 médicos especialistas con el objetivo de identificar la depresión realizando un estudio observacional descriptivo obteniendo una prevalencia de 7.56 por cada 100 médicos especialistas el cual refiere que residentes de sexo femenino padecen más de depresión que el sexo masculino⁽³³⁾.

El área de procedencia se dividió en zona urbana y rural; hallando depresión en el área urbana un 17,11 % y sin depresión un 82, 89% en comparación al área rural con un 40% de depresión y 60% sin depresión, la información captada se debe a que el lugar de estudio fue en un Hospital de tercer nivel y la mayoría del personal hospitalario radica en la misma ciudad para poder llegar a su lugar de trabajo.

Está bien establecido como las largas horas de trabajo y la privación del sueño aumenta la posibilidad de efectos adversos en el desempeño laboral, esto es debido a la repercusión cognitiva, motora, en la atención y el humor de los médicos. La proporción, de los sujetos en estudio, que realizaron guardias nocturnas, fue 51,04% de los cuales presentaron depresión el 24,5% , dentro de tal población, predominó más en residentes con el 26,22%, respecto al 20,83% en asistentes, que realizaron dichos turnos, con resultados significativo $\chi^2 = 4.14$ **p<0.05** dato que muestra una relación entre guardias nocturnas como la investigación de Warley y cols (2015) quien realizó un estudio de corte transversal en residentes del Hospital Italiano en Buenos aires donde determino que la prevalencia de depresión fue de 6,25% (9, IC95% 29-79%) en aquellos residentes que realizaron guardias nocturnas seguidas de turno laboral normal. ⁽³⁴⁾. estos hallazgos son coincidentes con los descrito por Chin W, et al en Japón en el 2013 quienes en un estudio seccional transversal en 2268 trabajadores de salud, encontró que la prevalencia de síntomas depresivos fue significativamente mayor en el grupo de pacientes expuestos a guardias nocturnas (OR=1.8, IC 95% 1.2-2.7; p<0.05). ⁽³⁵⁾. Como dato de posible asociación a la depresión en galenos, se realizó un análisis multivariado teniendo este un resultado no significativo.

Según a la Jerarquía asistencial se observa depresión en el grupo de residentes en un 23, 36% vs al grupo control que no presenta depresión en un 76, 64% esto se debe a que la mayoría del personal médico residente presenta mayor riesgo de sufrir depresión en los primeros años de residencia a diferencia de los médicos asistentes que presentan depresión un 10,59% vs 89, 91% que si presenta depresión, esto se corrobora según estudios realizados por Vásquez y Cols en el año 2013 realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez donde se Realizó un estudio de tipo observacional, se empleó una encuesta auto aplicable a todos los médicos residentes (Neurocirugía, Neurología y Psiquiatría) concluyendo Al ingreso, el 97.7% de los médicos se

encontraban sin depresión, pero esto cambió ($p = 0.008$), pues se incrementó la sintomatología depresiva leve ($p = 0.02$). Con respecto al MBI-HS, hubo incremento en el agotamiento emocional significativo a los 6 y 12 meses posteriores ⁽³⁶⁾. Se confirma la noción de que cursar una residencia médica genera malestar emocional. Según se demuestra que la residencia se asocia con un empeoramiento del patrón y la calidad del sueño. No es de extrañar que durante la residencia los patrones de sueño se hagan cortos y que la calidad del mismo se oriente a los niveles malos o muy malos.

Estado civil: respecto al estado civil, los galenos con parejas estables ya sean casadas o convivientes muestran un menor porcentaje de depresión en ambos grupos de médicos, lo que se contradice con estudios de Diaz y Cols. (2004 – 2007) y según literatura refiere hallar un mayor porcentaje en individuos solteros (Gilmour y Patten, 2007; Mudgal y cols. 2006).

En cuanto a los hábitos toxicológicos, en nuestro estudio se encuentra un porcentaje bajo referente a la depresión esto es debido a que la mayoría de individuos de estudios son personal médico; según diversos estudios predomina en alcoholismo y de manera significativa el consumo de cigarrillo, (García y cols 2011), donde concluyen que el consumo de alcohol como factor de riesgo. El consumo de cafeína no se contribuye como un factor de riesgo en este grupo de estudio.

En la Tabla 2 se verifica la asociación de las variables mala calidad del sueño y el desenlace correspondiente a depresión con un odds ratio de 5.3; verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado suficiente para poder afirmar que la misma tiene significancia estadística ($p < 0.05$) lo que permite asignar la condición de factor asociado a la mala calidad del sueño respecto al trastorno depresivo.

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de Loria Castellanos, et al en Colombia en el 2013 quienes llevaron a cabo un estudio transversal observacional a 25 médicos con miras a describir el patrón y la percepción de la calidad del sueño y la relación con la depresión y se encontró asociación entre depresión y calidad del sueño (OR = 18.1, $p < 0.001$).⁽³⁷⁾

En la Tabla 3 se aprecia el análisis multivariado en el que se puede reconocer a través de la técnica de regresión logística la influencia de cada factor de riesgo en un contexto más sistemático e integrado y con un mejor control de sesgos y a través de este se corroboran los hallazgos observados en el análisis bivariado al reconocer también a las variables mala calidad del sueño, condición de médico residente y práctica de guardias nocturnas como asociadas a depresión en personal médico.

Reconocemos los hallazgos descritos por Cho HS, et al en China en el 2013 quienes en un diseño transversal prospectivo en 4833 trabajadores de salud se encontró que la prevalencia de depresión se asoció con la calidad del sueño inadecuada (OR=3.81, IC 95% =3.18-4.56; $p < 0.05$); la cual se registró en una prevalencia del 15%.⁽³⁸⁾

Finalmente tomamos en cuenta las tendencias registradas por Begüm D, et al en Turquía en el 2017 quienes en un estudio prospectivo seccional transversal en 313 paciente; en quienes se registró una que el 36% presento mala calidad del sueño; encontrando asociación entre síntomas depresivos y la mala calidad del sueño ($p < 0.05$).⁽³⁹⁾

VIII. CONCLUSIONES

1. La práctica de guardias nocturnas y la condición asistencial de médico residente se observan con una frecuencia significativamente mayor en el grupo con depresión respecto al grupo sin depresión ($p < 0.05$).
2. La proporción de alteración de la calidad de sueño en médicos con depresión fue 32%.
3. La proporción de alteración de la calidad de sueño en médicos sin depresión fue 8%.
4. La mala calidad de sueño es factor asociado a depresión en médicos con un odds ratio de 5.3 el cual fue significativo ($p < 0.05$).
5. En el análisis multivariado se reconoce como factores asociados a depresión a las variables mala calidad del sueño, guardias nocturnas, y el ser médico residente ($p < 0.05$).

IX. RECOMENDACIONES

1.- Las asociaciones observadas debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias de intervención que reduzcan la aparición de depresión en el personal médico.

2.- Nuevas investigaciones multicéntricas con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y con el control de un mayor número de variables intervinientes deberían ser llevadas a cabo, para extrapolar nuestros hallazgos al ámbito regional.

3.- Es conveniente el inicio de estudios observacionales con miras a precisar el impacto de la mala calidad del sueño en relación a indicadores respecto a la calidad del desempeño asistencial de personal sanitario médico y no médico, con miras a establecer las estrategias preventivas correspondientes.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Feyera F. Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at melkadida camp, southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC psychiatry* 2015; 15(1), 171.
2. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2008; XVII (1 y 2):1-197
3. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental 2005; XXI (1-2): 1-212.
4. Instituto Nacional de Salud Mental. "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental 2007; XXIII (1-2): 1-226.
5. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental 2003; XIX (1 y 2): 1- 216
6. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.
7. Tao Sun,Lei Gao,Fujun Li. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large crosssectional study. *BMJ Open* 2017;7:e017182. doi:10.1136/bmjopen-2017-017182
8. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 157 (suppl):1, 2010.
9. Sequeira Cordero Andrey, Fornaguera Trías Jaime: Neurobiología de la depresión; *Revista Mexicana de Neurociencia* Noviembre-diciembre, 2009; 10(6): 462-478.
10. Neumeister A, Drevets WC, Belfer I, Luckenbaugh DA, Henry S, Bonne O, et al. Effects of alpha2 C-adrenoreceptor gene polymorphism on neural responses to facial expressions in depression. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31: 1750-6.
11. Lu BS, Zee PC. (2006). Circadian rhythm sleep disorders. *Chest*. 130: 1915-23

12. Basta M, Chrousos GP, Vela-Bueno A et al. Chronic Insomnia and Stress System. *Sleep Med Clin*. 2007 jun; 2(2):279-291.
13. Zeidan Z. Prevalence of Depression and Associated Factors among Sudanese Elderly: A household Survey. 2015.
14. Shen S. Incidence, risk, and associated factors of depression in adults with physical and sensory disabilities: A nationwide population-based study. *PloS one*, 2017; 12(3), e0175141.
15. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol*, 2005; 40 (3): 150-155
16. Schulz H. Rethinking sleep analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2008; 4 (2): 99–103.
17. Allesen S, Bjorvatn B. Circadian rhythm sleep disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009 Sep 24;129(18):1884-7.
18. Miro E., Cano Lozano M, Buela Casal G. Sueño y calidad de vida. *Rev Colomb Psicol* .2005; 14:18.
19. Berenzon, S., Lara, M., et al. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México* 2013; 55(1), 74-80.
20. Singh M. Insomnio comorbido con condiciones médicas. *Assessment, Methodology, Training, and Policies of Sleep*. *Encyclopedia of Sleep*. 2013;1:236-238
21. Díaz Y. La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. *REV CLÍN MED FAM* 2013; 2 (4): 156-161
22. Fetuma Feyera, Getnet Mihretie, Mr. Asres Bedaso. Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at melkadida camp, southeast Ethiopia: a cross-sectional study. (2015) 15:171.
23. Loría Castellanos J, Rocha-Luna JM, Márquez-Ávila G. Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias [versión online]* 2010 [acceso 18 dic 2014]; 22: [33-39].
24. Cho HS, Kim YW, Park HW. The relationship between depressive symptoms among female workers and job stress and sleep quality. *Ann Occup Environ Med*. 2013;25(1):12.
25. Chin W, Guo Y, Hung Y. Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and burnout in nurses: a cross sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):297-306.
26. Begüm D. The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. *Turk J Med Sci* (2017) 47: 721-727
27. Kleinbaum D. *Statistics in the health sciences: Survival analysis*. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.

28. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2010.
29. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2011.
30. Miró, E, Cano Lozano, MdC, Buena Casal, G. Sueño y calidad de vida. Revista Colombiana de Psicología [Internet]. 2005;(14):11-27. Recuperado de: <http://www.redalyc.org>
31. Neumeister A, Drevets WC, Belfer I, Luckenbaugh DA, Henry S, Bonne O, et al. Effects of alpha2 C-adrenoreceptor gene polymorphism on neural responses to facial expressions in depression. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31: 1750-6.
32. T Aguado. Revista Enfermería del Trabajo, ISSN-e 2174-2510, Vol. 6, N°. 1, 2016, págs. 12-18 xx) (Breslau n, roth T, rosentahal I, daytime sleepiness: an epidemiological study of Young adults, *am j public health*; 87: 1649 – 1653, 1997.)
33. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal, Omar Saldaña. Vol. 7, Núm. 4 • Octubre-Diciembre 2014 • pp 169-177.
34. Fernando Whaley. Cognición post-guardia en residentes de Medicina Interna. Vol 101. N° 9. Leora Velásquez-Pérez. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *gaceta medica de México*. 2013; 149: 183 – 95.
35. Chin W, Guo Y, Hung Y. Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and burnout in nurses: a cross sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):297-306.
36. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2008; XVII (1 y 2):1-197
37. Loría Castellanos J, Rocha-Luna JM, Márquez-Ávila G. Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias [versión online]* 2010 [acceso 18 dic 2014]; 22: [33-39].
38. Cho HS, Kim YW, Park HW. The relationship between depressive symptoms among female workers and job stress and sleep quality. *Ann Occup Environ Med*. 2013;25(1):12.
39. Begüm D. The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. *Turk J Med Sci* (2017) 47: 721-727

XI. ANEXOS:

ANEXO N° 01

Escala de Depresión de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____		
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.	Puntaje
0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	

	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	

	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje

concentración y la memoria	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	

7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.	
	0	No se encuentran presentes
	1	Presencia dudosa
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.
		Puntaje

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.	
	0	No presente
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.

	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	

	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	

	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13		Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.	Puntaje
Síntomas autonómicos	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	

14 Conducta durante la entrevista	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO

CODIGO:

ESTADO CIVIL:

TURNO DE TRABAJO:

EDAD:

FECHA:

INSTRUCCIONES:

El siguiente cuestionario está relacionado a hábitos de sueño durante el último mes. La respuesta debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes.

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? Marque con un aspa (x) la casilla correspondiente.

Menos de 15m	Entre 16 – 30 m	Entre 31 – 60 m	Mas de 60m

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, cuantas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b. Despertarse durante la noche o madrugada

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c. Tener que levantarse para ir al baño:

- Ninguna vez en el último mes
- Menso de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

- d. No poder respirar bien:
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

- e. Toser o roncar ruidosamente
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

- f. Sentir frío
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

- g. Sentir calor
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

- h. Tener pesadillas o malos sueños
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

- i. Sufrir dolores:
 - Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana

- j. Otras razones. Tomar bebidas energizantes o no poder dormir durante el día
 - Ninguna vez en el último mes

- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes. ¿Cómo consideraría su sueño?

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

7. Durante el último mes ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes. ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades como por ejemplo conduciendo o comiendo?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

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

- Solo
- Con alguien en otra habitación
- En la misma habitación, pero en otra cama
- En la misma cama

ANEXO N° 03:

“Calidad de sueño como factor asociado a depresión en profesionales médicos”

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: _____ años

1.2. Procedencia: Urbano () Rural ()

1.3 Guardias nocturnas: Si () No ()

1.4. Número de guardias nocturnas: _____

1.5 Jerarquía asistencial: Residente () Asistente ()

1.6 Estado civil:

1.7 Consumo de Alcohol:

1.8 Consumo de Café:

1.9 Tabaquismo:

II: VARIABLE INDEPENDIENTE:

Puntaje del cuestionario. _____

Depresión: Si () No ()

III: VARIABLE DEPENDIENTE:

Puntaje del cuestionario. _____

Calidad del sueño: Buena () Mala ()