

calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión, caso médicos residentes de la unidad de medicina familiar 57 en Puebla, Puebla

Josefa Juárez Neri¹, Itzel Gutiérrez Gabriel², María Antonieta Monserrat Vera Muñoz³

¹ UMAE Oncología Centro médico Nacional Siglo XXI, Cd de México.

² Unidad Medico Familiar No. 57, IMSS Puebla.

³ Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.

Resumen

El trabajo busca determinar la asociación entre calidad de sueño, ansiedad y depresión, en los médicos residentes de medicina familiar. Por medio de un estudio observacional, descriptivo, relacional, transversal y prospectivo, realizado a 60 médicos residentes de la UMF 57, a quienes se aplicó el cuestionario de Pittsburg para calidad de sueño; la escala de Hamilton que evalúa síntomas de ansiedad e inventario de depresión de Beck para síntomas de depresión. Los resultados muestran una asociación sobre la calidad de sueño y ansiedad: malos dormidores con ansiedad leve 16.7%. De acuerdo con los síntomas de depresión y malos dormidores que merecen atención médica 5% depresión leve y aquellos que merecen atención médica y tratamiento se encuentran depresión leve 5%. Lo que permite concluir, la presencia de residentes con mala calidad de sueño, que ameritan atención y tratamiento médicos debido a una mayor prevalencia de ansiedad y depresión leves.

Abstract

The work seeks to determine the association between quality of sleep, anxiety, and depression, in family medicine resident physicians. Through an observational, descriptive, relational, cross-sectional and prospective study carried out on 60 resident physicians from UMF 57, to whom the Pittsburgh questionnaire for sleep quality was applied; the Hamilton scale that evaluates symptoms of anxiety and Beck's depression inventory for symptoms of depression. The results show an association on the quality of sleep and anxiety: poor sleepers with mild anxiety 16.7%. According to the symptoms of depression and bad sleepers who deserve medical attention 5% mild depression and those who deserve medical attention and treatment are mild depression 5%. What allows us to conclude, the presence of residents with poor sleep quality, who deserve medical attention and medical treatment due to a higher prevalence of mild anxiety and mild depression.

Palabras claves: asociación de calidad de sueño, ansiedad, depresión.

Keywords: association of sleep quality, anxiety, depression.

1. INTRODUCCIÓN

El sueño es un programa fisiológico completo diferente a la vigilia, que comprende dos estados, denominados sueño lento y sueño REM. Ambos estados implican funciones fisiológicas que deben sucederse de manera armónica para asegurar el estado de salud. El sueño se determina por cuatro dimensiones diferentes: tiempo circadiano (esto es la hora del día en que se localiza); factores intrínsecos del organismo (edad, sexo, patrones de sueño, estado fisiológico o necesidad de dormir, entre otros); conductas que facilitan o inhiben el sueño; y el ambiente.

Las alteraciones en el sueño presentan una prevalencia de un tercio en la población adulta. Las alteraciones en el sueño pueden deberse a las exigencias en cantidad de horas de estudio que es la principal causa en los médicos residentes.

Los efectos del sueño no se limitan al propio organismo, sino que influyen en el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad, afectando el rendimiento laboral o escolar. La calidad de sueño no sólo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino que incluye también un buen funcionamiento diurno. La mala calidad de sueño puede afectar 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, mantiene una estrecha relación con las alteraciones del sueño. Probablemente ese estado mental angustiado es una de las causas que más pueden alterar la conciliación y el mantenimiento del sueño. Se considera que el 30% de la población mundial padece algún tipo de trastorno de sueño. Sin embargo, investigaciones recientes apuntan a que estas alteraciones son patológicas, y que pueden estar causadas tanto por factores orgánicos como psicosociales, por trastornos del modelo temporal del ciclo vigilia-sueño, por factores ambientales e incluso por dependencia de drogas.

2. MARCO DE REFERENCIA

SUEÑO

Etimológicamente la palabra sueño deriva del latín *somnum*, que significa somnífero, somnoliento, sonámbulo. De acuerdo con 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 e 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 Técnica que permite 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 cardíaca, 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, presencia de movimientos oculares rápidos, el tono de todos los músculos disminuye a excepción de los músculos respiratorios y de los esfínteres tanto vesical como anal, en esta fase la frecuencia cardíaca y la respiratoria pueden volverse irregular 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, Tabla 1.²

Tabla 1. 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 autocritica
Fatiga excesiva y presencia de microsueños involuntarios.

Fuente: Aguirre-Navarrete, 2007.

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 comunes ⁵

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, distracción, pérdida de la concentración, disminución del rendimiento sociolaboral, alteraciones en carácter, somnolencia, astenia, propensión a errores laborales. ²

Como datos adicionales 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 cuestiones laborales, sociales y académicas que están relacionadas con la alteración del estado del sueño mencionando solo algunas es como policías, guardias de seguridad, médicos, enfermeras, son 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 adecuado durante el día, reduciendo la calidad de vida y el rendimiento académico, muestra alteraciones en la concentración y la memoria. No se tiene bien definida la fisiopatología, sin embargo, se piensa 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 apertura de hospitales de especialidades. Es hasta el siglo XX que es consolidada ya que en el año 1942 se creó la primera residencia o especialidad médicas en el Hospital General.⁷

El médico residente es aceptado 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 médico debió de haber aprobado una evaluación nacional que se lleva a cabo 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 la atención 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 promueve 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 enfermedades mentales, disminución de los errores médicos y promoción 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 inadecuada, abuso físico en su horario laboral, presión académica y con un sueldo beca que no compensa las acciones ejercidas; a cambio de la adquisición de conocimientos y destrezas para su formación.⁸

La Residencia Médica 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} Se constituyó como una forma de adiestramiento que sirve como preparación para los médicos jóvenes recién egresados, este adiestramiento se realiza dentro del hospital por tiempo exclusivo, con reconocimiento y respaldo 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 percepción, cambios que definirán su estancia 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 incluye aspectos: económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, las responsabilidades y las obligaciones son modificadas de acuerdo con el 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 llamadas “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 pérdida 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 posteriores 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, Figura 1.¹⁸



Figura 1. Patologías asociadas a la falta de un sueño reparador

Los efectos de los turnos y de la privación 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 objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la depresión. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas.^{20,13,11}

El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país. 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. 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, 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 a 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)

Deben tenerse precauciones a la hora de su interpretación en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas. Algunos autores señalan que puede hablarse de 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 desbordado 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, sensación de muerte inminente, falta de aliento, palpitations, 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 ulcera 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 presentan niveles de ansiedad y depresión que son superiores 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 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 medica 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

La versión de 14 ítems, es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos 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.

Mide la calidad de sueño y sus alteraciones en el último mes. La escala consta de 19 preguntas que 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.⁴⁵

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}

3.- 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 inscritos durante el periodo del 1º de Enero al 30 de junio de 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 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 identificar la aparición de ansiedad 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 que tanto afecta en la toma de decisiones, así como en la realización de actividades. Para 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, 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 filtro al preguntar si ya es de su conocimiento que padezcan algún trastorno de sueño, ansiedad o depresión, así como la toma de medicamentos.

4. RESULTADOS

Los resultados exhiben la calidad de sueño que presentan los 60 médicos 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).

Los encuestados presentan una media de edad de 31.57, una edad mínima de 24 años y una edad máxima de 49 años, Tabla 2.

Tabla 2. Estadígrafo por edad

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

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El género predominante es femenino, Tabla 3.

Tabla 3. Distribución por género

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

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Respecto al grado académico que cursan los resultados se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de grado académico

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

Fuente: Elaboración propia, 2018.

En relación al número de hijos la Tabla 5 muestra los resultados.

Tabla 5. 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: Elaboración propia, 2018.

En los encuestados una variable que se cuestionó fue su estado civil para poder comprender qué tipo de relaciones afectivas, en la Tabla 6 se muestran los resultados.

Tabla 6. 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: Elaboración propia, 2018.

La frecuencia de la presentación de síntomas de ansiedad al momento de las encuestas se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. 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: Elaboración propia, 2018.

De acuerdo a la presentación de síntomas relacionados con la depresión en los médicos residentes encuestados, la Tabla 8 presenta los resultados

Tabla 8. Distribución de síntomas de depresión

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

Fuente: Elaboración propia, 2018.

La calidad de sueño en los médicos residentes la muestra la Tabla 9.

Tabla 9. Distribución de calidad de sueño.
Fuente: Elaboración propia, 2018.

ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y ANSIEDAD										
CALIDAD DE SUEÑO	ANSIEDAD								TOTAL	
	Normal		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad grave		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

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 se obtuvo un valor de p=.000 por lo que se aprecia asociación entre la calidad de sueño con la ansiedad, Tabla 10.

Tabla 10. Distribución de asociación entre calidad de sueño y depresión

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: Elaboración propia, 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 observa asociación entre la calidad de sueño con la depresión, Tabla 11.

Tabla 11. Distribución asociación entre calidad de sueño y depresión.

CALIDAD DE SUEÑO	DEPRESIÓN								TOTAL	
	Normal		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa			
	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

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los resultados obtenidos muestran coincidencia con trabajos realizados por Mascarua-Lara E, Vázquez-Cruz E, Cordova-Soriano JA. (2014) respecto a la frecuencia de la presentación de síntomas de ansiedad quienes mencionan que la prevalencia encontrada fue ansiedad leve y en la encuesta realizada se encontró 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%.

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%. Loria-Castellanos J, Rocha-Luna J, Márquez-Ávila G. (2010), mencionan 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 y tratamiento médicos 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 encuentra 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). Coincide con lo señalado Loria-Castellanos J, Rocha-Luna J, Márquez-Ávila G. (2010), en lo referente a 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.

5. CONCLUSIONES

El sueño un proceso fisiológico vital para la salud de los seres humanos, en el sueño tiene características y fases. Durante el periodo del sueño el cerebro sufre una serie de cambios, reconocidos mediante técnicas electrofisiológicas como: la polisomnografía; para identificar los 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. La privación, restricción e interrupción del sueño son alteraciones que afectan el rendimiento de las personas entre otras en tareas cognitivas, así como en la consolidación de la memoria y el aprendizaje. Las alteraciones del sueño se pueden manifestar por el insomnio que es uno de los trastornos más comunes.

El insomnio se identifica por la 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. Esta alteración; refleja: malestar, distracción, pérdida de la concentración, disminución del rendimiento sociolaboral, alteraciones en carácter, somnolencia, astenia, propensión a errores laborales.

Una sensación subjetiva del cansancio físico y el deseo de dormir es somnolencia su aparición de forma diurna es por privación del sueño o mala calidad del mismo.

La residencia Médica forma parte de la oferta del posgrado para los profesionales de la salud. Los médicos residentes realizan actividades que son de provecho para los sistemas de salud, pero se encuentran con una alimentación no adecuada, extenuante horario laboral, presiones académicas y son remunerados con el importe monetario de una beca que no compensa las acciones ejercidas; a cambio de la adquisición de conocimientos y destrezas para su formación. Es por ello que existen múltiples cuestiones laborales, sociales y académicas que están relacionadas con la alteración del estado del sueño y se hacen presentes en las personas que se desempeñan como policías, guardias de seguridad, médicos, enfermeras y los médicos residentes también forman parte del grupo de personas que tienen alteraciones del estado del sueño. La privación del sueño en los médicos residentes ha tenido gran impacto en el estado de ánimo, alteraciones cognitivas y en menor proporción alteraciones motoras. Sumando a lo anterior la depresión y la ansiedad que se han estudiado y clasificado como trastornos mentales.

Epidemiológicamente la depresión es un trastorno clínico que se presenta por lo general en toda la población y se relaciona con el tipo de entrenamiento que se lleva a cabo en cada grado académico, así como afrontamiento y condiciones sociales.

La ansiedad es una respuesta emocional que trae consigo desgaste emocional y físico. Afecta aspectos cotidianos; como: la eficiencia para resolver problemas y la interacción social con otras personas muestra incapacidad de relajación y mala calidad de vida.

Finalmente, con los datos obtenidos podemos decir que la calidad de sueño que presentan los médicos residentes tiene 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 por lo 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.

REFERENCIAS

- [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-Palacios Y. 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, Juárez-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-García 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, Colín-Piana R, González-González M. Afrontando la residencia médica: 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.

Correo electrónico autor: josefajuarez@hotmail.com