

Relación entre somnolencia diurna, jornadas de trabajo y satisfacción laboral en médicos residentes de la UMF 57

Marco Alejandro Muñoz Mojica¹, María Antonieta Monserrat Vera Muñoz², Itzel Gutiérrez Gabriel³, Sandra Saldaña Barrientos⁴, José Roberto Torres Alvarado⁵, Raquel Ebenezerth García López⁶

¹ Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS “La Margarita”. Dirección: Avenida Fidel Velázquez esquina con 42 Sur U.H. La Margarita Puebla. CP 72560.

² Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

³ Coordinador de investigación en salud adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS “La Margarita”.

⁴ Médico especialista en medicina familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS “La Margarita”.

⁵ Médico especialista en medicina del trabajo adscrito al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 07.

⁶ Médico especialista en medicina familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 14

Resumen

La somnolencia es considerada la alteración del sueño más común. Afecta cada vez más a médicos residentes provocando deterioro en rendimiento académico y laboral. El objetivo de este trabajo es identificar relación entre somnolencia diurna, jornadas de trabajo y satisfacción laboral en médicos residentes de la UMF 57, IMSS Puebla. Los métodos utilizados fueron: estudio relacional, descriptivo, prospectivo, transversal, realizado en 60 residentes de medicina familiar adscritos a UMF57 IMSS Puebla bajo estadística descriptiva de la relación entre somnolencia diurna, jornada de trabajo y satisfacción laboral. Utilizando la escala de Epworth para somnolencia y la escala general de satisfacción. Del total de la población 58.3% resulto con somnolencia excesiva. Del total un 40% refiere se encuentra satisfecho respecto a su entorno y condiciones de trabajo. Por lo tanto, existe una relación entre somnolencia diurna y jornadas de trabajo en médicos residentes, de la UMF57, existe afectación en satisfacción laboral de manera negativa en cierto porcentaje de residentes.

Abstract

Drowsiness is considered the most common sleep disturbance. It increasingly affects residents' doctors causing deterioration in academic and work performance. The aim of this work is identifying the relationship between daytime sleepiness, work hours and job satisfaction in residents of UMF 57, IMSS Puebla. The methods used were a relational, descriptive, prospective, cross-sectional study, carried out in 60 family medicine residents assigned to UMF57 IMSS Puebla under descriptive statistics of the relationship between daytime sleepiness, work hours and job satisfaction. Using the Epworth scale for sleepiness and the general satisfaction scale. 58.3% of the total population had excessive drowsiness. Of the total, 40% refer they are satisfied with their environment and working conditions. Thus, there is a relationship between daytime sleepiness and working hours in resident doctors, from the UMF57, there is a negative effect on job satisfaction in a certain percentage of residents.

Palabras clave: jornadas laborales, médicos residentes, somnolencia.

Keywords: working hours, residents, drowsiness.

1. INTRODUCCION

La somnolencia es considerada en nuestro medio de las principales alteraciones de trastornos del sueño. Esta es entendida como un trastorno del sueño en la cual los individuos manifiestan una tendencia a dormirse en situaciones de vigilia. La causa más común de somnolencia es la privación de sueño. La presencia e intensidad de esta necesidad puede ser inferida por cuán rápidamente se inicia el sueño, cuán fácilmente es interrumpido y cuánto tiempo se duerme (1).

Dentro de la somnolencia patológica se establece una distinción entre somnolencia habitual y ocasional. La primera representa una condición más o menos invariable como la causada por una condición crónica. En cambio, la ocasional resulta de un factor provocador específico producido por una disritmia circadiana o descompensación horaria. Algunos autores distinguen entre somnolencia optativa o excesiva, siendo la primera la facilidad de quedarse dormido en un momento socialmente aceptable, en cambio la somnolencia excesiva ocurre en el tiempo que el individuo debería estar despierto (1,2).

Actualmente nos enfrentamos a poblaciones vulnerables a presentar trastornos del sueño, como lo son aquellas personas con trabajos nocturnos, los adultos mayores, y los estudiantes de educación superior y personal médico entre otros (1).

La falta de sueño puede llegar a deteriorar el rendimiento académico y laboral, provocando cambios en muchos niveles tanto como del carácter, estado de ánimo entre otros y por consiguiente puede afectar a las personas que nos rodean en especial a los pacientes (3).

Los médicos internos y médicos residentes son una población que sufre de privación del sueño debido a sus jornadas de trabajo; lo que podría conducir a fatiga crónica, síndrome de burnout y somnolencia, favoreciendo alteraciones en el proceso del aprendizaje, como errores en la práctica diaria, así como problemas de salud y estrés (2)

Por consiguiente, al reflejar una problemática multifactorial de amplio impacto social y como desencadenante de otras patologías surgió el interés de realizar el estudio en la población de médicos residentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 57 de la Ciudad de Puebla sobre la relación que existe entre somnolencia diurna, jornadas de trabajo y satisfacción laboral (2,3).

2. MARCO DE REFERENCIA

ALTERACIONES DEL SUEÑO Y SOMNOLENCIA

El sueño es una de las partes más importantes en el ser humano; tanto que ocupa gran parte de la vida de este, es fisiológico y es vital para el adecuado funcionamiento y salud de cada individuo, pero en la actualidad debido a los cambios en el estilo de vida existen cada vez más alteraciones en la calidad del sueño secundarias a la privación prolongada (1).

Este proceso es esencial para que todo individuo pueda conservar un adecuado estado de salud tanto físico como mental. La calidad del sueño se encuentra relacionada con trabajo prolongado y estrés, al que el personal del área de la salud está frecuentemente expuesto (2).

Es muy importante así el sueño ya que es una necesidad biológica para los seres humanos la cual le ayuda a desarrollar un buen rendimiento, así como influir en los procesos psicológicos como lo son características del estado de ánimo, actividades cognitivas entre desempeño mental, comportamiento etc. (3).

El sueño se define como un estado cíclico, que se caracteriza por la disminución de la conciencia, inmovilidad y la falta de reactividad a los estímulos externos llegando así a un estado de inmovilidad y en consecuencia un estado de relajación muscular (1).

Recientemente, la falta de sueño puede llegar a deteriorar el rendimiento académico y laboral, provocando cambios en muchos niveles tanto como del carácter, estado de ánimo entre otros y por consiguiente puede afectar a las personas que nos rodean en especial a los pacientes. En consecuencia, este efecto conlleva a

alteraciones fisiológicas, de la conducta y del aprendizaje que merman el desarrollo de un individuo a la hora de desarrollar sus capacidades por lo que al acortar los ciclos de sueño repercutirá de forma negativa en la calidad de vida, rendimiento y permanencia en la vigilia (1,3).

Existen poblaciones vulnerables a presentar trastornos del sueño, como lo son aquellas personas con trabajos nocturnos, los adultos mayores, y los estudiantes de educación superior y personal médico entre otros. Estos factores de riesgo explican la baja calidad del sueño y por consiguiente el desarrollo de algún tipo de trastorno del sueño, en la cual se desarrollará una respuesta adaptativa de las personas estas demandas de trabajo o actividades sociales, que exigen permanecer despiertos por tiempo prolongado, con la obvia privación de sueño (1).

Estas alteraciones se relacionan también con la nueva etapa en el mundo moderno, ya que este exige mayor rendimiento y competitividad en entre los profesionistas, y esto conlleva a una alteración en el ciclo de sueño, lo que tiene como consecuencia una mayor incidencia en enfermedades de salud mental, así como un considerable aumento en el consumo de sustancias estimulantes para contrarrestar el efecto como bebidas energéticas, cafeína, fármacos y sustancias psicoactivas que obligan al individuo a permanecer en vigilia (4).

Así pues, los trastornos del sueño son problemas relacionados con dormir. Estos se definen como alteraciones del patrón normal del sueño, tanto en calidad como en duración, las cuáles se pueden manifestar como sueño excesivo, deficiente o anomalías del comportamiento durante éste (5).

El sueño favorece la regeneración de neuronas, consolidación de nuevos recuerdos. Además, la formación de nuevas sinapsis ocurre durante varias etapas del sueño. Si se produce privación de sueño REM hay una disminución en la capacidad de aprendizaje perceptivo, particularmente la asimilación y la consolidación de la información (memoria). La privación del sueño de onda lenta N REM, reduce la capacidad para realizar tareas ya aprendidas o tareas simples (6).

Estos trastornos conforman un número considerable de procesos. Su clasificación se ha ido modificando a lo largo del tiempo y actualmente abarca más de 90 patologías. Se estima que la prevalencia de trastornos del sueño a nivel mundial se ubica entre 35 y 45% en población mayor de 18 años. En México la prevalencia sea similar la cual propone que 1 de cada 3 mexicanos padece algún tipo de trastorno del sueño los cuales por diversas razones la mayoría no recibe tratamiento ni higiene del sueño (7).

La melatonina en condiciones de privación del sueño inhibe diversas funciones endocrinas; así mismo la liberación de cortisol promueve el despertar día a día, lo cual regula el metabolismo. Por consiguiente, un adecuado manejo del sueño sin la privación del mismo en el patrón de vigilia-sueño ayuda en la regulación del ritmo circadiano y sus mecanismos (3).

La somnolencia es considerada en nuestro medio de las principales alteraciones de trastornos del sueño. Esta es entendida como un trastorno del sueño en la cual los individuos manifiestan una tendencia a dormirse en situaciones de vigilia, caracterizado por el deseo incontenible de dormir incluso en actividades que demandan un alto nivel de alerta (1, 8).

Se define a la somnolencia diurna excesiva (SDE) como la tendencia a permanecer dormido en situaciones de vigilia, actualmente es una condición prevalente ya que puede llegar a originarse en 1 de cada 5 adultos y regularmente se asocia a alteraciones en los marcadores metabólicos (4).

Las causas pueden ser primarias o secundarias. En las primarias, encontramos a la narcolepsia y la hipersomnia criptogenica; entre otras (síndrome de Kleine-Levin). Las causas secundarias se dividen en los trastornos que ocurren durante el sueño, las asociadas con condiciones médicas y por efectos de medicamentos, (hipnóticos, benzodicepinas). Pero actualmente en los cambios socioculturales en esta nueva era, han aparecido nuevas formas de privación de sueño y es la voluntaria debido a diversas formas (trabajos nocturnos, ocupaciones prolongadas, etc.) que son formas prevalentes de somnolencia (4).

Los médicos internos y médicos residentes son una población que sufre de privación del sueño debido a sus jornadas de trabajo; lo que podría conducir a fatiga crónica, síndrome de burnout y somnolencia, favoreciendo alteraciones en el proceso del aprendizaje, como errores en la práctica diaria, así como problemas de salud y estrés (5).

Aquellos trastornos del sueño asociados con el trabajo y cuando estos trabajos cuentan con turnos nocturnos forman parte de trastornos del ritmo circadiano. Se producen en consecuencia de las jornadas prolongadas de trabajo y consisten síntomas de insomnio y somnolencia diurna excesiva (SDE) y se aprecia como fenómeno en relación con el esquema de la jornada laboral debido a horas continuas de trabajo (3).

DATOS RELEVANTES DE LAS RESIDENCIAS MEDICAS EN MEXICO Y SU HISTORIA

México actualmente pertenece a un mundo generalizado cuyo constante cambio impone numerosos retos; pero hay uno que tiene singular importancia; el de la formación de médicos, debido a que este personal es un elemento del Sistema Nacional de Salud y su papel es fundamental en la atención de las necesidades sanitarias de la población. (9)

En el contexto de educación de medicina en nuestro país es variado, ya que en la actualidad existen aproximadamente 140 escuelas de medicina (públicas y privadas), en especial escuelas privadas (10).

El continuo avance científico y técnico en el área de la salud nos exige que los médicos desarrollen las aptitudes que se demandan para atender los problemas de salud que forman parte del esquema de morbilidad, así como de los padecimientos que van sobresaliendo día a día. Dichas aptitudes se obtienen durante la formación de pregrado para conseguir la licenciatura, así como de los estudios de posgrado para lograr la especialización, maestrías y doctorados. (9)

Este proceso educativo médico, requiere de programas académicos actualizados, docentes convenientes y campos clínicos adecuados que les concedan lograr aprendizajes reales. La importancia que tiene el personal médico para el funcionamiento de los sistemas de salud, por lo general su planificación ha quedado dependiente a las evoluciones del sector salud, así como en el plano de las disposiciones políticas. Así pues, la organización médica resulta en conseguir el número y la estructura del personal necesarios para proponer servicios de calidad en el lugar y tiempo indicados. Los rumbos utilizados en la planificación médica no siempre pudieron ser los apropiados para obtener tasas de personal médico adecuadas para proveer las necesidades poblacionales, y esas fallas también se extienden a diferentes niveles de atención a la salud, por lo que es imperativo tener un guía de organización en todos los niveles de educación, con el propósito de obtener equipos balanceados de personal en el área de la salud. (9)

Dentro de las especialidades las primeras en México nacieron en 1864 y fueron patología y clínica médica, clínica y terapéutica quirúrgica, patología, obstetricia y medicina legal. Posteriormente en el Hospital General de México en 1905 se formalizó la atención médica especializada descansada en cuatro especialidades cardinales y se inició así pues la enseñanza de las especialidades; también, en este hospital en 1942 se inició el tipo de

residencias de especialización, que se desarrolló después al Hospital de Enfermedades de la Nutrición y al Hospital Infantil de México, así como al Instituto Nacional de Cardiología (11).

Esta historia se remeda a lo largo del país, por lo que desde muchas décadas atrás el compromiso en la formación de especialistas médicos es colaborado entre las instituciones de salud y educativas; las primeras facilitan los campos clínicos, costean las plazas de residentes y disponen el desarrollo de los programas académicos, en tanto que las segundas aseguran los programas académicos y conceden el diploma de especialidad. Entre 1968 y 1969 creció considerablemente la penuria de plazas de especialización médica de los egresados de las escuelas y, en resultado, la necesidad de establecer métodos de selección (11).

La organización de personal médico especializado no es fácil, esta es una tarea de gran complicación académica, administrativa, técnica y financiera. Para ello se emplean direcciones y técnicas de planeación actuales, completos y sofisticados, a fin de conseguir la afinidad entre la oferta y la demanda de médicos especialistas con los servicios médicos especializados. (9)

Esta complejidad en la formación se debe a que ésta no es posible sin la ayuda de las instituciones provisoras de servicios de salud, así como de tutores y maestros que laboren en las mismas. De manera gradual se ha llegado mostrarse de acuerdo la importancia del trabajo docente en medicina. Encontrar profesores médicos correctos con los espacios académicos adecuados con la cantidad adecuada de pacientes que se necesitan para el amaestramiento, además de contar con los equipos y la tecnología adecuados para su atención, es una tarea muy compleja. (9)

Dada la notabilidad de la creación de médicos especialistas, se ha tenido que llevar un método específico por parte de la Academia Nacional de Medicina para crear información sobre la materia y ponerla a práctica por parte de los tomadores de decisión de los Sistemas de Educación y Salud, con el fin de originar debate sobre la distribución de este personal, que permita a obtener una oferta basta y sensata de médicos especialistas (9). La organización de especialistas involucra tener decisiones que perturban la creación de otros profesionales de salud, así como al área laboral de la misma, que interviene tanto a nivel privado como público, por lo que se necesita llevar a cabo un estudio minucioso y con estrategia de la situación presente, así como estudiar la predisposición de los factores o variables que alteran la oferta y demanda de servicios de salud (9).

Como referencia en el año de 1954 se iniciaron algunas de las primeras residencias médicas en el Centro Médico “La Raza”. En el cuanto a lo académico, la Universidad Nacional Autónoma de México redime un papel apreciable en el reconocimiento de las especialidades a través de la creación de la División de Estudios de Posgrado y la Escuela de Graduados de la Facultad de dicha universidad en 1964; del mismo modo, juega un rol significativo tanto en objetivos educacionales como en la integración de las diversas residencias médicas para el progreso de programas académicos para guiar la formación de especialistas (11).

Durante este tiempo la SSA, el ISSSTE y el IMSS la fundaron cada una sus propios exámenes de elección interna, pero solo hasta 1973 cuando los dirigentes de enseñanza estas diversas instituciones junto con la UNAM convinieron la aplicación de un examen único de evaluación. Posteriormente pocos años después se corroboró un convenio entre ellas, con el fin de instituir y aplicar el examen por primera vez en 1975 (11).

Así pues, el ingreso al Programa de Especialización que ellos seleccionaban dependía de su esmero y progreso durante el internado rotatorio y la aprobación del examen universitario. El Comité de Evaluación de Aspirantes a Residencias Médicas aplico el examen de ingreso en 1983, el mismo año en el que se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) (11).

Este fue por acuerdo que venía de la presidencia. Por lo que, desde entonces, a través de esta se publica cada año la cantidad de plazas para aspirantes a las residencias médicas y se regula un examen único para el ingreso a estas, aunque en realidad la relación de este proceso sólo está a cargo de la Secretaría de Salud. Como parte de su distribución orgánica se establece el Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua (CEPEC), en el que se comisiona el compromiso de coordinar la selección de médicos aspirantes a una especialidad médica, a través del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) (11).

La elaboración del examen se lleva a cabo por un conjunto de médicos docentes citados por la CIFRHS-CEPEC, los cuales elaboran dicho examen de conocimientos en base a programas de estudio de las facultades de medicina del país, así como las estadísticas de morbilidad y mortalidad, programas académicos provenientes del internado de pregrado y las políticas de salud. Cada una de las preguntas examinan esencialmente conocimientos de nosología, ciencias básicas, clínica y salud pública en cuatro ramas troncales: pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia y cirugía (11).

La ordenación de médicos especialistas necesita de políticas de formación del personal de salud, que ubiquen acerca del tipo, distribución y número, esenciales de los médicos especialistas. En países de tercer mundo se utilizan cada vez más los modelos completos de organización de personal de salud, que contengan la formación de médicos para la atención hospitalaria y la atención primaria, así como de otros profesionales de la salud (9).

JORNADAS LABORALES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES

El médico residente es un estudiante de posgrado en proceso de formación para la obtención de título de especialista según la definición de la Norma Oficial Mexicana (12). Este profesional de la medicina el cual ingresa a una unidad médica receptora de residentes con el fin de realizar una residencia médica a tiempo completo (13).

Así mismo se define a la jornada laboral de los médicos residentes como el tiempo en horas que se desarrolla en días hábiles; tiempo en el cual el médico residente debe desarrollar las funciones señaladas en su programa operativo de la residencia médica correspondiente (13).

Por otra parte, la guardia es definida por la Norma Oficial Mexicana como el conjunto de actividades puntualizadas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el médico residente debe realizar durante la jornada laboral (13).

La NOM establece que durante periodo comprendido de guardia medica el medico en su tiempo libre puede hacer uso de las áreas de descanso correspondientes con previa autorización sin embargo no menciona el tiempo establecido para dicho descanso (13).

La Organización Internacional del Trabajo menciona que las horas normales de trabajo como las horas fijadas en convenios colectivos, efectuando en empleo asalariado durante un periodo de referencia determinado. Por otra parte, el contrato colectivo de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), no se detallan términos de horarios para el laborar, sólo se determina que se puede realizar una instrucción clínica complementaria la cual se menciona en la NOM como guardia (12).

DEMANDA DE PLAZAS PARA RESIDENCIAS MEDICAS

La brecha entre la solicitud de aspirantes a las residencias médicas y la oferta de plazas es muy amplia. En los últimos años sólo un poco más de 20% de los aspirantes son aceptados y un porcentaje desconocido de rechazados engrosan las filas del desempleo y subempleo, lo que es indeseable para un país con economía

limitada como México. En términos generales, sólo alrededor de la quinta parte de quienes presentan el examen de ingreso a las residencias médicas son seleccionados, lo que significa que existe una reserva de médicos generales que potencialmente puede aprovecharse para formar un mayor número de especialistas, sobre todo para fortalecer la atención primaria de salud, con lo que se podría atenuar el uso de servicios hospitalarios y los requerimientos de especialistas para los mismos (11).

RELACION ENTRE SOMNOLENCIA Y RESIDENCIAS MEDICAS

En la formación de médicos residentes la clave de su servicio se refleja en la seguridad de sus pacientes. Se han realizado encuestas acerca de la opinión entre usuarios del sector salud, en donde la mayoría de estadounidenses consultaría otro médico si este se enterara que el médico que lo atiente ha trabajado por más de 24 horas, conociendo así también los pacientes que un médico con cansancio les afecta de manera importante a los médicos cuando no descansan adecuadamente y conociendo también que el cansancio y la fatiga afecta la cordura, ánimo y humor; provocando errores y afectación a la salud del paciente o del médico residente por privación de sueño (12).

En el año 2010 la Organización de Institutos de Medicina, junto otras organizaciones médicas, así como expertos en temas de salud del sueño y lograron que los horarios de los médicos residentes en Estados Unidos no pasan más de 16 horas de trabajo continuo (12).

Particularmente hablando del pregrado de Medicina, la necesidad del ejercicio profesional implica gran cantidad de actividades académicas y jornadas laborales tanto teóricas como prácticas también asistenciales, que conllevan esfuerzo y tiempo tanto en tiempos matutinos como nocturnos, lo cual lleva a la privación crónica del sueño y una alteración del sueño acumulada (4).

Una de las muchas profesiones que está continuamente expuesta a los períodos prolongados de privación del sueño es la del médico residente. Las horas de trabajo prolongadas de los médicos residentes los hacen vulnerables a las consecuencias de la necesidad de sueño, que afecta el rendimiento de su tarea y calidad de vida (14).

La mala calidad del sueño de los residentes se asocia con un aumento del índice de masa corporal (IMC), perfil de lípidos alterado debido a la mala calidad de los alimentos que consumen, aumentando la circunferencia de la cintura. La naturaleza de un mal sueño también puede afectar a los residentes psicológicamente provocando depresión, ansiedad, e insomnio. La función inmune también puede verse afectada en relación con la mala calidad del sueño, lo que indica la probabilidad de respuestas inflamatorias, desencadenadas por corta duración del sueño, produciendo alteración en el metabolismo, enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Además, se ha informado que un sueño deficiente puede causar elevación niveles de proteína C reactiva, un marcador inflamatorio para enfermedades cardiovasculares (14).

El alumno de medicina a diferencia de otras profesiones posee una carga de trabajo y académica excesiva, los cuales cuentan con las largas horas de preparación provocándoles disminución de horas de sueño y una calidad adecuada de sueño; agregando a esto presión sobre el trato de sus médicos a cargo y la jornada laboral con turnos nocturnos (15).

Es bien sabido que la formación en la residencia medica es muy estresante, especialmente como resultado de las largas horas y carga de trabajo pesada; estos desafíos a menudo conllevan a la privación del sueño y el tiempo personal limitado para residentes (16).

Agregando además el estrés que probablemente sea más apreciable que la somnolencia, aunque no el único, también puede provocar consecuencias negativas en la calidad de vida del médico residente, como cardiopatías por enfermedad coronaria, gastritis, hipertensión arterial, diabetes e infecciones), o psiquiátricas (ansiedad, depresión e insomnio) presentes especialmente en estudiantes de posgrado (17).

Los residentes de medicina son una población vulnerable de padecer jornadas extensas de trabajo. Ya que no llevan a cabo una adecuada higiene del sueño y sus estilos de vida con guardias nocturnas jornadas de trabajo prolongadas. Ahora bien, para que este tipo de población tenga un buen rendimiento en el área en la que labora necesita de 6 a 10 horas de sueño en un periodo de 24 horas, lo cual es inaceptable ya que la mayoría consigue menos de 5 horas de sueño y debido a esto las habilidades mentales no son adecuadas. No obstante, debido a esto el rendimiento cognoscitivo puede disminuir un 25%, a la segunda noche el rendimiento se afecta casi 40% y posterior al tercer día desarrollan un déficit de sueño (18).

Diversas investigaciones demuestran que los residentes tienen un promedio de seis horas de sueño por noche, que es más baja que la población adulta promedio la cual duerme de siete a nueve horas por noche. Por lo tanto, hay una reducción en los índices de calidad de vida y así mismo esto lleva a elevación de puntajes en las escalas de depresión y ansiedad en comparación con otros médicos y médicos estudiantes (19).

En el periodo de formación de cualquier médico, especialmente en las residencias médicas, se vive gran carga laboral y académica y debido a ello existe una considerable disminución y calidad del tiempo que se le otorga al sueño y descanso. Se ha estimado como una necesidad diaria de sueño entre 7 y 8 horas. Cuando se presenta déficit las horas se vuelven acumulativas, un ejemplo es, que si una persona solo 4 horas al día, en una semana tendrá un acumulado de sueño entre 28 horas, modificando así su desempeño (20).

En la privación del sueño existe una alteración específica llamada “lapses” que es una alteración sobre el rendimiento que se caracteriza por episodios de micro sueño. Estos consisten en pequeños periodos de sueño de alrededor de 3 a 5 segundos en periodo de vigilia mientras se realiza actividad, por lo cual se da una baja momentánea en la atención de la tarea que se está realizando perdida temporal en la conciencia lo que conlleva a un peligro importante debido a que no hay reacción voluntaria ni motora y provocar fallas y accidentes en el trabajo (21).

Los errores médicos y la seguridad de los pacientes siguen siendo una preocupación importante, el Instituto de medicina informó en 1999 que más de 50,000 estadounidenses mueren cada uno año debido a eventos adversos prevenibles. Hasta el 50% de los pacientes hospitalizados puede verse afectado por errores médicos y los costos de estos eventos son grandes (22).

Como se vio anteriormente este problema no solo afecta en si al médico ya que debido a esta gran obligación profesional conlleva alteraciones del ciclo sueño vigilia que en consecuencia provoca el inicio de enfermedades prevenibles, en su esfera biopsicosocial, incluyendo alteraciones también en su dinámica familiar (23).

3. MATERIALES Y METODOS

El trabajo tiene un diseño: Relacional, Transversal, Prospectivo y Analítico La presente investigación se llevó a cabo con los Residentes de Medicina Familiar de la U.M.F No. 57 IMSS Puebla, Puebla en un periodo comprendido de abril a agosto del año 2019.

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LA SOMNOLENCIA

La SED se ha evaluado utilizando la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) la cual se utiliza para valorar el riesgo de que una persona duerma durante el desarrollo de ocho actividades sedentarias (1), consta de una encuesta corta auto aplicable tipo Likert la cual cuenta con ocho preguntas que genera una puntuación de 0 a 24. Esta escala cuenta con buenas propiedades psicométricas y se ha demostrado su capacidad de diferenciar entre individuos con y sin trastornos del sueño y entre los que han sufrido privación de sueño y los que no. Fue introducido en 1991 por el doctor Murray Johns del Hospital Epworth en Melbourne, Australia. (24).

La prueba de latencias múltiples del sueño es el método ideal para evaluar la somnolencia porque permite obtener una estimación objetiva de su severidad, es un procedimiento que no se puede realizar de manera rutinaria ya que requiere de un laboratorio de sueño, personal capacitado y la estancia del paciente por al menos 8 h (8).

La ESE posee una seguridad interna aceptable, con coeficientes de 0.73 control y 0.88 en sujetos con trastornos del sueño, así como una elevada confiabilidad en cada prueba. Las puntuaciones en la ESE pueden distinguir de sujetos control, de los sujetos con trastornos del sueño caracterizados por padecer somnolencia y por la ausencia de la misma. Esta prueba cuenta con aceptación internacional por ser un instrumento que se emplea para evaluar la somnolencia, tanto en la práctica clínica diaria como en el área de la investigación. Sus ventajas más son su formato breve, que puede distinguir a los trastornos del sueño por somnolencia excesiva (somnolencia, narcolepsia, etc.) (8).

La valoración cualitativa, se realiza por medio del índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), este es un instrumento individual el cual reporta 19 preguntas que arroja una puntuación entre 0 y 21 para evaluar la calidad del sueño y sus alteraciones durante el último mes (24). El Índice de calidad de sueño de Pittsburgh fue desarrollado por Buysse, y fue validado en 1989 en Estados Unidos, con el fin de realizar una evaluación cualitativa de la calidad del sueño y sus alteraciones durante el mes previo (25).

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

PREGUNTA ¿Con qué frecuencia se queda Ud. dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

Situación

- Sentado y leyendo
- Viendo la T.V.
- Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)
- En auto, como copiloto de un viaje de una hora
- Recostado a media tarde
- Sentado y conversando con alguien
- Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)
- En su auto, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico

1-6 PUNTOS: SUEÑO NORMAL

7-8 PUNTOS: SOMNOLENCIA MEDIA

9-24 PUNTOS: SOMNOLENCIA EXCESIVA

EVALUACION DE JORNADAS DE TRABAJO

Se evaluará mediante las horas de trabajo referidas por el entrevistado en base a la ley federal del trabajo.

INSTRUMENTO DE LA EVALUACION DE SATISFACCIÓN LABORAL

ESCALA GENERAL DE SATISFACCIÓN

Es una escala que operacionaliza el constructo de satisfacción laboral, reflejando la experiencia de los trabajadores de un empleo remunerado. Recoge la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo.

Esta escala fue creada a partir de detectarse la necesidad de escalas cortas y robustas que pudieran ser fácilmente completadas por todo tipo de trabajador con independencia de su formación. A partir de la literatura existente, de un estudio piloto y de dos investigaciones en trabajadores de la industria manufacturera de Reino Unido, se conformó la escala con los quince ítems finales.

La escala se sitúa en la línea de quienes establecen una dicotomía de factores y está diseñada para abordar tanto los aspectos intrínsecos como los extrínsecos de las condiciones de trabajo. Está formada por dos subescalas:

- Subescala de factores intrínsecos: aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc. Esta escala está formada por siete ítems (números 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14).
- Subescala de factores extrínsecos: indaga sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc. Esta escala la constituyen ocho ítems (números 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 15).

APLICACIÓN

Esta escala puede ser administrada por un entrevistador, pero una de sus ventajas es la posibilidad de ser auto cumplimentada y de ser aplicada colectivamente.

Su brevedad, el tener las alternativas de respuesta especificadas, la posibilidad de una sencilla asignación de pesos numéricos a cada alternativa de respuesta y su vocabulario sencillo hacen de ella una escala de aplicación no restringida a nadie en concreto (siempre que tenga un nivel elemental de comprensión lectora y vocabulario) y para la que no es preciso administradores de la prueba especialmente cualificados. La posibilidad de garantizar el anonimato a los respondientes de la escala se constituye en un importante elemento determinante de la validez de las respuestas. Por ello, es recomendable garantizar el anonimato, especialmente en contextos laborales en que su ausencia puede preverse como importante generadora de perturbaciones en las respuestas.

DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

Población Fuente, elegible y estudio fue la siguiente: Todo médico que se encuentre cursando la Residencia de Medicina Familiar adscritos a la UMF No. 57 IMSS en Puebla, Puebla durante el período del 1º de abril de 2019 al 31 de agosto 2019.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Todos los médicos que se encuentre cursando la Residencia de Medicina Familiar adscritos a la UMF No 57 en el periodo del 01 de abril al 30 de agosto 2019 que cumplan los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos residentes que se encuentren cursando la especialidad de medicina familiar de cualquier grado.
- Médicos residentes que realicen guardias nocturnas en la especialidad de medicina familiar de cualquier grado.
- Ambos sexos.
- Que sean adscritos a la UMF 57 la Margarita.
- Previo consentimiento informado de los médicos residentes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médico residente que se encuentre en periodo vacacional.
- Médico residente con diagnóstico de algún trastorno del sueño con factores de riesgo no asociados.
- Médico residente que se encuentre en tratamiento con medicamentos que alteren la calidad del sueño.
- Médico residente con tratamiento antidepressivo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Médicos residentes que una vez iniciada la encuesta no desearon seguir participando.
- Médicos residentes que no contesten el 100% de la encuesta.

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Nuestra investigación tomó al universo de médicos residentes siendo un total de 60. Siendo la población de residentes de la U.M.F. No. 57 del IMSS de la Ciudad de Puebla, Pue. de 60 y dadas las características de nuestra investigación, se requirió estimar el total del universo.

Operacionalización de las variables: se realizó considerando como subvariables los ítems que integran cada uno de los instrumentos referidos

4. RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la población de médicos residentes cursando la especialidad en medicina familiar en las instalaciones de la U. M. F. No. 57 de la ciudad de Puebla durante el periodo del 1 de enero a 30 de junio de 2019 tomando una muestra de estudio de 60 médicos residentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

De una muestra de 60 médicos, encontramos que la media de edad es De 31 años con una Desviación estándar de ± 3.983 años

Tabla 1. Análisis descriptivo de la edad

ESTADÍSTICO	
Media	31
Mediana	30
Moda	30
Desviación Estándar	3.983
Rango Mínimo	25
rango Máximo	50

Fuente: Encuesta (Hoja de recolección de datos).

Acorde al género se observó en el grupo una mayor población compuesta por el género femenino como se muestra en el Tabla 2

Tabla 2. Distribución del genero

GENERO		
	n	%
MASCULINO	23	38.3
FEMENINO	37	61.7
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta (Hoja de recolección de datos).

A nivel de la distribución de acuerdo con el puntaje Graffar para estratificación social notamos que el nivel que predomino fue el medio alto con un 53.3% (n=32).

Tabla 3. Distribución de acuerdo con la escala de estratificación GRAFFAR

ESTRATIFICACION SOCIAL GRAFFAR		
	n	%
Alto	15	25
Medio Alto	32	53.3
Medio Bajo	11	18.3
Obrero	2	3.3
Total	60	100

Fuente: Encuesta (Hoja de recolección de datos).

Al analizar los datos obtenidos del instrumento de escala de sueño de Epworth aplicado al total de la población encontramos que en los resultados el 58.3% (n=35) resulto con alteraciones del sueño debido a somnolencia excesiva en situaciones en las cuales se debería de estar en vigilia, además el 16.7% (n=10) resulto con alteraciones del sueño con somnolencia media esto se traduciría a que el 75% de la población estudiada padece de trastorno del sueño. El 25% (n=15) de la población resulto sin alteraciones del sueño.

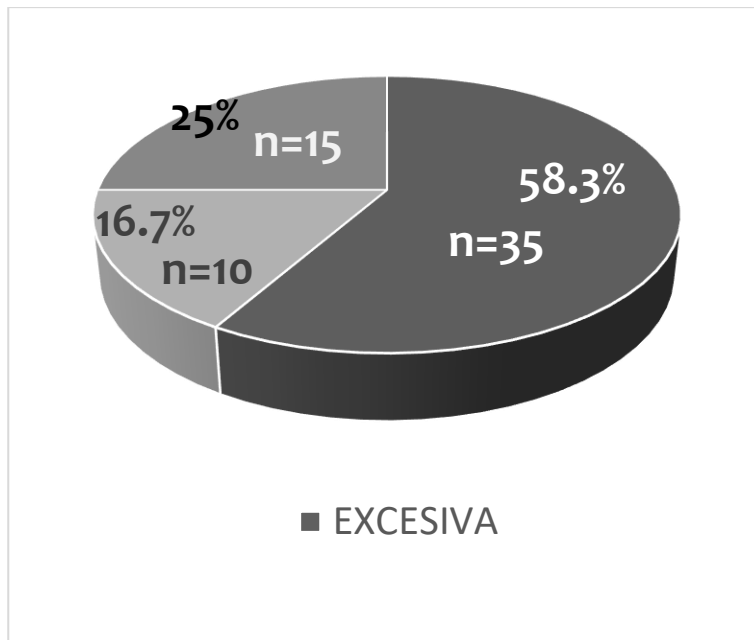


Figura 1. REPRESENTACION GRAFICA DE ACUERDO CON EL GRADO DE SOMNOLENCIA
Fuente: Encuesta (Escala de somnolencia de Epworth).

En el área de jornada laboral se observó que el total de la población eligió jornada especial con un 100% (n=60) como se observa en la figura 2.

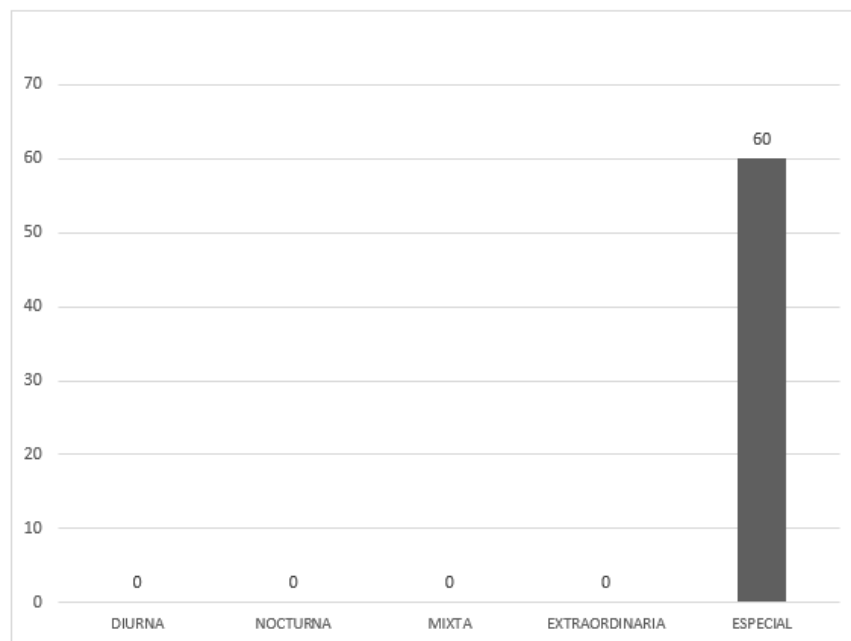


Figura 2. DISTRIBUCIÓN POR JORNADA LABORAL
Fuente: Encuesta (Hoja de recolección de datos).

En relación con el número de horas laborables por semana casi el total de la población refirió laborar más de 48 horas como se muestra en el Tabla 4.

Tabla 4. Distribución por horas laborables a la semana

HORAS LABORABLES POR SEMANA		
	N	%
< 48 Horas	0	0
48 horas	1	1.7
> 48 horas	59	98.3
Total	60	100

Fuente: Encuesta (Hoja de recolección de datos).

Por otra parte, el análisis de los datos obtenidos con el instrumento de la escala de satisfacción general se analizó que del total de la población estudiada el 40% (n=24) refiere se encuentra satisfecho respecto a su entorno y condiciones de trabajo, mientras que el 33.3% (n=20) refiere tener una opinión neutra es decir no están satisfechos, pero tampoco insatisfechos respecto a su entorno y condiciones de trabajo y por último el 26.7% (n=16) refirió estar insatisfecho.

Tabla 5. Distribución de acuerdo la satisfacción laboral general

SATISFACCION LABORAL		
	N	%
Insatisfecho	16	26.7
Neutro	20	33.3
Satisfecho	24	40
Total	60	100

Fuente: Encuesta (Escala de satisfacción general).

Al analizar el tipo de familia descubrimos que la constitución más frecuente es familia nuclear con un 60% (n=36).

Tabla 6. Distribución de acuerdo con tipo de familia

TIPOLOGIA FAMILIAR		
	n	%
Extensa	3	5
Monoparental	10	16.7
Nuclear	36	60
Otro/Persona Sola	11	18.3
Total	60	100

Fuente: Encuesta (Hoja de recolección de datos).

En el apartado de ciclo vital familiar se observó un dominio en familias que se encuentran en etapa dispersión con un 45% (n=27). No obstante, existe variedad en cuanto a las otras etapas como se observa en el Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de acuerdo con ciclo vital familiar

CICLO VITAL FAMILIAR		
	n	%
Procreativa	16	26.7
Constitutiva	4	6.7
Dispersión	27	45
Final	1	1.7
Otro	12	20
Total	60	100

Fuente: Encuesta (Hoja de recolección de datos).

Al realizar el análisis de la relación entre somnolencia diurna excesiva y jornadas laborales se encontró que del total de los encuestados el 73.4% tiene relación con algún grado de somnolencia y jornadas de trabajo mayores a 48 horas.

Tabla 8. Relación entre somnolencia diurna y jornadas laborales

	GRADO DE SOMNOLENCIA			
	JORNADAS LABORALES			
	>48	%	48	%
Excesiva	34	56.7	1	1.7
Media	10	16.7	0	0
Sueño Normal	15	25	0	0
Total	59	98.3	1	1.7

Fuente: Análisis tabla cruzada grado de somnolencia-horas laborables (programa SPSS).

Observando la relación entre somnolencia diurna excesiva y satisfacción laboral se encontró que del total de los encuestados el 26.7% tiene relación con insatisfacción laboral de los cuales todos demostraron presentar algún grado de somnolencia. Además, se encontró mediante la prueba exacta de Fisher con resultado de 17.827 y con valor de p de 0.001 que la somnolencia diurna y satisfacción laboral son variables dependientes.

Tabla 9. Relación entre somnolencia diurna y satisfacción laboral general

	GRADO DE SOMNOLENCIA					
	SATISFACCION LABORAL					
	INSATISFECHO	%	NEUTRO	%	SATISFECHO	%
Excesiva	15	25	13	21.7	7	11.7
Media	1	1.7	3	5	6	10
Sueño Normal	0	0	4	6.7	11	18.3
Total	16	26.7	20	33.3	24	40

Fuente: Análisis tabla cruzada grado de somnolencia-horas laborables (programa SPSS).

Prueba exacta de Fisher: 17.827 p: 0.001

La somnolencia diurna y satisfacción laboral son dependientes ya que encontramos que $p=0.001$

En una comparación de tablas cruzadas con la jornada laboral y satisfacción laboral general se llegó a la conclusión que la jornada laboral no tiene relación directa con la satisfacción laboral general ya que solo el 9.4% de los encuestados con jornadas mayores a 48 horas refiere que se sienten insatisfechos con su trabajo.

Tabla 10. Relación entre jornada de trabajo y satisfacción laboral general

	JORNADA LABORAL			TOTAL
	INSATISFECHO	NEUTRO	SATISFECHO	
>48 horas	16	19	24	59
48 horas	0	1	0	1
Total	16	20	24	60

Fuente: Análisis tabla cruzada jornada laboral con satisfacción laboral general (programa SPSS).

5. CONCLUSIONES

La muestra total del estudio fue de 60 médicos residentes en donde se comprendió un rango de edad entre 25-60 años, en donde encontramos que la media de edad es de 31 años con una Desviación Estándar de ± 3.98 años. Acorde al género predominaron los residentes del sexo femenino con un 61.7% (n= 37). De acuerdo a la escolaridad el total 100% (n=60), de los 60 médicos. A nivel de la distribución de acuerdo con el puntaje Graffar para estratificación social notamos que el nivel que predominó fue el medio alto con un 53.3%. Al analizar los datos obtenidos del instrumento de escala de sueño de Epworth aplicado al total de la población encontramos que en los resultados el 58.3% (n=35) resultó con alteraciones del sueño debido a somnolencia excesiva en situaciones en las cuales se debería de estar en vigilia, además el 16.7% (n=10) resultó con alteraciones del sueño con somnolencia media esto se traduciría a que el 75% de la población estudiada padece de trastorno del sueño. El 25% (n=15) de la población resultó sin alteraciones del sueño.

En el área de jornada laboral se observó que el total de la población eligió jornada especial con un 100%. En relación con el número de horas laborables por semana casi el total de la población refirió laborar más de 48 horas. En el análisis de los datos obtenidos con el instrumento de la escala de satisfacción general se analizó que del total de la población estudiada el 40% (n=24) refiere se encuentra satisfecho respecto a su entorno y condiciones de trabajo, mientras que el 33.3% (n=20) refiere tener una opinión neutra es decir no están satisfechos, pero tampoco insatisfechos respecto a su entorno y condiciones de trabajo y por último el 26.7% (n=26) refirió estar insatisfecho. Al analizar el tipo de familia descubrimos que la constitución más frecuente es familia nuclear con un 60%.

En el apartado de ciclo vital familiar se observó un dominio en familias que se encuentran en etapa dispersión con un 45% (n=27). No obstante, existe variedad en cuanto a las otras etapas. En cuanto a la relación de jornadas laborables y somnolencia diurna se analizó que del total de los encuestados más del 98 por ciento refirieron sobrepasar las 48 horas de trabajo a la semana y de los 60 entrevistados el 83.3% resultaron con somnolencia de los cuales el 70 por ciento resultaron con presencia de somnolencia diurna excesiva y el resto somnolencia diurna moderada. La gran mayoría de la muestra se encontró que la privación del sueño debido a las jornadas laborables de mayor de 48 horas a la semana provoca trastornos como somnolencia diurna excesiva. De estos se encontró que el 25% presentaban insatisfacción laboral por lo que se llegó a la conclusión de que existe una relación entre la somnolencia y la percepción de satisfacción laboral lo cual puede comprometer al médico al desarrollo de síndrome de burnout.

Se encontró también fuerte relación entre las horas laborables y el desarrollo de alteraciones del sueño con predominio de somnolencia diurna excesiva utilizando la escala de somnolencia de Epworth. No se encontró relación entre la jornada laboral y satisfacción laboral general ya que solo el 9.4% de los encuestados con jornadas mayores a 48 horas refiere que se sienten insatisfechos con su trabajo

REFERENCIAS

- [1] De la Portilla Maya S, Dussán Lubert C, Montoya Londoño D. Caracterización de la calidad del sueño y de la somnolencia diurna excesiva en una muestra estudiantes del programa de medicina de la universidad de Manizales (Colombia). 2nd ed. Colombia: archivos de medicina; 2017.
- [2] Angel T, Juana G, Austin S. Calidad del sueño, estrés y somnolencia diurna en profesionales de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias Med Clin (Barc). 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.06.015>
- [3] Margarita S. Trabajo por turnos, alteraciones del sueño y calidad de vida en estudiantes de posgrados médico-quirúrgicos. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría Bogotá, enero de 2014.
- [4] Jorge M, Margarita B, Jorge O, et al. Factores asociados con somnolencia diurna excesiva en estudiantes de Medicina de una institución de educación superior de Bucaramanga. Rev Colomb Psiquiat. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.12.002>
- [5] Katherine M, Sara G, Fredys C, et al. Prevalencia de insomnio y somnolencia en estudiantes de medicina pertenecientes a una institución educativa de Medellín (Colombia). Universidad de Manizales (Facultad de Ciencias de la Salud). Colombia: archivos de medicina; 2017.Volumen 14 N° 1.
- [6] Ines S, Fatima T, José M, et al. Effects of acute sleep deprivation resulting from night shift work on young doctors. Acta Med Port 2015 Jul-Aug;28(4):457-462.
- [7] Tlatoa R, Ocaña S, Marquez L, et al. El género, un factor determinante en el riesgo de somnolencia. Medicina e Investigación 2015;3(1):17-21.
- [8] Maritza S, Ruth A, Iván H, et al. Validación de la escala de somnolencia de Epworth en población mexicana. Gaceta Médica de México. 2013;149:409-416.
- [9] Fajardo Dolci, G., Santacruz Varela, J. and Lavalle Montalvo. La formación de médicos especialistas en México. Academia nacional de medicina de México. Consejo nacional de ciencia y tecnología. Capítulo 2-6; 2015;1-50.
- [10] José A, Joaquín L. Formación de médicos especialistas en México. Educ Med. 2018;19(S1):36-42.
- [11] Francisco V. Apuntes históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa.; Inv Ed Med. 2018;7:46-52
- [12] Sergio P, Carlos J, Griselda C, et al. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:669-679.
- [13] Norma Oficial Mexicana en materia de información en salud. NOM-035-SSA3-2012, Viernes 30 de Noviembre de 2012 DIARIO OFICIAL (Segunda Sección) 97- 128.
 - a. <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/NOM-035-SSA3-2012.pdf>
- [14] Yehia A, Beesan G, Sa'ed Z. Epworth sleepiness scale in medical residents: quality of sleep and its relationship to quality of life. Journal of Occupational Medicine and Toxicology (2018) 13:2.
 - a. <https://doi.org/10.1186/s12995-018-0203-z>
- [15] Liz C. Calidad de sueño, somnolencia excesiva diurna y rendimiento académico en los internos de medicina al finalizar la primera rotación en el hospital III Goyeneche Arequipa, Perú. 2016. 04-18
- [16] Esraa A, Badria A, Mohammad K. Prevalence of sleep deprivation and relation with depressive symptoms among medical residents in King Fahd University hospital, Saudi Arabia. Sultan Qaboos University Med J, 2015;15,78–84.
- [17] Pedro S, Andrés P. Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. Pers bioét 2015;19:290-302. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.2.8
- [18] Carlos A. Jornadas de trabajo extenso y guardias nocturnas de médicos residentes. Consecuencias para la salud y afrontamiento. Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis. Argentina 2012;2:205-217.
- [19] Kátia M, Ana B, Ana K, et al. Sleep deprivation and drowsiness of medical residents and medical students. Rev Col Bras Cir 2016;43:438-444. DOI: 10.1590/0100-69912016006005
- [20] Nelson M, Geraldino G, Romina G, et al. Carga horaria laboral y calidad del sueño en médicos residentes del Hospital de Clínicas. Rev virtual Soc Parag Med Int. 2016;3:95-100.
 - a. Doi:10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(02)95-100
- [21] Francisco H, Tzeithel C, Kryssna M. Efecto de las guardias en habilidades cognitivas en estudiantes de especialidades médicas y médicos internos de pregrado. REVISTA CONAMED 2017;22:17-22.

- [22] Colin W, Angelina T, Thomas H, et al. Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors. JAMA, 302:12:1294-1300.
- [23] Verónica G. El sueño y el médico: Visión desde la Medicina Familiar. Tesina 1°. Maestría en Medicina Familiar y Comunitaria Gen 2015. Biomedicina | Medicina Familiar y Comunitaria. BIOMEDICINA, 2015:10:30-41.
- [24] Manuel M, Jorge E, Jorge M. Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina. Rev Colomb Psiquiat. 2015;44(3):137-142.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.002>
- [25] Ybeth L, Yolanda R, Ysela A. Validación del índice de calidad de sueño de pittsburgh en una muestra peruana. Anales de Salud Mental 2015;2:23-30.
- [26] Alicia B. Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall, versión en español. Revista Médica Herediana. 2014; 25:80-84.

Correo electrónico del autor: mojilandi@gmail.com