

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



CALIDAD DE SUEÑO Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE AREQUIPA 2017

Tesis presentada por:

Bachiller Aedo Llosa María del Rosario

**Para optar el Título Profesional de Médica
Cirujana**

Asesora: Dra. Muñoz del Carpio Toia Agueda

Arequipa - Perú

2018



31

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 305 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"CALIDAD DE SUEÑO Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE AREQUIPA 2017"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

MARIA DEL ROSARIO AEDO LLOSA

Nuestro dictamen es:

favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa, *23/03/18*

[Signature]
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

Dr. José E. Alvarado Aco
MEDICO PSICUATRA
FOHE 9800 CMP 14051

[Signature]
DRA. KATHERINE BERNÁNDEZ PINTO

[Signature]
DR. GONZALO ARGENTIS OLIVERA

Sermán A. Vargas Olivera
MEDICO CIRUJANO
MAGISTER EN SALUD MENTAL
CMP 36097

Dedicatoria:

A Dios por permitirme la vida y guiar mis pasos para cumplir mis sueños.

A mis padres por su amor infinito, la confianza y el apoyo incondicional para lograr mis metas.

A mi hermano por brindarme apoyo y alegría en los momentos más difíciles.

A todos ustedes les dedico este logro y le pido a Dios que los colme de bendiciones.

INDICE

INTRODUCCIÓN	V
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
CAPITULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
CAPITULO II.....	4
OBJETIVOS E HIPOTESIS.....	4
CAPITULO III	5
MARCO TEORICO.....	5
CAPITULO IV.	32
METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO	32
CAPITULO V.	39
RESULTADOS	39
CAPITULO VI	70
DISCUSIÓN.....	70
CAPITULO VII	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS	75
ANEXOS	77

INTRODUCCIÓN

Los internos de medicina se encuentran expuestos tanto a presión en la atención hospitalaria como a demandas académicas, las cuales causan repercusión en su salud física y mental. Las guardias de 36 horas que realizan los internos de medicina cada 4 días podrían causar trastornos del sueño, que a la larga podría conducir a afectar su bienestar psicosocial y presentar síntomas de depresión, lo cual con el tiempo sin una intervención oportuna en los casos más graves podría llegar a cometer suicidio al igual que otras personas de la población que padecen de depresión.

El sueño es un estado fisiológico activo y rítmico que aparece cada 24 horas; la alteración en la calidad de sueño significaría la disminución de las actividades cognitivas, como en el trabajo de Edmundo Rosales y col. Titulado: "Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de Medicina de una universidad peruana" (1), en este trabajo utilizaron el índice de calidad del sueño Pittsburgh, donde obtienen como resultado que 58% de los encuestados tenía mala calidad del sueño.

Del mismo modo, Barrenechea, en su trabajo: "Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina" (2) utilizó el diseño descriptivo exploratorio transversal y el índice de calidad del sueño Pittsburgh. Los resultados fueron que 64,5% de los estudiantes encuestados tiene mala calidad de sueño, con una media global de 5,6 horas de sueño.

Los internos de medicina son una población que tiene privación del sueño debido a sus horarios de trabajo y estudio, es probable que presenten variaciones en la calidad del sueño. La mala calidad del sueño está asociada a fatiga, deterioro de la actividad motora e incluso deterioro de la actividad cognitiva que podría afectar las relaciones interpersonales, lo cual repercute en su bienestar psicosocial originando problemas de salud mental y altos niveles de estrés.

La depresión es un trastorno psiquiátrico con alta prevalencia y con un curso crónico y recidivante en el cual ciertos factores estresantes como la disfunción familiar, según Sameroff, pueden contribuir a su manifestación, que en el caso de los internos de medicina se encontrarían en riesgo de depresión al sumarle el estrés laboral y académico al que vienen siendo expuestos.

Con el presente trabajo se pretende evaluar la calidad de sueño y los síntomas de depresión en una población de internos de medicina del Hospital III Goyeneche de Arequipa, con el propósito de implementar medidas de intervención para aquellos que lo requieran.



RESUMEN

Antecedente: La presión en la atención hospitalaria, las guardias nocturnas y demandas académicas pueden producir alteración en la calidad de sueño y síntomas de depresión en los internos de medicina.

Objetivo: Describir la calidad de sueño con el índice de Pittsburgh y síntomas de depresión con la Escala de Hamilton en internos de medicina del hospital III Goyeneche Arequipa del 2017.

Métodos: Se aplicó el índice de calidad de sueño de Pittsburgh y la escala de Hamilton a los sujetos de estudio. Para describir la muestra de estudio seleccionada se utilizaron tablas de contingencia, gráficos de línea y gráficos de barra porcentuales. El procesamiento estadístico se hizo usando el programa de Excel 2013 y se aplicó estadística descriptiva y relacional empleando Chi^2 .

Resultados: Los internos de medicina del Hospital III Goyeneche Arequipa en el año 2017; en referencia a la calidad de sueño: el 0% (0) no presenta problemas de sueño; el 12% (6) merece atención médica; el 80% (40) merece atención médica y tratamiento médico y el 8% (4) presentan problemas graves del sueño. En la misma población de internos se aplicó la escala de Hamilton para riesgo de depresión, donde se encontró que el 48% (24) no presentan síntomas de depresión, 24% (12) presentan síntomas de depresión ligera, 14% (7) presentan síntomas de depresión moderada, 8% (4) presentan síntomas de depresión grave y el 6% (3) presenta síntomas de depresión muy grave. Además se determinó que en los internos que merecen atención y tratamiento médico debido a la alteración la calidad de sueño (40), el 48% (19) no presentan síntomas de depresión, el 28% (11) presentan síntomas de depresión ligera, 13% (5) presentan síntomas de depresión moderada, 8% (3) presentan síntomas de depresión grave y el 5% (2) presenta síntomas de depresión muy grave.

Conclusión: Los internos de medicina del hospital III Goyeneche Arequipa del 2017 presentan alteración en la calidad de sueño y síntomas de depresión.

Palabras clave: Sueño, Calidad de sueño, Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), depresión, Escala de Hamilton para la depresión, internos de medicina.

ABSTRACT

Background: Pressure at the hospital attention, night guards and academic demands can produce alteration in the quality of sleep and symptoms of depression in medical interns.

Objective: Describe the quality of sleep with the Pittsburgh index and symptoms of depression with the Hamilton Scale in medical interns of the III Hospital Goyeneche Arequipa in 2017.

Methods: The Pittsburgh quality of sleep index and the Hamilton scale were apply to the study subjects. To describe the selected study sample, contingency tables, line graphs and percentage bar graphs were use. Statistical processing was done using the Excel 2013 program and descriptive and relational statistics using Chi^2 .

Results: The interns of medicine of the Hospital III Goyeneche Arequipa in the year 2017; in reference to sleep quality: 0% (0) does not present sleep problems; 12% (6) deserves medical attention; 80% (40) deserve medical attention and medical treatment and 8% (4) have serious sleep problems. In the same population of inmates, the Hamilton scale for risk of depression was applied, where it was found that 48% (24) did not present symptoms of depression, 24% (12) presented symptoms of mild depression, 14% (7) presented symptoms of depression. Moderate depression, 8% (4) have symptoms of severe depression and 6% (3) have symptoms of very severe depression. In addition, it was determined that in the interns who deserve attention and medical treatment due to the alteration in the quality of sleep (40), 48% (19) do not present symptoms of depression, 28% (11) have symptoms of mild depression, 13 % (5) have symptoms of moderate depression, 8% (3) have symptoms of severe depression and 5% (2) have symptoms of very severe depression.

Conclusion: The interns of medicine of the hospital III Goyeneche Arequipa of 2017 present alteration in the quality of sleep and symptoms of depression.

Key words: *Sleep, Sleep quality, Pittsburg Sleep Quality Index (ICSP), depression, Hamilton scale for depression, medicine interns*

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Enunciado del Problema

¿Existe alteración en la calidad de sueño y presentan síntomas de depresión los internos de medicina del Hospital III Goyeneche Arequipa del 2017?

2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Calidad de sueño y síntomas de depresión

b) Operacionalización de Variables:

Ver anexo 7.

3. Interrogantes básicas:

- a) ¿Existe alteración en la calidad de sueño de los internos de medicina del Hospital III Goyeneche Arequipa?
- b) ¿Los internos de medicina del Hospital III Goyeneche Arequipa presentan síntomas de depresión?
- c) ¿Existe relación entre la alteración de la calidad de sueño y los síntomas de depresión en los internos del Hospital III Goyeneche Arequipa?

INVESTIGACIÓN

1. **Tipo de investigación:** Aplicada

2. **Diseño de investigación:**
 - Observacional
 - Retrospectivo
 - Transversal

3. **Nivel de investigación:** Nivel Correlacional.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo surge de la necesidad de identificar si los internos de medicina presentan alteraciones en la calidad de sueño y si esto repercute en su estado emocional causando síntomas de depresión.

En la currícula de formación del médico peruano, se realiza el internado médico, el cual cursa en el séptimo año de la carrera profesional y se realiza participando durante 12 meses de forma activa dentro del sistema público de salud. El interno rota por 4 servicios del hospital: medicina interna, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía, dentro de cada servicio el interno de medicina participa a diario en visitas médicas, elabora historias clínicas y notas de evolución de cada paciente, incluso algunas veces realiza procedimientos médicos y quirúrgicos, participa también en turnos de guardia diurna y nocturna, que en algunos servicios tienen una duración de 36 horas sin descanso post-guardia. Además realiza trámites administrativos propios de un sistema de salud como el nuestro, por ello es importante determinar si hay la alteración de la calidad de sueño y si coexisten síntomas de depresión, ya que estos médicos en formación podrían necesitar intervención para su bienestar mental.

Es importante la salud mental en el personal de salud, pues tratan a diario con vidas humanas y necesitan estar emocionalmente estables para lograr un desempeño laboral 100% óptimo.

Con las recientes denuncias de negligencias médicas expuestas por la prensa, se ha hecho evidente la desconfianza de los pacientes frente al personal de salud. Poniendo a los médicos bajo presión del ojo mediático y de los pacientes, por lo cual ahora los médicos pasan más tiempo tratando de llenar de manera minuciosa las historias clínicas para en algún momento poder defenderse frente a una denuncia de algún paciente, puesto que estos vienen a la defensiva y con suma desconfianza, más aún si quién los trata es un interno de medicina, juzgados por su poca experiencia. Por lo tanto se genera en el médico joven en formación, ansiedad y estrés por desempeñar un buen servicio que puede llegar a comprometer su calidad de sueño. Y no sólo es la presión por parte de los pacientes a la que se ven sometidos, sino también a la carga laboral e incluso a la presión de sus superiores que muchas veces con el trato vertical y en ocasiones maltrato psicológico directo, causan ansiedad y estrés, sumado a las pocas horas de sueño debido que esto les genera, pone en riesgo su salud emocional.

Es importante poder determinar si trastornos en la calidad del sueño ponen en riesgo el bienestar mental de los internos de medicina, para poder implementar medidas de intervención en aquellos que lo necesiten, porque ante una depresión muy grave hay riesgo de intento de suicidio.

Este proyecto para mí es muy importante debido a que hace un par de años me conmovió mucho la lamentable noticia de una compañera de la facultad, quién en ese entonces realizaba el internado médico, tomó la fatal decisión de quitarse la vida, debido a la carga laboral en su internado médico sumado a esto el cuadro de depresión que llevaba. Pocos días después otro personal de salud también se quitó la vida. En el año en el que realicé el internado médico tuve la oportunidad de hablar con compañeros de estudios quienes se sentían sumamente estresados y agotados por la labor que realizábamos en el hospital y muchas veces el trato soberbio de asistentes causan en los más sensibles un sentimiento de frustración que conlleva a la alteración del sueño y bajo rendimiento laboral.

Es por ello que me siento motivada a identificar si los internos de medicina del Hospital III Goyeneche, se encuentran con alteración en la calidad de sueño y si coexiste con síntomas de depresión, para poder brindar sugerencias y un tratamiento oportuno a quienes lo requieran.

CAPITULO II

OBJETIVOS E HIPOTESIS

OBJETIVOS

a) **Objetivo General**

Describir la calidad de sueño en los internos de medicina del Hospital III Goyeneche y si estos presentan síntomas de depresión.

b) **Objetivos Específicos**

- 1) Determinar la calidad del sueño de los internos de medicina del Hospital III Goyeneche de Arequipa.
- 2) Determinar en qué componente del cuestionario del índice de calidad de sueño de Pittsburgh presentan mayor alteración los internos de medicina del Hospital III Goyeneche.
- 3) Determinar si los internos de medicina del Hospital III Goyeneche de Arequipa presentan síntomas de depresión.
- 4) Determinar qué síntoma de depresión es el más frecuente en los internos de medicina del Hospital III Goyeneche según la encuesta de Hamilton para depresión.
- 5) Determinar la relación entre la alteración de la calidad de sueño y los síntomas de depresión en internos de medicina del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

HIPÓTESIS

Dado que existen alteraciones en la calidad de sueño en los internos de medicina del Hospital III Goyeneche de Arequipa, es posible que esto repercuta en su salud mental y presenten síntomas de depresión.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

SUEÑO

1. Definición y mecanismos del sueño

El sueño se define como el estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo. Se distingue del coma, que es el estado de inconsciencia del que no puede despertarse a una persona (Guyton 2008) (3)

El sueño es una función fisiológica indispensable para la vida, fundamental para garantizar el bienestar físico y emocional del individuo, así como la armonía con su medio externo. Al presentarse alteraciones del sueño ya sea por aumento en los despertares nocturnos, profundidad del sueño o la duración del adormecimiento, el individuo puede definir su sueño como no reparador, lo cual traduce afectación de su calidad de vida siendo esta una cualidad atribuida por el individuo. Existen entidades clínicas en las cuales se afecta con frecuencia esta cualidad, debido a alteraciones en la arquitectura del sueño, como serían algunas patologías neurológicas y psiquiátricas Kryger, Roth y Dement, 1994. (4)

El sueño tiene distintos grados de profundidad, y se presentan modificaciones fisiológicas concretas en cada una de las etapas del mismo (McCarley, 1995). (5) Para el estudio de los cambios funcionales que se dan durante el sueño se atiende a unas variables que se denominan indicadores del sueño que son: El electroencefalograma (EEG), los movimientos oculares, el tono muscular. Estos tres indicadores se pueden registrar, mediante la polisomnografía (Moizeszowicz, 1998) (6).

Según la guía de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud de España (7), existen dos tipos de sueño bien diferenciados: el sueño de movimientos oculares rápidos, conocido como sueño REM (Rapid Eye Movement) o sueño paradójico y el sueño de ondas lentas, también conocido como sueño No-REM (Non Rapid Eye Movement), por contraposición al sueño REM. (7)

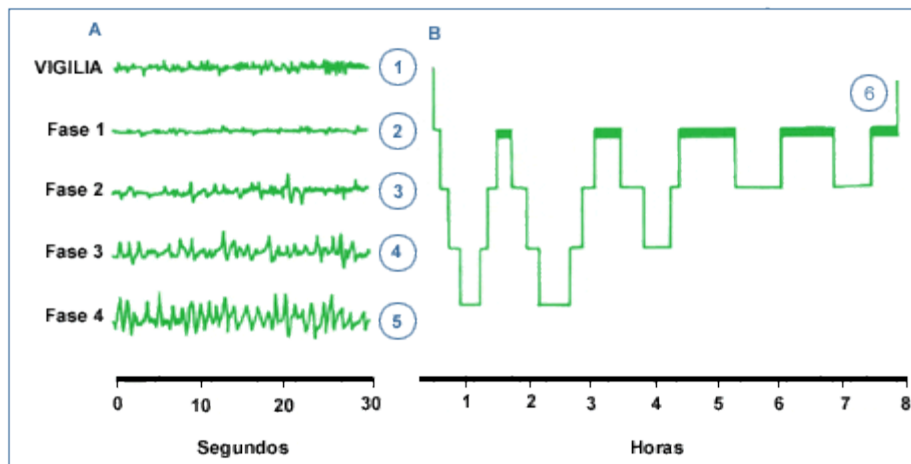
El sueño de ondas lentas o No-REM lo componen cuatro estadios, que se hallan relacionados con los distintos grados de profundidad del sueño. Aparecen así, sucesivamente, estadios 1 y 2 o de sueño superficial o ligero y estadios 3 y 4, que corresponden al sueño de ondas lentas o profundo. Durante el mismo, disminuye la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y el flujo sanguíneo cerebral, aumentando el flujo sanguíneo muscular y la secreción de hormona del crecimiento. (7)

El sueño REM o paradójico se caracteriza por movimientos oculares rápidos, atonía muscular y un EEG muy parecido al del estado de vigilia. La frecuencia cardíaca y la tensión arterial son fluctuantes, con frecuentes braditaquiarritmias. El flujo sanguíneo cerebral es similar al de vigilia, con marcada actividad neuronal y metabólica. (7)

En un adulto, durante una noche de sueño normal, del 75 al 80% del total de sueño es sueño No-REM que se reparte de la siguiente forma: 5% para el estadio 1, 50% para el estadio 2 y 20% para los estadios 3 y 4. La duración del sueño REM ocupa entre el 20 y el 25% del total del sueño. (7)

Cuando nos dormimos iniciamos el sueño en fase 1, que dura unos pocos minutos, seguido de fase 2 y, posteriormente, pasamos a sueño profundo o lento, estadios 3 y 4. Este período de sueño No-REM se sigue de un período REM, que en condiciones normales no debe aparecer hasta transcurridos 60 a 90 minutos del comienzo del estadio 1. Esta alternancia sueño No-REM - sueño REM se sucede a lo largo de la noche formando ciclos; cada uno de ellos dura 90-120 minutos y se repiten de 4 a 6 veces a lo largo de una noche. La composición de estos ciclos varía durante la noche. En el primer tercio de la noche, predomina el sueño de ondas lentas. A medida que progresa el sueño, aumenta el porcentaje de sueño superficial y de sueño REM. (7)

La representación gráfica de la organización cronológica de las diferentes fases del sueño a lo largo de la noche es lo que se conoce como hipnograma.



Fuente: Belmar (8)

Fig. 1. Esquema de los EEG característicos de cada una de las fases del sueño y la proporción en la que se dan.

Para evaluar el sueño como fisiológico es tan importante el mantenimiento de los porcentajes relativos de las distintas etapas como la valoración de la arquitectura del sueño. (7)

Esta arquitectura puede verse modificada por diferentes factores: la privación de sueño, la hora de inicio del sueño, la temperatura ambiental, el consumo de tóxicos (café, alcohol, nicotina, marihuana), la utilización de fármacos (benzodiazepinas, hipnóticos, antidepresivos) y por la existencia de algunos trastornos del sueño y trastornos médicos. (7)

Las necesidades de sueño son muy variables según la edad y las circunstancias individuales (Pocock y Richards, 2005 (9)). En el período neonatal, la transición de la vigilia al sueño se realiza en fase REM (sueño activo), el cual supone el 50% del tiempo de sueño. La alternancia cíclica REM-No-REM sucede cada 50-60 minutos, encadenándose en grupos de 3 o 4 ciclos que se separan entre sí por períodos de vigilia y no tienen distribución circadiana. El número de horas de sueño a esta edad está alrededor de las 16. En la infancia, la cantidad de sueño de ondas lentas es máxima, disminuyendo cerca del 40% en la segunda década. (7)

En las personas mayores, la latencia de sueño no está habitualmente alargada, pero es una queja frecuente la aparición de despertares precoces y la imposibilidad de volver a conciliar el sueño. El sueño es más fragmentado, con mayor número de alertamientos (27/hora de sueño), lo que hace que los períodos de vigilia nocturnos aumenten hasta ocupar del 12% al 15% del tiempo dedicado al sueño. Además, los mayores presentan mayor facilidad que las personas más jóvenes, para efectuar siestas durante el día. También, con frecuencia, pierden la capacidad de recuperación del sueño, es decir, la aparición de los largos períodos de sueño ininterrumpido que presentan los sujetos más jóvenes después de períodos de privación de éste. (7)

El sueño lento profundo se afecta precozmente con el paso de los años. A partir de los 40 disminuye progresivamente la proporción del estadio 4, y puede llegar a desaparecer totalmente a partir de los 70 años. Así, en el anciano el porcentaje del sueño de ondas lentas es del 5% al 10%, mientras que hay un aumento del estadio 1, que representa del 4% al 10% del total de sueño. (7)

El sueño REM se modifica poco con la edad y su proporción permanece estable en los sujetos sanos hasta edades muy avanzadas. Lo que se modifica es su distribución a lo largo de la noche: el primer REM aparece más precozmente en los ancianos que en sujetos más jóvenes y desaparece su incremento a lo largo de la noche así, el primer sueño REM es más duradero que en los jóvenes, sin diferencias notables con los correspondientes a los ciclos posteriores. (7)

Una alteración circadiana frecuente que presentan los ancianos es el avance de fase del ritmo circadiano sueño-vigilia, que da lugar tanto a una somnolencia vespertina temprana como a un despertar precoz. (7)

2. Clasificación de los trastornos de sueño: (7)

Los trastornos del sueño constituyen un grupo numeroso y heterogéneo de procesos.

Clasificación Internacional de los trastornos del sueño – ICSD-2 (International Classification of Sleep Disorders) propuesta en el 2005 se enfoca en el síntoma principal o los tipos de trastornos que aparecen durante el sueño. (10)

a) Insomnio

El insomnio es el más frecuente de todos los trastornos del sueño en la población general. Por insomnio se entiende la presencia de forma persistente de dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, despertar precoz o un sueño poco reparador, a pesar de disponer de condiciones adecuadas para el sueño; además para el diagnóstico del insomnio, es necesario que tales dificultades produzcan en el paciente al menos una de las siguientes molestias diurnas: fatiga o sensación de malestar general, dificultad para la atención, concentración o memoria, cambios en el rendimiento socio-laboral (o escolar, en el caso de los niños), alteraciones del ánimo o del carácter, somnolencia, disminución de la energía, motivación o iniciativa, propensión a cometer errores en el trabajo o en la conducción de vehículos, síntomas somáticos como tensión muscular o cefalea, y preocupaciones, obsesiones o miedos en relación con el sueño (11)

a. Tipos de Insomnio

- **Insomnio agudo.** Éste puede ser de carácter psicológico, psicosocial, interpersonal o del entorno, siendo algunos ejemplos los cambios o conflictos en las relaciones interpersonales, el duelo, el diagnóstico de una enfermedad o el traslado a otra ciudad. (11)
- **Insomnio psicofisiológico.** Dificultad condicionada para dormirse y/o extrema facilidad para despertarse del sueño, durante un periodo superior al mes. (11)
- **Insomnio paradójico.** Se denomina también pseudoinsomnio o mala percepción del sueño. La principal característica es una queja de insomnio grave, sin que pueda objetivarse un trastorno de tal magnitud mediante la realización de pruebas diagnósticas como la polisomnografía (11).

- **Insomnio idiopático.** Se trata de un insomnio que aparece durante la infancia o durante los primeros años de la juventud, sin que se pueda reconocer un factor desencadenante o una causa que lo justifique (11).
- **Insomnio debido a trastornos mentales.** Se define así al insomnio que dura al menos un mes y que está causado por una enfermedad mental subyacente guarda una relación temporal, en la mayoría de los casos, con un trastorno mental diagnosticado según los criterios de la DSSMD). No es sino un síntoma más de la enfermedad mental (11).
- **Insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño.** Está asociado a actividades diarias que necesariamente impiden una adecuada calidad del sueño y mantenerse despierto y alerta durante el día. Un elemento común a esas actividades es que son prácticas que están bajo el control de la voluntad del sujeto (11).
- **Insomnio debido a fármacos o tóxicos.** Es la interrupción o supresión del sueño relacionada con el consumo de fármacos, drogas, cafeína, alcohol, comida, o con la exposición a un tóxico ambiental. El trastorno del sueño puede aparecer durante periodos de consumo o exposición, o también durante periodos de retirada o abstinencia. (11)
- **Insomnio debido a problemas médicos.** Es el causado por una enfermedad orgánica coexistente o por otra alteración fisiológica, de modo que se inicia con dicho problema médico y varía según las fluctuaciones o cambios en su curso. (11)
- **Insomnio Familiar Fatal.** Es una enfermedad priónica que se caracteriza por el desarrollo progresivo de trastorno del sueño (insomnio, somnolencia diurna y estupor onírico), hiperactividad

autonómica (pirexia, sialorrea, hiperhidrosis, taquicardia, taquipnea), disfagia, disartria, temblor, mioclonías espontáneas y reflejas, posturas distónicas, trastorno de la marcha y signo de Babinski. (11)

b) Trastornos respiratorios

En este grupo se incluyen aquellos trastornos del sueño que se caracterizan por una alteración de la respiración durante el sueño. Los síndromes de apnea central del sueño incluyen aquellos trastornos en los que el movimiento respiratorio está disminuido o ausente. (11)

- **Apnea central primaria.** Es un trastorno de etiología desconocida, que se caracteriza por episodios recurrentes de cese de la respiración durante el sueño, sin que se asocie a la apnea ningún movimiento ni esfuerzo respiratorio, en la forma congénita es conocida como la maldición de Ondina. (11)
- **Patrón respiratorio de Cheyne Stokes.** Este patrón respiratorio se caracteriza por la aparición de al menos 10 apneas e hipoapneas de origen central por hora de sueño, produciéndose en estas últimas una fluctuación progresiva del volumen tidal, siguiendo un patrón creciente-decreciente. (11)
- **Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).** Consiste en la presencia, durante el sueño, de episodios repetidos de obstrucción, completa en el caso de las apneas y parcial en el caso de las hipopneas, al flujo aéreo en la vía aérea alta. (11)

Un signo frecuentemente asociado son los ronquidos muy intensos, que suelen producirse entre las apneas. (11)

- **Hipoventilación alveolar central.** También es conocida como hipoventilación del obeso. Se caracteriza por la desaturación arterial de oxígeno secundaria a un descenso en la ventilación alveolar, que tiene

lugar en pacientes sin enfermedades pulmonares primarias, malformaciones esqueléticas o trastornos neuromusculares que afecten a la capacidad de ventilación. - Hipoventilación alveolar central congénita. Se produce por un fallo en el control central de la respiración. La hipoventilación se inicia en la infancia, empeora durante el sueño, y no puede explicarse por ninguna enfermedad pulmonar primaria, neurológica ni metabólica. (11)

c) Hipersomnias

Incluye un grupo de enfermedades caracterizadas fundamentalmente por somnolencia diurna, que no es atribuible a ninguna dificultad para el sueño nocturno ni a cambios en el ritmo circadiano. Se entiende por somnolencia diurna la incapacidad para mantenerse despierto y alerta durante la mayoría de las situaciones del día. (11)

- **Narcolepsia con cataplejía o síndrome de Gelineau.** Se caracteriza por una excesiva somnolencia diurna y cataplejía. El primer síntoma en aparecer y el más incapacitante, es la somnolencia diurna. (11)
- **El otro síntoma característico, la cataplejía.** Se caracteriza por una pérdida brusca del tono muscular, provocada por emociones fuertes y habitualmente positivas. Puede ser localizada o afectar a todos los grupos musculares del esqueleto, salvo los músculos respiratorios que no se afectan nunca. Otros síntomas que pueden aparecer son: - La parálisis del sueño. Se caracteriza por una incapacidad generalizada y transitoria para moverse o hablar. (11)
- **Las alucinaciones hipnagógicas.** Consisten en sueños vivenciados que ocurren especialmente al inicio del sueño, y cursan con fenómenos visuales, táctiles y auditivos. (11)

- **Narcolepsia sin cataplejía.** Caracterizada por siestas repetidas y reparadoras durante el día con un sueño nocturno conservado, y la narcolepsia debida a alteraciones médicas o neurológicas. (11)
- **Hipersomnia recurrente.** Se trata de una entidad poco frecuente, habiéndose descrito en la literatura médica sólo unos 200 casos, con ligero predominio en el sexo masculino. Los episodios pueden durar desde pocos días hasta varias semanas. (11)

Otras alteraciones del comportamiento, como hiperfagia, hipersexualidad, irritabilidad o agresividad, y también cognitivas o mentales, como confusión, alucinaciones, etc., pueden manifestarse durante los periodos de hipersomnia. (11)

- **Hipersomnia idiopática con sueño prolongado.** Se caracteriza por una somnolencia excesiva, constante y diaria durante al menos tres meses. (11)
- **Hipersomnia idiopática sin sueño prolongado.** Se distingue de la anterior en que en este caso el sueño nocturno suele tener una duración entre 6 y 10 horas, no excediendo este límite. (11)
- **Sueño insuficiente inducido por el comportamiento.** Consiste en la somnolencia secundaria a una privación crónica del sueño, voluntaria, pero no buscada directamente, derivada de comportamientos que impiden alcanzarla cantidad de sueño necesario para mantener un adecuado nivel de vigilia y alerta. (11)
- **Otros tipos de hipersomnia.** (11)
 - **Hipersomnia debida a una enfermedad médica** (enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson y lesiones del hipotálamo, enfermedades endocrinológicas como el hipotiroidismo, trastornos metabólicos como la encefalopatía hepática o la insuficiencia renal, etc.) (11)

- **Hipersomnia secundaria al consumo de fármacos o drogas.** Y la hipersomnia no debida a ninguna condición fisiológica ni al consumo de sustancias sino a un trastorno mental, y la mala percepción de hipersomnia (también conocida como pseudohipersomnia). (11)

d) Alteraciones del Ritmo Circadiano (11)

Para obtener un sueño óptimo, reparador o de buena calidad, el tiempo dedicado al mismo debería coincidir con el ritmo circadiano biológico del sueño de cada individuo:

- **Síndrome de la fase del sueño retrasada.** Retraso –habitualmente mayor de dos horas– en los tiempos de conciliación del sueño y despertar, en relación con los horarios convencionales o socialmente aceptados. (11)
- **Síndrome de la fase del sueño adelantada.** Es menos frecuente que el síndrome de la fase retrasada. Los periodos de conciliación del sueño y de despertar son muy tempranos o precoces con respecto a los horarios normales o deseados. (11)
- **Ritmo sueño-vigilia irregular.** Se caracteriza por la ausencia de un ritmo circadiano sueño-vigilia claramente definido. (11)
- **Ritmo sueño-vigilia libre.** El ritmo sueño-vigilia no coincide con el patrón típico de 24 horas. Lo más frecuente es que el ritmo sea más largo que el típico de 24 horas, pero también puede ser más corto o variable. (11)
- **Jet Lag o alteración del sueño por viajes con cambio de huso horario.** Se caracteriza por un desajuste entre el ritmo circadiano endógeno de sueño-vigilia y el patrón exógeno de sueño-vigilia de una zona geográfica determinada. (11)
- **Alteración del trabajador nocturno.** En esta alteración del ritmo circadiano, los síntomas de insomnio o hipersomnia son secundarios a

jornadas o turnos laborales que se solapan con el periodo normal del sueño, permaneciendo el trabajador alerta en un momento inadecuado de su ciclo sueño-vigilia. (11)

- **Alteración del ritmo circadiano debida a un proceso médico.** Es el trastorno del ritmo circadiano en relación con una enfermedad. (11)

e) Parasomnias (11)

Son trastornos de la conducta o comportamientos anormales que tienen lugar durante el sueño.

- **Despertar confusional.** Se conoce también como “borrachera del despertar”. Se caracteriza por la aparición de un cuadro confusional al despertarse del sueño. (11)
- **Sonambulismo.** Este trastorno consiste en el desarrollo, durante las fases de sueño profundo o delta (generalmente en la primera mitad del tiempo de sueño), de una secuencia de comportamientos complejos que habitualmente incluyen el caminar. (11)
- **Terrores nocturnos.** Se caracterizan por la aparición súbita y durante las fases de sueño profundo, en la primera mitad de la noche, de episodios de llanto o grito inesperados, con una expresión facial de miedo o terror intensos. (11)
- **Parasomnias asociadas al sueño REM.** Trastorno de conducta del sueño REM. Este trastorno se caracteriza por la aparición de conductas anómalas durante el sueño REM. (11)
- **Parálisis del sueño aislada.** Consiste en una incapacidad para hablar y realizar cualquier movimiento voluntario con la cabeza, el tronco o las extremidades, debido a una pérdida completa del tono muscular. (11)

- **Pesadillas.** Son ensoñaciones muy vivenciadas de contenido desagradable, y que producen una importante sensación de miedo en el sujeto, llegando a despertarle en muchas ocasiones. (11)

- **Otras parasomnias:** Se incluyen los trastornos disociativos del sueño, la enuresis, la catatrenia o quejido nocturno, el síndrome de explosión cefálica, las alucinaciones del sueño y el síndrome de comida nocturna. (11)

f) Movimientos anormales relacionados con el sueño (11)

Los principales trastornos del sueño que cursan con movimientos anormales, que se describen en la segunda Clasificación Internacional de los Trastornos del sueño son los siguientes:

- **Síndrome de piernas inquietas.** Es un trastorno del sueño caracterizado por una necesidad imperiosa e irresistible de mover las piernas. (11)

- **Movimientos periódicos de las piernas.** Son episodios repetidos de movimientos bruscos, rápidos e involuntarios, de las extremidades. (11)

- **Calambres nocturnos.** Consisten en la contracción involuntaria, súbita, intensa y dolorosa de un músculo o grupos musculares de las extremidades inferiores –habitualmente de la pierna o del pie–, durante el sueño. (11)

- **Bruxismo.** Durante el sueño es frecuente que se produzca una contracción de los músculos maseteros, pterigoideos internos y temporales, provocando un cierre enérgico de la mandíbula superior e inferior. (11)

- **Movimientos rítmicos durante el sueño.** Son movimientos rítmicos, estereotipados, como de balanceo de la cabeza o de todo el cuerpo, que

a veces se asocian a sonidos guturales, y que suelen emplearse realizarse durante la conciliación del sueño o durante el mismo. (11)

g) Síntomas aislados: (11)

- **Ronquido.** Es un sonido respiratorio que se genera durante el sueño por el paso del aire en la vía aérea alta. (11)
- **Somniloquios.** Consisten en hablar, desde palabras aisladas hasta discursos completos, y con grados variables de comprensión, durante el sueño. (11)
- **Mioclonías del sueño.** Son contracciones simultáneas, cortas y súbitas, del cuerpo o de una o más partes del cuerpo que ocurren al inicio del sueño. (11)
- **Mioclonías benignas de la infancia.** Son movimientos mioclónicos repetidos que ocurren durante el sueño en la infancia. Con frecuencia son bilaterales y masivos, incluyendo grandes grupos musculares. (11)

3. Calidad del sueño

a) Definición

Al presentarse alteraciones del sueño ya sea por aumento en los despertares nocturnos, profundidad del sueño o la duración del adormecimiento, el individuo puede definir su sueño como no reparador. La calidad de sueño es "un fenómeno complejo, que es difícil de definir y medir de forma objetiva". (Buysse, y cols., 1989). (12)

b) Índice de la Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP)

- **Conceptualización:** El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), fue desarrollado por (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, y Kuppfer,) en la Universidad de Western Psychiatric Institute de Pittsburgh y de la Clínica

a finales de 1980, surgió de la observación de que la mayoría de los pacientes con desordenes psiquiátricos también tienen trastornos del sueño, es un cuestionario autoaplicable que proporciona una calificación global de la Calidad del Sueño (CS), ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas, desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español. (13)

Con respecto a la versión castellana del Cuestionario de Pittsburg (Royuela y Macías 1997) concluyen que, es un instrumento adecuado para la investigación epidemiológica y clínica de las alteraciones de sueño. Cuenta con una buena consistencia interna, además de un adecuado grado de fiabilidad y validez, comparables a la del original americano. Este instrumento se ha validado en castellano con población española y colombiana. (14)

Escobar y Eslava (2005) validaron el instrumento Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP) diseñado por (Buysse y cols., 1997) considerándolo como el instrumento más capaz para establecer la Calidad del Sueño, ha sido ampliamente usado y validado. (15)

Los componentes del cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP) son siete; Calidad subjetiva del sueño, Latencia de sueño, Duración del sueño, Eficiencia de sueño habitual, Alteración del sueño, Uso de medicación hipnótica y Disfunción diurna.

DEPRESIÓN

1. Definición

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría

hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (16)

Según la OMS (17) La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social. (17)

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (17)

2. Factores de riesgo (18)

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de

ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla. (18)

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

a) Factores personales y sociales (18)

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. (18)

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes. (18)

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. (18)

Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión. (18)

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. (18)

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos. (18)

b) Factores cognitivos (18)

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. (18)

c) Factores familiares y genéticos (18)

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión

que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. (18)

Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo. (18)

El estudio PredictD (19), realizado en 6 países europeos y Chile en el ámbito de atención primaria, con el objetivo de realizar un algoritmo de predicción de riesgo de depresión, incluyó los siguientes factores: edad, sexo, nivel educativo, resultados de cribados previos de depresión, historia familiar de problemas psicológicos, salud física y mental, dificultades económicas y experiencias de discriminación. Actualmente este estudio está realizándose en España, junto con un ensayo clínico en el que se emplea el algoritmo para cuantificar el grado de riesgo.

c) Riesgo de suicidio (18)

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. Debido a ello diferentes Guías Prácticas Clínicas de depresión recogen la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio ante un paciente depresivo. (18)

La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la

ideación hasta el suicidio consumado. En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio). (18)

El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas. Otros factores que se han asociado al suicidio en pacientes con depresión son el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad. Cuando existe riesgo de suicidio en un paciente con depresión se recomienda considerar la derivación a atención especializada, de modo urgente cuando el riesgo es elevado. (18)

d) Criterios diagnósticos (18)

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM) (20).

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) (21)

La CIE-1054 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en (21):

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (tabla 1):

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10 A (21).

Tabla 1.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual - Empeoramiento matutino del humor depresivo - Presencia de enlentecimiento motor o agitación - Pérdida marcada del apetito - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes - Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS (21).

En la tabla 2 se exponen los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según CIE-10. (21)

Fuente especificada no válida. **Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10 (21)**

Tabla 2.

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
<p>D. Puede haber o no síndrome Somático*</p>
<p>Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>

Fuente: Adaptado de OMS. *Síndrome somático: ver tabla 1. (21)

Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-5) (20)
Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y

“trastornos bipolares”. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades (tabla 3). El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM – 5 (20)

Tabla 3.

- | |
|---|
| <p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p> |
| <p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> |
| <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> |
| <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> |
| <p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p> |

Fuente: Adaptado de OMS. (20)

Del resto de los criterios que conforman el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, los principales cambios son:

- Una reacción o proceso de duelo no excluye la existencia de un episodio depresivo mayor, indicando la conveniencia de valorar la presencia de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. (20)
- Se introduce el especificador “con características mixtas” que identifica los cuadros en los que coexisten síntomas depresivos con al menos 3 síntomas maníacos/hipomaníacos de un listado de 7. No obstante, las personas cuyos síntomas reúnan los criterios de manía o hipomanía, tendrán el diagnóstico de trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, respectivamente. (20)
- Otro especificador nuevo hace referencia a los cuadros de depresión mayor que cursan con síntomas ansiosos, en este caso la presencia de al menos 2 síntomas de ansiedad de un listado de 5 hacen a la persona tributaria del especificador “con ansiedad”. (20)
- Se cambia la especificación “de inicio en el postparto” por la de “con inicio en el periparto” ampliándose la posible presencia de un cuadro de depresión mayor a la etapa de embarazo, además de las primeras 4 semanas del postparto contempladas anteriormente. (20)
- Se traslada la especificación de “crónico” del trastorno depresivo mayor a los trastornos depresivos persistentes (distimia), de modo que, además de la distimia, se contempla la posibilidad de un trastorno depresivo mayor crónico o con episodios intermitentes, excluyéndose la exigencia que planteaba el DSM-IV-TR de que la persona no hubiese sufrido un episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración. (20)

e) Instrumento de evaluación (22):

La escala de Hamilton para la depresión (HRSD o HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression) fue diseñada para evaluar la intensidad o gravedad de la depresión por clínicos, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas depresivos, tanto en la práctica clínica como en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde con el momento en el que se aplica, excepto para algunos ítems, como los del sueño, que se refieren a los dos días previos. (22)

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 y una de 6. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21.

Sumando las puntuaciones de cada ítem, la escala de Hamilton proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo (los puntos de corte y los descriptores de los distintos grados de depresión se muestran en la tabla 4). También se puede obtener la puntuación de tres factores o índices, sumando las de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. (22)

La respuesta al tratamiento se define habitualmente como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es ≤ 7 .

Puntos de corte y descriptores de la escala Hamilton (22)

APA 2000	No depresión	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
NICE 2009	No depresión	Subclínica	Leve	Moderada	Grave
Puntuación	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Fuente: adaptado de NICE

f) Tratamiento:

Existen diversidad de modelos e intervenciones para tratar la depresión, los modelos escalonados y los de atención colaborativa son quizás los más prometedores, por lo cual se desarrollan a continuación. (20)

a) Modelo Escalonado

Los modelos escalonados de tratamiento se han desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante la proporción de las intervenciones menos intensivas según el estado y evolución del paciente. A pesar de que el escalonamiento de las intervenciones según la complejidad y gravedad de las patologías está implícito en general en la atención sanitaria, los sistemas escalonados son un intento de formalizar un continuo en la atención prestada y mejorar la eficiencia. (20)

Este modelo de tratamiento es habitualmente propuesto por el NICE, y en el caso de la depresión, tanto la guía sobre la depresión en el adulto como la de depresión en enfermedades crónicas han organizado sus recomendaciones de manejo según este modelo. (20)



Fig 2. Modelo escalonado en el manejo de la depresión. (16)
Fuente: Guía de salud España

b) La atención colaborativa

Los modelos de atención colaborativa, basados en el Chronic Care Model, han sido aplicados para mejorar el manejo de la depresión en atención primaria, observándose su efectividad a la hora de mejorar el proceso asistencial y los resultados clínicos. Este modelo de atención realiza funciones de integración y coordinación de las intervenciones de los diferentes profesionales (médicos de familia, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud) para brindar una mejor asistencia sanitaria y calidad de cuidados al paciente. (16)

c) Tratamiento psicoterapéutico

Según la European Association for Psychotherapy (EAP), la psicoterapia podría definirse como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos. Para ello utiliza métodos psicoterapéuticos científicos, en una interacción de uno o varios individuos con uno o varios psicoterapeutas, con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar. (16)

d) Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos son fármacos dirigidos a mejorar los síntomas asociados a la depresión y existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción (tabla 5). Hay un tiempo de latencia en el comienzo de sus efectos terapéuticos que puede ser de 2 a 4 semanas, aunque algunos estudios señalan una respuesta más temprana, especialmente en aquellos pacientes que al final alcanzan la remisión del cuadro. (16)

Clasificación de los diferentes antidepresivos comercializados en España (16)

Tabla 4.

Antidepresivos clásicos	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	IMAO selectivo MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nueva generación	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina
	Agonista melatoninérgico	Agomelatina

Abreviaturas: IMAO: Inhibidores de la monoamino-oxidasa; ADT: Antidepresivos tricíclicos (inhibidores de la recaptación de 5-HT y NA); ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRDN: Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina; ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.

Fuente: Guía de salud de España (16)

La eficacia del tratamiento farmacológico de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, aunque existe controversia sobre qué antidepresivo es el más idóneo. En general, cuanto más graves son los síntomas de depresión más beneficio produce el tratamiento farmacológico. (16)

CAPITULO IV.

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

Metodología y procedimiento

1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo cualitativa, cuantitativa, observacional y transversal, para la población de sujetos que se encontraban realizando su internado médico en el Hospital III Goyeneche en el año 2017.

2. Población estudiada

La población estuvo conformada, por estudiantes del séptimo año de la carrera de Medicina Humana, que realizaban su internado médico en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2017. Fueron un total 50 internos de medicina los que participaron en esta investigación.

- Criterios de inclusión:
 - Internos de Medicina que acepten y firmen el consentimiento informado.
 - Internos de Medicina que hayan cumplido de manera continua todas sus rotaciones hasta el momento del estudio.
- Criterios de exclusión:
 - Internos que no acepten participar del estudio.
 - Internos que llenen el cuestionario incompleto.

✓ Total de internos del Hospital III Goyeneche Arequipa 2017:	80
✓ No aceptaron ser parte de este estudio:	16
✓ No llenaron adecuadamente los cuestionarios:	14

Población de estudio de la presente investigación: 50

3. Variables de estudio

Se consideraron: (22) (23)

- La calidad subjetiva del sueño
- Latencia del sueño
- Duración del sueño
- Eficiencia del sueño
- Perturbaciones del sueño
- Uso de medicamentos para dormir
- Disfunción diurna
- Humor Deprimido
- Sensación de Culpabilidad
- Intento de suicidio
- Insomnio precoz
- Insomnio medio
- Insomnio tardío
- Trabajo y actividades
- Inhibición
- Agitación
- Ansiedad psíquica
- Ansiedad somática
- Síntomas somáticos gastrointestinales
- Síntomas somáticos generales
- Síntomas genitales
- Hipocondría
- Pérdida de peso
- Insight

4. Instrumento de Recolección de Datos

a) Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Para determinar la Calidad de Sueño de los internos de medicina. Se utilizó el cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)16 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) de (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer,

1989) (13) y adaptado al castellano por (Royuela y Macías, 1997). Es un instrumento de fácil aplicación y entendimiento, siendo además capaz de establecer la calidad de sueño y discriminar entre buenos y malos dormidores en la población.

El cuestionario presenta 19 preguntas, las cuales se agrupan en siete ítems que se califican con una escala de 0 a 3 cada una. La suma de los ítems da lugar a una calificación global, donde una mayor puntuación indica una mejor calidad de sueño. Del total de las 19 preguntas, cinco no se incluyen en el puntaje global, ya que deben ser contestadas por el compañero de habitación, (si está disponible) además no son relevantes en el estudio. Los componentes del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg son siete (23):

- **Ítem 1. Calidad Subjetiva del sueño;** se refiere a cómo define el propio sujeto su calidad de sueño.
- **Ítem 2. Latencia de sueño;** mide el tiempo que el sujeto, cuánto cree que tarda en dormirse.
- **Ítem 3. Duración de sueño;** mide el tiempo que duerme el sujeto.
- **Ítem 4. Eficiencia habitual de sueño;** mide el tiempo que el sujeto permanece en la cama y el tiempo que él cree haber dormido.
- **Ítem 5. Perturbaciones del Sueño;** interroga acerca de la frecuencia de las alteraciones tales como: ronquidos, tos, calor, frío o necesidad de levantarse por alguna razón.
- **Ítem 6. Uso de medicación hipnótica;** interroga acerca de la necesidad de usar medicamentos para poder dormir recetados o no por el médico.
- **Ítem 7. Disfunción diurna;** se refiere a una excesiva somnolencia diurna es decir el cansancio que presenta la persona a la hora de realizar alguna actividad. (23)

La suma de los 7 ítems da la puntuación global del ICSP. Las preguntas hacen referencia al último mes. La puntuación de cada uno de los siete componentes oscila entre 0 (no existe dificultad) y 3 (grave dificultad); la puntuación global tiene un rango entre 0 (ninguna dificultad) y 21 (dificultades en todas las áreas), una puntuación >5 distingue a los sujetos con un mal dormir de aquellos que duermen bien. (23)

Muestra una consistencia interna (medida mediante el coeficiente de Cronbach de 0,83), una sensibilidad del 89,6% y una especificidad del 86,5% (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer 1989; Buysse, Reynolds y Monk, 1991; Royuela y Macias 1997). Para el cálculo de la puntuación global del Índice de calidad de sueño de Pittsburg se tomaron en consideración las instrucciones que fueron tomadas de (Jiménez-Genchi, Monteverde-Maldonado, Nenclares-Portocarrero, Esquivel Adame y de la Vega-Pacheco, 2008) (Anexo 2)

b) Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) (22)

Para determinar los síntomas de depresión en internos de medicina se ha utilizado en esta investigación la escala de Hamilton para depresión (HAM-D) o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. (22)

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems. (22)

La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21. (22)

Los 17 ítems que se toman en esta investigación incluyen: (22)

1. Humor Deprimido
2. Sensación de Culpabilidad
3. Suicidio
4. Insomnio precoz
5. Insomnio medio

6. Insomnio tardío
7. Trabajo y actividades
8. Inhibición
9. Agitación
10. Ansiedad psíquica
11. Ansiedad somática
12. Síntomas somáticos gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales
14. Síntomas genitales
15. Hipocondría
16. Pérdida de peso
17. Insight

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son: (22)

	No depresión	Ligera/menor	Moderada	Grave	Muy grave
APA, 2000	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Fuente: Asociación Psiquiátrica Americana

5. Procedimiento de recolección de datos

Con la finalidad de obtener la información necesaria para realizar este trabajo y tomando en cuenta que por las diferentes actividades que realizan los internos de medicina en el hospital era difícil que dejarán de realizar sus actividades para responder las encuestas de Calidad de Sueño y de Depresión, se optó por utilizar

el programa de encuestas de Google Drive, donde por medio de un enlace, se les envió por la aplicación de Facebook Messenger las encuestas de Índice de Calidad de sueño de Pittsburg y de Hamilton para la depresión, donde se incluye las instrucciones para el llenado de las encuestas y la importancia de su participación en el proyecto. Estas encuestas se formularon para ser llenadas online de una forma muy sencilla, práctica y anónima para ser enviadas automáticamente a mi cuenta personal de Google Drive.

Las encuestas fueron anónimas, la participación voluntaria, los resultados se presentaron respetando la dignidad, integridad, intimidad y confidencialidad de la información personal obtenida en las encuestas aplicadas.

6. Análisis estadístico

Para describir la muestra seleccionada de los internos de medicina, se utilizaron tablas de contingencia y gráficos de línea con marcadores que permiten visualizar y analizar si existe alguna tendencia, además que el uso de marcadores ayuda a identificar con mayor rapidez los datos individuales. También se utilizó gráficos de barra porcentuales que nos ayuda a comparar de una forma simple y básica dos conjuntos de datos.

El procesamiento estadístico se hizo usando el programa de Excel 2013 y se aplicó la estadística descriptiva y relacional haciendo uso de Chi^2 .



CAPITULO V. RESULTADOS

CAPITULO V.

RESULTADOS

Una vez procesada la información recolectada de las encuestas realizadas para el desarrollo de esta investigación, se presenta y analizan los resultados derivados de la base de datos, utilizando la estadística descriptiva e inferencial, con el propósito de evaluar el comportamiento de cada una de las variables establecidas al inicio de ésta investigación, de acuerdo con los objetivos planteados.

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO PITTSBURGH

Item 1. Calidad Subjetiva del sueño

Tabla 1.

Rango		Cantidad	Porcentaje
0	Muy buena	6	12%
1	Bastante buena	22	44%
2	Bastante mala	20	40%
3	Muy mala	2	4%
		50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 1. Observamos que del total de 50 internos de medicina que participaron en la encuesta, el 12% (6) del total de la población califican subjetivamente que tienen muy buena calidad de sueño; el 44% (22) indican que tienen una calidad de sueño bastante buena; el 40% (20) bastante mala y el 4% (2) muy mala calidad de sueño.

Item 2. Latencia de sueño**Tabla 2.**

Rango		Cantidad	Porcentaje
0	Muy buena	15	30%
1	Bastante buena	24	48%
2	Bastante mala	8	16%
3	Muy mala	3	6%
		50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 2. Con respecto a la Latencia de sueño en los internos de medicina; el 30% (15) del total de internos de medicina tardan en dormirse \leq 15 minutos (muy buena LS), el 48% (24) tardan entre 16–30 minutos en dormirse (bastante buena LS), el 16% (8) tardan entre 31-60 minutos (bastante mala LS) y el 6% (3) tarda >60 minutos (muy mala LS).

Item 3. Duración del sueño

Tabla 3.

Rango		Cantidad	Porcentaje
0	Muy buena	2	4%
1	Bastante buena	25	50%
2	Bastante mala	11	22%
3	Muy mala	12	24%
		50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Muy buena: >7 horas; **Bastante buena:** 6-7 horas; **Bastante mala:** 5-6 horas, y **Muy mala:** <5 horas.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 3. En cuanto a la Duración del sueño, la población de internos de medicina, se evidencia que el 4% (2) tiene muy buena duración del sueño (duermen >7 horas); 50% (25) tienen bastante buena duración del sueño (duermen entre 6-7 horas; 22% (11) tienen bastante mala duración del sueño (duermen 5-6 horas) y el 24% tiene una duración del sueño muy mala (duermen <5 horas).

Item 4. Eficiencia del sueño**Tabla 4.**

Rango	Cantidad	Porcentaje
0 Muy buena	0	0%
1 Bastante buena	2	4%
2 Bastante mala	1	2%
3 Muy mala	47	94%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Muy buena: >85%; Bastante buena: 75-84%; Bastante mala: 65-74% y Muy mala: <65%. Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 4. Observamos que la Eficiencia habitual del sueño en la población estudiada el 4% (2) presentan bastante buena eficiencia del sueño; el 2% presenta bastante mala eficiencia del sueño y el 94% (47) que son la mayoría de internos de medicina presenta muy mala eficiencia del sueño.

Item 5. Perturbaciones del Sueño**Tabla 5.**

Rango		Cantidad	Porcentaje
0	Muy buena	2	4%
1	Bastante buena	36	72%
2	Bastante mala	11	22%
3	Muy mala	1	2%
		50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Muy buena: Ninguna vez al mes; Bastante buena: Menos de una vez a la semana. Bastante mala: Una o dos veces a la semana; Muy mala: Tres o más veces a la semana. Autora: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 5. En ésta tabla encontramos que el 4% (2) ninguna vez al mes han tenido perturbación del sueño (muy buena); el 72% (36) menos de una vez a la semana han tenido Perturbaciones del sueño (bastante buena); el 22% (11) una o dos veces a la semana han tenido perturbaciones del sueño (bastante mala) y el 2% (1) han tenido tres o más veces a la semana perturbaciones del sueño (muy mala).

Item 6. Utilización de medicación para dormir

Tabla 6.

Rango		Cantidad	Porcentaje
0	Muy buena	37	74%
1	Bastante buena	8	16%
2	Bastante mala	3	6%
3	Muy mala	2	4%
		50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Muy buena: Ninguna vez al mes; **Bastante buena:** Menos de una vez a la semana. **Bastante mala:** Una o dos veces a la semana; **Muy mala:** Tres o más veces a la semana.

Autora: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 6. Con respecto al uso de medicamentos para dormir en los internos de medicina, el 74% (37) ninguna vez al mes han usado medicamentos para dormir (muy buena); el 16% (8) menos de una vez a la semana han usado medicamentos para dormir (bastante buena); el 6% (3) una o dos veces a la semana han usado medicamentos para dormir (bastante mala) y el 4% (2) han usado medicamentos para dormir tres o más veces a la semana (muy mala).

Item 7. Disfunción durante el día

Tabla 7.

Rango	Cantidad	Porcentaje
0 Muy buena	2	4%
1 Bastante buena	28	56%
2 Bastante mala	12	24%
3 Muy mala	8	16%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Muy buena: Ningún problema; **Bastante buena:** Problema muy leve; **Bastante mala:** un problema; **Muy mala:** un grave problema

Autora: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 7. La disfunción diurna en los sujetos estudio: el 4% (2) no presentan problemas de disfunción durante el día (muy buena); el 56% (28) presentan un problema muy leve de disfunción diurna (bastante buena); 24% (12) presentan un problema de disfunción diurna (bastante mala) y el 16% (8) presentan un grave problema de disfunción diurna (muy mala).

Resultado global del índice de calidad de sueño de Pittsburgh

Tabla 8.

Rango		Cantidad	Porcentaje
< 5	Sin Problemas de Sueño	0	0%
5-7	Merece Atención Médica	6	12%
8-14	Merece Atención y Tratamiento Médico	40	80%
>15	Problemas de Sueño Grave	4	8%
		50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autora: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 8. Al sumar los siete ítems del índice de calidad de sueño de Pittsburgh, observamos que ningún interno de medicina se encuentra sin problemas de sueño. El 12% (6) merece atención médica; el 80% (40) merece atención médica y tratamiento médico y el 8% (4) presenta problemas de sueño graves.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Item 1 - Humor deprimido

Tabla 1 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	19	38%
1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado	17	34%
2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente	6	12%
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.	7	14%
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal	1	2%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 1- Se observa que el 38% (19) de los internos de medicina de este estudio, no presentan humor deprimido; el 34% (17) presentan sensación de humor deprimido al ser preguntado; el 12% (6) tienen sensaciones de humor deprimido que se relatan oral y espontáneamente; el 14% (7) presentan sensaciones no comunicativas verbalmente de humor deprimido como en la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto; el 2% (1) manifiesta sensación de humor deprimido en su comunicación verbal y no verbal.

Item 2 - Sensación de culpabilidad

Tabla 2 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	27	54%
1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente	9	18%
2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones	14	28%
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad	0	0%
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	0	0%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 2- En esta tabla se observa que los sujetos de estudio presentan 54% (27) ausencia de sensación de culpabilidad; el 18% (9) se culpan a sí mismos, creen haber decepcionado a la gente y el 28% (14) tienen ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

Item 3 - Suicidio

Tabla 3 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	45	90%
1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida	2	4%
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	1	2%
3. Ideas de suicidio o amenazas	2	4%
4. Intentos de suicidio	0	0%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 3 - De los sujetos evaluados el 90% (45) no hubo intento de suicidio; al 4% (2) le parece que la vida no merece la pena ser vivida; el 2% (1) desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir; el 4% (2) tienen ideas de suicidio o amenazas y ninguno tuvo intentos de suicidio.

Item 4 - Insomnio precoz

Tabla 4 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	24	48%
1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora	23	46%
2. Dificultades para dormirse cada noche	3	6%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 4. En esta tabla se aprecia que 48% (24) no presentan insomnio precoz; el 46% (23) presentan dificultades ocasionales para dormirse y el 6% (3) presenta dificultades para dormirse cada noche.

Item 5 - Insomnio Medio

Tabla 5 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	33	66%
1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche	16	32%
2. Está despierto durante la noche; o cualquier ocasión de levantarse de la cama excepto: orinar o tomar medicación	1	2%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 5 - Se evidencia que en los sujetos de estudio el 66% (33) no presenta insomnio medio; el 32% (16) se quejan de estar inquietos durante la noche y el 2% (1) está despierto durante la noche.

Item 6 - Insomnio Tardío

Tabla 6 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	32	64%
1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse	16	32%
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2	4%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 6 - Se observa que de los internos de medicina el 64% (32) no presentan insomnio tardío; el 32% (16) se despiertan a primeras horas de la madrugada pero vuelven a dormirse y el 4% (2) no pueden volver a dormirse se levantan de la cama.

Item 7 - Trabajo y actividades

Tabla 7 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	22	44%
1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad en su actividad, trabajo o aficiones	21	42%
2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente	6	12%
3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad	1	2%
4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad	0	0%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 7- En esta tabla se evidencia que en los internos de medicina el 44% (22) no presentan problemas en su trabajo o actividades; el 42% (21) tiene ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en su actividad, trabajo o aficiones; el 12% (6) presenta desinterés en sus actividades y el 2% (1) tiene disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

Item 8 - Inhibición

Tabla 8 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Palabra y pensamiento normales	31	62%
1. Ligero retraso en el diálogo	19	38%
2. Evidente retraso en el diálogo	0	0%
3. Diálogo difícil	0	0%
4. Torpeza absoluta	0	0%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 8- En la tabla se observa que el 62% (31) tienen palabra y pensamiento normales y el 38% (19) tienen ligero retraso en el diálogo.

Item 9 - Agitación**Tabla 9 -**

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ninguna	27	54%
1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.	19	38%
2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.	4	8%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 9- Se evidencia que del total de sujetos de estudio, el 54% (27) no tienen agitación; el 38% (19) juegan con sus manos, cabellos, etc y el 8% (4) se retuerce las manos. Se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

Item 10 - Ansiedad psíquica**Tabla 10 -**

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. No hay dificultad	17	34%
1. Tensión subjetiva e irritable	13	26%
2. Preocupación por pequeñas cosas	18	36%
3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla	2	4%
4. Terrores expresados sin preguntarle	0	0%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 10- En la tabla se observa que en el 34% (17) del total de sujetos encuestados no hay dificultad; el 26% (13) presentan tensión subjetiva e irritable; el 36% (18) tienen preocupación por pequeñas cosas y en el 4% (2) tiene actitud aprensiva aparente en la expresión o el habla.

Item 11 - Ansiedad somática

Tabla 11 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	21	42%
1. Ligera	19	38%
2. Moderada	9	18%
3. Grave	1	2%
4. Incapacitante	0	0%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 11- Se aprecia que el 42% (21) de los encuestados no presenta ansiedad somática; el 38% (19) presenta ligera ansiedad somática; el 18% (9) moderada ansiedad somática y el 2% (1) grave ansiedad somática.

Item 12 - Síntomas Somáticos Gastrointestinales**Tabla 12 -**

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ninguno	25	50%
1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen o sensación de pesadez en el abdomen	23	46%
2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación	2	4%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 12- Se evidencia que el 50% (25) de los internos de medicina no presentan síntomas gastrointestinales; el 46% (23) presentaron pérdida de apetito, pero comen sin necesidad de que se estimulen o tienen sensación de pesadez y el 4% (2) presentan dificultad en comer si no se les insiste, solicita o necesita laxantes o medicación.

Item 13 - Síntomas Somáticos Generales

Tabla 13 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ninguno	22	44%
1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias, fatiga	26	52%
2. Cualquier síntoma bien definido	2	4%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 13- Se determinó que 44% (22) de los sujetos de estudio no presentan síntomas somáticos generales; el 52% (26) tienen pesadez en las extremidades, espalda o cabeza y el 4% (2) presentan cualquier síntoma bien definido.

Item 14 - Síntomas Genitales

Tabla 14 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Ausente	40	80%
1. Débil	8	16%
2. Grave	2	4%
3. Incapacitante	0	0%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 14- En el total de sujetos encuestados el 80% (40) no presenta síntomas genitales; el 16% (8) tienen débiles síntomas genitales y el 4% (2) graves.

Item 15 - Hipocondría

Tabla 15 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. No la hay	34	68%
1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)	8	16%
2. Preocupado por su salud	5	10%
3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.	2	4%
4. Ideas delirantes hipocondríacas	1	2%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 15- Se observa que del total de internos de medicina encuestados, el 68% (34) no tiene hipocondría; el 16 % (8) están preocupados de sí mismos (corporalmente); el 10% (5) están preocupados por su salud; el 4% (2) se lamentan constantemente, solicitan ayuda y el 2% (1) tienen ideas delirantes hipocondríacas.

Item 16 - Pérdida de peso

Tabla 16 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. No hay pérdida de peso	42	84%
1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual	8	16%
2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)	0	0%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 16- El 84% (42) de los sujetos de estudio no tienen pérdida de peso y el 16% (8) tienen probable pérdida de peso asociada a depresión.

Item 17 - Insight

Tabla 17 -

Rango	Cantidad	Porcentaje
0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo	21	42%
1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo	13	26%
2. Niega que esté enfermo	16	32%
	50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 17- Se observa que el 42% (21) del total de encuestados se da cuenta de que están deprimidos o enfermos; el 26% (13) se dan cuenta de su enfermedad pero la atribuyen a causa de mala alimentación, clima, exceso de trabajo y el 32% (16) niegan que están enfermos.

Resultado global de la Escala de Hamilton de riesgo de depresión

Tabla 18 -

Rango		Cantidad	Porcentaje
0 a 7	No Síntomas de depresión	24	48%
8 a 13	Síntomas de depresión Ligera o Menor	12	24%
14 a 18	Síntomas de depresión Moderada	7	14%
19 a 22	Síntomas de depresión Grave	4	8%
mayor a 23	Síntomas de depresión Muy Grave	3	6%
		50	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 18- Se observa que el 40% (24) del total de internos de medicina encuestados no presentan síntomas de depresión; el 24% (12) presentan síntomas de depresión ligera; el 14% (7) síntomas de depresión moderada; el 8% (4) síntomas de depresión grave y el 6% (3) tienen síntomas de depresión muy grave.

Total de internos de medicina con síntomas de depresión

Tabla 19 -

<i>Rango</i>	Internos de medicina con síntomas de depresión	%
<i>Síntomas de depresión Ligera o Menor</i>	12	46%
<i>Síntomas de depresión Moderada</i>	7	27%
<i>Síntomas de depresión Grave</i>	4	15%
<i>Síntomas de depresión Muy Grave</i>	3	12%
	26	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 19- Del total de internos de medicina con síntomas de depresión (26), el 46% (12) presenta síntomas de depresión menor; el 27% (7) síntomas de depresión moderada; el 15% (4) síntomas de depresión grave y el 12% (3) tienen síntomas de depresión muy grave.

Tabla 20. Total de sujetos con síntomas de depresión en relación al insomnio (alteración del sueño con escala de Hamilton)

Tabla 20 -

Internos de medicina respecto al sueño en la escala de Hamilton para riesgo de depresión	Internos de medicina con síntomas de depresión	de %
No padecen de Insomnio	8	31%
Presentan algún grado de Insomnio	18	69%
	26	100%

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 20. Del total de sujetos deprimidos (26) se analizó sus respuestas en los Ítems 4; 5 y 6 de la Escala de Hamilton, que corresponden a Insomnio precoz, medio o tardío, donde se encuentra que de los 26 internos de medicina que padecen algún nivel de síntomas de depresión, el 31% (8) no padecen insomnio y el 69% (18) padecen algún grado de insomnio.

RELACIÓN ENTRE LOS SUJETOS CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN CON ESCALA DE HAMILTON Y SU RESULTADO EN EL ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO PITTSBURGH.

Tabla 21 -

	Síntomas de depresión leve	Síntomas de depresión moderada	Síntomas de depresión grave	Síntomas de depresión muy grave	Total	X2	p
Necesitan atención médica	1	1	0	0	2	71.5	0.000000000000019
Necesitan atención y tratamiento médico	11	5	3	2	21		
Problemas de sueño grave	0	1	1	1	3		
	12	7	4	3	26		

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 21- Dado que el valor de $\text{Chi}^2 = 71.5$ y este es mayor que el valor crítico para un nivel de significancia para un valor de $0.05 = 12.59$ con un intervalo de confianza de 95% y un grado de libertad de 6, por tanto se rechaza la hipótesis nula.

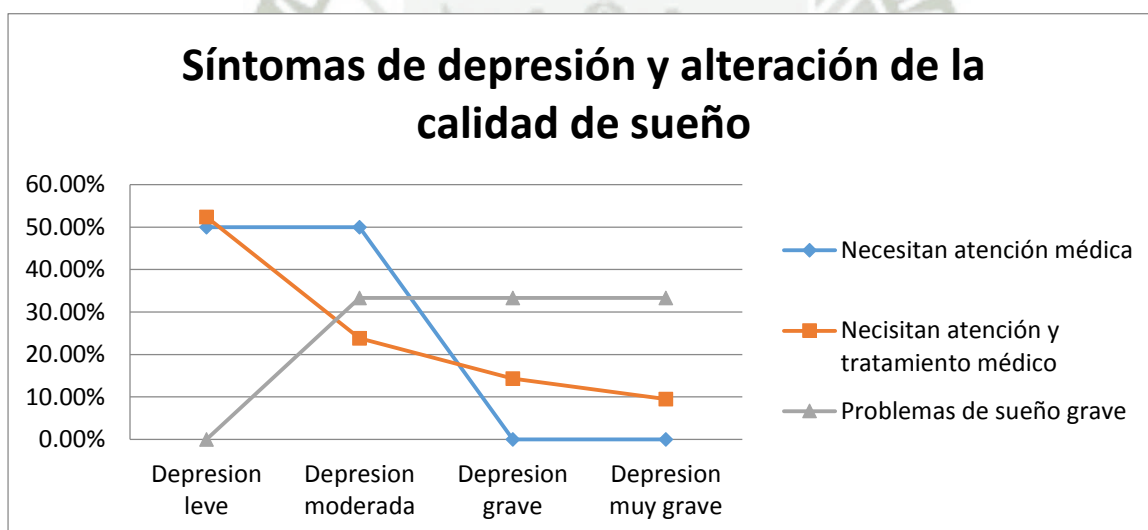
Con esto podemos afirmar que existe correlación entre el nivel de alteración de la calidad de sueño y la gravedad de los síntomas de la depresión que presenta la población de estudio.

Del total de sujetos que presentan síntomas de depresión (26), se analiza sus resultados de la escala de Pittsburgh para calidad de sueño y se obtiene que de aquello que necesitan atención médica por alteración de la calidad del

sueño, el 50% (1) presenta síntomas de depresión leve y el otro 50% (1) síntomas de depresión moderada. De aquellos que Necesitan atención y tratamiento médico debido a alteración en la calidad e sueño, el 52.38% (11) presenta síntomas de depresión leve; 23.81% (5) síntomas de depresión moderada; el 14.29% (3) síntomas de depresión grave y el 9.52% (2) síntomas de depresión muy grave. Finalmente de aquellos que presentan problemas de sueño grave, el 33.33% (1) presenta síntomas de depresión moderada; el 33.33% (1) síntomas de depresión grave y el 33.33% (1) síntomas de depresión muy grave. (Tabla 22- Anexo 5)

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN SEGÚN HAMILTON Y ALTERACIÓN DE LA CALIDAD DE SUEÑO SEGÚN PITTSBURGH

Gráfico 1 –



Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

RELACION ENTRE NIVEL DE CALIDAD DE SUEÑO (INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH) Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN (ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN)

Tabla 22 -

CALIDAD DE SUEÑO	SINTOMAS DE DEPRESION					X ²	P
	Sin síntomas	Leves	Moderados	Graves	Muy graves		
Sin alteraciones	0	0	0	0	0	5.588	0.935
Requiere atención medica	4	1	1	0	0		
Requiere atención médica y tratamiento	19	11	5	3	2		
Alteración grave	1	0	1	1	1		

Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Tabla 23 – Dado que el valor de $\text{Chi}^2 = 5.588$ y este es menor que el valor crítico para un nivel de significancia para un valor de $0.05 = 21.4241$ con un intervalo de confianza de 95% y un grado de libertad de 12, por tanto se rechaza la hipótesis alternativa.

Esto conduce a afirmar que al correlacionar el índice de calidad de sueño de Pittsburgh con la escala de depresión de Hamilton, no permite realizar una adecuada correlación entre la Calidad de sueño versus los síntomas de depresión; sin embargo, cuando se hace un análisis exclusivamente de los pacientes que presentan síntomas de depresión, sí se encuentra influencia de la calidad de sueño en los síntomas de depresión como se evidencia en el gráfico 1- Anexo 7.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Ítems del cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh aplicados a los internos de medicina del Hospital III Goyeneche:

En relación a la Calidad subjetiva del sueño de los internos de medicina del Hospital III Goyeneche presentan 40 % bastante mala y 4% Muy mala calidad del sueño, en referencia los resultados reportados por (Villarroel, 2013) en estudiantes de Medicina (no internos) que muestra un 8.4% y 1.2 % respectivamente. Y a los reportados por (Paico, Elizabeth-2016) (24) en internos de medicina quién encontró un 56.4% y 1% respectivamente, resultados que se aproximan ligeramente al presente estudio.

Con respecto a la Latencia de sueño de los internos de medicina el 16% presenta bastante mala latencia del sueño y el 6% muy mala, al comparar estos resultados con el estudio de (Villarroel, 2013) (25) en estudiantes de medicina (no internos) quién reporta que el 19.2% tiene bastante mala latencia del sueño y el 5.6% , se aproximan a los resultados de este estudio, del mismo modo al 12% señalado por (Vera, Maldonado, y Navarro 1999) (26) en bastante mala latencia del sueño.

En cuanto al ítem de duración del sueño; en estudiantes de medicina (no internos) del trabajo de (Villarroel, 2013) (25) se determinó que 5.1% tienen una duración del sueño bastante mala y 1.4% muy mala; sin embargo en el presente estudio se evidencia que 22% de internos de medicina tienen bastante mala duración del sueño y 24% muy mala, guarda relación con el trabajo realizado por (Paico, 2015) (24) donde el 19.8% de los internos de medicina del hospital 2 de Mayo presentan bastante mala duración del sueño y 18.8% muy mala.

En referencia a la eficiencia habitual del sueño, se determinó en esta investigación que la mayoría presenta muy mala eficiencia del sueño (94%) y 2% presenta bastante mala eficiencia del sueño, en el desarrollo de la resolución de todos los ítems de índice de calidad de sueño de Pittsburgh de forma individual, se observa

que el ítem 4 que corresponde a Eficiencia del sueño es el que presenta mayor porcentaje en cuanto a alteración del sueño se refiere. En el trabajo de (Paico, 2015) (24) encontró que en su población de internos de medicina el 35.6% tiene muy mala eficiencia del sueño y el 64% presentó bastante mala eficiencia del sueño, lo cual se aleja de los resultados de este trabajo y con los resultados de (Villarroel, 2013) (25) se aleja aún más con 1.6% y 4.6% respectivamente.

En este trabajo se evidenció que todos los internos de medicina presentan alteración de la calidad del sueño y en su mayoría el 80% necesita atención y tratamiento médico, lo cual concuerda con los hallazgos de un estudio realizado de la Universidad Nacional del Noroeste (UNNE) (27) en el que encontró que 8 de cada 10 estudiantes de Medicina son malos dormidores; de acuerdo con una encuesta realizada a 384 alumnos el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (ICSP) halló una alta prevalencia del déficit de sueño, una situación crítica que no sólo afecta el rendimiento académico, sino que además produce alteraciones y disfunciones básicas durante el día.

En cuanto a la Escala de Hamilton aplicada a los sujetos de estudio, se logró determinar que el 48% del total de la población estudiada no presenta síntomas de depresión. Sin embargo, el 52% presenta síntomas de depresión y de este grupo de internos de medicina con síntomas de depresión, se evidenció que el mayor porcentaje 46% corresponde el nivel de síntomas de depresión leve. En referencia con el trabajo de (Aguirre, 2017) (28) que cuenta con una población de médicos residentes, se determinó que el 32.3% padecen síntomas de depresión, lo cual se aproxima al resultado del presente estudio.

Finalmente se observa en este estudio que los internos de medicina que presentan síntomas de depresión, a medida que tienen más alteración de la calidad de sueño, los niveles de síntomas de depresión también aumentan. Por ejemplo, del total de aquellos que necesitan atención médica debido a alteración de la calidad del sueño, el 50% presenta síntomas de depresión leve y el otro 50% síntomas de depresión moderada. Los que necesitan atención y tratamiento médico debido a alteración en la calidad de sueño, el 52.38% presenta síntomas de depresión leve; 23.81% síntomas de depresión moderada; el 14.29% síntomas de depresión grave y el 9.52% síntomas de depresión muy grave. Y de los que presentan problemas de

sueño grave, el 33.33% presenta síntomas de depresión moderada; el 33.33% síntomas de depresión grave y el 33.33% síntomas de depresión muy grave.



CAPITULO VII

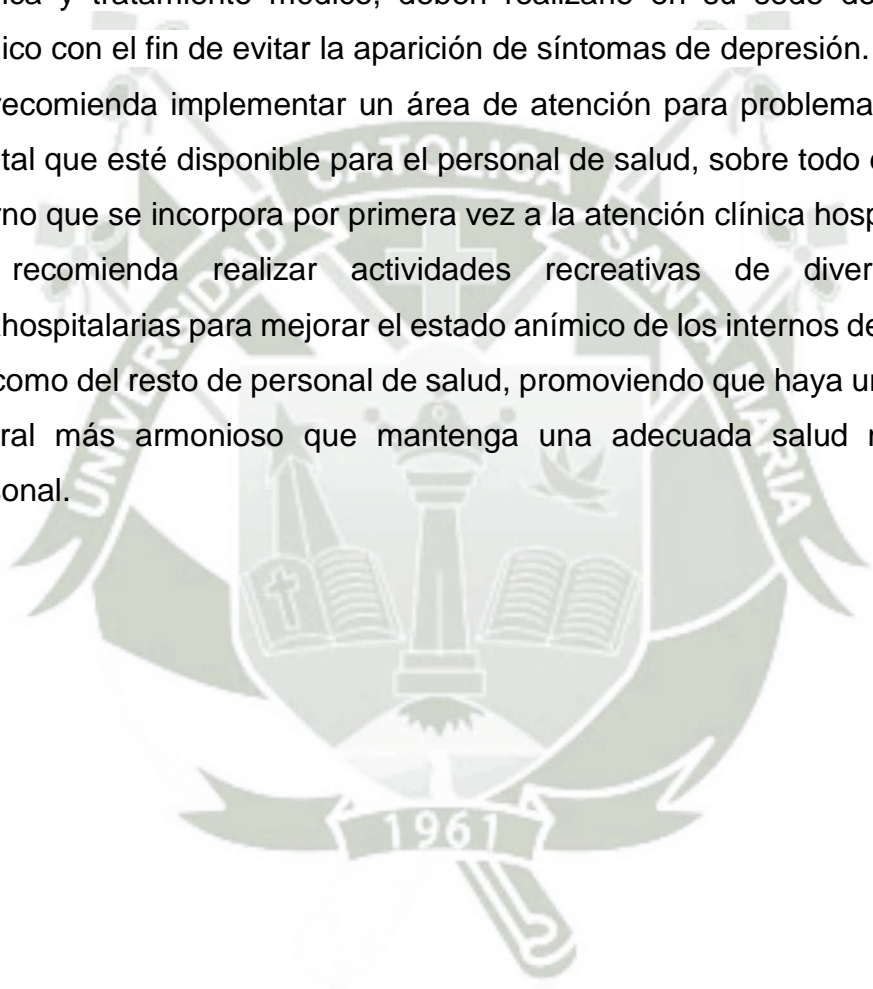
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1. Se ha evidenciado que todos los internos de medicina sujetos del presente estudio han presentado alteración en la calidad de sueño, en diferentes niveles.
2. Haciendo uso del índice de calidad de sueño de Pittsburgh, se determinó que el resultado predominante 80% (40 de los 50 sujetos de estudio), fue que los internos de medicina del Hospital III Goyeneche merecen “atención y tratamiento médico”.
3. Se determinó que de todos los ítems evaluados en el índice de calidad de sueño de Pittsburgh en los sujetos de estudio, el ítem con mayor alteración fue el de Eficiencia del Sueño con un 94% con resultado definido como “muy malo”
4. Se concluye que la mayoría de internos de medicina (52%) presentan síntomas de depresión en diferentes niveles.
5. Se determinó que de todos los componentes evaluados con la Escala de Hamilton, la mayoría (66%) presenta ansiedad psíquica, siendo este el síntoma de depresión más frecuente en el grupo del presente estudio.
6. Se determinó que los internos de medicina que presentan síntomas de depresión, la mayoría de estos presentan síntomas de depresión ligera o menor (46% de los internos con síntomas de depresión).
7. A medida de que va aumentando la gravedad de la alteración de la calidad del sueño, se evidencia que los síntomas de depresión también se van agravando.
8. No existe correlación estadísticamente significativa que el índice de calidad de sueño de Pittsburgh influya en los resultados de la escala de Hamilton.

Recomendaciones:

1. Se recomienda que durante el primer mes de internado se someta a los internos de medicina a una evaluación de calidad de sueño para poder brindar ayuda oportuna a aquellos que lo requieran, debido a que en el primer mes es donde realizan el cambio en sus rutinas de sueño ya que inician su participación en turnos de guardia nocturna.
2. Aquellos que presentan alteración de la calidad de sueño y requieran atención médica y tratamiento médico, deben realizarlo en su sede de internado médico con el fin de evitar la aparición de síntomas de depresión.
3. Se recomienda implementar un área de atención para problemas de salud mental que esté disponible para el personal de salud, sobre todo el personal interno que se incorpora por primera vez a la atención clínica hospitalaria.
4. Se recomienda realizar actividades recreativas de diversa índole intrahospitalarias para mejorar el estado anímico de los internos de medicina, así como del resto de personal de salud, promoviendo que haya un ambiente laboral más armonioso que mantenga una adecuada salud mental del personal.



Referencias

1. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana - Edmundo Rosales y colaboradores, revisión en el siguiente enlace:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1225/1030>
1ERycUNMdSMSycdseedmduup..
2. 1. Barrenechea Loo Michael Bill y col. Universidad de San Martín de Porres LPCdsyesdeedtycadM..
3. 2008. SfG. 2008., Sueño-fisiología-Guyton. 2008..
4. Kryger RyD1..
5. McCarley 1. 1995..
6. Moizeszowicz 1..
7. Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería universidad de los andes. Mérida-Venezuela 2013- Vanessa Villarroel, revisión en el siguiente enlace:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vanessa_maribel.pdf?sequence=1..
8. Belmar..
9. Pocock y Richards 2..
10. (ICSD-2) CIDLTDS..
11. (ICSD-2) CIDLTDS..
12. Buysse yc,1..
13. Buysse RMBYK..
14. 1997 RyM..
15. Buysse y cols. 1..
16. Guía de Salud de España- Depresión, ver referencia en el siguiente enlace:
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/documentos/apartado02/definicion_y_diagnostico.pdf 1GPCdSdSdED..
17. Salud Mental y manejo de la depresión-Guía de práctica clínica: disponible en el siguiente enlace:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/ 1OD..
18. Guía de Salud de España-apartado 02, manejo de depresión, disponible en el siguiente enlace:
<http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/apartado02/diagnostico.html>..
19. Sueño- Fisiología de Guyton-2008. SfG..
20. Criterios de clasificación DSM5- depresión, disponible en el siguiente enlace:
https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf 1D..
21. CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades dr(1..

22. Escala de Hamilton para riesgo de Depression HRSf..
23. <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/documentos/anexos/anexo6.pdf> 1ldmdi..
24. Paico E2..
25. Villarroel 2..
26. Vera MyN1..
27. Noroeste UNd..
28. Aguirre 2..
29. 1. Ramos-Brieva J CVIAVdlvcdleHpldALENPCAn1, 14:324-34...



ANEXOS

Anexo 1. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo en meses	Año									
	2017					2018				
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo a diciembre
Búsqueda bibliográfica problema de investigación	X	x	X	X	X					
Sistematización de bibliografía sobre		X	X	X						
Redacción de proyecto	X	x	X	X						
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis					X					
Dictamen de comité de ética de investigación						X				
Ejecución de proyecto						X	X			
Recolección de datos							X			
Estructuración de resultados							X	X		
Informe final								X		

Fecha de inicio: Agosto 2017 - Fecha de término: Marzo 2018

Anexo 2. Instrumento para medir la calidad de sueño:

Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño. (23)

Nombre:.....

Fecha:.....Edad:.....

Instrucciones:

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

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

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min

3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

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

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

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

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

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

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

d) No poder respirar bien:

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

e) Toser o roncar ruidosamente:

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

f) Sentir frío:

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

g) Sentir demasiado calor:

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

h) Tener pesadillas o malos sueños:

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

i) Sufrir dolores:

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

j) Otras razones. Por favor descríbalas:

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

6) Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

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

7) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

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

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

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

9) Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Sólo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

10) ¿Duerme usted solo o acompañado?

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

Anexo 3. Instrucciones para la baremación del test de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI).

El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los caso una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas.

Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Examine la pregunta nº6 y asigne la puntuación:

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

Puntuación Ítem 1: _____

Ítem 2: Latencia de Sueño

1. Examine la pregunta nº2 y asigne la puntuación:

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

Puntuación Pregunta 2: _____

2. Examine la pregunta nº5a y asigne la puntuación:

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

Puntuación Pregunta 5a: _____

3. Sume la pregunta nº2 y nº5a

Suma de la Pregunta 2 y 5a: _____

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

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

Puntuación Ítem 2: _____

Ítem 3: Duración del Sueño

Examine la pregunta nº4 y asigne la puntuación:

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

Puntuación Ítem 3: _____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta nº4) aquí: _____

2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (Pregunta nº3): _____

b. Hora de acostarse (Pregunta nº1): _____

Hora de levantarse – Hora de acostarse: _____ Número de horas que pasas en la cama

3. Calcule la eficiencia habitual de Sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100= Eficiencia Habitual de Sueño (%)

(_____ / _____) x 100 = _____ %

4. Asigne la puntuación al Ítem 4:

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

Puntuación Ítem 4: _____

Ítem 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas nº5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

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

Puntuación 5b _____

Puntuación 5c _____

Puntuación 5d _____

Puntuación 5e _____

Puntuación 5f _____

Puntuación 5g _____

Puntuación 5h _____

Puntuación 5i _____

Puntuación 5j _____

2. Sume las puntuaciones de las preguntas nº5b-j:

Suma puntuaciones 5b-j: _____

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

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

Puntuación Ítem 5: _____

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Examine la pregunta nº7 y asigne la puntuación

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

Puntuación Ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día

1. Examine la pregunta nº8 y asigne la puntuación:

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

Puntuación Pregunta 8: _____

2. Examine la pregunta nº9 y asigne la puntuación:

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

3. Sume la pregunta nº8 y la nº9

Suma de la Pregunta 8 y 9: _____

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

Suma de la Pregunta 8 y 9:	Puntuación:
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación Ítem 7: _____

Puntuación PSQI Total: Sume la puntuación de los 7 ítems: _____

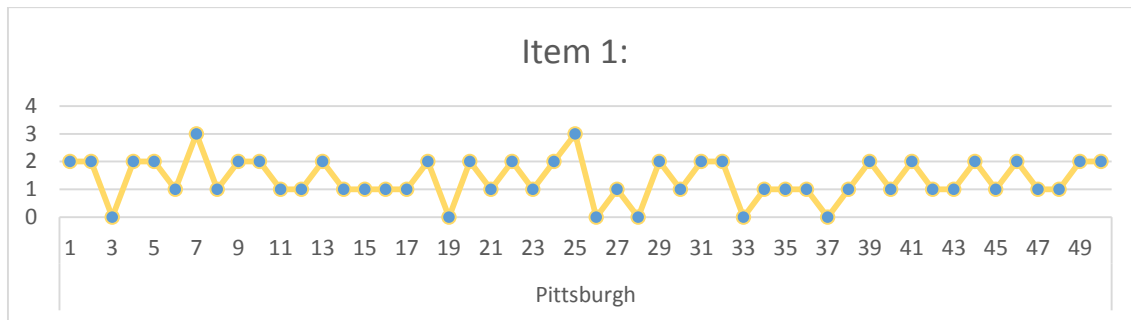
Anexo 4. Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y colaboradores) (29)

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales Amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, trabajo, ,manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos Generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

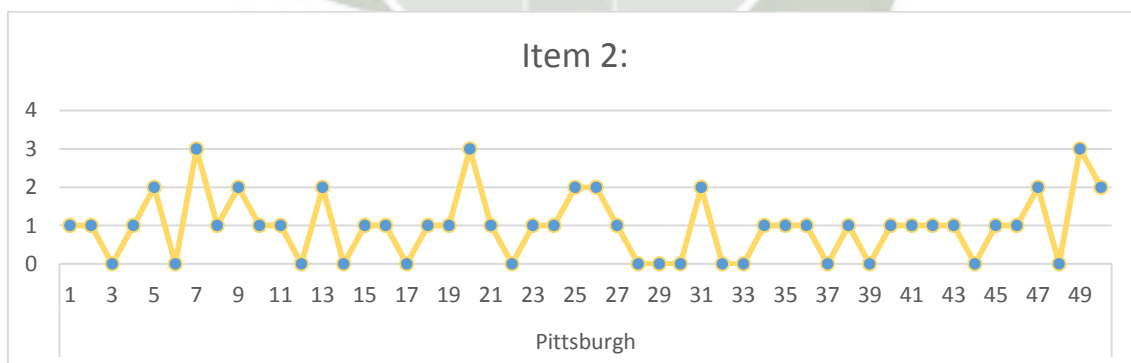
Anexo 5. Rangos de puntuación de los ítems del índice de calidad de sueño de Pittsburgh

Gráfico 1. Rango de puntuación de respuestas de calidad subjetiva del sueño



Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio.
Autor: María del Rosario Aedo Llosa.

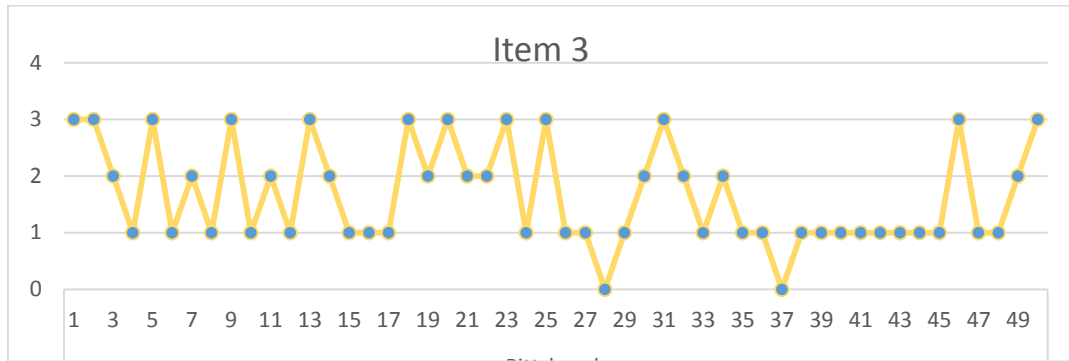
Gráfico 2. Rango de puntuación de latencia de sueño



Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio. Muy buena: ≤ 15 minutos; Bastante buena: 16 -30 minutos; Bastante mala: 31-60 minutos; Mala: >60 minutos.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

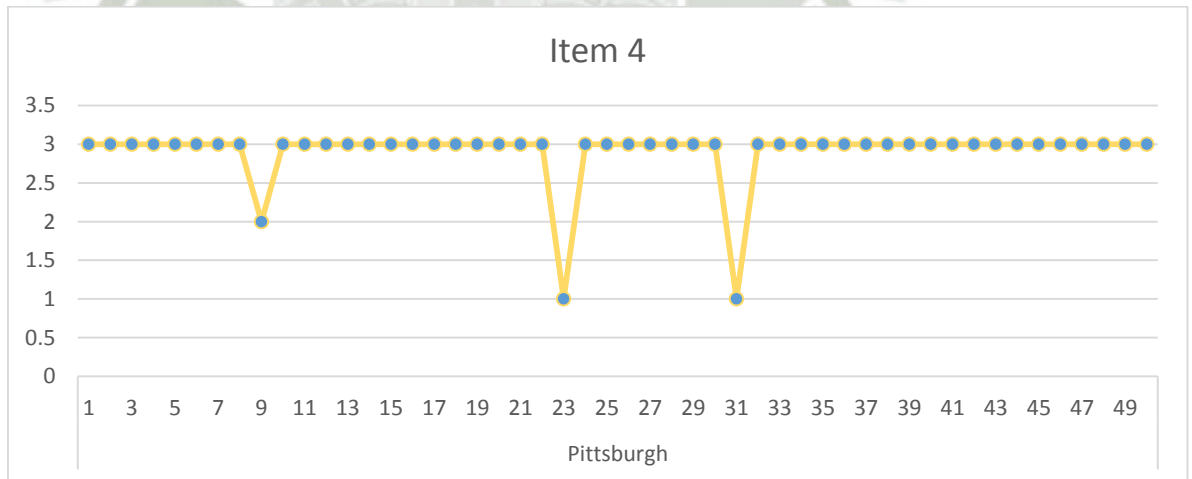
Gráfico 3. Rango de puntuación de la duración del sueño



Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio. Muy buena (0pts): >7 horas; Bastante buena (1pts): 6-7 horas; Bastante mala (2pts): 5-6 horas, y Muy mala (3pts): <5 horas.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

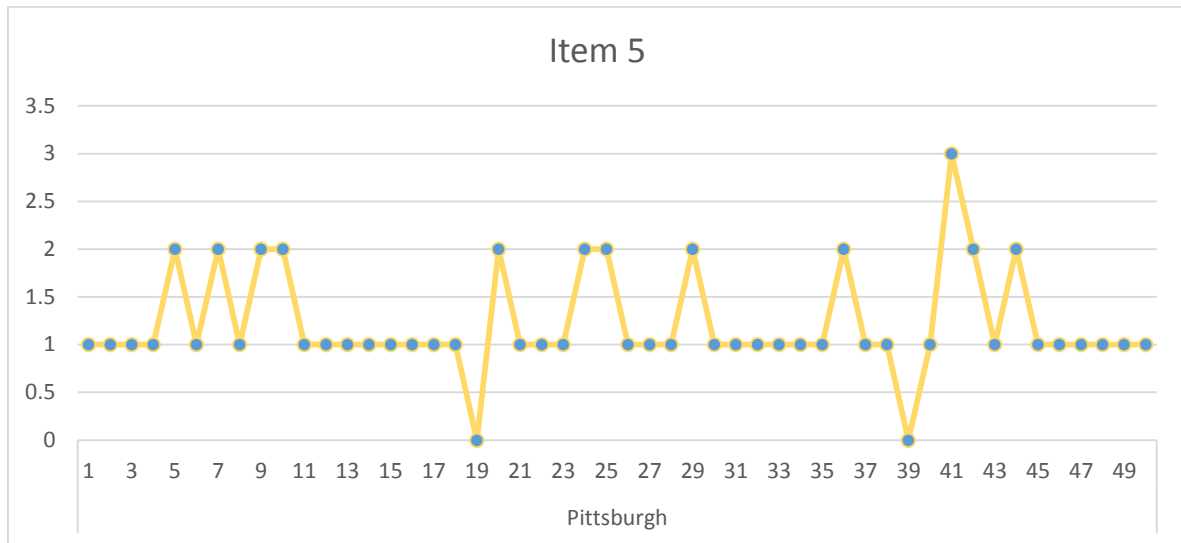
Gráfico 4. Rango de puntuación de Eficiencia del Sueño



Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio. Muy buena: >85%; Bastante buena: 75-84%; Bastante mala: 65-74% y Muy mala: <65%.

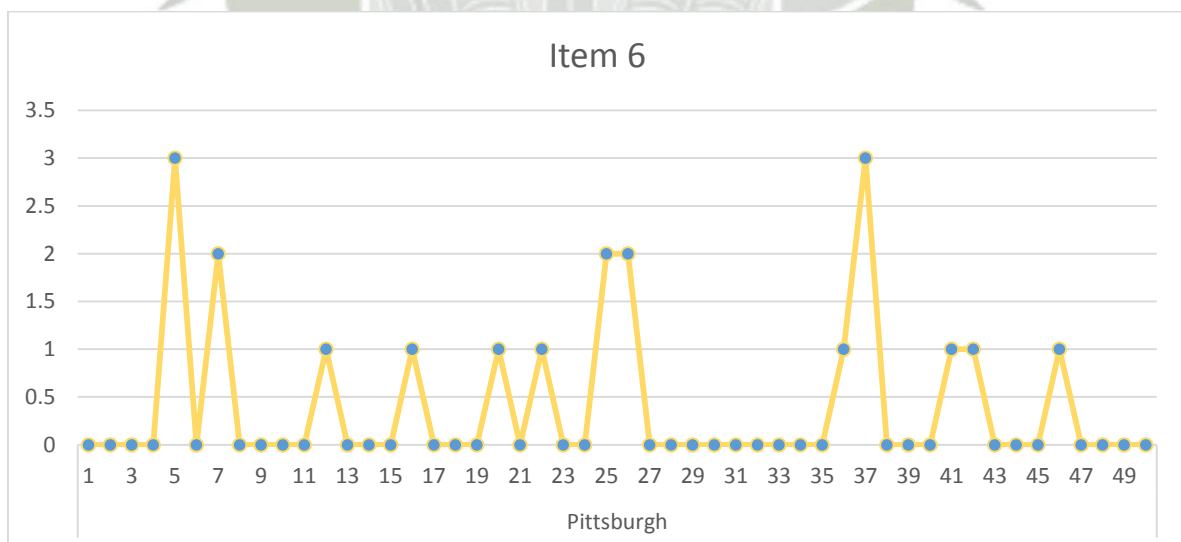
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 5. Rango de puntuación del perturbaciones de sueño



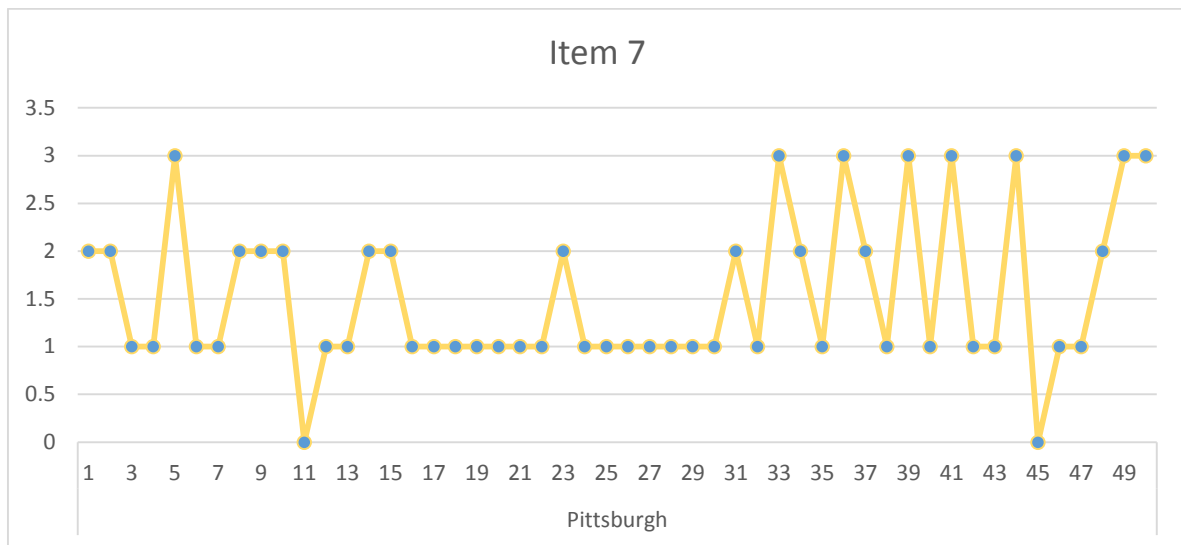
Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio. Muy buena:0; Bastante buena:1. Bastante mala: 2; Muy mala:3
 Autora: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 6. Rango de puntaje de utilización de medicamentos para dormir



Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio. Muy buena:0 ; Bastante buena: 1; Bastante mala: 2 ; Muy mala: 3.
 Autora: María del Rosario Aedo Llosa

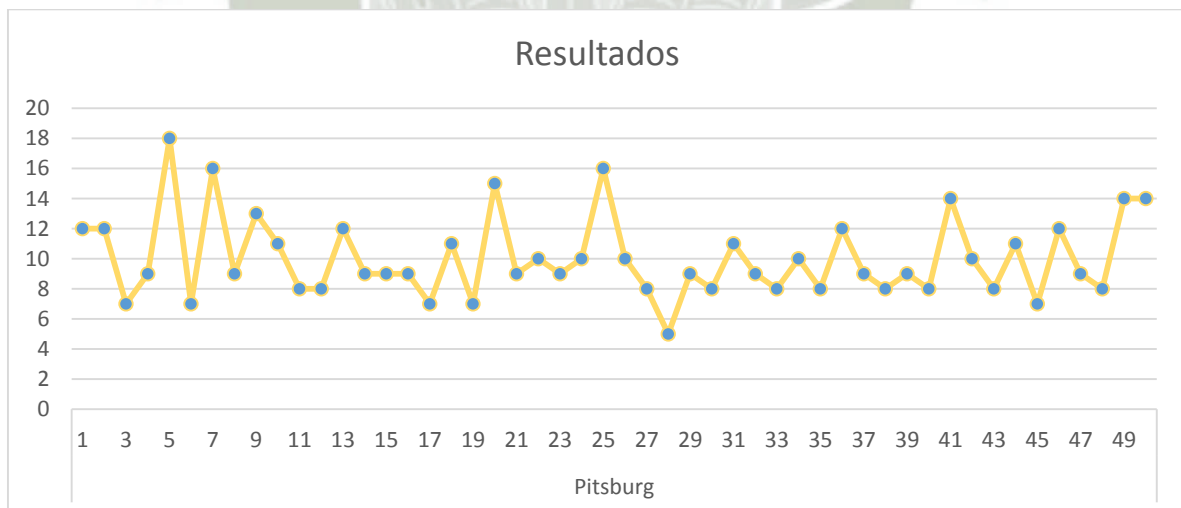
Gráfico 7. Rango de puntuación de disfunción durante el día



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. Muy buena: 0; Bastante buena: 1; Bastante mala: 2; Muy mala: 3.

Autora: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 8. Rango de puntuación índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

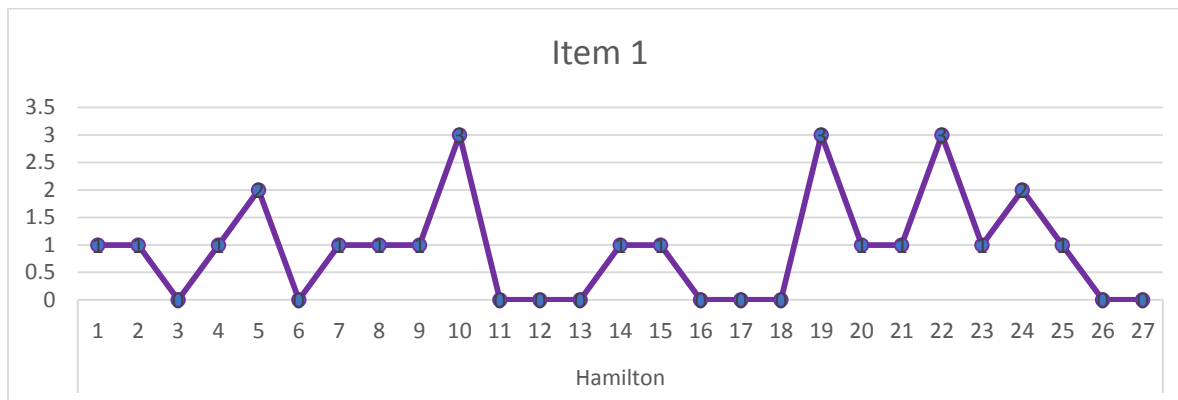


Fuente: Datos recopilados por el autor, se hizo uso de métodos estadísticos de acuerdo a las variables en estudio. Rango <5: sin problemas de sueño; de 5-7: merece atención médica; de 8-14: merece atención médica y tratamiento; >15 presentan problemas de sueño grave.

Autora: María del Rosario Aedo Llosa

RANGOS DE PUNTUACIÓN DE LOS ITEMS DE ESCALA HAMILTON DE DEPRESIÓN

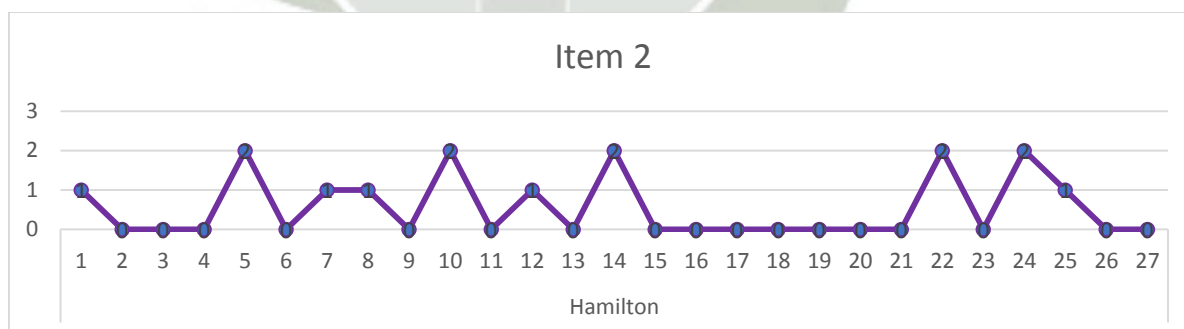
Gráfico 9. Rango de puntuación de humor deprimido



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

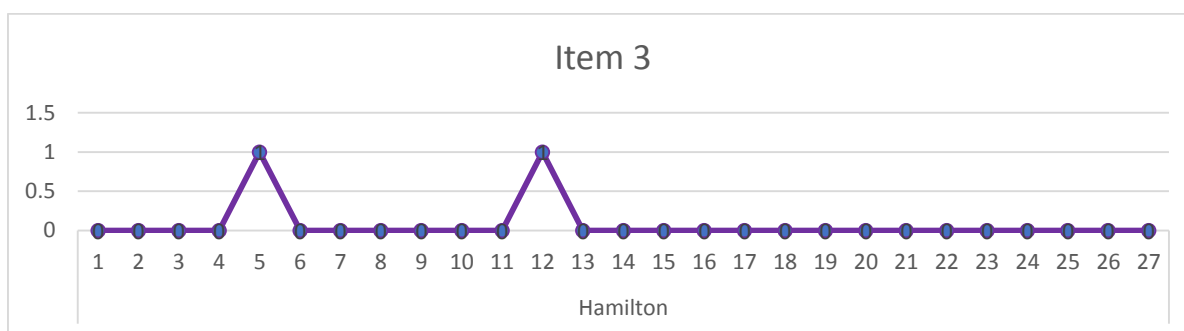
Gráfico 10. Rango de puntuación de Sensación de Culpa



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

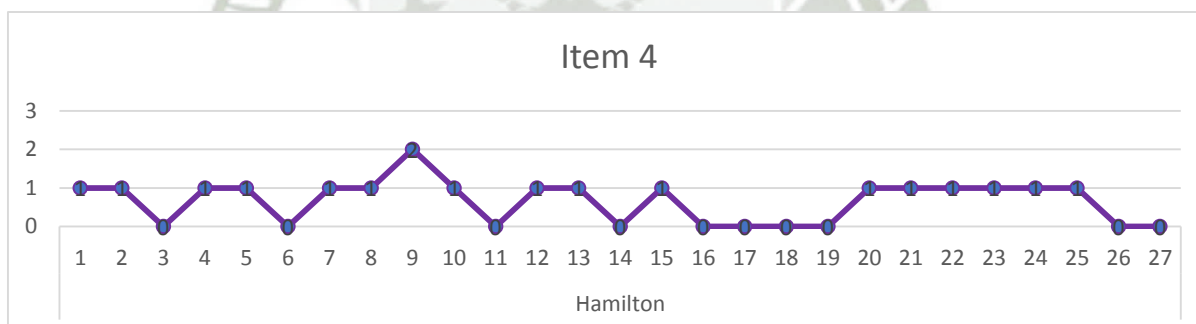
Gráfico 11. Rango de puntuación de suicidio



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

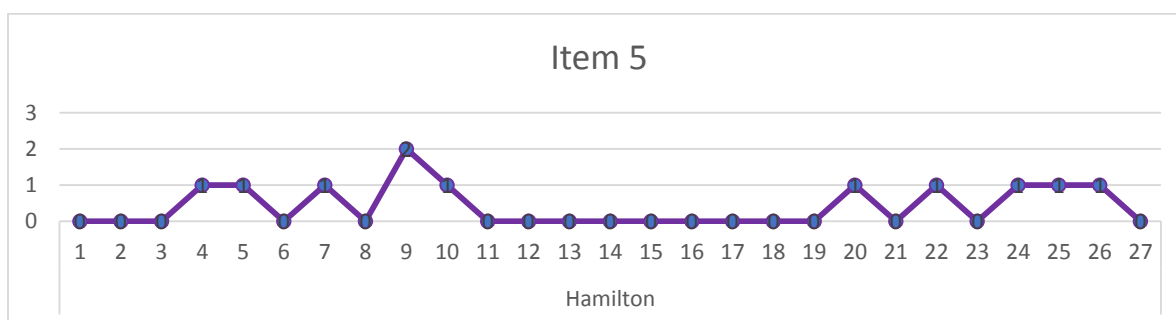
Gráfico 12. Rango de puntuación de Insomnio Precoz



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

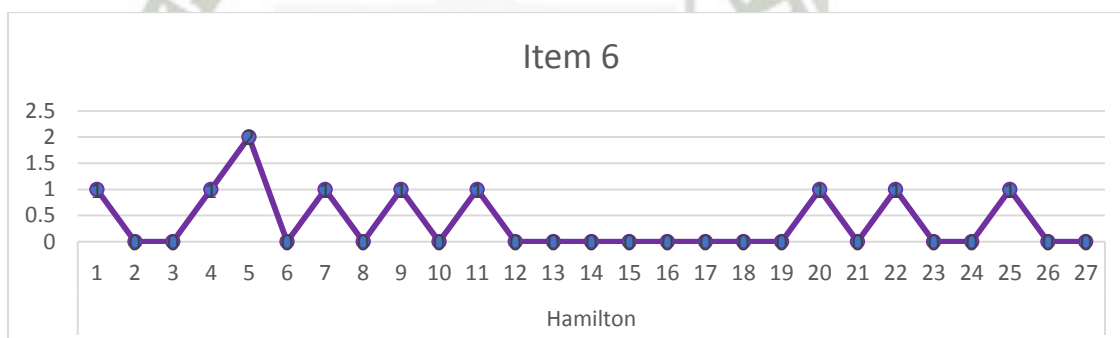
Gráfico 13. Rango de puntuación de Insomnio Medio



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

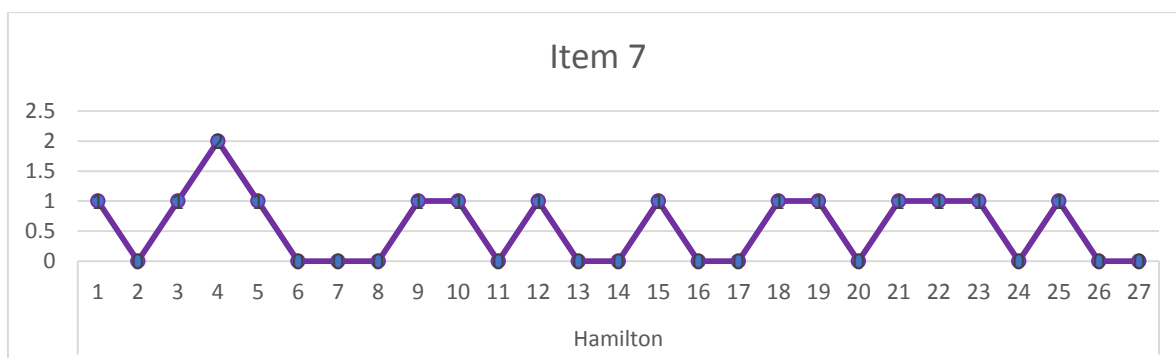
Gráfico 1. Rango de puntuación de Insomnio Tardío



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

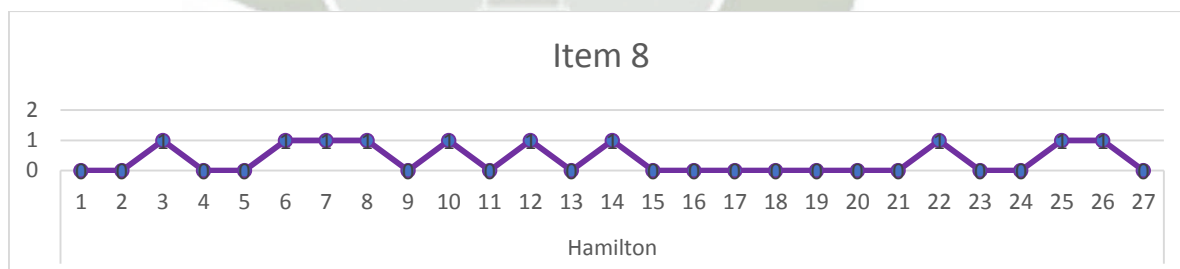
Gráfico 2. Rango de puntuación de Trabajo y actividades



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

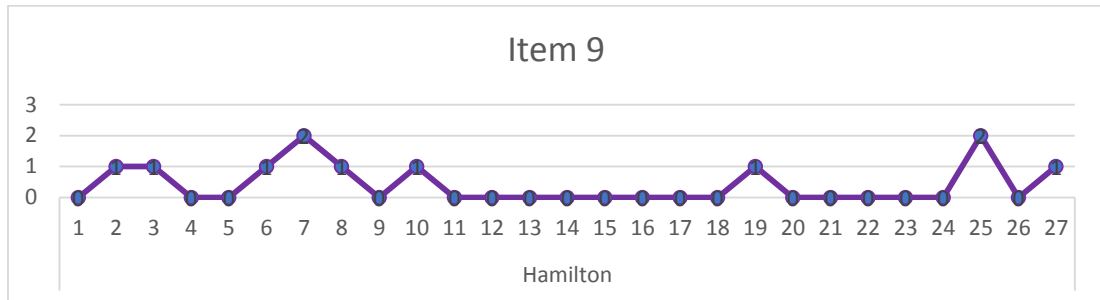
Gráfico 3. Rango de puntuación de Inhibición



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

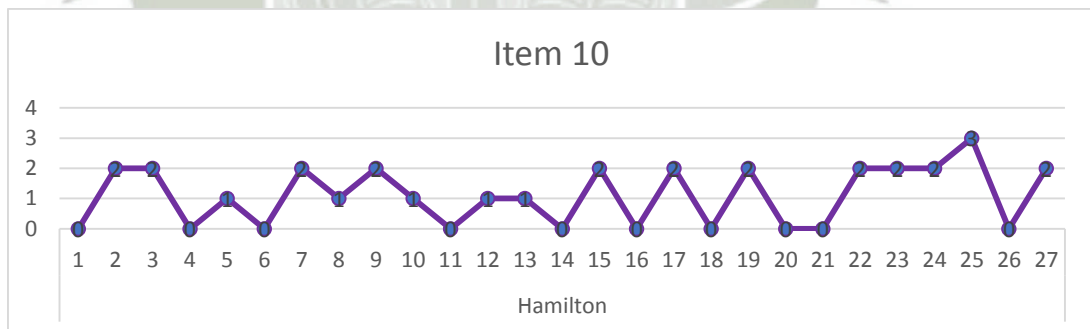
Gráfico 4. Rango de puntuación de Agitación



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

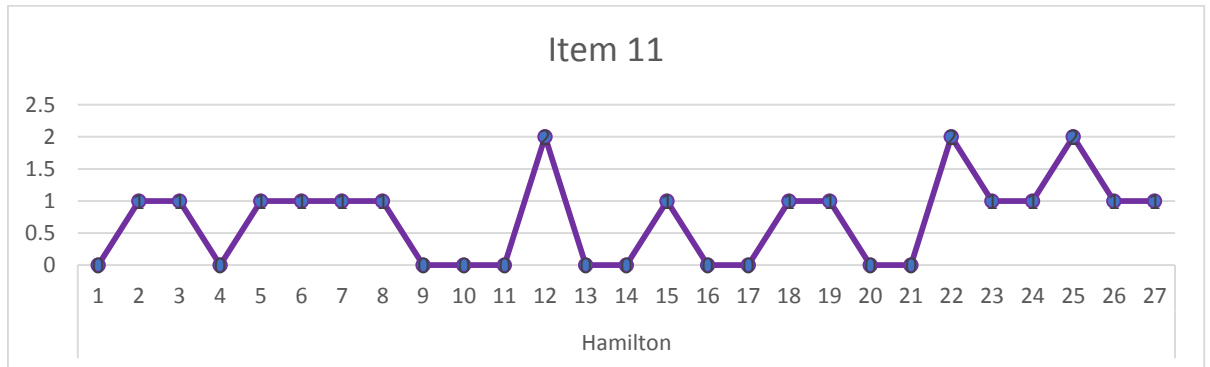
Gráfico 5. Rango de puntuación de Ansiedad Psíquica



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

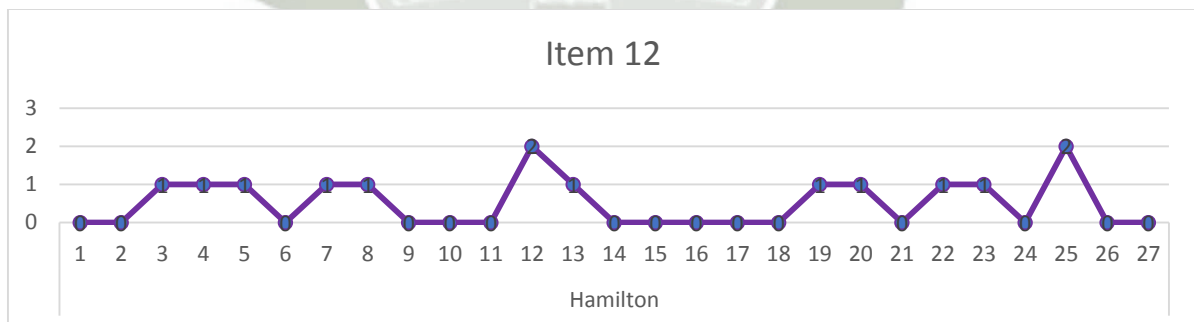
Gráfico 6. Rango de puntuación de Ansiedad Somática



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

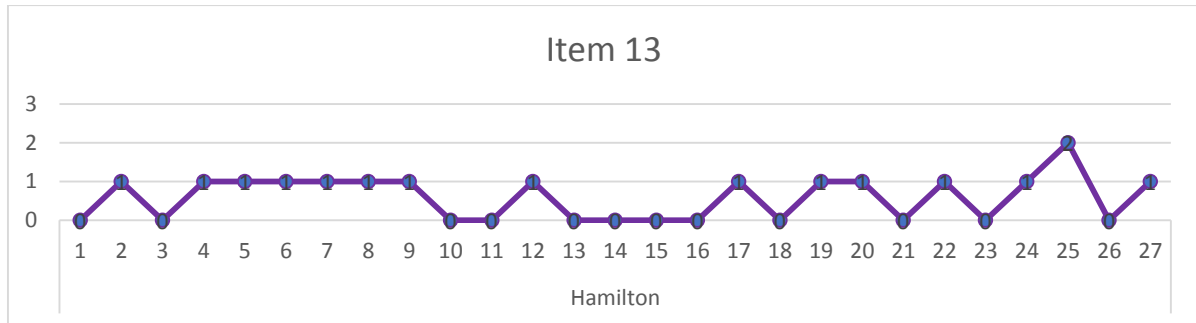
Gráfico 7. Rango de puntuación de Síntomas Somáticos Gastrointestinales



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

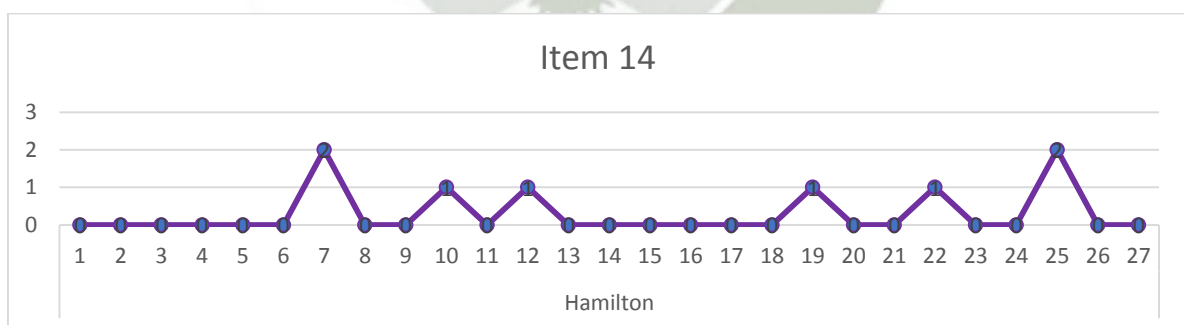
Gráfico 8. Rango de puntuación de Síntomas Somáticos Generales



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

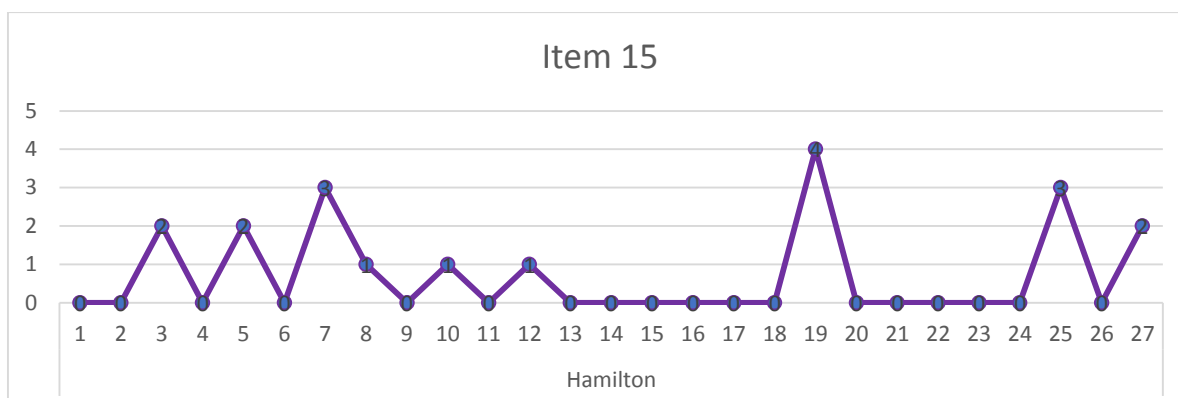
Gráfico 9. Rango de puntuación de Síntomas Genitales



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

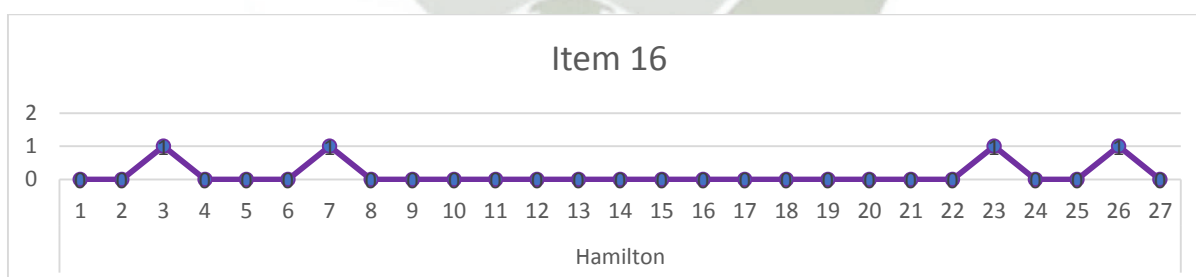
Gráfico 10. Rangos de puntuación de Hipocondría



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

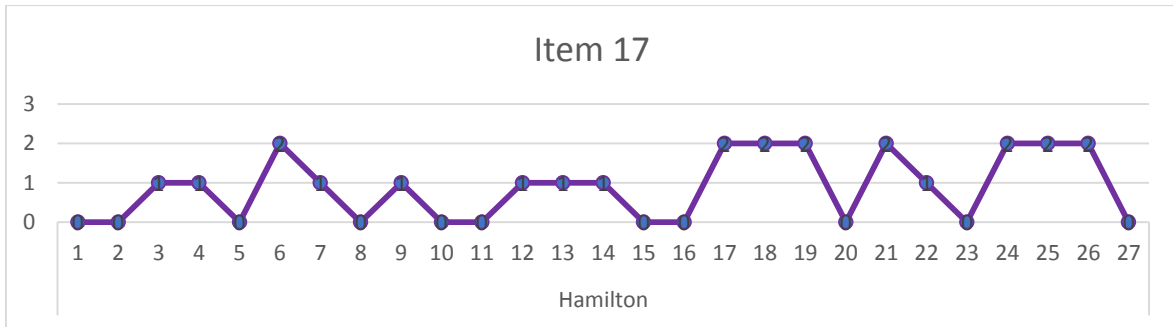
Gráfico 11. Rango de puntuación de Pérdida de peso



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

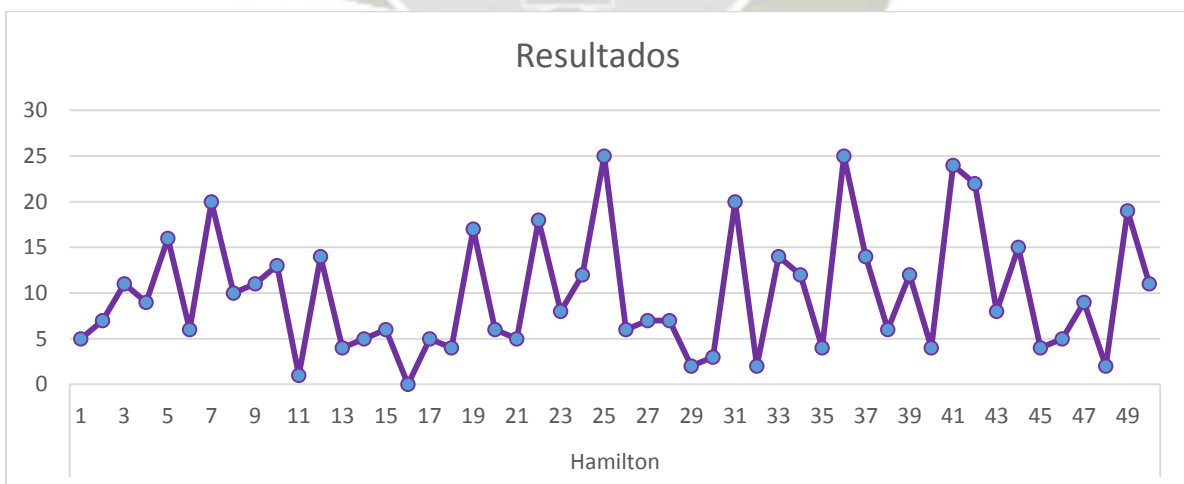
Gráfico 12. Rango de puntuación de Insight



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 13. Rango de puntuación de la escala de Hamilton para la depresión

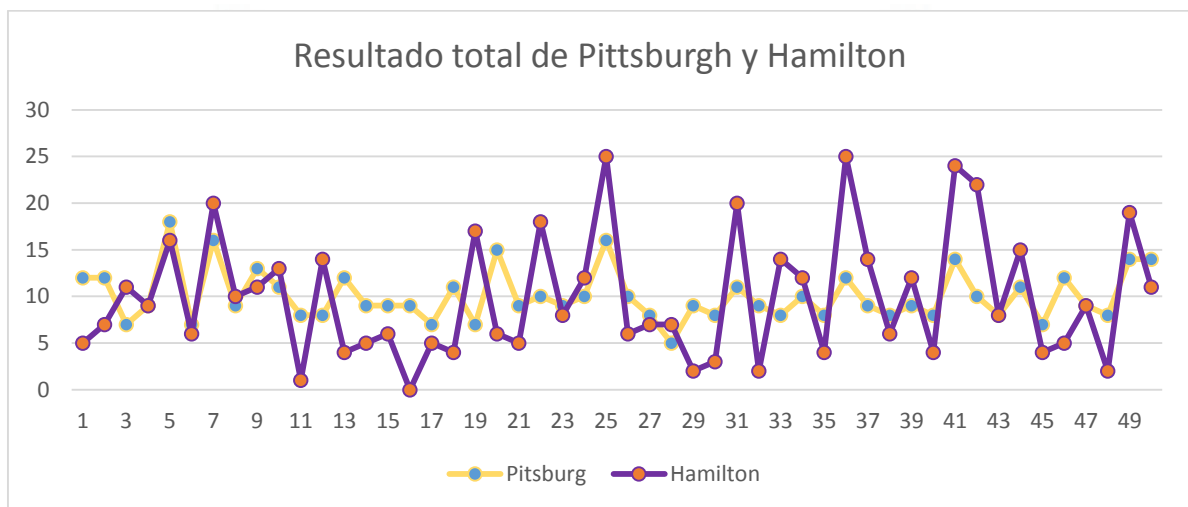


Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. Rango de 0-7: no síntomas de depresión; 8-13: síntomas de depresión ligera; 14-18: moderada; 19 a 22: grave y >23: muy grave.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

CORRELACIÓN DE VARIABLES SEGUN RANGO DE PUNTUACIÓN

Superposición de los gráfico 8 (Rango de puntuación índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh) y gráfico 26 (Rango de puntuación de la escala de Hamilton para la depresión)



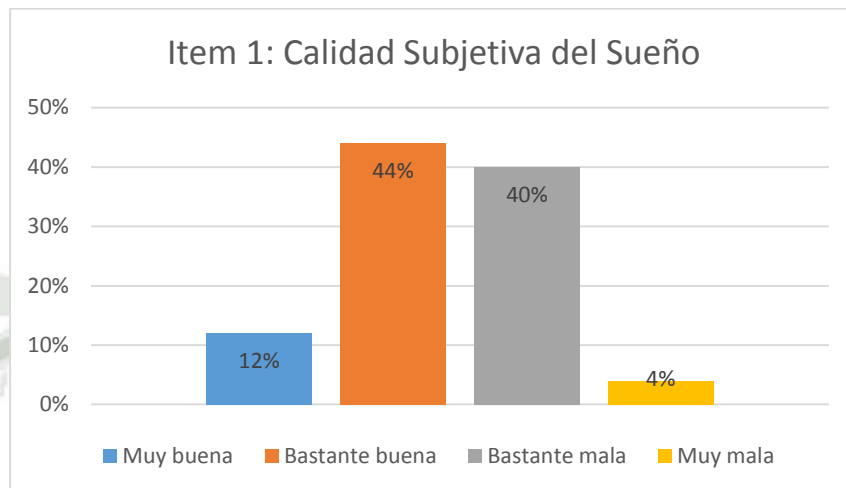
Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Anexo 6. GRÁFICOD DE BARRA CON PORCENTAJE DE PITTSBURGH Y HAMILTON

GRÁFICOS DE INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

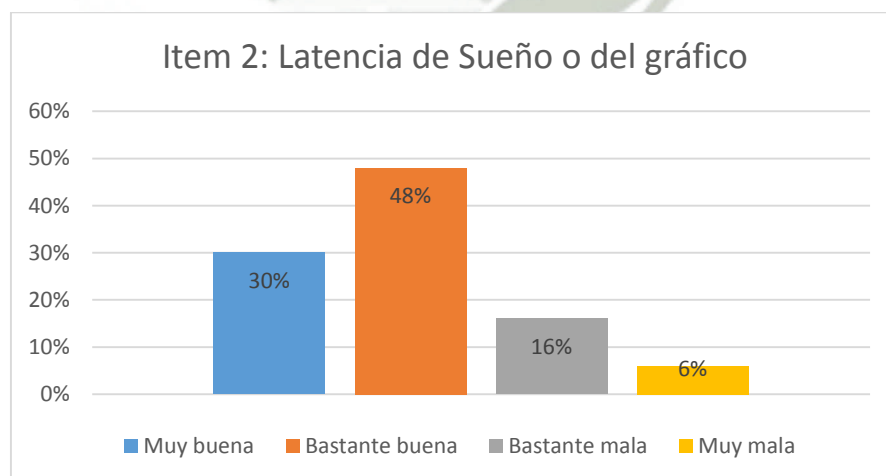
Gráfico 1.



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. Muy buena: 0 puntos; Bastante buena: 1 punto; Bastante mala: 2 puntos; Mala: 3 puntos. 12% (6 internos de medicina); 44% (22); 40% (20); 4% (2).

Autor: María del Rosario Aedo LLosa

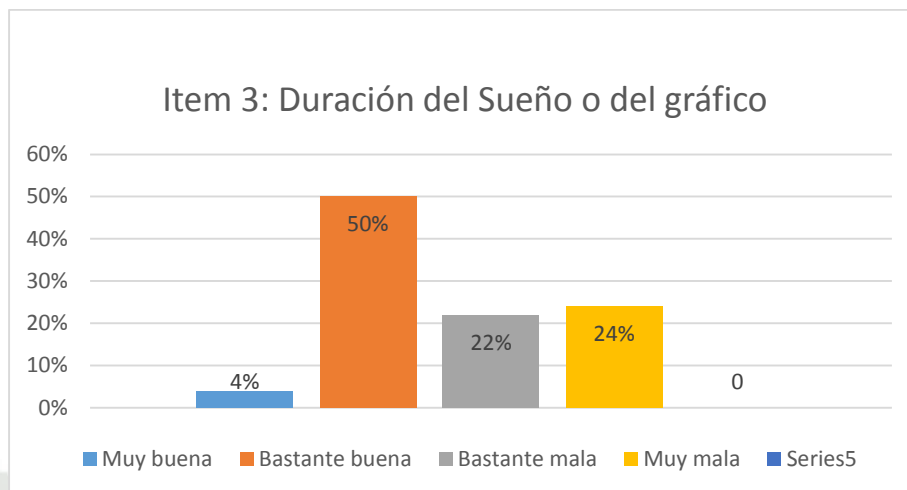
Gráfico 2.



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. Muy buena: ≤ 15 minutos; Bastante buena: 16 -30 minutos; Bastante mala: 31-60 minutos; Mala: >60 minutos.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

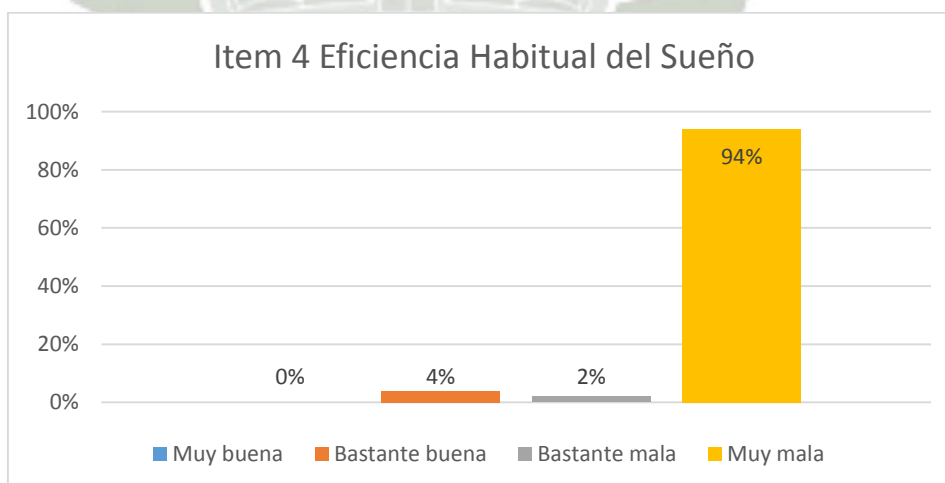
Gráfico 3.



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. Muy buena: >7 horas; Bastante buena: 6-7 horas; Bastante mala: 5-6 horas, y Muy mala: <5 horas.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

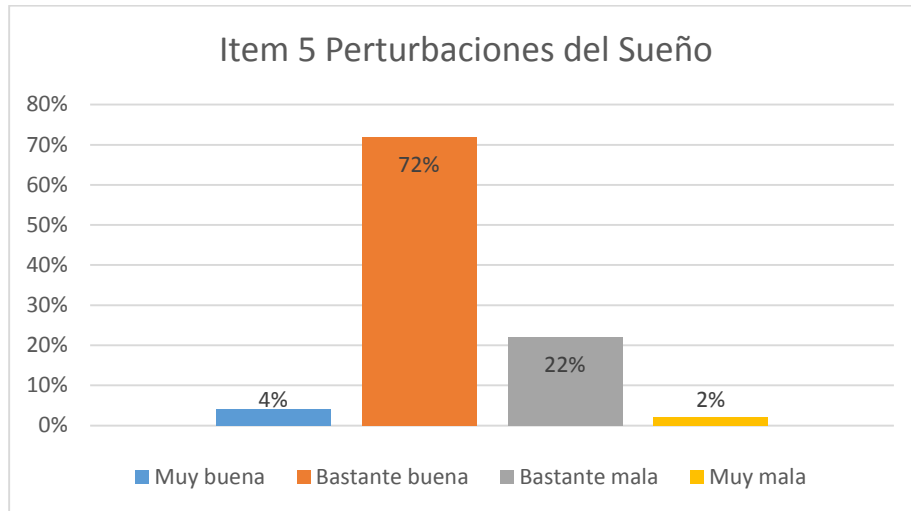
Gráfico 4.



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. Muy buena: >85%; Bastante buena: 75-84%; Bastante mala: 65-74% y Muy mala: <65%.

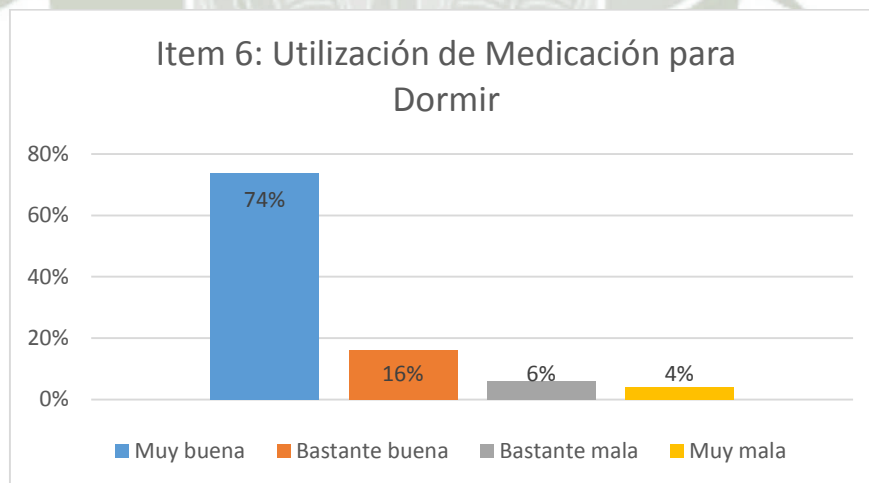
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 5.



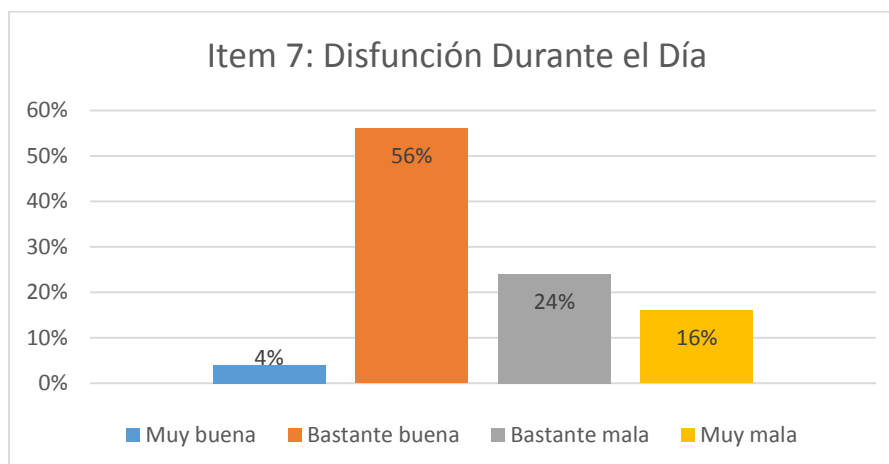
Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. Muy buena: Ninguna vez al mes; Bastante buena: Menos de una vez a la semana. Bastante mala: Una o dos veces a la semana; Muy mala: Tres o más veces a la semana. Autora: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 6.



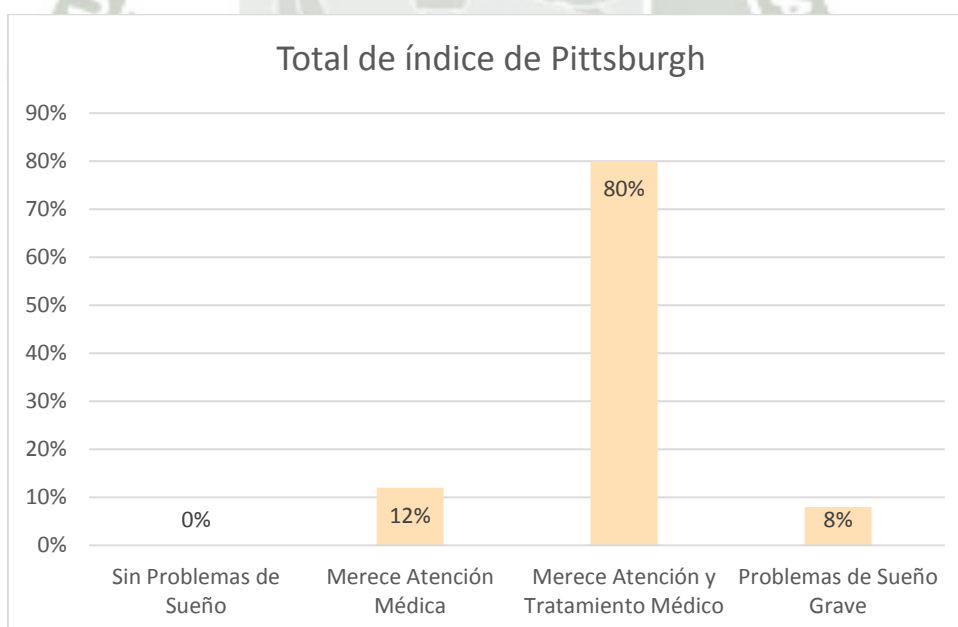
Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. Muy buena: Ninguna vez al mes; Bastante buena: Menos de una vez a la semana. Bastante mala: Una o dos veces a la semana; Muy mala: Tres o más veces a la semana. Autora: María del Rosario Aedo Llosa.

Gráfico 7.



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio. **Muy buena:** Ningún problema; **Bastante buena:** Problema muy leve; **Bastante mala:** un problema; **Muy mala:** un grave problema.
Autora: María del Rosario Aedo LLosa

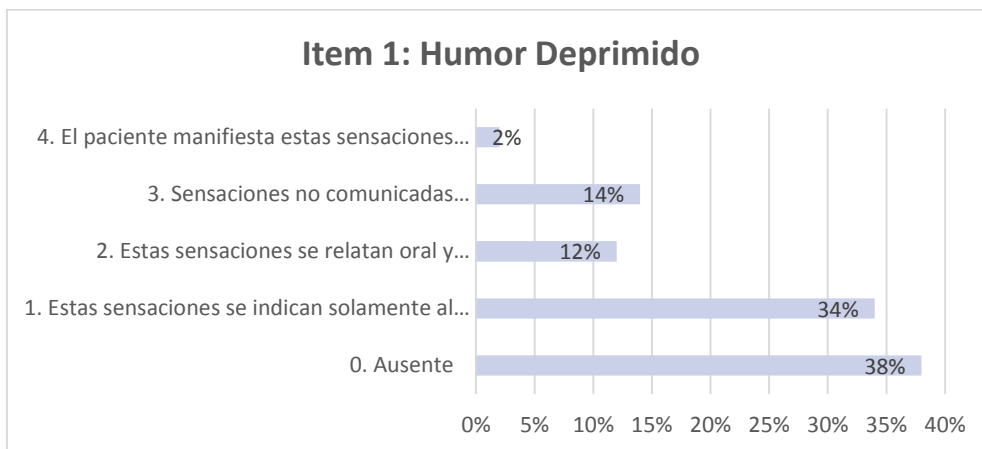
Gráfico 8.



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.
Autora: María del Rosario Aedo LLosa

GRÁFICOS DE ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

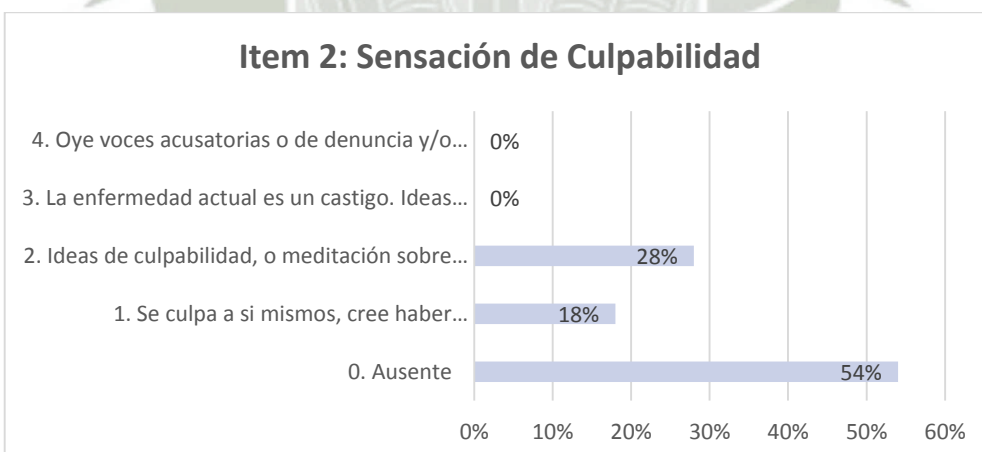
Gráfico 1 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

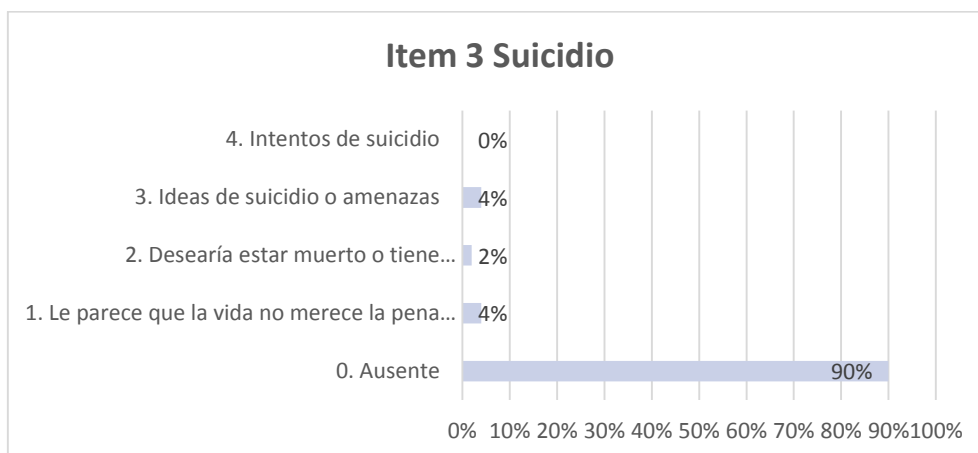
Gráfico 2 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

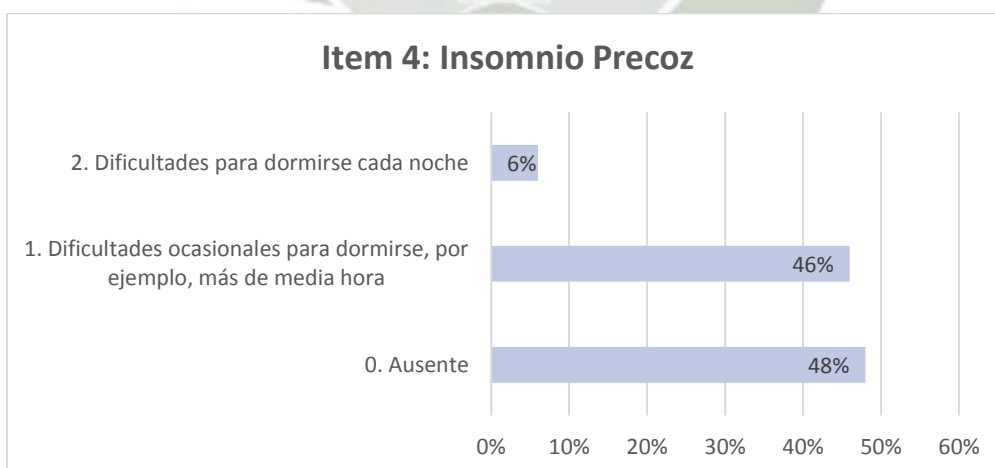
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 3 -



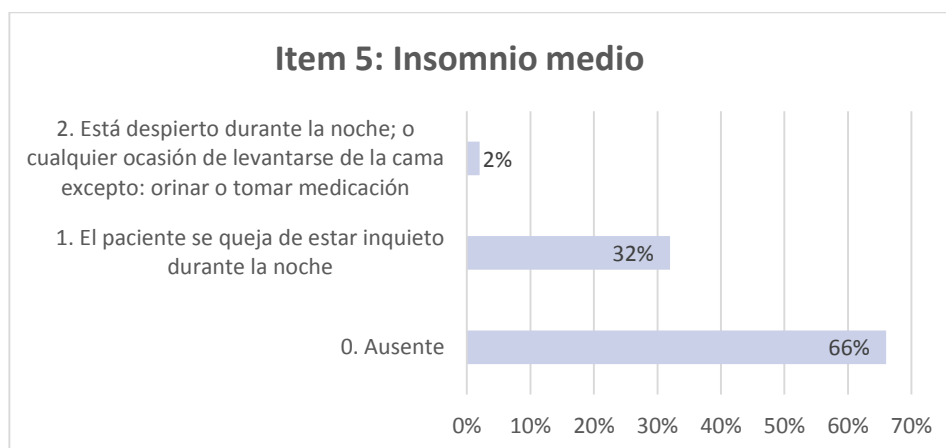
Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 4 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

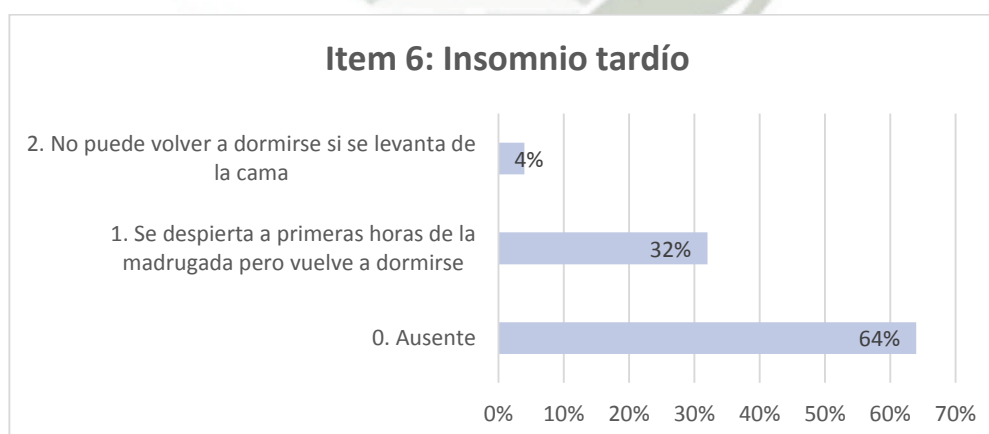
Gráfico 5 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

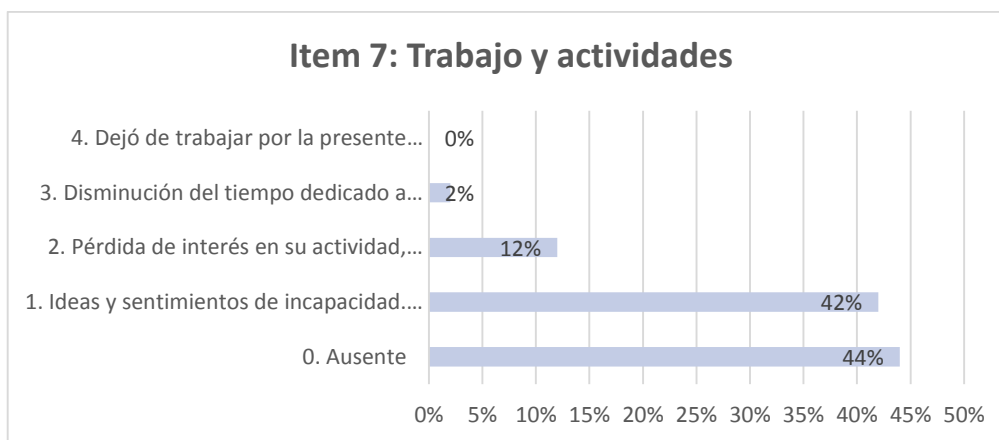
Gráfico 6 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

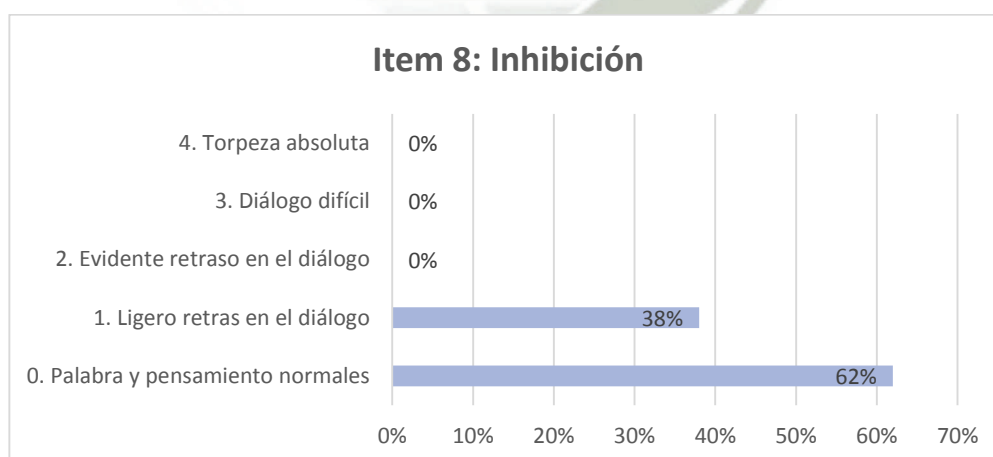
Gráfico 7 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

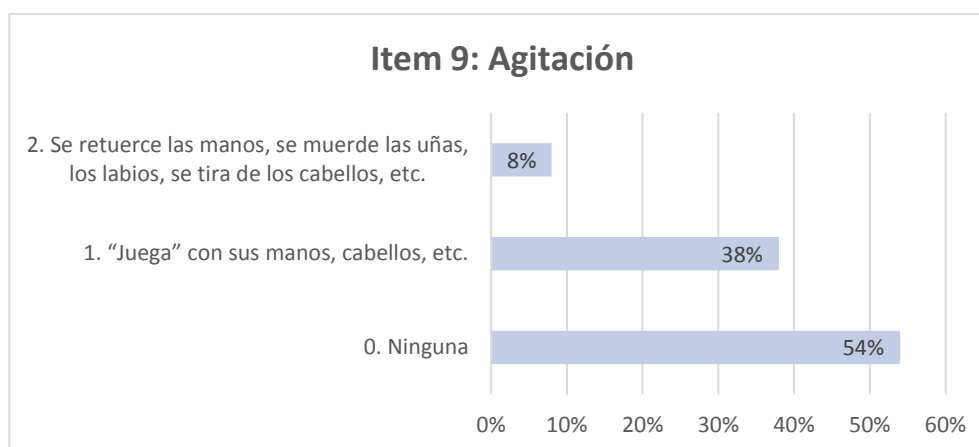
Gráfico 8 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

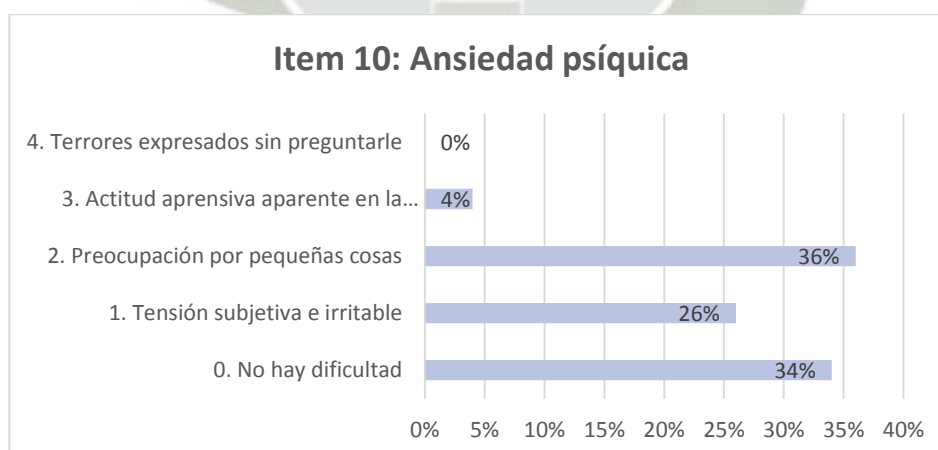
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 9 -



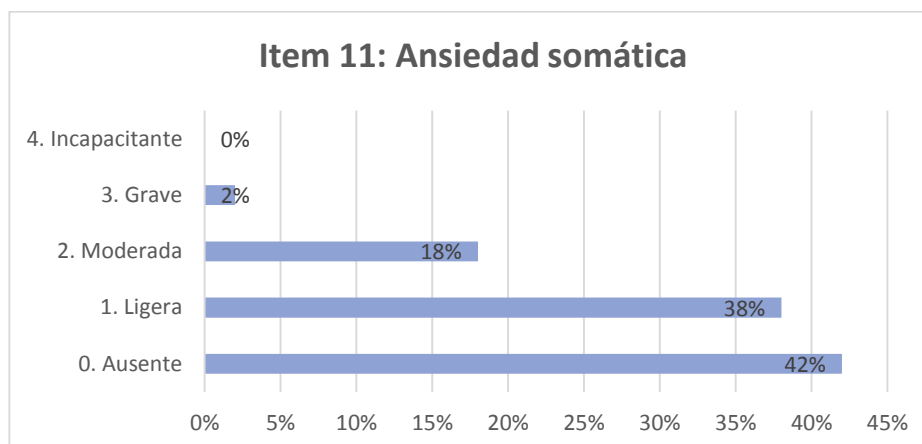
Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 10 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

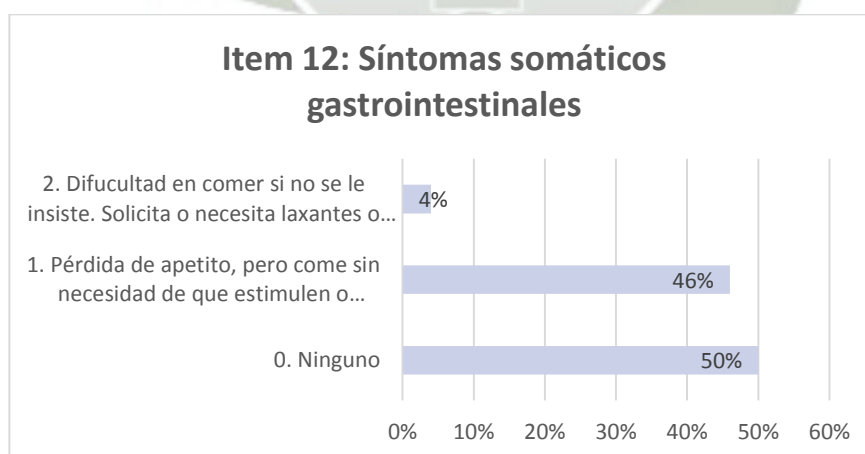
Gráfico 11 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

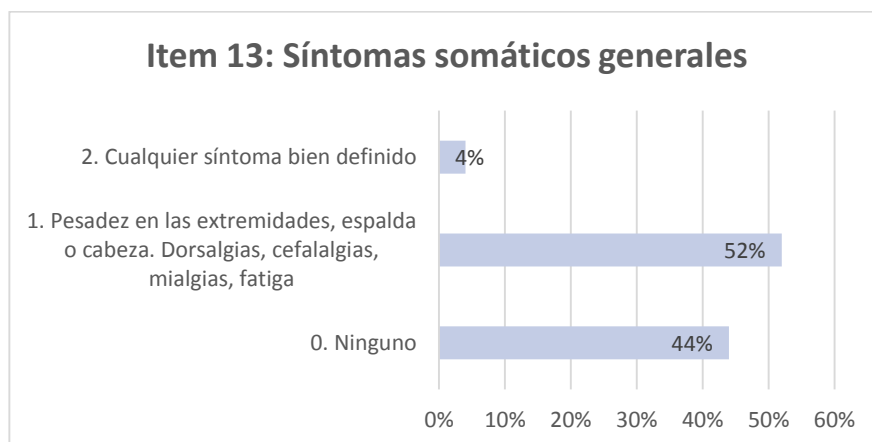
Gráfico 12 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

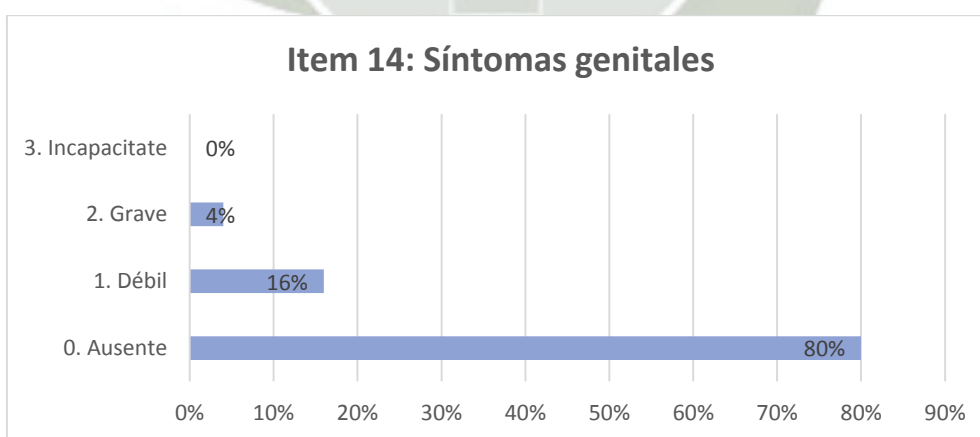
Gráfico 13 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

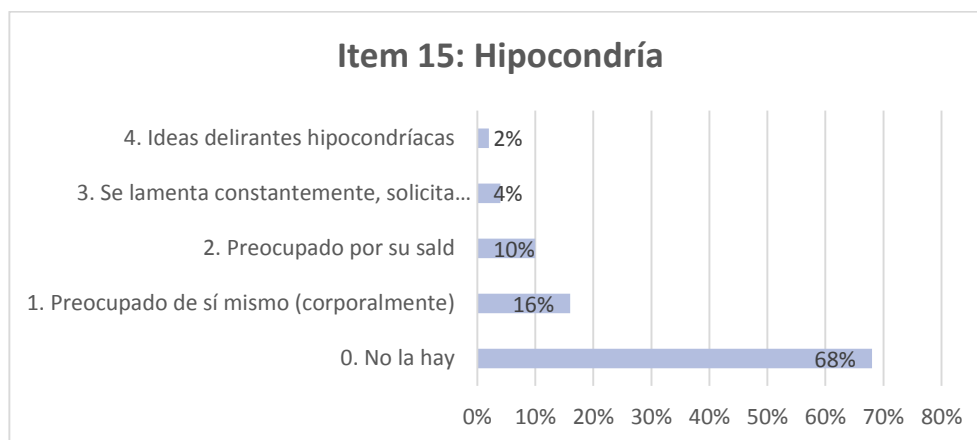
Gráfico 14 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

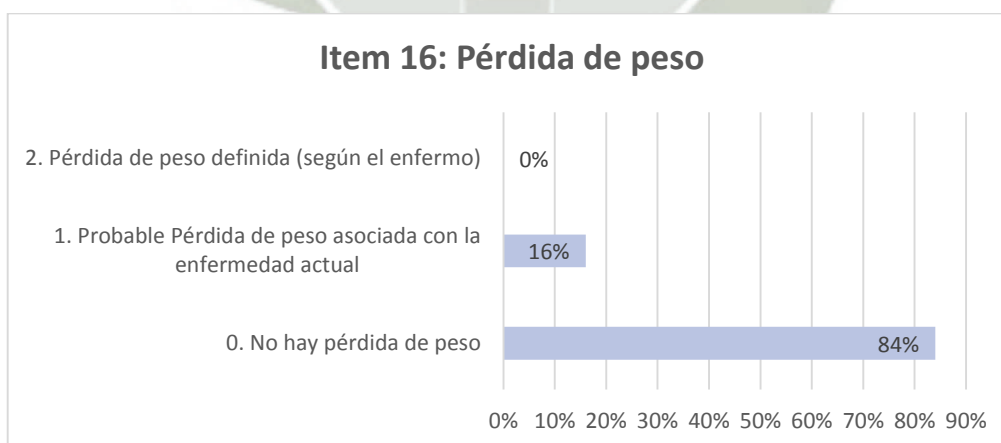
Gráfico 15 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

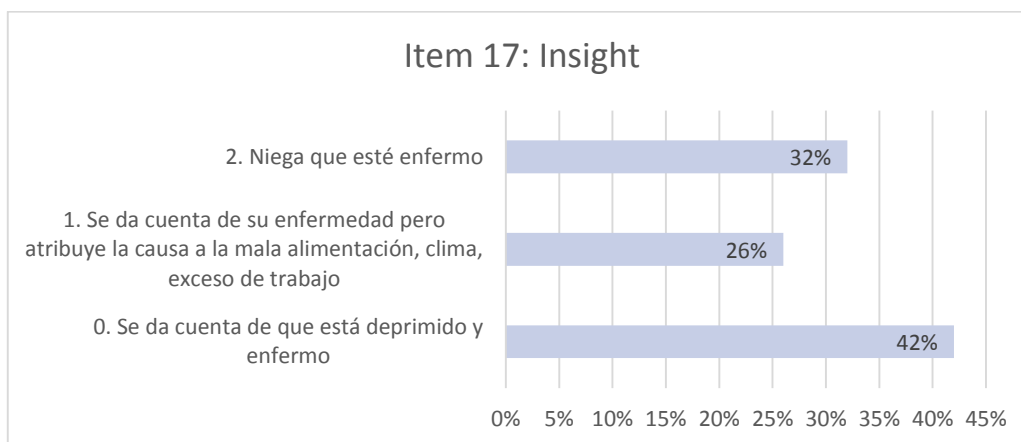
Gráfico 16 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

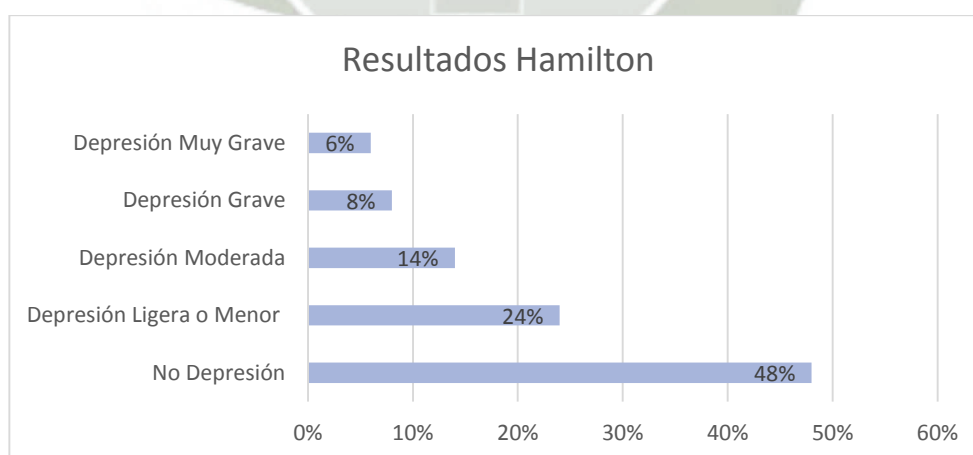
Gráfico 17 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

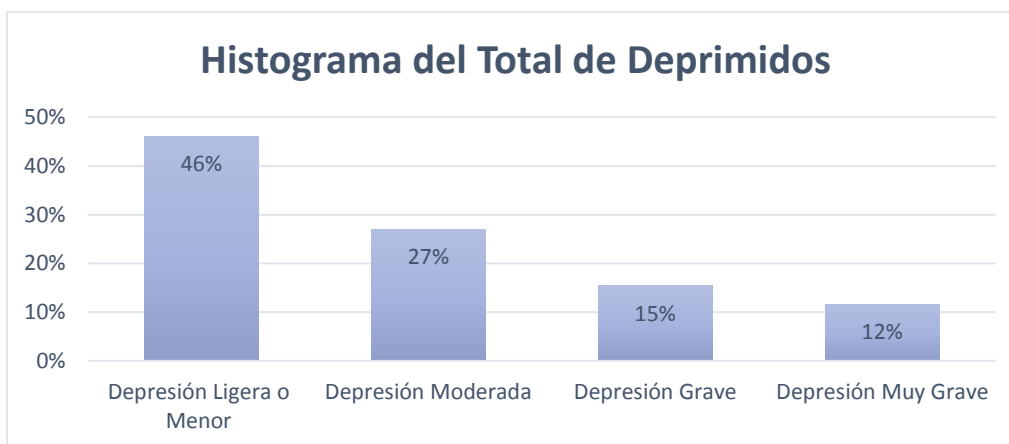
Gráfico 18 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

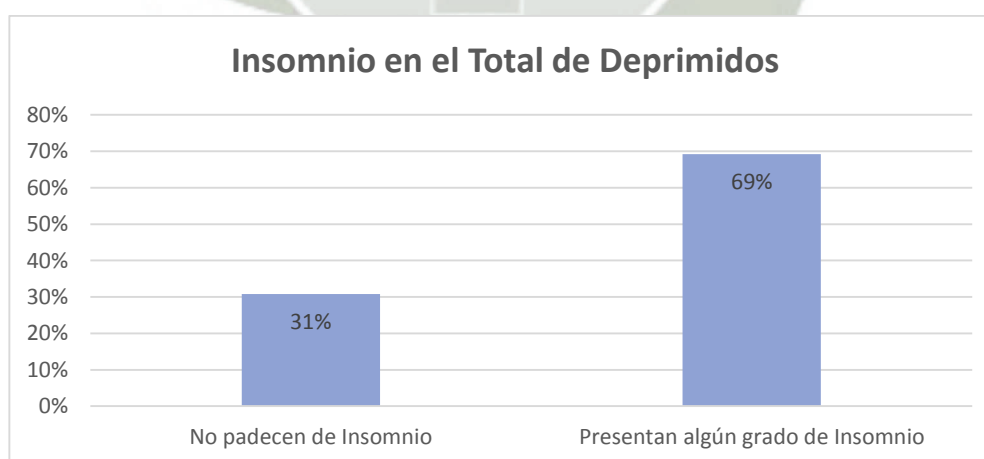
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 19 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Gráfico 20 -



Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.
Autor: María del Rosario Aedo Llosa

PORCENTAJE DE INTERNOS DE MEDICINA CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ALTERACIÓN DE LA CALIDAD DE SUEÑO

Tabla 1 -

	Síntomas de depresión leve	Síntomas de depresión moderada	Síntomas de depresión grave	Síntomas de depresión muy grave
Necesitan atención médica	50.00%	50.00%	0.00%	0.00%
Necesitan atención y tratamiento médico	52.38%	23.81%	14.29%	9.52%
Problemas de sueño grave	0.00%	33.33%	33.33%	33.33%

Fuente: Datos recopilados y procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadísticos acordes a las variables en estudio.

Autor: María del Rosario Aedo Llosa

Anexo 7. Operalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala	Análisis de datos
Calidad de sueño	<p>Calidad del sueño: cuestionario de Escala de Pittsburgh.</p> <p>Ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad subjetiva del sueño 2. Latencia del sueño 3. Duración del sueño 4. Eficiencia del sueño 5. Perturbaciones del sueño 6. Uso de medicamentos para dormir 7. Disfunción diurna 	<p>Puntaje 0-3 (por cada ítem)</p> <p>0= Muy buena calidad de sueño</p> <p>1= Bastante buena calidad de sueño</p> <p>2= Bastante mala calidad de sueño</p> <p>3= Muy mala calidad de sueño</p> <p>PSQI total:</p> <p><5: sin problemas de sueño</p> <p>5-7: merece atención médica</p> <p>8-14: merece atención y tratamiento médico</p> <p>>15: problemas de sueño grave</p>	De intervalo	<p>Estadística descriptiva y relacional. Aplicación de Chi^2</p>

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala	Análisis de datos
Síntomas de depresión	<p>Cuestionario de Hamilton para determinar síntomas de depresión.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor Deprimido 2. Sensación de Culpabilidad 3. Suicidio 4. Insomnio precoz 5. Insomnio medio 6. Insomnio tardío 7. Trabajo y actividades 8. Inhibición 9. Agitación 10. Ansiedad psíquica 11. Ansiedad somática 12. Síntomas somáticos gastrointestinales 13. Síntomas somáticos generales 14. Síntomas genitales 15. Hipocondría 16. Pérdida de peso 17. Insight 	<p>Puntaje 0-7: No depresión</p> <p>Puntaje 8-13: Ligera o menor</p> <p>Puntaje 14-18: Moderada</p> <p>Puntaje 19-22: Grave</p> <p>Puntaje >23: Muy grave</p>	De intervalo	Estadística descriptiva y relacional. Aplicación de Chi^2