



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

**Depresión y calidad de sueño en docentes de la
Facultad de Salud Humana de la Universidad
Nacional de Loja**

Trabajo de titulación previo a
la obtención de título de
Médico General

AUTOR:

Jhefferson Enrique Acaro Molina

DIRECTORA:

Dra. Ana Catalina Puertas Asanza, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2023

Educamos para **Transformar**

Certificación

Loja, 29 de agosto del 2023

Dra. Ana Catalina Puertas Asanza, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis titulada **“Depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja”**, de autoría del Sr. **Jhefferson Enrique Acaro Molina**, con C.I. **1719638700**, el mismo que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la institución para los procesos de obtención de título de **Médico General**, por tal motivo autorizo su presentación, defensa y sustentación ante el tribunal designado para el efecto.



Dra. Ana Catalina Puertas Asanza, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, **Jhefferson Enrique Acaro Molina**, declaro ser autor/a del presente de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular o de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de identidad: 1719638700

Fecha: 29 de agosto del 2023

Correo electrónico: jeacarom@unl.edu.ec

Teléfono: 0981549720

Carta de autorización

Yo, **Jhefferson Enrique Acaro Molina**, autor del Trabajo de Titulación denominado: **Depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja**, como requisito para optar por el título de **Médico General**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintinueve días del mes de agosto del dos mil veintitrés, firma el autor.

Autor: Jhefferson Enrique Acaro Molina

Cédula de Identidad: 1719638700

Dirección: Manuelita Cañizares y Av. Alonso de Mercadillo

Correo electrónico: jeacarom@unl.edu.ec

Celular: 0981549720

Datos complementarios:

Directora de Trabajo de Titulación: Dra. Ana Catalina Puertas Asanza, Mg. Sc.

Dedicatoria

A mis padres, que siempre han sido mi apoyo y ejemplo de lucha y resiliencia, por siempre cuidarme y protegerme con su confianza, amor y paciencia, quienes en todo momento han creído en mí y me han guiado en cada uno de mis pasos.

A mi difunto hermano, para que allá donde se encuentre pueda ser testigo de cada uno de mis logros y sepa que lo llevo en mi corazón.

A mis gatitos, Minerva, Teseo y Artemisa, quienes han compartido largas noches de estudio y trabajo.

Con todo mi cariño esta tesis la dedico a ustedes.

Jhefferson Enrique Acaro Molina

Agradecimiento

A la prestigiosa Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana y en especial a la carrera de Medicina Humana, por su contribución en mi preparación como profesional y por haber sido mi segundo hogar durante estos años de estudio.

A mi directora de tesis, Dra. Ana Catalina Puertas Asanza. por su paciencia, sugerencias y apoyo brindado durante el desarrollo de esta investigación.

Y de manera especial mi más sincero agradecimiento a los docentes de la Facultad de la Salud Humana que formaron parte de esta investigación quienes me brindaron su tiempo y confianza para que este trabajo se realice con éxito, por ustedes que tuvieron un corazón generoso conmigo muchas gracias.

Jhefferson Enrique Acaro Molina

Índice de contenidos

Carátula	1
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
<u> </u> Índice de tablas	ix
<u> </u> Índice de figuras	x
<u> </u> Índice de anexos	xi
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	6
4.1. Depresión.....	6
4.1.1. Definición.	6
4.1.2. Epidemiología.....	6
4.1.3. Edad	6
4.1.4. Sexo.....	6
4.1.5. Fisiopatología.....	7
4.1.6. Clasificación	7
4.1.7. Factores de riesgo.	8
4.1.8. Manifestaciones clínicas	9
4.1.9. Diagnóstico	9
4.1.10 Tratamiento.....	10
4.2. Sueño	13

4.2.1.	Definición	13
4.2.2.	Horas de sueño según la edad	13
4.2.3.	Fisiología del sueño	14
4.2.4.	Fases del sueño	16
4.2.5.	Hipnograma.....	17
5.	Metodología.....	18
5.1.	Enfoque:.....	18
5.2.	Tipo de estudio:	18
5.3.	Área de estudio:	19
5.4.	Universo y muestra:.....	19
5.5.	Criterios de inclusión:.....	19
5.6.	Criterios de exclusión:	19
5.7.	Técnicas:	19
5.8.	Instrumentos:	19
5.9.	Procedimientos:	20
5.10.	Equipo y materiales	21
6.	Resultados.....	22
6.1.	Resultados para el primer objetivo	22
6.2.	Resultados para el segundo objetivo	23
6.3.	Resultados para el tercer objetivo.....	24
7.	Discusión.....	25
8.	Conclusiones.....	27
9.	Recomendaciones.....	28
10.	Bibliografía.....	29
11.	Anexos.....	32

Índice de tablas

Tabla 1.....	22
Tabla 2.....	23
Tabla 3.....	24

Índice de figuras

<i>Figura 1. Hipnograma.</i>	17
<i>Figura 2. Croquis de la Facultad de la Salud Humana.</i>	18

Índice de anexos

11.1.	Anexo 1. Aprobación de tema e informe de pertinencia del proyecto	32
11.2.	Anexo 2. Designación de primer director de trabajo de titulación	33
11.3.	Anexo 3. Designación de segundo directo de trabajo de titulación.....	34
11.4.	Anexo 4. Autorización para recolección de datos	35
11.5.	Anexo 5. Consentimiento informado.....	36
11.6.	Anexo 6. Hoja de recolección de datos	37
11.7.	Anexo 7. Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ-9).....	43
11.8.	Anexo 8. Índice de Pittsburg	46
11.9.	Anexo 9. Certificación de la traducción al idioma inglés.....	53
11.10.	Anexo 10. Certificado de tribunal de Grado.....	54

1. Título

Depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de Salud Humana de la
Universidad Nacional de Loja

2. Resumen

La depresión se entiende como un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento como pueden ser alteraciones del sueño, mientras que el sueño se define como el estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo. La presente investigación tuvo como objetivo general: Evaluar la depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, así como evaluar cada variable según edad y sexo; para ello se recolectó información de 46 participantes docentes. El estudio fue de tipo descriptivo con corte transversal y de enfoque cuantitativo. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó el Cuestionario sobre la Salud del Paciente 9 (PHQ-9) en español y el Índice de Pittsburg para determinar si la población a estudiar presentaba depresión o alteraciones en la calidad de sueño. Evidenciando el 15,22% de la población presenta algún grado de depresión con similar distribución por sexo y con predominio a la edad de 30-39 años, el 67,39% de los docentes presenta mala calidad de sueño en una relación 3:1 con predominio al sexo femenino y en el grupo etario de 30 a 39 años. Se concluye que la mala calidad de sueño es considerada un factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos en docentes universitarios.

Palabras clave: estado de ánimo, bienestar físico, salud mental, insomnio, trastornos afectivos

2.1. Abstract

Depression is understood as a mental disorder characterized by deep sadness and loss of interest; in addition to a wide range of emotional symptoms, cognitive, Physical and behavioral disorders such as sleep disturbances, while sleep is defined as the state of unconsciousness from which a person can be awakened through sensory stimuli or other causes. The present investigation has as a general objective: Evaluate depression and sleep quality in teachers of the Faculty of human health from Universidad Nacional de Loja, as well as evaluating each variable according to age and sex. This information was collected from 46 teachers participants. The study was descriptive with a cross sectional and quantitative approach. As data collection instruments used the patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) in Spanish and the Pittsburg Index. To determine if the population to be studied presented depression or alterations in the quality of dream. Evidencing 15.22% of the population presents some degree of depression with similar distribution by sex and with predominance at the age of 30-39 years, 67.39% of teachers presents poor sleep quality in a 3:1 ratio with a predominance of the female sex and in the age group from 30 to 39 years, It is concluded that poor sleep quality is considered a risk factor to develop depressive symptoms in university teachers of the Universidad Nacional de Loja .

Keywords: Mood, physical, well-being, mental health, insomnia, affective disorders.

3. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se define como 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 (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En 2015, alrededor del 4,4% de la población mundial tenía depresión, siendo más común en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%). Afecta más a personas adultas de entre 55 a 74 años (mujeres 7,5% y hombres 5,5%). Entre los años 2005 y 2015 la cantidad estimada de personas que a nivel mundial padecen de depresión aumentó aproximadamente un 18,4% (Organización Panamericana de la Salud, 2017). La Organización Mundial de la Salud ha logrado probar por medio de diferentes investigaciones que el estrés y la depresión se manifiestan con mucha frecuencia en los profesores de las instituciones de educación superior, teniendo como consecuencia un bajo rendimiento a la hora de cumplir con sus deberes (Restrepo Restrepo, Allejo-Trujillo, & Osorio Arango, 2020).

Rangel Ramírez y Ramírez (2019) determinaron a través de una investigación realizada en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en la cuál se estudió a estudiantes de postgrado de medicina en la que se encontró la presencia de mala calidad de sueño asociada a distintos grados de depresión pero que no tenía ningún tipo de relación con el deterioro cognitivo. Con respecto a los docentes se puede evidenciar que el estrés y la depresión en los profesores de las Instituciones de Educación superior tiene un gran impacto en el desarrollo profesional y una gran responsabilidad en el momento de enfrentarse a los alumnos, ya sea por los malos comentarios o las malas calificaciones constantes (Restrepo Restrepo, Allejo-Trujillo, & Osorio Arango, 2020).

En Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres, al igual que en todo mundo. Con respecto a las atenciones ambulatorias que registra el Ministerio de Salud Pública, el número de casos de ellas es tres veces superior a los de los hombres. Los datos más recientes que se tienen corresponden a 2015. Año en el cual, hubo 50.379 personas con diagnóstico de depresión; de las cuales 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Los síntomas pueden ser fatiga, trastornos del sueño, trastornos del apetito, disminución de la interacción social y pérdida de interés en las actividades habituales se pueden observar tanto en la depresión clínica al igual que en las infecciones virales.

Clínicamente, sin embargo, los síntomas psicológicos centrales de la depresión (desesperanza, inutilidad, pesimismo y culpa) serían más típicos de la depresión; todos estos síntomas podrían agravar el estado de salud mental de las personas con un diagnóstico psiquiátrico previo (Huarca-Victoria, 2020).

Los problemas del sueño se presentan como una preocupación en aumento para la salud pública mundial debido a que la falta de sueño adecuado se relaciona con daños en la motivación, la emoción y el funcionamiento cognitivo, y con un mayor riesgo de enfermedades graves como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares o cáncer (Sociedad Española de Sueño, 2016).

La calidad de sueño es variable en cada individuo, ya que depende de diversos factores tales como el organismo, el ambiente y el comportamiento, lo cual desencadena patrones de sueño corto, intermedio y largo. Las personas que duermen menos de 5 horas son propensas a una condición física inadecuada y a ocasionar otros trastornos como la disminución de la respuesta a la glucosa, y por ello, mayor prevalencia de padecer diabetes mellitus tipo 2. Por lo tanto, la calidad de sueño posee una estrecha relación con la cantidad de horas dormidas, ya que una disminución de estas conlleva la privación total o parcial del sueño. Pese a ello, el aumento en la frecuencia y cantidad de los despertares nocturnos y el mayor tiempo en cama provocan un sueño ineficaz, evidenciado como mala calidad de sueño (Moreno Reyes, Muñoz Gutiérrez, Pizarro Mena, & Jiménez Torres, 2020).

Por los motivos antes expuestos es prudente y necesario investigar: ¿Existe depresión y alteraciones en la calidad de sueño en docentes de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja?

Ante esta pregunta, se plantearon los siguientes objetivos específicos: identificar la presencia de síntomas depresivos de acuerdo a la edad y sexo en docentes de la Facultad de la Salud Humana, determinar la calidad de sueño de acuerdo a la edad y sexo de los docentes de la Facultad de la Salud Humana, establecer la relación entre la calidad de sueño y la presencia de síntomas depresivos en docentes de la Facultad de la Salud Humana.

4. Marco teórico

4.1. Depresión

4.1.1. Definición. La depresión se define como un trastorno mental que se caracteriza por tristeza profunda y pérdida del interés en actividades que solían satisfacer en el pasado; además de un amplio abanico de síntomas tanto emocionales, como cognitivos, físicos y del comportamiento. Entre sus síntomas se incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y la capacidad para disfrutar de las actividades en la vida cotidiana, en conjuntos con los sentimientos de culpa e incompetencia. Además, se puede observar una disminución de los sentimientos de autoestima, pérdida de la confianza, sensación de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos autolítico o suicidio (Pérez-Padilla, 2017).

4.1.2. Epidemiología. En 2015, alrededor del 4,4% de la población mundial tenía depresión, siendo más común en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%). Afecta más a personas adultas de entre 55 a 74 años (mujer es 7,5% y hombres 5,5%). Entre los años 2005 y 2015 la cantidad estimada de personas que a nivel mundial padecen de depresión aumentó aproximadamente un 18,4% (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres, al igual que en todo mundo. Dentro del Ministerio de Salud Pública, el número de casos femeninos de depresión en el ámbito ambulatorio es tres veces superior a los casos de los hombres. Los datos correspondientes al año 2015, establecen que existieron 50.379 personas con diagnóstico depresión, tanto presuntivos como definitivos; 36.631 corresponden a casos femeninos y 13.748 a casos masculinos (Ministerio de Salud Pública, 2015).

El riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en la población general oscila entre el 5% al 17% con una media del 12% (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2018).

4.1.3. Edad. Los resultados de los estudios revelan sistemáticamente que la edad media en el inicio de la depresión se sitúa a principios de la edad adulta. Numerosas investigaciones observaron una edad de inicio de la depresión mayor en edades más cortas, estableciendo un rango entre los 20 y 50 años para el 50% de todos los casos de depresión (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2018).

4.1.4. Sexo. La depresión mayor se presenta prácticamente en todo el mundo con una frecuencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Algunos de los aspectos que

se considera que pueden influir en estos datos se ven representados por un factor hormonal, efectos del parto, estresantes psicosociales independientes para hombres y mujeres, o incluso a modelos de indefensión aprendidos (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2018).

4.1.5. Fisiopatología.

4.1.5.1. **La hipótesis monoaminérgica.** Esta opción se determina como el marco conceptual predominante que aborda la fisiopatología de la depresión mayor y establece que el síndrome se produce debido a la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, especialmente de 5-HT y noradrenalina (NA). Esta hipótesis originalmente se basa en que la mayor parte de los fármacos antidepressivos aumentan el nivel cerebral de 5-HT y NA mediante la inhibición de su recaptura o de su degradación enzimática. Estudios recientes aportan mayor sustento a la hipótesis (Cruzblanca Hernández, 2015).

4.1.5.2. **La hipótesis neurotrófica.** Esta hipótesis propone que la DM también se debe a la atrofia neuronal producto de la menor expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro (BDNF). También propone que el estrés crónico disregula al eje HPA propiciando la exposición sostenida del tejido nervioso al cortisol y, con ello, la inhibición de la expresión del BDNF. Estudios post-mortem aportan evidencia del mecanismo neurotrófico, pues se ha observado una menor expresión del BDNF y de su receptor TrkB en el hipocampo y la CPF de pacientes con DM, respecto a individuos sin padecimiento psiquiátrico al momento del deceso. Otro estudio reporta que pacientes con DM bajo tratamiento farmacológico muestran una mayor expresión del BDNF en el hipocampo, comparado con pacientes sin tratamiento (Cruzblanca Hernández, 2015).

4.1.6. Clasificación. Los dos sistemas básicos de clasificación que se utilizan son el DSM-IV-TR1 y la CIE-102. Aunque ambos utilizan marcos algo diferentes para organizar las secciones sobre los trastornos de humor, existe un solapamiento considerable en sus categorías y subtipos, así como en los criterios diagnósticos específicos que aplican. En consecuencia, hay un alto nivel de concordancia entre los dos diagnósticos asignados por ambos sistemas. Tanto la CIE-10 como el DSM-IV-TR consideran que una depresión puede clasificarse en “leve, moderada o grave”. La distinción se realiza sobre la base del número total de síntomas que presenta el paciente. Una implicación fundamental es el grado de incapacidad funcional (Palomo, 2015).

DSM-IV-TR:

- F32.x: Trastorno depresivo mayor, episodio único

- F33.x: Trastorno depresivo mayor, recidivante
- F34.1: Trastorno distímico
- F32.9: Trastorno depresivo no especificado

CIE-10:

- F33: Trastorno depresivo recurrente
- F33.0: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
- F33.1: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
- F33.2: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con
- síntomas psicóticos
- F33.4: Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- F33.8: Otros trastornos depresivos recurrentes
- F33.9: Trastorno depresivo recurrente sin especificación

4.1.7. Factores de riesgo.

4.1.7.1. *Características demográficas.* El sexo femenino se asocia sorprendentemente con depresión mayor. Se han propuesto varias teorías, parece que las variaciones en las exposiciones sociales y ambientales pueden desempeñar un papel. Ningún estudio ha sido capaz de vincular los cambios hormonales y la depresión (Palomo, 2015).

4.1.7.2. *Transmisión hereditaria.* Estudios genealógicos han revelado que los antecedentes familiares de depresión mayor están asociados a un aumento significativo del riesgo de padecer dicho trastorno. Además, los antecedentes familiares se han asociado a una mayor gravedad de la depresión y una edad de inicio más temprana, en comparación con los individuos que carecen de ello (Palomo, 2015).

4.1.7.3. *Acontecimientos adversos en las primeras etapas de la vida.* Los traumas y los acontecimientos vitales adversos de las primeras etapas de la infancia están asociados a un mayor riesgo de depresión, así como a una mayor gravedad de ésta, en los adultos de la población general. Estudios longitudinales han revelado también vínculos sistemáticos entre episodios de pérdida, especialmente de los padres por separación o muerte y una elevación de riesgo de depresión durante la vida adulta (Palomo, 2015).

4.1.7.4. *Comorbilidad como factor de riesgo.* Los estudios han puesto de manifiesto sistemáticamente que el hecho de tener antecedentes de cualquier trastorno mental en cualquier momento de la vida aumenta de manera considerable el riesgo de inicio de

depresión mayor y la probabilidad de persistencia, gravedad y recidiva del trastorno, concretamente con trastornos de ansiedad (Palomo, 2015).

4.1.7.5. ***Acontecimientos vitales negativos.*** Los acontecimientos vitales estresantes se encuentran entre los factores de riesgo mejor documentados de depresión mayor en adultos en la población general; se han vinculado sistemáticamente a inicio de depresión. La asociación entre acontecimiento mental estresante y depresión sigue siendo desconocida. Hay líneas de investigación que apuntan a una interacción entre los acontecimientos vitales y la vulnerabilidad genética/familiar a la depresión, los estilos de afrontamiento, los rasgos de la personalidad (Palomo, 2015).

4.1.8. Manifestaciones clínicas. Los síntomas de la depresión se han clasificado en cuatro grandes grupos (Palomo, 2015):

- a. Síntomas afectivos. Son la característica fundamental de la depresión e incluyen cambios en el estado de ánimo con tristeza, pesimismo, falta de ilusión, desesperanza y tendencia al llanto.
- b. Síntomas cognitivos. Derivan de la modulación del ánimo sobre la valoración negativa que el individuo hace de sí mismo, del mundo y del futuro (la llamada triada cognitiva de Beck). Respecto a sí mismo, expresa ideas de minusvalía y de inutilidad. El futuro aparece sombrío, sin posibilidad de recuperación, pudiendo llegar a la desesperanza, a la aparición de ideas de muerte e incluso ideas autolíticas. Aparece una disminución de la atención y concentración, pérdida subjetiva de memoria y puede ser apreciable una bradipsiquia.
- c. Síntomas volitivos. Aparece abulia, apatía, falta de iniciativa y de capacidad de decisión para las tareas normales de la vida diaria, lo que junto al ánimo bajo y la anergia llevan a un deterioro o abandono de la actividad laboral o doméstica
- d. Síntomas somáticos. Afectan a diversidad de “ritmos biológicos” los más notables son los trastornos del sueño y del apetito. El sueño se afecta en la mayoría de los casos siendo lo más frecuente el insomnio de despertar precoz; el apetito suele estar disminuido. Se observa

4.1.9. Diagnóstico. Deben cumplir dos de los criterios del primer grupo, y dos del segundo durante al menos dos semanas (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Al menos dos de los siguientes:

- Tristeza (humor depresivo)
- Pérdida de interés

- Fatigabilidad (disminución de la vitalidad)

Al menos dos de los siguientes:

- Disminución de atención y concentración
- Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil
- Perspectiva sombría del futuro
- Pensamientos de autoagresiones o actos suicidas
- Trastornos del sueño
- Pérdida de apetito

Diagnóstico según gravedad:

- Presentando dos síntomas de cada grupo debe diagnosticarse episodio depresivo leve.
- Para diagnosticar de moderado, se deben tener dos del primer grupo y al menos tres (preferiblemente cuatro) del segundo.
- Para diagnosticar de episodio grave, deben tenerse los tres primeros síntomas y al menos cuatro del segundo, además con una intensidad grave.

4.1.10 **Tratamiento.** El tratamiento de los trastornos del estado de ánimo debe estar orientado a varios objetivos. Primero se debe garantizar la seguridad del paciente. Segundo, se debe efectuar una evaluación diagnóstica completa. Tercero, se debe iniciar un plan terapéutico que considere no sólo los síntomas inmediatos, sino también el bienestar futuro del paciente. Si bien el tratamiento actual pone el acento en la farmacoterapia y la psicoterapia dirigida al paciente individual, las circunstancias vitales estresantes también se asocian con aumento de las tasas de recaídas en pacientes con depresión. El tratamiento de la depresión mayor consta de una fase aguda, durante la cual se induce la remisión; una fase de continuación en la cual se prolonga la remisión y una fase de mantenimiento, durante la cual se intenta evitar una nueva recaída o recurrencia (Palomo, 2015).

4.1.10.1 ***Tratamiento no farmacológico.***

4.1.10.1.1 ***Tratamientos psicológicos.*** Existe una amplia gama de intervenciones psicoterapéuticas que pueden ser útiles en la depresión mayor. La utilidad de las mismas varía de acuerdo al subtipo de depresión. La elección de un tipo concreto de psicoterapia depende de las características y severidad del episodio depresivo, y de las preferencias del paciente. La psicoterapia puede constituir el tratamiento único en aquellos casos de depresión leve o en

depresiones primariamente situacionales. Pero si éstas no responden al tratamiento psicológico puede ser recomendable utilizar el tratamiento farmacológico (Palomo, 2015).

Dos modalidades psicoterapéuticas, ambas de duración limitada, gozan en estos momentos de credibilidad: la terapia cognitiva (enfocada hacia la modificación del estilo cognitivo peculiar de estos pacientes y especialmente señalada por Beck) y la interpersonal. Ambas están acreditadas, especialmente en depresiones leves, ya que en depresiones graves, con afectación neurobiológica, no son eficaces (Palomo, 2015).

4.1.10.1.2 *Terapia electroconvulsiva.* La TEC se utiliza en aquellos casos de fracaso terapéutico, importante inhibición, agitación o existencia de ideas delirantes, alto riesgo somático por deshidratación o desnutrición, riesgo grave de suicidio, reacciones adversas a los antidepresivos o enfermedades físicas que desaconsejen el uso de fármacos, los antecedentes de buena respuesta a la TEC. En algunos casos, especialmente pacientes con frecuentes recaídas y buena respuesta a la TEC constituyen otra indicación de su uso. La técnica de la TEC moderna ha disminuido significativamente la incidencia de efectos secundarios, y las condiciones actuales de uso han disminuido los riesgos físicos (Palomo, 2015).

4.1.10.2 *Tratamiento farmacológico.* Puede afirmarse en el momento actual que existen psicofármacos extraordinariamente útiles. Cabe señalar que los metaanálisis que comparan antidepresivos tricíclicos, ISRS y otros nuevos antidepresivos constatan una eficacia similar, salvo en lo que respecta a la clomipramina, venlafaxina y escitalopram, que son ligeramente superiores en uno de los últimos trabajos, y los fármacos duales que se muestran ligeramente superiores en otro. Entre los nuevos antidepresivos, tan sólo la venlafaxina y la duloxetina tienen una acción dual noradrenérgica y serotoninérgica, lo que confiere un perfil bioquímico y una acción similares a los antiguos tricíclicos.

La elección del fármaco se debe basar en una serie de consideraciones. La gravedad y subtipo del episodio, los antecedentes personales e incluso familiares de buena respuesta a un antidepresivo, los efectos secundarios de los diferentes antidepresivos, la coexistencia de trastornos por abuso de sustancias o la existencia de enfermedad médica que requiera un tratamiento específico, dado el potencial de interacciones adversas con otros fármacos (Palomo, 2015).

Algunas situaciones especiales requieren elegir un tratamiento específico. El riesgo suicida importante, es mejor prescindir de los tricíclicos por presentar un riesgo importante

de muerte por arritmias. En cardiópatas se deben utilizar con precaución los tricíclicos por el riesgo de arritmias, en particular bloqueo cardiaco parcial o completo y la hipotensión ortoestática. Los IMAO producen hipotensión arterial como un efecto dependiente de la dosis y es mejor evitarlos.

La existencia de epilepsia concomitante es a menudo fácil de controlar si se ajustan las dosis de anticonvulsivante. Los tricíclicos son claramente epileptógenos, el potencial epileptógeno de los nuevos antidepresivos suele ser menor, aunque no está claro. Los IMAO clásicos son los únicos antidepresivos que no alteran el umbral convulsivo (Palomo, 2015).

En adultos mayores existe mayor propensión a los efectos adversos anticolinérgicos, que incluyen confusión e hipotensión ortoestática, y que pueden precipitar caídas y fracturas. Los ISRS y los nuevos antidepresivos son preferibles a los tricíclicos (Palomo, 2015).

Antidepresivos heterocíclicos Y afines

- Imipramina
- Clomipramina
- Amitriptilina
- Maprotilina
- Amoxapina

Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina

- Fluoxetina
- Fluoxamina
- Paroxetina
- Sertralina
- Citalopram
- Escitalopram

Inhibidores de la recaptación de serotonina y Noradrenalina

- Venlafaxina
- Duloxetina

Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina

- Reboxetina

Inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO)

- Isocarboxacida

- Fenelcina
- Tranilcipromina
Inhibidor reversible de la monoaminoxidasa
- Moclobemida
Inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina
- Bupropión
Antidepresivos específicos serotoninérgicos y noradrenérgicos
- Mirtazapina
Otros
- Mianserina
- Trazadona

4.2. Sueño

El interés de los trastornos del sueño y del ciclo sueño-vigilia en psiquiatría (aparte de su elevada prevalencia) se debe a que: los factores psicopatológicos son importantes en la etiopatogenia de algunos de ellos; forman parte del cuadro clínico de diversas entidades psiquiátricas; sus secuelas implican a funciones psíquicas (cognitivas y emocionales) y comportamentales; afectan negativamente a las esferas relacional y ocupacional del enfermo.

4.2.1. Definición. Se define como el estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona mediante estímulos sensitivos o de otro tipo. Hay que distinguirlo del coma, que es el estado de inconsciencia del que no puede despertarse a una persona (Guyton y Hall, 2016). Es un estado activo en el que suceden modificaciones metabólicas, hormonales y bioquímicas necesarias para el buen funcionamiento del organismo. Todas las personas necesitan de un buen descanso para afrontar la actividad diaria en plenas condiciones tanto físicas como psíquicas (Lira, 2018).

4.2.2. Horas de sueño según la edad. Los patrones de sueño tienden a cambiar a medida que envejece. La mayoría de las personas encuentran que el proceso de envejecimiento los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño. Se despiertan con más frecuencia durante la noche y se levantan más temprano por la mañana.

El tiempo total de sueño se mantiene igual o disminuye ligeramente (6.5 a 7 horas por noche). Puede ser más difícil quedarse dormido y usted puede pasar más tiempo total en la cama. La transición entre el sueño y despertarse con frecuencia es abrupta, lo que hace que las personas mayores sientan que tienen un sueño más ligero que cuando eran jóvenes.

Se pasa menos tiempo durmiendo profundamente y sin soñar. Las personas mayores se despiertan en promedio de 3 a 4 veces cada noche. También son más conscientes del hecho de estar despiertos.

Las personas mayores se despiertan con más frecuencia porque pasan menos tiempo en el sueño profundo. Otras causas incluyen la necesidad de levantarse a orinar (nicturia), ansiedad e incomodidad y dolor por enfermedades prolongadas (crónicas).

- Recién nacidos (0-3 meses): lo ideal es que duerman entre 14-17 horas cada día, aunque también es aceptable que lo hagan entre 11 y 13 horas. Lo que no se aconseja es dormir más de 18 horas.
- Bebés (4-11 meses): se recomienda que duerman entre 12-15 horas. También es aceptable que descansen entre 11 y 13 horas, pero nunca más de 16 o 18 horas.
- Niños pequeños (1-2): no es recomendable que duerman menos de 9 horas y más de 15 o 16. Lo que se aconseja es que descansen entre 11 y 14 horas.
- Niños en edad preescolar (3-5): entre 10-13 horas sería lo adecuado. Los expertos consideran que menos que 7 y más de 12 no sería aconsejable.
- Niños en edad escolar (6-13): lo recomendable sería dormir entre 9 y 11 horas.
- Adolescentes (14-17): el rango de sueño aumentó en una hora a 10,08 horas (antes era entre 8,5 y 9,5)
- Adultos más jóvenes (18 a 25): entre 7-9 horas al día, y no menos de 6 ni más de 10-11.
- Adultos (26-64): lo ideal sería dormir entre 7 y 9 horas, aunque no siempre se logra.
- Adultos mayores (de 65 años): lo saludable es descansar entre 7-8 horas al día

4.2.3. Fisiología del sueño. El periodo de sueño ha sido asociado desde tiempos prehistóricos al ciclo luz-oscuridad determinado por la rotación de la tierra, marcador geofísico que condiciona el llamado patrón circadiano del ciclo vigilia-sueño. La información genética codificada por este marcador sensorial (la luz) es el determinante principal de la fisiología natural del sueño (Vanegas Cadavid & Franco Garrido, 2019).

Las fluctuaciones fisiológicas corporales cardiovasculares, respiratorias, de temperatura, hormonal, inmunológica, endocrina, metabólica y en general la homeostasis, siguen ese ciclo luz-oscuridad característico en los seres humanos y en gran parte de los animales. En la génesis del patrón circadiano se distinguen procesos fisiológicos fundamentales que llevan a la producción del sueño y que se presentan de manera cíclica y

predictiva en el transcurso de las 24 horas del día. El conjunto de esos procesos conduce a homeostasis del sueño o periodo sueño-vigilia; se distingue una homeostasis reactiva generada principalmente por la Adenosina, producto del metabolismo celular derivado de la actividad diurna, cuya acumulación progresiva durante la vigilia genera una propensión al sueño a medida que transcurre el día. La adenosina se acumula en el hipotálamo lateral y mediante la unión a sus receptores localizados en el área preóptica ventrolateral generan un bloqueo de la actividad del sistema reticular ascendente que permite el ingreso de la información proveniente del medio ambiente (Vanegas Cadavid & Franco Garrido, 2019).

Por otra parte, existe otra sustancia u hormona, la melatonina producida en la hipófisis, que genera una homeostasis predictiva, que consiste en una secreción periódica relacionada con la disminución progresiva de la luz solar y la aparición de la oscuridad en la noche. Esta hormona está enlazada en su producción, secreción y acumulación a nivel cerebral con la detección de la luz solar por parte de células especializadas de la retina que activan más o menos la producción de la hormona. La melatonina actúa sobre el núcleo Supraquiasmático (NSQ), marcapaso natural del sueño o reloj biológico que tiene conexiones neuronales directas con la retina, causando “el deseo de dormir” cuando alcanza su pico máximo de secreción hacia las 9-10 pm (Vanegas Cadavid & Franco Garrido, 2019).

Áreas cerebrales y su función en la regulación del ciclo circadiano

- Telencéfalo basal: Función somática del sueño
- Área preóptica del sueño: Control de la temperatura corporal (sueño profundo disminuye), funciones parasimpáticas
- Núcleo paraventricular: Producción de hormona antidiurética (aumenta la concentración de la orina y disminuye el volumen durante el sueño) y regula la temperatura.
- Núcleo supraventricular del hipotálamo: Producción de oxitocina y regula ciclo circadiano
- Tálamo medial: Regula emociones
- Área hipotalámica dorsal: Regula el ciclo circadiano
- Núcleo Arcuado: Regula la conducta emocional y la liberación de hormona liberadora de gonadotropina

4.2.4. Fases del sueño. En circunstancias normales, el sueño se divide en dos estados diferenciados: sueño no REM (NREM o NR) y sueño REM (R) o sueño de ondas lentas o sueño de movimientos oculares rápidos:

4.2.4.1. **Fase NREM (No Rapid Eye Movement).** Comprende, a su vez, varios estadios: Fase N1: es la más corta y abarca el sueño más superficial.

- Es fácil despertar al sujeto desde este estadio.
- Los ojos se mueven lentamente por debajo de los párpados cerrados sin ritmicidad.
- La respiración es calmada y la frecuencia cardiaca lenta.
- La situación todavía se relaciona con los problemas diurnos, aunque después de 10 minutos en este sueño, no se recuerda lo que se ha escuchado, leído o preguntado justamente antes de dormirse.

Fase N2: supone el 50% del sueño total:

- En esta fase ya se aprecian ondas cerebrales típicas, con los complejos K y los “husos de sueño” (a partir de los 3 meses de edad).
- Ausencia de movimientos oculares.
- Frecuencia cardiaca lenta con alguna arritmia.
- Los sueños son raros y no se suelen recordar.

Fase N3: sueño muy profundo y reparador.

- Presencia de ondas delta cerebrales.
- Ausencia de movimientos oculares.
- Frecuencias cardiaca y respiratoria muy lentas.
- Ausencia de sueños.

4.2.4.2. **Fase REM (R).** También llamado sueño paradójico o sueño MOR (movimientos oculares rápidos). Se caracteriza por:

- Presencia de movimientos oculares rápidos (*Rapid Eye Movements*).
- Frecuencia cardiaca y respiración irregulares.
- Cuerpo “paralizado” a excepción de pequeños músculos periféricos y pequeñas sacudidas.
- Presencia de sueños emocionales activos.
- Es más frecuente al final de la noche.
- El EEG se parece al de la vigilia.

- Esta fase se incrementa durante el proceso de aprendizaje activo.
- Se asocia con una elevada actividad cerebral.

4.2.5. Hipnograma. Se define la representación gráfica de las diferentes fases del sueño a lo largo de una noche, esto es, de la arquitectura del sueño. A lo largo de la noche hay varios ciclos de sueño, cuya duración se va alargando de 40 minutos en la infancia a 80-90 minutos en el adulto, y en los que se alternan ambos estados NR y R.

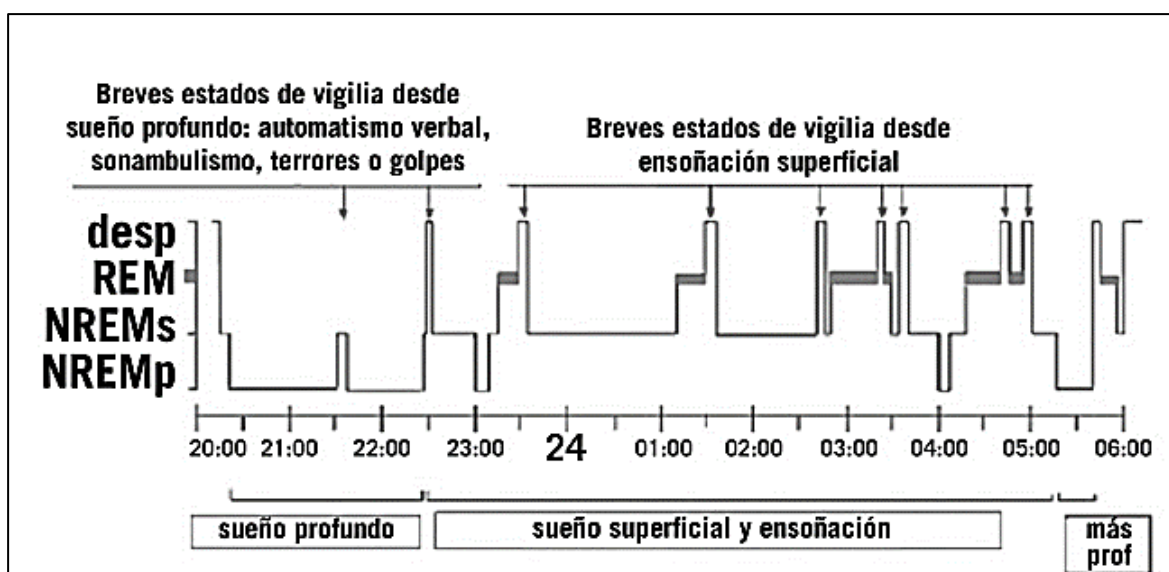


Figura 1. Hipnograma. Nota: vigilia. REM: sueño R. NREMs y NREMp corresponden al N1, N2 y N3.

Adaptado de Hipnograma, de Pin Arboledas y Sampedro Campos, 2018, *Pediatría Integral*.

Definición de calidad de sueño. La calidad de sueño no sólo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino que incluye también un buen funcionamiento diurno. La mala calidad de sueño puede afectar distintos subprocesos de la atención. Los efectos del sueño no se limitan al propio organismo (necesidad de restauración neurológica y la salud), sino que influyen en el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad, afectando el rendimiento laboral o escolar el bienestar psicosocial y la seguridad vial, entre otras (De La Portilla Maya, 2017).

5. Metodología

El estudio se realizó docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja ubicada en la ciudad de Loja, provincia de Loja.

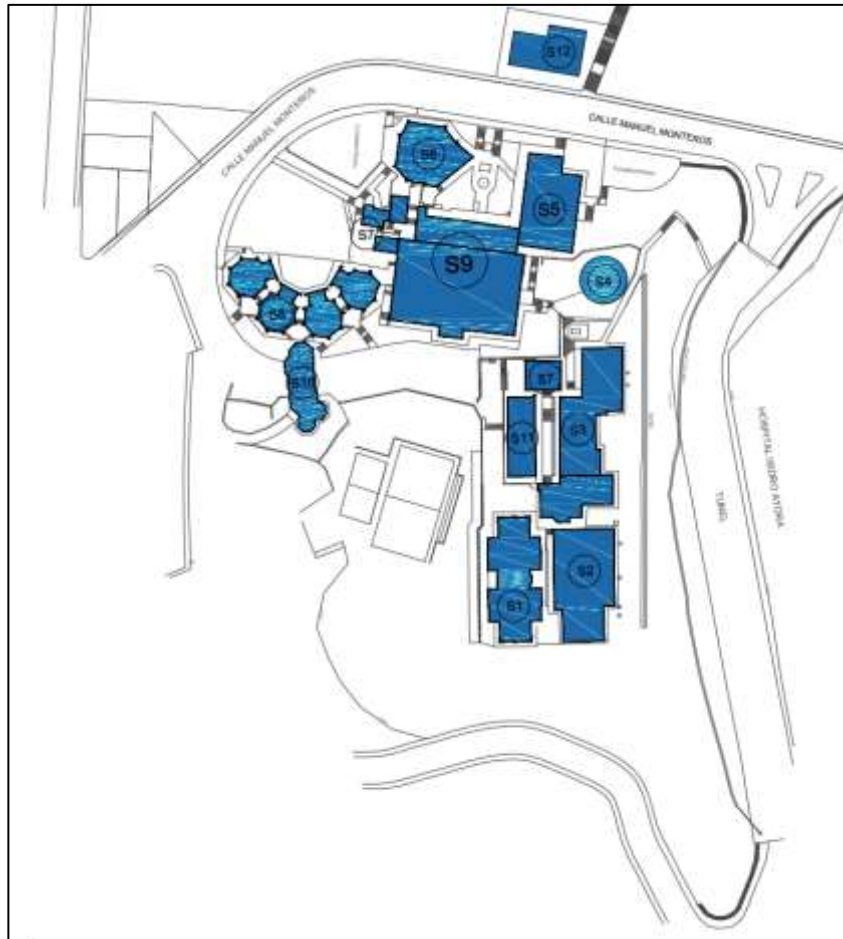


Figura 2. Croquis de la Facultad de la Salud Humana. Recuperado de Universidad Nacional de Loja

5.1. Enfoque:

Cuantitativo

5.2. Tipo de estudio:

Enfoque tipo descriptivo-correlacional de cohorte transversal-retrospectivo.

5.3. Área de estudio:

El trabajo de investigación se realizó en los docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja durante el periodo mayo 2021 – abril 2022.

5.4. Universo y muestra:

Docentes de la Carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

5.5. Criterios de inclusión:

- Docentes que den cátedra en la Facultad de la Salud Humana.
- Docentes mayores de 27 años.
- Docentes hombres y mujeres.
- Docentes con comorbilidades.

5.6. Criterios de exclusión:

- Participantes que no hayan firmado el consentimiento informado.

5.7. Técnicas:

Para la realización de esta investigación se utilizó el consentimiento informado, una hoja de recolección de datos a través de la cual se obtuvieron datos generales de edad y sexo, además de dos cuestionarios: el PHQ-9 (Cuestionario de salud general del paciente - 9) que busca determinar la presencia de depresión clínica, y el Índice de Pittsburg que estudia la calidad de sueño, los mismo que fueron aplicados en docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

5.8. Instrumentos:

- Consentimiento informado (Anexo 1) elaborado en base a la Comisión de ética de la Organización mundial de la Salud, que consta de la explicación del motivo por el cual se llevó a cabo el proyecto, el flujo de la información obtenida y el nombre junto con la firma del participante.
- Se utilizó la hoja de recolección de datos (Anexo 2) que está conformada por las preguntas recopiladas del Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9, Anexo 3) y del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (Anexo 9).
- El Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en español, fue creado por el Dr. Robert J. Spitzer, la Dra. Janet BW Williams, el Dr. Kurt Kroenke y otros doctores

de la Universidad de Columbia desarrollaron el PHQ a mediados de la década de 1990 y el PHQ-9 en 1999 con una subvención de Pfizer. Este test es utilizado ampliamente en Estados Unidos de América como parte de otro test denominado PHQ que evalúa múltiples trastornos mentales, y posee 88% de sensibilidad y un 88% de especificidad para depresión clínica. Aplicaciones Es un test que evalúa la presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor y episodio depresivo menor a través de 9 preguntas que se han mantenido intactas en su versión en español. Refiere a los síntomas experimentados por los pacientes durante las dos semanas previas a la entrevista.

- El índice de Calidad de Sueño de Pittsburg fue creado en 1989 por Buysse y colaboradores con una coherencia interna de 0,78 con una confiabilidad aceptable y su uso a lo largo de todo el mundo lo establecen como un instrumento confiable para su utilización. Es un cuestionario autoadministrado con 19 preguntas utilizado para evaluar la calidad de sueño en el insomnio o la presencia de otros trastornos del sueño durante los últimos 30 días antes de la aplicación del test. Las preguntas se evalúan agrupándose en 7 componentes los cuales se suman para rendir una puntuación global que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de puntos la no existencia de dificultades, y una de 21 indicando dificultades en todas las áreas estudiadas (Anexo 6), de esta manera a mayor puntuación total peor calidad de sueño, una puntuación total inferior o igual a cinco indica que, en general, la calidad de sueño es óptima, mientras que una puntuación total superior a cinco sugiere que existen problemas de sueño, de mayor o menor gravedad.

5.9. Procedimientos:

- 1) Revisión bibliográfica.
- 2) Realizar proyecto de investigación.
- 3) Solicitar aprobación del tema de investigación por parte de la gestora académica de la carrera de Medicina Humana.
- 4) Solicitar pertinencia del proyecto y designar tutor de tesis.
- 5) Socializar el proyecto de investigación a la comunidad y posterior firma del consentimiento informado.
- 6) Aplicar los instrumentos de investigación, índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y el Cuestionario de Salud en el Paciente-9 (PHQ-9).

- 7) Tabular y analizar la información.
- 8) Redactar el informe final de la tesis.
- 9) Socializar permiso para disertación de tesis privada y pública.

5.10. Equipo y materiales

5.10.1. Recursos humanos

- Docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja
- Decano de la Facultad de la Salud Humana
- Directores de Carrera de la Facultad de la Salud Humana
- Tesista
- Director de tesis

5.10.2. Recursos materiales: Equipos, suministros reactivos e instalaciones

- Computadora
- Red Inalámbrica de internet
- Textos, revistas y artículos científicos.
- Material de oficina (papel, lápiz, fotocopias, USB, esferos, entre otros)
- Resmas de papel

5.11. Análisis estadístico

- Se realizó una base de datos Excel para su esquematización y análisis.
- Se determinó qué resultados de las variables de estudio necesitan ser analizadas.
- Se analizó la relación entre la depresión y Calidad de Sueño, a través del programa SPSS 25 y con la prueba estadística Chi Cuadrado.

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo

Identificar la presencia de síntomas depresivos de acuerdo a la edad y sexo en docentes de la Facultad de la Salud Humana

Tabla 1

Presencia de síntomas depresivos según edad y sexo

Variable	Docentes con depresión				Docentes sin depresión			
	H	M	f	%	H	M	f	%
Grupo etario								
30-39 años	2	2	4	8,70	2	13	17	32,61
40-49 años	0	1	1	2,17	2	10	12	26,09
50-59 años	2	0	2	4,35	1	8	9	19,57
60-69 años	0	0	0	0,00	3	0	3	6,52
Total	4	3	7	15,22	8	31	39	84,78

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por Jhefferson Enrique Acaro Molina

Análisis: Al evaluar la presencia de depresión de los docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja utilizando el test PHQ-9 (Cuestionario sobre la Salud del Paciente - 9) en español y teniendo en cuenta que con un puntaje superior a 2 nos indicaría afectación emocional de tipo depresión. Los 9 ítems del instrumento mostraron la prevalencia de un 15,22% de algún grado de depresión en la población, centrándose en los grupos etarios más jóvenes (30-39 años, y 40-49 años) representando dos terceras partes de todos los casos de síntomas depresivos y manteniendo una distribución por sexo similar.

6.2. Resultados para el segundo objetivo

Determinar la calidad de sueño de acuerdo a la edad y sexo de los docentes de la Facultad de la Salud Humana

Tabla 2

Calidad de sueño según edad y sexo

Variable	Docentes con buena calidad de sueño				Docentes con mala calidad de sueño			
	H	M	f	%	H	M	f	%
Grupo etario								
30-39 años	1	4	4	8,70	3	12	15	32,61
40-49 años	2	2	4	8,70	0	9	9	19,57
50-59 años	0	6	6	13,04	2	3	5	10,87
60-69 años	1	0	1	2,17	2	0	2	4,35
Total	4	11	15	32,61	7	24	31	67,39

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por Jhefferson Enrique Acaro Molina

Análisis: Con respecto a la calidad de sueño, se observa que un 67,39% de la población presenta mala calidad de sueño durante el último mes, mientras que el 32,61% restante indica tener buena calidad, de aquella población que presenta mayores dificultades para conciliar un sueño de calidad se centra en la población más joven, especialmente en el grupo de 30-39 años que representa el 32.61% que es el mismo porcentaje del universo que presenta buena calidad de sueño, y esta tendencia disminuye progresivamente en grupos etarios superiores, y con mayor relación de mujeres con problemas de sueño que los hombres en una relación aproximada de 1:3.

6.3. Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre la calidad de sueño y la presencia de síntomas depresivos en docentes de la Facultad de la Salud Humana.

Tabla 3
Prueba de Chi Cuadrado

Categoría	Valor de referencia	Valor calculado	Interpretación
Chi ²	3,8415	4,40	Se rechaza la hipótesis nula
Coefficiente de Cramer	0,30	0,31	Es una correlación aceptable

Fuente: Base de datos

Elaborado por Jhefferson Enrique Acaro Molina

Análisis: Al calcular el coeficiente de correlación Chi Cuadrado de Pearson, entre la calificación total de los resultados obtenidos de Depresión según el Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9) y la Calidad de Sueño según el Índice de Pittsburg, se obtuvo un Chi² de 4,40, que al compararse con la prueba de hipótesis, nos da un valor de 3,84, por lo que al ser Chi Calculado superior al obtenido en la prueba de hipótesis, y que el valor de p es inferior al valor de alfa 0,05, se rechaza la hipótesis nula y se establece que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables depresión y calidad de sueño; adicionalmente, al calcular el Coeficiente de Cramer, se obtiene 0,31, y que al ser mayor a 0,30 nos indica que es una correlación relativamente aceptable.

7. Discusión

La depresión se entiende como un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento (Pérez-Padilla, 2017). Y la calidad de sueño que no sólo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino que incluye también un buen funcionamiento diurno (De La Portilla Maya, 2017).

En los docentes de la Facultad de la Salud Humana se ha encontrado la presencia de síntomas depresivos en un 15,22% de la población y que el 67,39% presenta mala calidad del sueño encontrando una correlación estadísticamente significativa con la prueba de Chi Cuadrado.

Estos resultados contrastan con el estudio realizado por Meza Suárez, (2017) en el que estableció que el 81,33% de los docentes de educación secundaria padecen de algún grado de depresión correlacionado con cansancio emocional y factores de personalidad que harían más propensos a este grupo a padecer esta patología, así mismo menciona estos aspectos como factores de riesgo para sufrir síndrome de Burnout. Por otra parte, Alvites-Huamaní (2019) dice que la depresión tiene una correlación positiva con el estrés docente que, aunque no fue tomado en cuenta para esta investigación podría ser un factor interesante a tener en cuenta para futuras investigaciones en el área.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) se estima que la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4% en 2015, estableciendo que es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%), y que las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres y por encima de 5,5% en hombres, para el grupo etario de edades comprendidas entre los 55 y 74 años). Sin embargo, Montesó-Curto y Aguilar-Martín (2020) indican que la prevalencia según el sexo para depresión es de un 53% en las mujeres y un 40% para los hombres. El porcentaje de depresión para la mujer permanece estable para todos los grupos de edad, y aumenta para las mayores de 65 años en ambos sexos. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2021) establece que las mujeres son más propensas a padecer de depresión con una relación de hombres-mujeres de 1:3 respectivamente.

Así mismo, Obregón-Morales et al. (2020) establecen que existe correlación entre la depresión y calidad de sueño en estudiantes de medicina de Perú, lo cual se relaciona con el ámbito de estudio del Área de Salud como lo es en nuestro estudio, pero podrían intervenir aspectos como la edad o la experiencia al manejar factores estresores.

Vasco Gómez et al. (2018) también definen que la depresión y calidad de sueño tienen una relación estadísticamente significativa, pero en este caso en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, siendo el factor de comorbilidad una variable no medida en nuestro estudio y que podría alterar los resultados al presuponer que la población de nuestro estudio no presenta afecciones orgánicas.

De igual manera, Díaz-Ramiro et al. (2020), informan que los malos hábitos de sueño son factores predictores de depresión en personal sanitario, por lo que al considerar que el personal docente de la Facultad de la Salud Humana se entiende como profesionales capacitados en diferentes áreas sanitarias y teniendo en cuenta estos resultados se podría afirmar que la correlación obtenida es verdadera y que el grado de correlación sería de causalidad.

Vaca y Mayorga (2021) confirman nuevamente que existe una correlación positiva significativa entre el insomnio (entendido como mala calidad de sueño) y depresión en el personal de salud, pero en este caso se estudió tomando como base a la Pandemia de Covid-19, el cual es un factor que no se tuvo en cuenta al realizar nuestro estudio a pesar de que durante la realización del mismo podría haber intervenido este factor.

Según todo lo expuesto, los resultados encontrados dentro de la presente investigación se relacionan con otros estudios realizados dentro de medios similares y afines que confirman que la relación encontrada es real, y es recomendable estudiar más a fondo otros factores relacionados a la aparición de síntomas depresivos y mala calidad de sueño.

8. Conclusiones

En los docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, se identificó la presencia de depresión en un pequeño porcentaje de la población que es mayor a la población general, existiendo una distribución similar en cuanto a sexo y mayor tendencia a estar presente en edades más jóvenes, por lo que la edad es un factor de riesgo para padecer depresión y que el sexo no modifica la presencia de depresión en esta población.

La calidad de sueño de la mayor parte de la población es mala siendo más frecuente en el sexo femenino y destacando el grupo etario de 30 a 39 años, por lo que se establece que el sexo y la edad son factores de riesgo para presentar mala calidad de sueño en esta población.

El estudio revela que de aquellos docentes que presentan algún grado de depresión, también evidencian mala calidad de sueño. Por lo que la asociación entre depresión y calidad de sueño en los docentes de la Facultad de la Salud Humana es positiva, siendo estadísticamente significativa con una correlación aceptable; pues a través de los datos se evidenció que la depresión y la calidad de sueño con factores que influyen negativamente sobre la salud mental de los docentes.

9. Recomendaciones

A la Unidad de Bienestar Universitario, implementar programas educativos dirigidos a todo el plantel docente universitario y especialmente a los docentes de la Facultad de la Salud Humana, orientados a fomentar el conocimiento sobre las emociones, sentimientos, correctos hábitos nocturnos y a eliminar posibles estigmas sobre estos temas, con el objetivo de mejorar el autocuidado y evitar complicaciones futuras en la salud física y mental. Debido a que, al incrementar el nivel de conocimiento de los docentes, se conseguirá que tengan una mejor percepción de sí mismos, de su salud mental, identificar síntomas de alerta y pedir ayuda en caso de ser necesario.

A los docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja se recomienda que acudan a profesionales de salud mental para implementar correctores hábitos de sueño, evaluaciones integrales en salud y el desarrollo de herramientas que les permitan identificar factores negativos para una correcta calidad del sueño y prevenir la aparición de síntomas depresivos.

A futuros profesionales que realicen investigaciones en temas afines ampliar, profundizar y valorar todos los factores que pueden influir dentro de la salud mental de la población estudiada para de esta manera tener una correcta visión de las causas y consecuencias de la aparición de síntomas depresivos, disminución de la calidad del sueño y posible afectación en otras esferas de los docentes.

10. Bibliografía

- Asociación Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. doi:Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Cruzblanca Hernández, H. (2015). Neurobiología de la depresión mayor de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 47-58. doi:DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.067
- De La Portilla Maya, S. (2017). Caracterización de la calidad de sueño y la somnolencia diurna excesiva en una muestra de estudiantes del programa de medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). *Archivos de medicina*.
- Díaz-Ramiro, E. M., Rubio-Valdehita, S., López-Núñez, M. I., & Aparicio-García, M. E. (2020). Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios. *Anales de Psicología*, 242-246. doi:<https://doi.org/10.6018/analesps.350301>
- Guyton y Hall. (2016). Tratado de fisiología médica. Elsevier España.
- Huarca-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37, 327-334. doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Lira, D. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 20-28.
- Meza Suarez, S. K. (2019). Síndrome de burnout y depresión en docentes de secundaria de la Ugel Yauli – 2017. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú.
- Ministerio de Sallud Pública. (2023). Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”. Obtenido de <https://shorturl.at/cjkqY>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). Hablemos de depresión. Quito: MSP. Obtenido de <https://shorturl.at/hkmJZ>
- Montesó-Curto, P., & Aguilar-Martín, C. (2020). Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Atención primaria*, 167-168. doi:10.1016/j.aprim.2013.07.009

- Moreno Reyes, P., Muñoz Gutiérrez, C., Pizarro Mena, R., & Jiménez Torres, S. (2020). Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. Revisión de literatura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55, 42-49. doi:<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.07.003>
- Obregón-Morales, B., Montalván-Romero, J., Segama-Fabian, E., Dámaso-Mata, B., Panduro-Correa, V., & Arteaga-Livias, K. (2020). Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Educación Médica Superior*, 34(2). Obtenido de <https://shorturl.at/bgp59>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Enero de 2020). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://shorturl.at/LOW59>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.
- Palomo, T. (2015). *Manual de psiquiatría*. Madrid: PANAMERICANA.
- Pérez-Padilla, E. A. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 73-98. doi:<http://dx.doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Restrepo Restrepo, S., Allejo-Trujillo, S., & Osorio Arango, U. (2020). *Emociones y liderazgo en el desempeño laboral y el emprendimiento*. Medellín: Corporación Universitaria Americana.
- Sociedad Española de Sueño. (Octubre de 2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. *Revista de Neurología*, 63, 1-27.
- Vaca, D., & Mayorga, D. (2021). Estados emocionales y su relación con el insomnio en el personal de salud durante la pandemia. *Enfermería investiga*, 20-26. doi: <http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1023.2021>
- Vanegas Cadavid, D., & Franco Garrido, P. (2019). *Fisiología del sueño*. Grupo de Trabajo de Apnea del Sueño.

Vasco Gómez, A., Herrera Morales, C., Martínez Delgado, Y., Junyent Iglesias, E., & Pedreira Robles, G. (2018). Relación entre calidad del sueño, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería nefrológica*, 369-76. doi:<https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000400006>

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Aprobación de tema e informe de pertinencia del proyecto



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0632 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Jhefferson Enrique Acaro Molina
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 30 de Julio de 2021

**ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "**Depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 30 de julio de 2021 por el Dr. Byron Salazar, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

11.2. Anexo 2. Designación de primer director de trabajo de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0653 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Byron Salazar
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 03 de Agosto de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como Director de tesis del tema: **“Depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja”**, autoría del **Sr. Jhefferson Enrique Acaro Molina**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

11.3. Anexo 3. Designación de segundo directo de trabajo de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0808 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Ana Puertas
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de Octubre de 2021

ASUNTO: **Designar Nuevo Director de Tesis**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como nuevo Director de tesis del tema: "**Depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja**", autoría del **Sr. Jhefferson Enrique Acaro Molina**, en vista de que el Dr. Byron Salazar ya no forma parte de nuestra planta docente.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



PERMANENTE
TANIA VERONICA
CABRERA FARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

11.4. Anexo 4. Autorización para recolección de datos



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio No. 672-SG-FSH-UNL
Loja, 25 de agosto de 2021

Señor
Jhefferson Enrique Acaro Molina
Estudiante Carrera de Medicina
Ciudad.-

De mi consideración.-

En atención a su petición de fecha 24 de agosto de 2021, me permito informar a usted que se concede el **PERMISO** correspondiente para que pueda realizar la recolección de datos e información a los docentes de la Facultad de la Salud Humana, previo a la realización de su trabajo de investigación titulado **DEPRESIÓN Y CALIDAD DE SUEÑO EN DOCENTES DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

Particular que me permito poner a su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA**



Firmado digitalmente por
**SANTOS AMABLE
BERMEO FLORES**

DR. AMABLE BERMEO FLORES
Decano de la facultad de la Salud Humana

Archivo
Dr. José Miguel Paccha Soto

11.5. Anexo 5. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA/FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “Depresión y calidad de sueño en docentes de la
Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja en el periodo abril - septiembre
2021”**

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO PARA LA TOMA DE INFORMACIÓN

Doctor/Doctora, siendo el objetivo central de esta investigación, identificar la presencia de depresión y la calidad de sueño, es necesario que usted conozca detalladamente cuál será su participación en la misma:

- ✓ Debe tener presente que su participación en el test es voluntaria, de tal forma que, si no desea participar en el mismo, por favor, exprese lo.
- ✓ Si alguna pregunta causa incomodidad al momento de responder, por favor pronúnciese
- ✓ Debe tener presente que sus respuestas serán analizadas en conjunto para determinar la presencia de depresión en relación con la calidad de sueño.
- ✓ Si requiere información adicional sobre alguna pregunta, o la misma le resulta confusa, siéntase en la confianza de preguntar.
- ✓ Si considera que esta clara la información brindada respecto del **CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO** y está de acuerdo con la aplicación de los cuestionarios, le pido que por favor firme el presente documento:

Nombre:

Lugar y Fecha:

11.6. Anexo 6. Hoja de recolección de datos



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad:

Sexo:

Buenos días, Dr./Dra. Las siguientes preguntas tienen como objetivo evaluar la presencia de depresión. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con toda sinceridad.

Durante las últimas **2 semanas**, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

5. Con poco apetito o ha comido en exceso:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notar?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, **¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?**

- Para nada difícil
- Un poco difícil

- Muy difícil
- Extremadamente difícil

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse a las respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches.

¡Muy importante! CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.

1. Durante el **último mes**. ¿Cuál ha sido, **normalmente**, su hora de acostarse? Apunte su hora habitual de acostarse:

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**? APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS:

3. Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana? APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE:

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama). APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO:

Para cada una de las siguiente preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar todas las preguntas.

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 a continuación):

-
- 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?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante 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 ánimo” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Solo un leve problema

- Un problema
- Un grave problema

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

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

11.7. Anexo 7. Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ-9)



**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana**

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

El cuestionario sobre la salud del paciente-9 es un test que evalúa la presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor. Refiere a los síntomas experimentados por los pacientes durante las dos semanas previas a la entrevista.

Durante las últimas **2 semanas**, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

5. Con poco apetito o ha comido en exceso:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera:

- Para nada
- Varios días
- Mas de la mitad de los días
- Casi todos los días

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, **¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?**

- Para nada difícil
- Un poco difícil
- Muy difícil

- Extremadamente difícil

Guía de calificación del Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9)

- **Trastorno depresivo (Depresión mayor):** Si hay por lo menos 5 ítemes puntuados al menos como "más de la mitad de los días" o "casi todos los días", Y al menos uno de los ítemes positivos corresponde al 1 o 2.
- **Trastorno depresivo subumbral (Depresión menor):** Si hay por lo menos 2 a 4 ítemes puntuados al menos como "más de la mitad de los días" o "casi todos los días", Y al menos uno de los ítemes positivos corresponde al 1 o 2.

Nota: ambos diagnósticos requieren descartar duelo normal (síntomas leves con duración menor a dos meses), antecedentes de episodios maníacos (trastorno bipolar) u otra explicación posible de los síntomas.

11.8. Anexo 8. Índice de Pittsburg



**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana**

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURG

El índice de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI) es un cuestionario que consta de 19 preguntas autoaplicadas diseñado para medir la calidad de sueño que ha tenido usted durante el último mes.

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse a las respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches.

¡Muy importante! CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.

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

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE:

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**? APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS:

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

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE:

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama).

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO:

Para cada una de las siguiente preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso.

Intente contestar todas las preguntas.

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

k. 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

l. 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

m. 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

n. 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

o. 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

p. 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

q. 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

r. 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

s. 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

t. Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):

- 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?
- Bastante buena
 - Buena
 - Mala
 - Bastante 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 ánimo” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
- Ningún problema
 - Solo 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

GUÍA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PITTSBURG

El **Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (SPQI)** consta de 19 preguntas y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero/a de habitación (si este está disponible). Solo las preguntas auto-aplicadas están incluidas en el puntaje. Los 19 ítems auto-evaluados se combinan entre sí para formar siete “componentes” De puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos. En cualquier caso, una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad, mientras que una puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes entonces se suman para rendir una puntuación global que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de puntos la no existencia de dificultades, y una de 21 indicando dificultades en todas las áreas estudiadas. A mayor puntuación total peor calidad de sueño. De esta forma, una puntuación total inferior o igual a cinco indica que, en general, su calidad de sueño es óptima, mientras que una puntuación total superior a cinco sugiere que tiene problemas de sueño, de mayor o menor gravedad.

Para corregir proceda de la siguiente manera:

Componente 1: Calidad subjetiva del sueño

Examine la pregunta n.º 6 y asigne la puntuación correspondiente:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación del componente 1</i>
“Bastante buena”	0
“Buena”	1
“Mala”	2
“Bastante mala”	3

Puntuación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia del sueño

1.º Examine la pregunta n.º 2 y asigne la puntuación correspondiente:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación</i>
< o = a 15´	0
16 – 30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

Puntuación de la pregunta n.º2: _____

2.º Examine la pregunta n.º 5a y asigne la puntuación correspondiente:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación</i>
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 de la pregunta n.º5a: _____

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n.º2 y n.º5a

Suma de las puntuaciones de las preguntas n.º2 t n.º5a: _____

4.º asigne la puntuación del componente 2 como sigue:

<i>Suma de n.º2 y n.º5</i>	<i>Puntuación</i>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del sueño

Examine la pregunta n.º4 y asigne las puntuaciones correspondientes:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación del componente 3</i>
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

Puntuación del componente 3: _____

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1.º. Escriba aquí la cantidad de horas dormidas

2.º Calcule el número de horas permanecidas en la cama:

Hora de levantarse (pregunta n.º3): _____

Hora de acostarse (pregunta n.º1): _____

Número de horas permanecidas en la cama: _____

3.º Calcule la eficiencia habitual de sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/número de horas permanecidas en la cama) x100=Eficiencia habitual de sueño (%)

(_____ / _____) x 100: _____ %

4.º Asigne la puntuación del componente 4 como sigue:

<i>Eficiencia habitual de sueño %</i>	<i>Puntuación</i>
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2

<65% 3

Puntuación del componente 4: _____

Componente 5: Perturbaciones del sueño

1.º Examine la pregunta n.º 5b al 5j y asigne la puntuación correspondiente:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación del componente 1</i>
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

n.º5b _____

n.º5c _____

n.º5d _____

n.º5e _____

n.º5f _____

n.º5g _____

n.º5h _____

n.º5i _____

n.º5j _____

2.º Sume las puntuaciones de las preguntas 5b a 5j:

Suma de 5b a 5j: _____

3.º Asigne la puntuación del componente 5 como sigue:

<i>Suma de 5b a 5j</i>	<i>Puntuación del componente 5</i>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación del componente 5: _____

Componente 6: Uso de medicación hipnótica

Examine la pregunta n.º7 y asigne la puntuación que corresponda:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación del componente 3</i>
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 del componente 6: _____

Componente 7: Disfunción nocturna

1.º Examine la pregunta n.º8 y asigne las puntuaciones como sigue:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación del componente 3</i>
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 de la preguntas n.º8: _____

2.º Examine la pregunta n.º9 y asigne las puntuaciones como sigue:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación del componente 3</i>
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 de la preguntas n.º: _____

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n.º.8 y n.º.9:

Suma de n.º8 y n.º9: _____

4.º Asigne las puntuaciones del componente 7 como sigue:

<i>Suma de n.8 y n.º9</i>	<i>Puntuaciones</i>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del componente 7: _____

Puntuación Global del PSQI

Sume las puntuaciones de los 7 componentes:

Puntuación total del PSQI: _____

11.9. Anexo 9. Certificación de la traducción al idioma inglés**Certificación del Idioma Inglés**


Loja 28 de agosto del 2023

MÉLIDA KATERINE ARTEAGA ROMERO**MAGISTER EN PEDAGOGÍA DE LA EDUCACIÓN LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN IDIOMA INGLÉS, CON REGISTRO 1050-2023-2610353 / 1008-2017-1859906 DE SENESCYT****CERTIFICA:**

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen del trabajo de Titulación: Depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja autoría de Jhefferson Enrique Acaro Molina portador de la CI: 1719638700 estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la parte interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente.



MÉLIDA KATERINE ARTEAGA ROMERO
Mg. EN PEDAGOGÍA DE LA EDUCACIÓN
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INGLÉS
CI. 1104397136

11.10. Anexo 10. Certificado de tribunal de Grado



CERTIFICACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 28 de agosto de 2023

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado "**Depresión y calidad de sueño en docentes de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja**", de la autoría de **Jhefferson Enrique Acaro Molina**, portador de la cédula de identificación Nro. **1719638700** previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



FABIOLA MARIA BARBA
TAPIA

Dra. Fabiola María Barba Tapia

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL DE GRADO



PATRICIO RAFAEL
ESPINOSA JARAMILLO

Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



YULIANA ZORAIDA
UCHUAY SINCHE

Dra. Yuliana Zoraida Uchuay Sinche

MIEMBRO DEL TRIBUNAL