



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Propuesta para la prevención del trastorno depresivo y ansiedad generalizada
en médicos residentes de un hospital pediátrico de Guayaquil**

AUTOR (ES):

Cordero Canelo, Giamil Alejandro

Quijije Álvarez, Katherine Margarita

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciatura en
Psicología Clínica**

TUTORA:

Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

15 de septiembre del 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Cordero Canelo, Giamil Alejandro y Quijije Álvarez, Katherine Margarita**, como requerimiento para la obtención del título de licenciatura en **Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____

Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, 15 de septiembre del 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Nosotros, Cordero Canelo, Giamil Alejandro y Quijije Álvarez, Katherine
Margarita**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Propuesta para la prevención del trastorno depresivo y ansiedad generalizada en médicos residentes de un hospital pediátrico de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciatura en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 15 del mes de septiembre del año 2022

LOS AUTORES:

f. Giamil Cordero

Cordero Canelo, Giamil Alejandro

f. Katherine Quijije

Quijije Álvarez, Katherine Margarita



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Cordero Canelo, Giamil Alejandro y Quijije Álvarez, Katherine Margarita**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Propuesta para la prevención del trastorno depresivo y ansiedad generalizada en médicos residentes de un hospital pediátrico de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

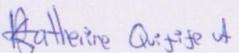
Guayaquil, a los 15 del mes de septiembre del año 2022

LOS AUTORES:



f. _____

Cordero Canelo, Giamil Alejandro

f.  _____

Quijije Álvarez, Katherine Margarita

INFORME URKUND

	
Documento	Propuesta para la prevención del trastorno depresivo y ansiedad generalizada en médicos residentes de un hospital pediátrico de Guayaquil.docx (D143538268)
Presentado	2022-09-02 10:52 (-05:00)
Presentado por	giamil.cordero@cu.ucsg.edu.ec
Recibido	marcia.colmont.ucsg@analysis.orkund.com
	0% de estas 58 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: PROPUESTA PARA LA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y ANSIEDAD GENERALIZADA EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE GUAYAQUIL.

ESTUDIANTES:

Cordero Canelo Giamil Alejandro

Quijije Álvarez Katherine Margarita

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:



f. _____

Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia y mis compañeros por ser un gran apoyo durante todas las etapas de mi carrera, por ayudarme cuando no entendía algún tema, le doy gracias a los profesores de la Facultad de Filosofía por compartir su sabiduría con nosotros y ayudarnos a ser futuros profesionales

A mi tutora Marcia Colmont por apoyarnos ante las dudas que teníamos en la realización de esta tesis.

Y sobre todo a mi gran amiga y compañera Katherine Quijije por acompañarme durante este proceso de aprendizaje y conocimiento.

Giamil Cordero Canelo

En primer lugar, agradezco a mi familia, por el gran apoyo que me brindaron.

Agradezco a mi compañero de tesis y mi gran amigo Giamil Cordero que siempre estuvo predispuesto a todas las ideas que tuve para este proyecto y cómo sus ideas ayudaron en la creación de este.

También agradezco a mi tutora de tesis Marcia Colmont que nos brindó sus conocimientos e ideas para este proyecto de investigación.

De igual forma, agradezco a la institución en donde realicé esta investigación y a mi tutora de prácticas preprofesionales la Psic. CI Daniela M. que pudo generar en mis nuevos conocimientos e ideas relacionadas a la psicología clínica.

De igual forma, agradezco a todas esas personas que me hicieron dudar de ciertos conocimientos, porque plantaron en mí el deseo de querer investigar más y llegar a nuevas conclusiones.

Katherine Quijije Álvarez

DEDICATORIA

Le dedico esta investigación a mis padres y mis hermanas por darme su apoyo con mis estudios y a lo que me quería dedicar, son las personas más importantes de mi vida que me enseñaron a centrarme en mis objetivos, le dedico también esta investigación a mi compañera de tesis por apoyarme en momentos difíciles, y por darme el apoyo suficiente para concluir con esta investigación, muchas gracias a todos.

Giamil Cordero Canelo

Principalmente le dedico este proyecto de investigación a mi familia más cercana que está conformada por pocas personas, pero son las más importantes. A mis dos sobrinas, que me llenan de mucha alegría y risas, haciendo que mis días sean felices. También agradezco a mi gran amigo Giamil Cordero que estuvo apoyándome en esta etapa universitaria, desde el inicio hasta el final, en momentos difíciles y alegres. Este ambiente universitario se volvió más divertido y llevadero junto a él, en la cual llevaremos muchos recuerdos y anécdotas de toda nuestra etapa universitaria.

Katherine Quijije Álvarez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Martinez Zea, Francisco Xavier Mgs.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Alvarez Chaca, Carlota Carolina, Mgs.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psi. Cl. Mariana Estacio Campoverde, Mgs

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

NOTA: _____

ÍNDICE

Tabla de contenido

RESUMEN	XVIII
ABSTRACT	XIX
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del problema	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Preguntas de investigación	8
Pregunta principal	8
Preguntas secundarias	8
CAPÍTULO I	9
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y ANSIEDAD GENERALIZADA	9
Trastorno depresivo	9
Diferencia entre depresión y tristeza	9
Definición del trastorno depresivo mayor	10
Trastorno depresivo mayor según el DSM-V	11
Episodio depresivo según el CIE 10 (F32)	11
Causas y factores de riesgo del trastorno depresivo	11
Trastorno de ansiedad	12
Diferencia entre ansiedad y angustia	12
Definición del trastorno de ansiedad generalizada	13
Sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada	14
Ansiedad generalizada según el CIE 10 (F41.1)	14
Causas y factores de riesgo del trastorno de ansiedad generalizada	15
El estrés y su relación con el trastorno depresivo o ansioso	16
Síndrome de burnout relacionado a la depresión y ansiedad	17
Trastorno mixto	18

Definición de trastorno mixto	18
El trastorno mixto ansioso-depresivo según el CIE 10 (F41. 2)	19
Cifras estadísticas del trastorno depresivo y de ansiedad generalizada	19
Cifras de depresión según la OMS	19
Cifras de ansiedad según la OMS	20
CAPÍTULO II	22
TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL	22
Historia del cognitivo conductual	22
Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	23
Terapia Cognitiva	23
Terapia de Resolución de Problemas (TRP).....	24
Tipos de terapias cognitivo conductuales de tercera generación.....	24
Terapia Dialéctico Conductual (TDC)	24
Terapia de Activación Conductual (AC)	25
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	26
Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR)	26
Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT).....	27
CAPÍTULO III.....	28
PREVENCIÓN Y SALUD MENTAL.....	28
Definición de prevención	28
Niveles de prevención	29
Programas de prevención.....	30
La salud mental según la OMS	31
Determinantes de la salud mental.....	31
Promoción y protección de la salud mental	32
Atención y tratamiento de trastornos de salud mental	32
Respuesta de la OMS	32
Profundizar en el valor y el compromiso que atribuimos a la salud mental	33
Reorganizar los entornos que influyen en la salud mental, como los hogares, las comunidades, las escuelas, los lugares de trabajo, los servicios de atención de salud o el medio natural.....	34
Reforzar la atención de salud mental cambiando los lugares, modalidades y personas que ofrecen y reciben atención de salud mental.....	34
La salud pública	35

Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública.....	35
La salud mental en el mundo actual.....	35
Beneficios del cambio.....	36
CAPÍTULO IV	37
METODOLOGÍA	37
Operacionalización de variables relacionado a la encuesta	37
Tipo de metodología.....	44
Tipo de diseño de investigación	45
Explorativa y Descriptiva.....	45
Población y muestra.....	46
Método no probabilístico.....	46
Muestreo por cuotas	47
Instrumentos.....	47
Técnicas de recolección de datos.....	47
CAPÍTULO V	49
Gráficos y análisis de resultados.....	49
Preguntas de la encuesta realizada.....	49
Capítulo VI	82
Propuesta preventiva para la psicoeducación para los médicos residentes	82
El modelo de desarrollo de un grupo de Bruce Tuckman:.....	82
Creación de la propuesta para la prevención del trastorno depresivo y de ansiedad generalizada.....	84
CONCLUSIÓN	125
RECOMENDACIONES	127
Referencias	128
ANEXOS	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Gráfico de porcentaje de trastorno depresivo de cada país	20
Figura 2 Gráfico de porcentaje de trastorno de ansiedad de cada país	21
Figura 3 Datos demográficos.	49
Figura 4 Datos demográficos.	49
Figura 5 Grado o frecuencia de preocupación de la salud mental.	50
Figura 6 Atención psicológica individual.	50
Figura 7 Motivos por la cual asistieron a terapia psicológica.	51
Figura 8 Conocimiento del trastorno depresivo, distimia y ansiedad generalizada.	52
Figura 9 Diferenciación entre los conceptos de depresión, tristeza y melancolía.....	53
Figura 10 Diferenciación entre los conceptos de ansiedad y angustia.	53
Figura 11 Relación de la salud mental con el desempeño laboral	54
Figura 12 Síntomas relacionados al trastorno depresivo y su incidencia en el tiempo.	54
Figura 13 Síntomas relacionados al trastorno depresivo y su incidencia en el tiempo.	55
Figura 14 Síntomas relacionados al trastorno depresivo y su incidencia en el tiempo.	56

Figura 15 Sintomatología depresiva antes del inicio de su programa de residencia.	58
Figura 16 Sintomatología depresiva antes del inicio de su programa de residencia.	59
Figura 17 Percepción de los médicos residentes relacionados al incremento de síntomas depresivos desde antes del inicio de la residencia.....	60
Figura 18 Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia.	61
Figura 19 Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia.	62
Figura 20 Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia.	63
Figura 21 Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia.	65
Figura 22 Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia	66
Figura 23 Aumento de sintomatología depresiva de los médicos residentes desde el inicio de su residencia.	68
Figura 24 Sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada antes del comienzo de la residencia.	68
Figura 25 Sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada antes del comienzo de la residencia.	70
Figura 26 Aumento de la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada por parte los médicos residentes a partir del inicio de su residencia.	72
Figura 27 Afectación de la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes.....	72

Figura 28 Sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada desde el comienzo de la residencia.	73
Figura 29 Sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada desde el comienzo de la residencia	74
Figura 30 Aumento de la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada por parte de los médicos residentes desde el inicio de residencia.	76
Figura 31 El desempeño laboral y su relación con la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada.....	77
Figura 32 Asistimiento de los médicos residentes a charlas relacionadas a la prevención.	78
Figura 33 Realización de actividades de prevención	78
Figura 34 Datos generales del taller preventivo	84
Figura 35 Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes	85
Figura 36 Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes.	90
Figura 37 Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes	94
Figura 38 Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes	103
Figura 39 Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes	113
Figura 40 Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes	118

Figura 41 Temáticas abordadas dentro de los talleres de prevención y psicoeducación	124
Figura 42 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	135
Figura 43 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	136
Figura 44 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	137
Figura 45 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	138
Figura 46 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	139
Figura 47 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	140
Figura 48 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	141
Figura 49 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	142
Figura 50 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	143
Figura 51 Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google.....	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	37
Tabla 2	38
Tabla 3	39
Tabla 4	40
Tabla 5	41
Tabla 6	42
Tabla 7	43

RESUMEN

Los trastornos mentales son cada vez más predominantes en la población mundial, los cuales se presentan tanto en niños como en adultos. Los médicos residentes están propensos a padecer un trastorno depresivo o de ansiedad generalizada, debido al desgaste emocional y físico que está presente en su ámbito laboral. El objetivo principal de esta investigación tuvo como finalidad crear una propuesta preventiva relacionado a la psicoeducación acerca del trastorno depresivo y de la ansiedad generalizada, para lograr un mayor conocimiento y entendimiento de dichos trastornos mencionados, para que una vez identificados los síntomas y puedan acudir a un profesional de la salud mental. Esta investigación se realizó bajo una metodología mixta, en donde se utilizó una encuesta de preguntas abiertas y cerradas a través de la plataforma de Google Forms. Así mismo, se utilizó como marco teórico referencial la teoría cognitivo conductual, específicamente las terapias de la segunda generación tales como; Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva y Terapia de Resolución de Problemas. Asimismo, las de tercera generación tales como; Terapia Dialéctico Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso, Reducción del Estrés Basada en Mindfulness y Terapia Cognitiva basada en Mindfulness. Por otro lado, dentro de esta investigación, se obtuvieron datos estadísticos de la sintomatología de los médicos residentes antes y después de entrar a su programa de residencia, en la cual se mostraron diversos resultados con respecto a cómo esta sintomatología ha ido incrementando o disminuyendo durante dicho programa.

Palabras clave: salud mental, terapia cognitivo conductual, psicoeducación, depresión, ansiedad, prevención, médicos residentes

ABSTRACT

Mental disorders are increasingly prevalent in the world's population, occurring in infants and adults equally. Resident physicians are susceptible to suffer a depressive or generalized anxiety disorder, due to the emotional and physical wear and tear present in their work environment. The main objective of this research was to create a proposal related to psychoeducation about depressive disorder and generalized anxiety, in order to achieve greater knowledge and understanding of these disorders, so that once the symptoms are identified and they can go to a mental health professional. This research was conducted under a mixed methodology, where a survey of open and closed questions was used through the Google Forms platform. Likewise, cognitive behavioral theory was used as a theoretical frame of reference, specifically second generation therapies such as Rational Emotive Therapy, Cognitive Therapy and Problem Solving Therapy. Likewise, third generation therapies such as; Dialectical Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness-based Stress Reduction and Mindfulness-based Cognitive Therapy. On the other hand, within this research, statistical data were obtained on the symptomatology of resident physicians before and after entering their residency program, which showed various results regarding how this symptomatology has been increasing or decreasing during the residency program.

Keywords: mental health; cognitive-behavioral therapy; psychoeducation; depression; anxiety; prevention; resident physicians

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad implementar una propuesta de prevención para los médicos residentes de una institución pediátrica, para de esta forma promover la psicoeducación con respecto al trastorno depresivo y de ansiedad generalizada, todo a partir del análisis de información correspondiente a la sintomatología de trastorno depresivo y la ansiedad generalizada, además de una revisión con respecto a los programas de prevención.

Se ilustra desde la recolección de datos, de la encuesta hacia los médicos residentes, la verificación de un nivel de conocimiento e incidencia de, tanto trastornos depresivos, como de ansiedad. Por este motivo, se realiza un marco teórico en relación a la sintomatología registrada, por medio de manuales como el DSM-V y CIE 10, además de definir las diferencias de dichos trastornos. Se presentan diversas fuentes de información referentes a la OMS sobre la salud mental en la actualidad y la prevención de trastornos mentales. Se toma en cuenta la aparición de un gran porcentaje de padecimientos de dichos trastornos, por lo cual se pone a la protección de la salud mental como el objetivo principal. Asimismo, se encuentra una gran comorbilidad de estos trastornos, debido a las múltiples situaciones que el individuo presenta en su día a día. En este caso, nos referimos a los médicos residentes, ya que realizan actividades desgastantes, por lo cual pueden estar propensos a sufrir malestar físico y psicológico.

Por otra parte, esta investigación hace uso del “Dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad”, debido a su relación con la subjetividad y la psicología, ya que se hallan diversos puntos de vista de los encuestados sobre la prevención psicológica, además de que se habla de las afectaciones de los médicos residentes en el área psicológica y la sintomatología que presentan. De igual forma, la línea de esta investigación se relaciona a los problemas del sujeto y su relación en distintos entornos, debido a que son problemáticas que cada día tienen más auge dentro de la cotidianidad del ser humano, ya sea por factores internos o externos.

Conviene subrayar que esta investigación posee un enfoque desde la teoría cognitivo conductual, debido a que se utilizan distintos tipos de terapia, para la implementación de diversos talleres relacionados al abordaje de los trastornos antes

mencionados. A lo largo de esta investigación, se halla un eje social, debido a que se relaciona con la salud integral y de calidad. Por lo cual los médicos residentes son incluidos dentro de esta investigación, para así mejorar sus condiciones de vida a corto y largo plazo.

La siguiente tesis estará constituida de 6 capítulos, los cuales se dividen en, primero el capítulo 1 el cual está constituido por información de diferentes fuentes, que hacen referencia a diferentes características y definiciones sobre los trastornos de ansiedad y depresión, también recalcando los síntomas característicos de cada trastorno, a continuación se explicaría el segundo capítulo el cual se basa en la recopilación de información referente a la teoría cognitiva conductual, desde sus comienzos hasta su diferente generaciones, como la primera y segunda ola de terapias cognitivo conductuales, por otro lado el tercer capítulo, se recopilan diferentes puntos de información referentes a los programas y niveles existentes para la prevención clínica, además de diferente datos relacionados a la importancia de la salud mental, por otro lado el cuarto capítulo está relacionado con el tipo de metodología que se utilizara en la investigación, refiriéndose a el tipo de paradigma y enfoque que se van a utilizar, además de población a estudiar y los instrumentos necesarios para la investigación, así mismo el quinto capítulo se refiere a la recopilación de datos y análisis de los resultados de la encuesta realizada, por ultimo estaría el sexto capítulo el cual contribuye con una propuesta de prevención construida a partir de los datos obtenidos referentes a la encuesta e investigación sobre la sintomatología depresiva y ansiosa.

Lo que busca esta investigación, es que la salud mental sea promovida y tenga mayor énfasis en áreas de trabajo. De igual modo, todo individuo tiene derecho a la salud de forma integral, en la cual los programas de prevención forman parte de este derecho, debido a que se trata de prevenir la aparición de enfermedades o trastornos que el sujeto pueda padecer o darles un apropiado tratamiento si es que ya las padece, para que de esta forma no puedan afectar sus ámbitos familiares, sociales y laborales.

En 2020 Edgar Patricio Ayala Tenesaca para la Universidad Católica de Cuenca realizó su trabajo de titulación dentro del En la cual se plasma la prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos del sueño en médicos postgradistas del hospital Vicente Corral Moscoso, 2019. Tiene como objetivo determinar el nivel de prevalencia

de estos trastornos antes mencionados. Además, se basa en el análisis de una posible relación entre el trastorno de depresión, ansiedad y los trastornos del sueño. Esta investigación tuvo un método observacional, analítico de corte transversal. Se utilizó 3 cuestionarios para los 112 médicos postgradistas; Depresión de Beck, Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario de Trastornos del Sueño de Monterrey. Las conclusiones obtenidas por el autor, refieren que el riesgo de padecer un trastorno depresivo aumenta a la hora de presentar otras comorbilidades o se relaciona con el hábito de fumar. Un 73,2% presentó cierta prevalencia del trastorno depresivo, mientras que un 93,8% de ansiedad y un 100% relacionado a los trastornos del sueño.

De igual forma, Carlos Alva Díaz et al., en el año 2021 realiza un estudio denominado como: la Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. El objetivo de esta investigación, es demostrar la relación de cómo las horas de trabajo para los médicos residentes pueden llegar a ser agotadoras, por lo que pueden tener como consecuencia el posible padecimiento de un trastorno depresivo. Dentro de la metodología se encuentra un estudio transversal analítico. Además, se realizó una encuesta de forma voluntaria, teniendo una muestra de 953 médicos residentes. En conclusión, 1 de cada 7 médicos residentes presentó síntomas relacionados al trastorno depresivo, aunque estos síntomas aumentaban debido a las extensas horas laboradas por los médicos residentes.

Por otro lado, en el año 2020 Josefa Juárez Neri et al., realiza un proyecto de tesis que tiene como nombre: Calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la Unidad de medicina familiar 57. Dentro del periodo de residencia médica, muchos poseen problemas al dormir, debido a asuntos laborales, físicos o ambientales, en la cual pueden surgir diversos trastornos mentales. El objetivo de esta investigación es determinar qué relación existe entre la calidad de sueño y la posible aparición de los trastornos de ansiedad y depresión en los médicos residentes. Este estudio es de carácter observacional, descriptivo, relacional, transversal y prospectivo. Se tomó una muestra de 60 médicos residentes, en la cual se utilizó el cuestionario de Pittsburg y la escala de ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck. En conclusión, un 43.3% poseen una prevalencia con los síntomas del trastorno depresivo leve, debido a la mala calidad de sueño que posee.

Planteamiento del problema

Los médicos residentes están pasando por un proceso de capacitación y práctica médica, lo cual los lleva a asumir ciertas responsabilidades que tienen como consecuencia un grado de agotamiento tanto fisiológico como mental. También, poseen una gran responsabilidad a la hora de realizar su labor, ya que deben estar pendientes de la salud de sus pacientes y deben cumplir con su proceso académico universitario, en el cual deben de rendir eficazmente en sus estudios. Estos no solamente ejercen su rol como médico dentro del área donde les toca hacer su residencia, sino también como estudiantes lo cual les representa jornadas de dedicación a lo académico, ya que tienen que cumplir con las obligaciones de su carrera como lecciones, exámenes, etc., es por esto que su tiempo es limitado, lo cual puede llegar a ser frustrante y tener efectos en la salud mental de estos.

Por otro lado, los médicos residentes están sometidos a jornadas agotadoras en las cuales deben de realizar varias guardias médicas, lo cual puede llegar a ser perjudicial para la salud mental, siendo desencadenante de síntomas de un posible trastorno emocional, tales como el trastorno depresivo mayor o de ansiedad generalizada.

Se han encontrado múltiples factores estresores en estudios previos de depresión en estudiantes de medicina como lo son la carga de trabajo excesiva, dificultades con el estudio y la gestión del tiempo, conflictos en el equilibrio entre el trabajo y la vida, relaciones entre colegas de la escuela de medicina, problemas de salud y factores estresantes financieros (Andión et. al, 2021, p.17).

Existen muchos factores que pueden desencadenar un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, los factores estresantes también pueden estar relacionados al diagnóstico de los pacientes que el médico residente atiende, debido a que van a ver cuadros clínicos que a ellos les resulten difíciles de encontrar un tratamiento adecuado o el diagnóstico pertinente. Específicamente, es en las salas de cuidados intensivos donde los pacientes tienen una gran probabilidad de fallecer, puede llegar a ser un detonante en los médicos residentes, ya que es algo que no lo viven con frecuencia en su día a día, debido a que rotan de salas. Así mismo, en las salas de emergencias viven un ambiente estresante, esto puede desencadenar ciertos síntomas de ansiedad o

depresión, debido a la gran demanda de pacientes que atienden y a la premura en la que tienen que brindarles la atención óptima y hallar el tratamiento más eficaz.

JUSTIFICACIÓN

Los médicos residentes tienen un papel importante dentro de la sociedad, ya que se están formando para ser futuros médicos especializados, y así poder brindar sus servicios a sus pacientes. Un profesional de la salud debe encontrarse estable tanto física como emocionalmente, para que así no ocurran posibles negligencias médicas, ya que estas pueden tener consecuencias negativas.

Por lo general, a los médicos residentes no se les brinda atención psicológica adecuada o no existe alguna propuesta de prevención, ya que se desconocen los efectos que podrían tener, a causa de esta etapa de su formación, en la salud mental de estos debido a las múltiples responsabilidades que dicho proceso implica. Es por esto que se considera relevante darle la importancia necesaria a este tema, puesto que estos profesionales de la salud deben contar con herramientas adecuadas para enfrentar a las exigencias que su formación requiere.

Esta propuesta busca la prevención a corto y largo plazo para que los médicos residentes cuenten con la atención necesaria y así contribuir a la comunidad hospitalaria para que esto pueda ayudar a conseguir un bienestar integral para las siguientes generaciones de médicos residentes. Con esta investigación se buscará dejar establecido un proyecto preventivo para las problemáticas que se puedan presentar antes, durante y después de la etapa de residencia médica.

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar una propuesta de prevención relacionada al trastorno depresivo mayor y de ansiedad generalizada, por medio de diversas técnicas grupales y actividades, para precautelar la salud mental de los médicos residentes.

Objetivos específicos

- Distinguir las diferencias o similitudes entre el trastorno depresivo y ansiedad generalizada, mediante la revisión de los manuales de diagnóstico DSM-V y CIE 10, para tener un amplio conocimiento de estos trastornos.
- Aplicar las técnicas del enfoque cognitivo conductual para el abordaje de esta problemática mediante diversos talleres, con el fin de lograr una propuesta de prevención.
- Verificar los diversos planteamientos o políticas de salud mental según la información de la OMS, para así obtener un amplio conocimiento acerca de los conceptos actuales de prevención de trastornos mentales.

Preguntas de investigación

Pregunta principal

¿Cuál es el nivel de incidencia de los síntomas del trastorno depresivo y ansiedad generalizada en los médicos residentes?

Preguntas secundarias

1. ¿Cuáles son las características de la sintomatología de la depresión y la ansiedad generalizada?
2. ¿Qué técnicas del enfoque cognitivo conductual son de mayor utilidad, para la realización de una propuesta de prevención para el trastorno depresivo y ansiedad generalizada para los médicos residentes?
3. ¿Cuáles son las ideas principales que tiene la OMS sobre la salud mental y prevención?

CAPÍTULO I

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y ANSIEDAD GENERALIZADA

Trastorno depresivo

Diferencia entre depresión y tristeza

“Los desencadenantes específicos a menudo causan tristeza, mientras que la depresión puede no tener una causa identificable. La tristeza es una parte de la depresión, pero de naturaleza más temporal” (Fitzgerald, 2021, párr.33). La tristeza es una emoción en la cual aparece dentro de la mayoría de individuos, debido a que experimentan situaciones que les provocan malestar, pero estas emociones son temporales. Sin embargo, se vuelve patológico cuando la tristeza llega a ser prolongada, afectando el día a día del individuo, provocando cambios físicos y psicológicos en la cual no pueden resolverse de forma individual, sino con ayuda psicológica. Por este motivo, se debe marcar la diferencia entre la depresión y la tristeza, ya que es de suma importancia que se pueda reconocer que las emociones de tristeza son breves o cortas, para así descartar algún trastorno depresivo.

La tristeza llega a consolidarse en la mayoría de individuos, debido a que habrá situaciones en la cual esta emoción salga a flote. No obstante, la depresión es un trastorno emocional, por la cual el individuo deberá de presentar todos o la mayoría de síntomas establecidos en el DSM-V o CIE 10, este diagnóstico lo realiza un profesional de la salud mental, ya que se encuentran capacitados para identificar este tipo de casos.

Así mismo, la tristeza es una de las emociones que tiene mayor prevalencia en la mayoría de individuos, debido a que pasan por situaciones conmovedoras. No obstante, la tristeza es sinónimo de que una persona está atravesando un momento difícil, por lo cual muchas personas tienden a reprimir estos sentimientos u ocultarlos, para que los demás no le pregunten el por qué está triste o llorando. En definitiva, la alegría es aceptada por todos como algo que ocurre esporádicamente, en cambio en la tristeza es algo que muchos tienden a evitar.

Definición del trastorno depresivo mayor

La depresión es una afectación emocional que suele durar entre siete o nueve meses, para que pueda ser considerada como un trastorno, esta condición se caracteriza por el cambio en el ánimo de la persona el cual puede llegar a ser en extremo negativo; este trastorno está muy relacionado a la tristeza, pero con características generales muy distintas, sin embargo, se suelen confundir. El cambio en el estado de ánimo suele deberse a la percepción que se tiene de un extravío de las necesidades básicas del ser humano y la vida en general. Los síntomas del trastorno depresivo mayor generalmente son diferentes sensaciones tales como la culpa, sentimiento de inutilidad, irritabilidad, agotamiento y pérdida del interés en diferentes actividades, es a partir de esto síntomas que se da el desarrollo de diferentes alteraciones tanto fisiológicas como psíquicas que llevan a las personas a un riesgo de entrar en un estado de tristeza profunda, debido a esta aparición de pensamientos negativos sobre el propio individuo que cambia la perspectiva de su ambiente y tiempo.

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que tengas dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, sientas que no vale la pena vivir. (Mayo Clinic, 2021, prr.1)

Los síntomas más comunes que se pueden experimentar son: la tristeza, la pérdida de interés, sentimiento de inutilidad, entre otros, estos provocan problemas en la rutina diaria del sujeto como en el trabajo, la escuela o la familia. Esta condición suele afectar mayoritariamente al género femenino que, al masculino, debido a causas, biológicas u hormonales, por las que pasan las mujeres relacionadas al síndrome premenstrual, depresión post parto, embarazo, entre otros. El trastorno depresivo mayor no puede considerarse como una tristeza temporal, debido a que no existe una recuperación inmediata ante este trastorno, igualmente existen terapias que a largo plazo puede ayudar en este tratamiento para que el sujeto pueda aliviar este estado emocional deprimido.

Trastorno depresivo mayor según el DSM-V

Según el DSM-V (2014) los síntomas del trastorno depresivo mayor son los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
- Pérdida de peso o aumento de peso sin realizar dietas o Disminución o aumento del apetito casi todos
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
- Falta de concentración
- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Episodio depresivo según el CIE 10 (F32)

Según el CIE 10 (2008) en los episodios típicos tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre de un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de un esfuerzo mínimo, habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso de formas leves (p.317).

Causas y factores de riesgo del trastorno depresivo

Según Berry (2020) las principales causas y factores de riesgo pueden ser por enfermedades:

- **Determinadas enfermedades:** tener un trastorno de ansiedad, enfermedades, diabetes, enfermedades terminales, dolores prolongados. Debido a que el dolor

del individuo se desarrolla, generando en él un padecimiento a nivel físico y emocional.

- **Genética:** puede ser causante de que se presente un trastorno depresivo, debido a que los humanos pueden ser susceptibles a sufrir ciertos tipos de enfermedades o algunos trastornos mentales, aunque esto no es sinónimo de que el individuo logre desarrollar dicho trastorno.
- **Acontecimientos de la vida:** los acontecimientos de la vida como la vivencia de un duelo, divorcio, problemas personales, problemas económicos llegan a ser las principales causales, ya que esto se encuentra dentro del entorno del individuo, por lo cual está susceptible a que le ocurran este tipo de episodios o situaciones.
- **Cambios hormonales:** dentro de la población femenina, los cambios hormonales suelen perjudicar al estilo de vida de las mujeres, debido a los constantes cambios de humor, esto sucede durante el trastorno premenstrual, menopausia o embarazo. Cabe recalcar que luego del embarazo se puede presentar un trastorno depresivo post parto, debido a los cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer y la adaptación de ser madre, debido a que los cuidados exhaustivos que la madre realiza para su hijo o hija.
- **Abuso de drogas y alcohol:** el abuso de drogas y alcohol, llega a generar en el individuo sea más propenso a generar un trastorno depresivo, ya que su estilo de vida cambia cuando ingiere esta sustancia, logrando que haya cambios en su estado de ánimo. Conviene subrayar que las personas que pasan por este trastorno, buscan una salida a sus problemas a través de las drogas o alcohol, debido a que esto les genera aliviar su malestar momentáneamente.
- **Algunos medicamentos:** el uso de medicamentos incrementa la posibilidad de que pueda desarrollarse un cuadro depresivo, debido a la composición que poseen. Los medicamentos para el cáncer, esteroides e hipertensión son los que predominan en la lista.

Trastorno de ansiedad

Diferencia entre ansiedad y angustia

Según Álvarez (2021) la angustia pasa como una preocupación leve o temporal, en la cual el individuo piensa soluciones para afrontar la amenaza, la cual suele controlarse. En cambio, la ansiedad es una preocupación prolongada en la cual incluye

imágenes mentales, logrando que el individuo posea síntomas físicos o inmovilidad, logrando disminuir el desenvolvimiento del sujeto en su día a día, debido a que los síntomas no se pueden controlar. De cierta forma la angustia suele manifestarse como una preocupación que puede llegar a ser leve, mientras que la ansiedad tiene efectos que llegan a perjudicar por un periodo prolongado a la salud física y mental del individuo. Así mismo, la angustia logra generar soluciones cuando un problema se presenta, en cambio en la ansiedad se percibe hasta en la más mínima dificultad.

Conviene subrayar que tanto como la angustia y ansiedad llegan a ser similares, pero la angustia es un síntoma del trastorno de ansiedad generalizada. La angustia es una sensación que se presenta en la mayoría de individuos en su día a día, como consecuencia de las preocupaciones propias de la cotidianidad, a la vez es necesaria para que el individuo se encuentre en un estado de alerta, debido a que se pueden presentar situaciones de peligro en la cual deben de actuar y protegerse. De igual forma, el trastorno de ansiedad presenta una lista de síntomas dentro de los manuales de salud como el DSM-V y CIE-10, por lo cual el paciente deberá de presentar estos síntomas durante cierto tiempo, logrando que el profesional de la salud obtenga un diagnóstico clínico adecuado.

Definición del trastorno de ansiedad generalizada

La ansiedad se suele presentar como una respuesta normal del ser humano a situaciones con una alta carga de estrés asociadas a la preocupación frente a diferentes vivencias cotidianas que experimentan las personas, sin embargo, el trastorno de ansiedad generalizada se describe como una sensación exagerada de preocupación que puede llegar a ser desbordante. “Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)” (DSM-5, 2014, p.137). Esta se presenta frente a cualquier evento cotidiano aun cuando no existe algún evento detonante específico, esta preocupación se convierte en un malestar progresivo, esto a la larga termina afectando a las diversas facetas donde se desenvuelve normalmente la persona.

La sintomatología de la ansiedad debe tener un mínimo de 6 meses para ser calificada como un trastorno, además se pueden presentar sensaciones de inquietud, concentración precaria o nula y sensibilidad a ciertos o varios eventos etc. El trastorno

de ansiedad puede desarrollarse en cualquier etapa del desarrollo humano, pero es más común en la etapa adulta, además de ser más común, al igual que la depresión, en mujeres que, en hombres, debido a los procesos y cambios hormonales por los que estas atraviesan.

Se debe tener en cuenta que la ansiedad generalizada no se puede confundir con preocupaciones relacionadas al estrés causado por la cotidianidad, ya que estas suelen ser transitorias, mientras que aquellas relacionadas a la ansiedad suelen ser duraderas, excesivas y pueden manifestarse sin algún tipo de desencadenante que detone este tipo de reacciones.

Sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada

Según el DSM 5 (2014) los síntomas son los siguientes:

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
- Fácilmente fatigado
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)

Ansiedad generalizada según el CIE 10 (F41.1)

Según el CIE 10 (2008) la característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente (P. 323).

Causas y factores de riesgo del trastorno de ansiedad generalizada

La ansiedad se denomina como un tipo de respuesta adaptativa que se dan ante alguna problemática que se presentan en el ambiente del sujeto, vivencias del diario vivir o los distintos peligros que puede representarse, estas problemáticas pueden mostrar cierto nivel de estrés, dando como resultado diferentes manifestaciones tanto neurológica como cognitiva de manera natural.

Las causas más comunes que pueden provocar ansiedad varían entre:

- **Las genéticas:** estas se dan como una respuesta biológica común según la perspectiva en la que se presente el sujeto, además de existir la predisposición genética de heredar este trastorno en el ámbito familiar.
- **Las circunstanciales:** estas se basan en las situaciones que nos llegan a generar una cantidad elevada de estrés, dando como resultado la sensación de ansiedad.
- **Adicciones y consumo de sustancias:** esta se da por la urgencia del consumo de drogas, causando este tipo de dependencia hacia la misma, debido a los estímulos cerebrales que, al no ser recompensado con el consumo, llega a elevar los niveles de estrés.

Al referirse a los factores que llegan a elevar el riesgo de contraer algún tipo de trastorno de ansiedad se puede mencionar:

- **La acumulación de estrés:** esta puede ser causada al enfrentarse a eventos constantes con cargas de angustia excesiva que llegan a sobrecargar al sujeto.
- **La personalidad:** debido a la existencia de ciertos trastornos de personalidad como el trastorno paranoide, esquizoide o de evitación, la cuales puede desembocar al desarrollo de ciertas inseguridades que promueven la sobreexposición del estrés.
- **El estrés provocado por enfermedades mentales:** los trastornos mentales que puede padecer una persona tienen incidencia en los niveles de estrés del sujeto, debido a la preocupación constante de los tratamientos y poco control que tiene ante estos padecimientos, causando en ellos la disminución de esperanza de un futuro prometedor, por lo que puede ser propenso de padecer de un trastorno de ansiedad.

- **Los traumas:** son uno de los factores más comunes de estrés debido a la carga emocional que conllevan el o los eventos traumáticos y los efectos que tienen sobre el individuo al realizar ciertas actividades o retomar ciertos lugares.

El estrés y su relación con el trastorno depresivo o ansioso

El estrés, la ansiedad y la depresión son trastornos psicológicos que en la actualidad cada vez son más las personas que las padecen, por lo que son objeto de estudio dentro de las áreas de la salud mental, estos trastornos llegan a afectar sobre todo a las capacidades productivas de muchos individuos dentro del área laboral, familiar o escolar, por otro lado el más común e identificable de estos llega a ser el estrés, este llega a ser una reacción del cuerpo ante las diferentes adversidades del ambiente que se confronta, los cuales dan como resultado un cambio de manera emocional y conductual en el sujeto, por lo que se origina una sensación de incapacidad en la realización de actividades. El estrés se desarrolla en diferentes ámbitos de la cotidianidad, pero el exceso del mismo puede llegar a ser perjudicial, por lo que se ha convertido en el principal detonante para la gran mayoría de casos de ansiedad y depresión.

A pesar de que los 3 trastornos como se mencionó con anterioridad suelen ser incapacitantes, se ha demostrado que existe una mayor relación con respecto al estrés y la ansiedad, esto es debido a que el estrés y la ansiedad suelen ser respuestas adaptativas con influencia del entorno al que se expone el sujeto, dando como resultado algún tipo de cambio con respecto al nivel cognitivo o alguna alteración en el ámbito fisiológico como serían los cambios físico y emocionales con relación a la salud.

La comorbilidad del trastorno depresivo y de ansiedad generalizada puede relacionarse también al estrés:

El estrés, inicia de las exigencias a presiones con resultado agotador y desgastante manifestado por dolores de cabeza, tensión muscular, malestar estomacal y otros síntomas; una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés; si no es liberado se convierte en estrés crónico; es extenuante debilita y destruye a la persona en el ambiente psicosocial, no ven salida ante situaciones deprimentes,

exigencias y presiones interminables, sin esperanzas y la persona abandona la búsqueda de soluciones. (Sánchez et. al, 2019, p. 31)

Síndrome de burnout relacionado a la depresión y ansiedad

Los síntomas del síndrome de burnout se relacionan al agotamiento físico y psicológico:

Según la OMS (2022) el burnout se clasifica como un fenómeno solo dentro del aspecto laboral, en la cual se presenta; agotamiento, cansancio, exhausto, negativismo, falta de energía y el distanciamiento o reducción de la eficacia dentro del área laboral. Observó que, después de un año de trabajo repetitivo comenzaban a manifestar pérdida de la energía, con síntomas de agotamiento; que conducía al desarrollo de cuadros de ansiedad y depresión. Seguían asistiendo a la clínica y haciendo su trabajo, pero sin ningún tipo de motivación, haciendo sufrir el trato con los pacientes, ya que por lo regular los voluntarios se mostraban agresivos y apáticos hacia ellos. Hizo uso del término de burnout para referirse al desgaste ocasionado por demandas crónicas y excesivas de un trabajo. (Freudenberger, como se cita en Lovo, 2020)

En efecto, las exigencias o múltiples actividades del trabajo generan malestar no solamente a nivel físico, sino psicológico, esto tiene como consecuencia que el individuo no logre realizar correctamente su trabajo, logrando perjudicarse a sí mismo y a los demás. Cabe recalcar, que el estrés llega a estar presente dentro de la mayoría de los individuos, sin embargo, se vuelve grave cuando estos síntomas son cada vez más predominantes con el pasar del tiempo.

“Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir las que necesitan altas dosis de entrega e implicación” (Polacov et. al., 2021, p.372). Por esta razón, la calidad de salud mental va disminuyendo, debido a que el individuo no se siente estable en todas sus facultades, por lo cual le va a generar cierto malestar. Dentro del área hospitalaria, los médicos

residentes viven en una constante demanda, debido a que deben de cumplir múltiples funciones, acompañadas de la variedad de quejas que sus pacientes presentan.

El síndrome de burnout puede o no estar acompañado de algún trastorno depresivo o ansioso, debido a la gran comorbilidad que existe entre este síndrome y los trastornos antes mencionados:

Observó que, después de un año de trabajo repetitivo comenzaban a manifestar pérdida de la energía, con síntomas de agotamiento; que conducía al desarrollo de cuadros de ansiedad y depresión. Seguían asistiendo a la clínica y haciendo su trabajo, pero sin ningún tipo de motivación, haciendo sufrir el trato con los pacientes, ya que por lo regular los voluntarios se mostraban agresivos y apáticos hacia ellos. Hizo uso del término de burnout para referirse al desgaste ocasionado por demandas crónicas y excesivas de un trabajo. (Freudenberger, 1974, como se cita en Lovo, 2020)

Trastorno mixto

Definición de trastorno mixto

Se define a este trastorno como el padecimiento entre sintomatología depresiva y ansiosa, sin la necesidad de que se cumplan todos los síntomas de alguno de los 2 trastornos, por lo tanto se considera como una combinación de características referentes al ámbito tanto ansioso como depresivo, debido a que ninguna de las 2 tiene una intensidad lo suficientemente notable, para ser diagnosticadas de manera aislada, sin embargo se puede resaltar diferentes síntomas que se dan en este tipo de trastorno, como se puede observar en la baja concentración o pésima memoria, irritabilidad, falta de sueño, hipervigilancia, llanto fácil, baja autoestima y sentimiento de inutilidad etc.

Las características más comunes que comparten la ansiedad y la depresión son aspectos nocivos en el ámbito emocional, como serían los estados de irritabilidad, sensación de culpa y un estado de ánimo deplorable, es por este motivo que las personas que padecen del trastorno mixto no pueda llevar una vida normal, debido a que esto llega afectar su nivel laboral, familiar y social.

El trastorno mixto ansioso-depresivo según el CIE 10 (F41. 2)

Según el CIE 10 (2008) se denomina al trastorno mixto de ansiedad y depresión a: Esta categoría que debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y, por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada (p. 323).

Cifras estadísticas del trastorno depresivo y de ansiedad generalizada

Cifras de depresión según la OMS

De acuerdo con la OMS (2021) la depresión es considerado como un trastorno bastante habitual entre la población, más específicamente dentro de un 3,8% de la población mundial, entre otras cifras más derivadas se tiene un 5% de la población adulta y un 5,8% de adultos mayores a los 60 años que padece de este mal. Dentro del rango mundial existen al menos 280 millones de individuos que padecen depresión, por cada año se ha calculado que el suicidio es una de las diferentes razones que están dentro del rango de causa de muerte en la sociedad, tomando el cuarto lugar dentro del rango, se estima que más de 700000 personas entre los 5 a 29 años se quitan la vida por año (prr.1).

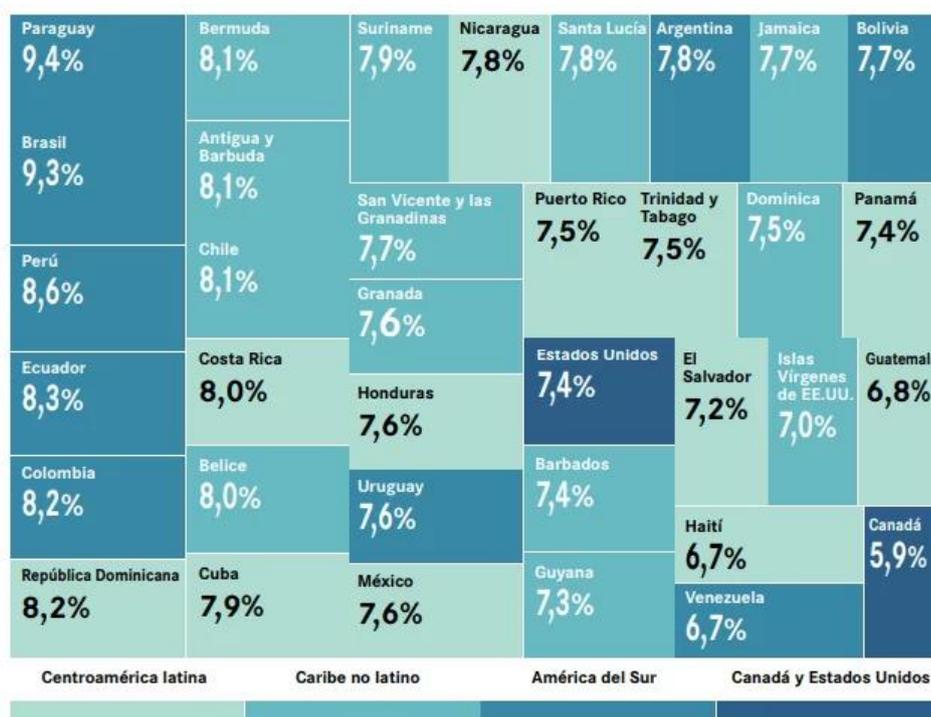
Por otro lado, se ha tenido en cuenta esta problemática y las afectaciones que tiene en las personas, por lo que se ha creado diferentes tratamientos dentro del área psicológica y lo medicinal para tratar con este mal, sin embargo, no todo el mundo puede tener acceso a estos tratamientos, “Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno” (OMS, 2021, prr.2). La población que padece de este trastorno no tiene posibilidad de obtener este tipo de terapias debido a que su país carece de este tipo de recursos, por su bajo nivel económico y la estigmatización de la salud mental.

Cifras de ansiedad según la OMS

Según OMS (2017) El número total estimado de personas que viven con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones. Este total para 2015 refleja un aumento del 14,9% desde 2005, como resultado del crecimiento de la población y el envejecimiento. (P. 10).

Figura 1

Gráfico de porcentaje de trastorno depresivo de cada país

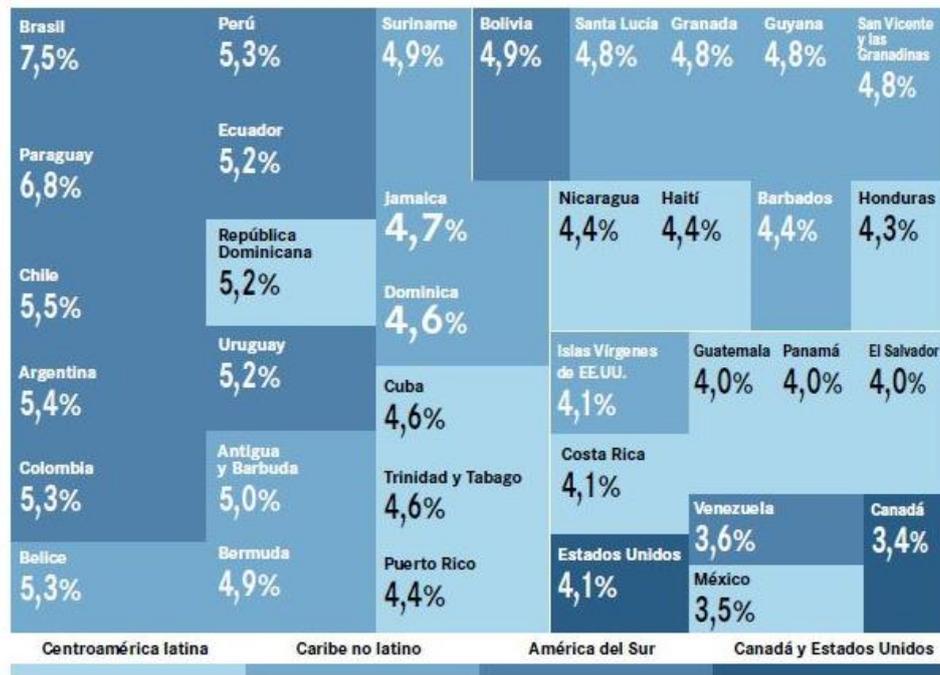


Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

Nota. Adaptado de La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (p. 14), por Organización Panamericana de la Salud, 2018, IRIS-PAHO.

Figura 2

Gráfico de porcentaje de trastorno de ansiedad de cada país



Nota. Adaptado de La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (p. 16), por Organización Panamericana de la Salud, 2018, IRIS-PAHO. Los países con mayor porcentaje de casos se encuentran en la parte izquierda y los de menor porcentaje en la parte derecha.

CAPÍTULO II

TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL

Historia del cognitivo conductual

Se puede definir a la terapia cognitivo conductual como la prueba de métodos psicológicos con comprobación científica y procedimiento asegurados, es por medio de la experimentación, que se nos da a entender que existe una gran diferencia entre los conocimientos actuales y los que se tenía hace algunos años sobre este enfoque, los cuales han venido cambiando y desarrollándose para su adaptación a las índoles de cada generación.

Este tipo de estudios proviene originalmente de las investigaciones de James Watson, ya con el tiempo se llegaron a incluir otro tipo de investigaciones que eran parte del área de psicología, para ser más específico, por parte de autores como Thorndike, Skinner y Bandura, los cuales ayudaron al desarrollo de la psicología conductual gracias a la conservación de sus investigaciones y conocimientos. Ya más adelante se dio un punto de encuentro con las estructuras cognitivas, ayudando a que está también fuera incluida dentro del modelo de investigación, dando, así como resultado la configuración del modelo conductual.

Es a partir de este punto donde se explica el desarrollo del modelo cognitivo, el cual tuvo origen gracias a Aaron Beck, con el objetivo de desarrollar un tratamiento en los trastornos depresivos, este tipo de terapia se centra más en la modificación de conductas conflictivas, pero principalmente para los pensamientos autodestructivos que se origina por asociaciones a motivos específicos, para este método se tomó en cuenta el modelo educativo, con la búsqueda de la participación activa del paciente, para que el mismo pueda aprender y revalorizar sus propios patrones de pensamiento autodestructivo. Desde este punto se puede concluir que el modelo cognitivo se basa en la combinación de teorías de aprendizaje con conceptos del análisis de datos. A partir de lo ya explicado se puede atribuir que la teoría cognitivo conductual se estructura principalmente de las bases cognitivas que condicionan la conducta.

Tipos de terapias cognitivo conductuales de segunda generación

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

El TREC o mejor conocida como la terapia racional emotiva, es un tipo de terapia conductual que consiste en la revisión de los pensamientos irracionales que invaden al sujeto, esta se enfoca en patrones asociados al malestar psicológico del sujeto, para que a partir del análisis de estos pensamientos se pueda orientar a la mejoría, dando como resultado un razonamiento más elocuente para que el paciente pueda lidiar con la problemática que lo aqueja. El enfoque de esta terapia no percibe los sucesos externos como los causantes de nuestras problemáticas o nuestra sensación de malestar, para ser más específicos, se plantea que los eventos externos no serían lo que nos causan este malestar emocional, sino más bien como el sujeto llega a percibir estos sucesos.

La función del TREC se centra en el presente que experimenta el sujeto, dándole a entender sobre las estructuras de pensamientos o creencias del que se constituye para ayudarlo a entender que parte del mismo ocasiona su malestar emocional, esto es debido a que esta propia estructura de creencias lleva al sujeto a realizar comportamientos autodestructivos que obstaculizan su diario accionar, por lo tanto, en el momento que se identifican estos pensamientos intrusivos, se procede a la modificación de las mismas para que se reemplace con acciones más constructivas, lo que poco a poco le ayuda a desarrollar un nuevo punto de vista ante la vida.

Terapia Cognitiva

Cuando hablamos de la terapia cognitiva nos referimos a un tipo de terapia psicológica que se centra mayoritariamente en el análisis de pensamientos negativos que afectan la visión de la realidad, provocando que este tenga una sensación de negatividad ante la misma, condicionando nuestra forma de percibir y actuar ante la situación que se presenta, este tipo de terapia probé los recursos necesarios para procesar este tipo de percepciones o pensamientos negativos que se tienen de su ambiente o de su propio ser, es decir, que este tipo de terapia ayuda a identificar y analizar nuevas formas de sobrellevar lo que siente.

La terapia cognitiva se basa en la puntuación de metas que se dan durante las sesiones, para que se cumplan durante ese corto plazo, este tipo de metas son acordadas

durante las sesiones, lo cual da paso a una acción activa tanto desde el rol del paciente como del terapeuta, aunque durante todo este proceso debe existir una participación activa y deseo de cambiar por parte del paciente, para que la terapia sea totalmente efectiva, dando como resultado una interpretación más flexible de los pensamientos negativos que el sujeto percibe desde su realidad.

Terapia de Resolución de Problemas (TRP)

Desde hace mucho se ha considerado la filosofía y la psicología como un tipo de método para solucionar algún tipo de problema en las personas, la capacidad de solucionar problemas siempre ha permitido una mayor capacidad del individuo a adaptarse al entorno que lo rodea, ayudando al mismo a la prevención de cualquier trastorno psicológico. Al hablar de la terapia de solución de problemas (TPR), podemos referirnos a ella como una técnica dentro del área de la psicología conductual que ayuda a la resolución de eventos que lleguen a cargar una gran cantidad de estrés sobre el individuo en su diario vivir, por lo que este tipo de técnica al ser fácil de aplicar y ser bastante efectiva, puede ser utilizada en cualquier tipo de situación que conlleve estrés para el individuo.

Este tipo de técnicas tiene como objetivo ya posee para proceder ante la situación estresante, dándole una sensación de control ante la problemática presentada, una vez se ha dado el método se procederá a darle una construcción esquematizada para sobrellevar sus situaciones estresantes o problemáticas, ya con todo esto construido se procede a la administración de métodos que ayuden a sobrellevar las diferentes problemáticas que pueda presentar más adelante.

Tipos de terapias cognitivo conductuales de tercera generación

Terapia Dialéctico Conductual (TDC)

La terapia dialéctico conductual es un tipo de terapia psicológica desarrollada por la Dra. Marsha Linehan que es utilizada para procedimientos donde se trata a pacientes con dificultad o nulo manejo de sus propias emociones o con conductas impulsivas, en otros casos también funciona en tratamientos con pacientes que padecen trastornos de personalidad límite. Este tipo de terapia apareció durante el desarrollo de las terapias de tercera generación en el área psicológica, lo que quiere decir que

incorpora ciertos aspectos metodológicos de la segunda generación del cognitivo conductual.

Este tipo de terapia se basa en la integración, dando como resultado la mezcla entre concepciones cognitivas conductuales y la filosofía budista, la cual se basa en la aceptación del sufrimiento, este tipo de terapias puede usarse en diferentes trastornos como ya mencionado antes el trastorno de personalidad límite, la ansiedad y la depresión, debido a su gran enfoque con los problemas de inestabilidad emocional extrema.

Terapia de Activación Conductual (AC)

La terapia de activación conductual es una terapia que está dentro de la tercera generación de terapias cognitivo conductuales, esta nació con el objetivo de dar tratamiento a los casos de depresión o diferentes problemas que también puede presentarse en el sujeto, este tipo de terapias basa tu tratamiento a partir del contexto de la persona, para explicar los acontecimientos que padece, es así que da como resultado un tipo de terapia que actúa a partir de diferentes actividades que exponen al sujeto a estimulaciones positivas, las cuales se utilizan para reforzar este tipo de sensaciones positivas, este tipo de refuerzos es utilizada con el objetivo de que se dé un cambio en los comportamientos del sujeto.

Desde otro punto de vista, se pueden utilizar para “reanimar” al paciente por medio de herramientas de aprendizaje, para que dentro de un tiempo determinado el paciente pueda realizar este tipo de conductas que conllevan a un objetivo en general que sea gratificante para el mismo, este tipo de terapias considera fundamental que el la depresión no es algo que el sujeto puede padecer, sino más bien es una situación negativa en la que el mismo se encuentra, además de tener cierta influencia por parte de los primeros enfoques que realizó Skinner, para ser más específicos con el conductismo radical.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Este tipo de terapias está basado en el tratamiento de los trastornos que nacen debido a esta visión del sujeto con respecto a su inevitable deseo de sobrellevar una vida sin sufrimiento:

La Terapia de Aceptación y Compromiso se estructura en torno a dos conceptos centrales, 1) el concepto de evitación experiencial, que en muchas ocasiones da cuenta del mantenimiento de los trastornos y, por tanto, del sufrimiento humano y 2) los valores personales, entendidos como guías de actuación para caminar en la dirección de la realización personal. (Ruiz et al, 2018, p. 522)

La terapia de aceptación y compromiso tuvo su mayor acogida a lo que podemos llamar, las terapias de tercera generación en el ámbito cognitivo conductual, este tipo de terapia es utilizada para brindarle al paciente una vida más plena y elocuente, por medio de la aceptación a este tipo consecuencia a la que está expuesta la persona, según la Dra. Carmen Luciano esto se da debido a que por lo general el ser humano construye estos sentimientos y valores según las vivencias que se haya tenido, por lo que esta terapia ayuda a entender este tipo de comportamientos y que se aprenda a interrelacionarse con las mismas, para tener una guía de hacia dónde quiere dirigirse.

Este tipo de terapia ayuda en el aumento de significancia en la vida del paciente, esto se da debido al conjunto de procesos y técnicas que se utilizan en la intervención para que este pueda desarrollar una mayor aceptación ante los pensamientos o acontecimientos que lo marcó como una vivencia significativa, para que pueda para marcar una mayor orientación con sus valores significativos.

Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR)

El Mindfulness es una terapia que fue diseñada en el año de 1979 dentro de establecimiento de medicina de la universidad de Massachusetts por el autor Jon Kabatt-Zinn, este programa se basó con 2 objetivos centrales, los cuales se basan en convertir a las personas en practicantes de la meditación, por medio de actividades como el yoga, para fomentar el incremento de salud, además de ayudar a que se dé un descenso en los niveles de estrés. En cambio, el otro objetivo, se basa más en un extenso abordaje ajustable a los diferentes contextos del mantenimiento y

administración de la salud, más específicamente en malestares como el estrés o el dolor.

Este tipo de tratamiento fue construida desde la idea de ser un complemento y no como una opción a la terapia conocida, este tipo de actividad se puede realizar de manera grupal, esto se daría de manera constante, a partir de 8 semanas específicamente con duraciones promedio de 2 horas con 30 minutos, para proceder con el Mindfulness y sus actividades, se debe tener en cuenta una guía por parte de líder o instructor, además de unas charlas dirigidas que ayudarán a reforzar la actividad de los participantes. A pesar de que las actividades se hacen en conjunto, existe un apartado que aclara que los participantes deben tener un día de retiro en el cual se deberá practicar la relajación del Mindfulness, así como la implicación de actividades como el yoga.

Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT)

La terapia conductual basada en el Mindfulness es vista como un tipo de ramificación de la terapia de reducción de estrés basada en Mindfulness, pero la diferencia con esta terapia es que su objetivo principal es contrarrestar el colapso emocional que sufren los pacientes con trastornos psicológicos, un claro ejemplo de estos trastornos sería la depresión mayor, a pesar del uso que tiene, no se lo considera como un tipo de tratamiento para el trastorno depresivo, sino más bien, es conocido por su uso preventivo, dándole la cualidad al paciente de detectar estos patrones de malestar y dándole pautas de cómo sobrellevarlos de una mejor manera.

Se trata en todo momento de evitar las recaídas depresivas, esto debido a que los síntomas depresivos pueden presentarse de manera periódica, por lo que se crea el modelo de vulnerabilidad cognitiva, el cual intenta responder el por qué y cuándo aparecen estos síntomas depresivos, explicando de esta manera cómo estos llegan a afectar el ánimo del individuo, haciéndolo más propenso a recaer en el trastorno, debido a lo vulnerable que queda a nuevos estímulos, esto es debido a que mientras más recaídas depresivas se tengan, más probable es su decaimiento.

CAPÍTULO III

PREVENCIÓN Y SALUD MENTAL

Definición de prevención

La prevención puede ser asociada naturalmente al ámbito médico o de salud psicológica, debido a que es a partir de esta, que se da advertencias o se pone énfasis a ciertos factores de riesgo, por lo que se anticipa el cuidado de población ante las posibles problemáticas, como enfermedades físicas o mentales, por medio de la promoción de conductas más conscientes, para fomentar la potenciación de acciones que atribuyen a la protección de la salud en general y detener las posibles consecuencias que pueda tener la propagación de la enfermedad. “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998, p.13).

Desde el punto de vista de la salud, la prevención primaria representa el primer escalón de prevención y, por tanto, el más deseable, ya que impide la aparición de nuevos casos de enfermedad (disminuye la incidencia y prevalencia de la enfermedad). La prevención secundaria resulta también importante para evitar una progresión indeseable de la enfermedad. Así, por ejemplo, una adecuada medida de prevención secundaria para evitar la depresión crónica resulta el tratamiento adecuado con antidepresivos en un paciente en un primer episodio de depresión o un diagnóstico precoz de la enfermedad. (Mendive, 2021, párr. 33)

La prevención tiene varios niveles los cuales ocurren en diferentes momentos, pero tienen la misma finalidad, ya que buscan monitorizar un problema de salud. Estas son fases que van ascendiendo de acuerdo a cómo se agrava la situación del paciente, estas etapas son necesarias para que se pueda dar un plan preventivo apropiado, para prevenir el incremento del malestar en la población. Los niveles de prevención son: primaria, secundaria y terciaria, estos comparten un objetivo en común, el cual es lograr que los problemas de salud mental, puedan evitarse y en el caso de que ya se presenten, poder manejar los diferentes escenarios para mejorar la calidad de vida de las personas.

Niveles de prevención

A los niveles de prevención se los puede definir como estrategias o las acciones que se llevan a cabo, para de esta forma buscar contrarrestar la aparición de una enfermedad o la propagación de la misma, para que no exista ningún tipo de efecto negativo causado por su padecimiento, estas se dividen en 4 niveles los cuales son.

La prevención primaria, se la conoce como el primer punto en la escala de prevención, así como el más esencial, ya que se caracteriza por anticipar o evitar la incidencia de las enfermedades y la aparición de nuevos casos de una afección. Esta tiene como objetivo principal crear medidas destinadas a impedir la aparición de un problema, por medio de acciones específicas destinadas a este fin.

La prevención secundaria tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad antes de que ya no pueda ser manejado, por medio de la detección precoz y el tratamiento oportuno para de esta forma disminuir la aparición de síntomas y reducir el tiempo de duración de los mismos, esto por medio de la implementación de medidas adecuadas, para una intervención inmediata en la enfermedad en su periodo inicial, para de esta manera evitar la propagación de la misma.

La prevención terciaria se refiere a las acciones tomadas para la rehabilitación de los pacientes que demuestran tener un nivel de afectación superior a lo normativo en el área funcional y reducir los efectos residuales de la enfermedad, ayudando de esta manera a que el individuo pueda volver paulatinamente de su estado deteriorado a uno más funcional.

Por último, se conoce a la prevención cuaternaria como aquella destinada a la prevención de las posibles lesiones o repercusiones negativas con respecto al tratamiento exagerado o innecesario ante alguna enfermedad, por lo que siempre se lleva una prescripción médica determinada para cada paciente y sus diferentes características biológicas.

Sáinz (2009) Describió que la prevención cuaternaria en salud mental trata de evitar los efectos adversos del empleo excesivo de la psicofarmacología y de las diversas formas de psicoterapia (p. 1). la prevención cuaternaria se conoce en un ámbito más correspondiente a la salud médica, por lo que no se comprende mucho dentro concepto de la salud mental, sin embargo se tiene en cuenta que actualmente se ha considerado la prevención cuaternaria como un punto aplicable dentro de la área de

salud mental, esto es debido a que actualmente se tiene en cuenta el aumento de trastornos mentales en la sociedad, lo que produce que en el ámbito psicoterapéutico, los terapeutas quieran aplicar ciertas técnicas o terapias en pacientes que tal vez no carguen con un exceso diagnóstico, a problemáticas más simples que se presenten dentro del consultorio, por lo cual no se debería diagnosticar patologías en casos no tan graves o emplear terapias especializadas en tratamiento de menor índole. Así mismo dentro del ámbito psiquiátrico, el trastorno depresivo y de ansiedad generalizada son consideradas como enfermedades crónicas, por lo cual en ciertas ocasiones requieren el uso de medicamentos prescritos por un psiquiatra, que en ciertos pacientes no suele ser la mejor opción de tratamiento, debido a que los cuadros clínicos suelen empeorar. Sin embargo, lo que busca la prevención cuaternaria es que se busque un tratamiento adecuado para el paciente, en la cual pueda prevenirse la medicación en casos clínicos de menor magnitud, logrando que la intervención psicológica sea la primera opción como proceso de recuperación.

Programas de prevención

Los programas de prevención se denominan al conjunto métodos que impidan o retengan el progreso de la manifestación de problemas de cualquier índole en un grupo en particular, también son importantes, debido a que se refieren a un grupo específico, al cual se le dará los trabajos de prevención, estas se dividen en ciertos términos los cuales son:

- ✓ **La prevención universal:** se centra en el grupo de manera completa o general, sin ningún tipo de distinción, para esta no existen grupos con factores de riesgo de los cuales no se tenga como objetivo la prevención, sino más bien se basan en el grupo o población, de manera global, lo cual permite aumentar los niveles de precaución y promoción de la salud en general.
- ✓ **La prevención selectiva:** se da en grupos que tengan una probabilidad mucho mayor de desarrollar algún tipo de problemática, ya sean psicológicas, patológicas o sociales, por lo que se basa en reducir la regularidad estos factores negativos que se reproducen en estos grupos, además se desarrolla un medio de apoyo más coordinado. Este programa de prevención concuerda con la investigación que se va a realizar a los residentes, debido a que nos basamos

en la prevención de problemáticas ya presentes en los grupos con características y cualidades específicas como se da en el caso de los residentes del área hospitalaria, en cuanto a la problemática que se trataría de reducir sería los trastornos emocionales, como la presencia de depresión y ansiedad provocada por las extensas horas de guardia en la institución médica.

- ✓ **La prevención indicada:** se basa en el tratamiento de personas que demuestran tener claras asociaciones a los síntomas o conductas de riesgo, aclarando que estas personas pueden no presentar concretamente un padecimiento o el cumplimiento del diagnóstico completo de la enfermedad, por lo que este tipo de prevención se dirige más a los individuos que pueden mostrar diferentes patrones que se clasificarían como desfavorables pero sin llegar a al punto de denominación de un individuo con tal tipo de diagnóstico.

La salud mental según la OMS

Determinantes de la salud mental

La mala salud mental se asocia a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. (OMS, 2022, párr. 5)

Las condiciones estresantes que suelen encontrarse en el trabajo, es lo que algunos individuos presentan, debido a que cumplen con un régimen que les resulta agotador, ya que poseen muchas responsabilidades. Por otra parte, los malos hábitos, como la mala alimentación y sedentarismo, hacen que el cuadro clínico del individuo pueda agravarse con el paso del tiempo. Así mismo, si una persona lleva un estilo de vida saludable, los síntomas pueden disminuir en ciertas ocasiones, logrando una mejoría en el individuo. No obstante, también deben de seguir un plan terapéutico, debido a que la alimentación es un paso secundario a la hora de la recuperación, ya que el pilar fundamental es la terapia o prevención que se brinda.

Promoción y protección de la salud mental

Con respecto a los entornos, estos deben de mantener un ambiente de respeto hacia los individuos, debido a que el objetivo es brindar un ambiente cómodo y cálido para ellos. Así mismo, la protección es otro pilar fundamental, ya que se debe proteger sus derechos en todo momento.

Por otra parte, la creación de programas de prevención, funciona para todas las edades, debido a que busca brindar métodos adecuados para cada tipo de población, como los niños, jóvenes y población geriátrica. Cabe recalcar que, en cada etapa de la vida del ser humano, hay problemas que pueden presentarse con más frecuencia. Sin embargo, los trastornos mentales pueden aparecer en cualquier edad, ya que es algo que no tiene una edad estandarizada, ya que el individuo desde su niñez hasta adultez vive ciertos aspectos de su vida que pueden propiciar a padecer un trastorno mental.

Atención y tratamiento de trastornos de salud mental

Alrededor de los últimos 10 años, el conocimiento acerca de la morbilidad de los trastornos mentales ha generado que se sepa que se debe de realizar en estos casos, en la cual se presentan intervenciones costos eficaces y a la vez viables. (OMS, 2022, párr. 12). Así mismo, la morbilidad representa que un grupo o una cantidad de individuos que padecen la misma enfermedad, en la cual la salud mental también se encuentra involucrada. Debido a que pueden padecer ciertos trastornos mentales como la depresión o ansiedad generalizada.

De igual forma, es de suma importancia el desarrollo y aplicación de políticas que ayuden a la salud mental, en la cual las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales sean satisfechas y atendidas, ya que esto mejorará en ellos su estilo y calidad de vida, por lo cual podrán desenvolverse de mejor forma en cualquier ámbito social o personal.

Respuesta de la OMS

Según la OMS (2022) señala los siguientes aspectos a considerar:

- ✓ Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud mental.
- ✓ Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades.
- ✓ Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- ✓ Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Dentro de estos aspectos, el refuerzo de la salud mental es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la sociedad. De igual forma, los sistemas de información deben de tener información actualizada de las estadísticas, logrando una mayor concientización por parte de los países, instituciones, individuos y etc.

Profundizar en el valor y el compromiso que atribuimos a la salud mental

La OMS (2022) señala que “incluir a las personas con trastornos mentales en todos los aspectos de la sociedad y la toma de decisiones para superar la estigmatización y la discriminación, reducir disparidades y promover la justicia social” (párr. 12). Así mismo, esto beneficia a las personas que padecen algún tipo de trastorno mental, debido a que en muchas ocasiones pueden ser rechazadas a la hora de conseguir un empleo, debido a su condición. Por este motivo, la OMS busca que haya las mismas oportunidades y beneficios dentro de cualquier ámbito laboral.

Las personas con trastornos mentales suelen ser excluidas de la vida comunitaria y se les niega el ejercicio de derechos fundamentales. Por ejemplo, no solo sufren discriminación en el acceso al empleo, la educación y la vivienda, sino que, además, tampoco gozan de igual reconocimiento como personas ante la ley. (OMS, 2022. p.5)

Con relación a los médicos residentes, se necesita reeducarlos en torno a los problemas de salud mental, como los trastornos depresivos y ansiedad generalizada, forman parte de la sociedad, debido a que cada día hay más personas que sufren este tipo de trastornos mentales, en la cual las personas afectadas tienen miedo o vergüenza de comunicarlo a los demás, ya que pueden generar rechazo por parte de sus colegas.

Reorganizar los entornos que influyen en la salud mental, como los hogares, las comunidades, las escuelas, los lugares de trabajo, los servicios de atención de salud o el medio natural

Generar espacios de atención psicológica, logra que las personas se sientan escuchadas y entendidas, teniendo como resultado una posible disminución del malestar psicológico:

Fomentar la colaboración intersectorial, especialmente para comprender los determinantes sociales y estructurales de la salud mental, e intervenir de formas que reduzcan riesgos, generen resiliencia y desguacen las barreras que impiden a las personas con trastornos mentales participar plenamente en la sociedad. (OMS, 2022, párr. 13)

De igual forma, se busca que los aprendizajes obtenidos a través de programas de psicoeducación, sean acogidos por los médicos residentes, en la cual se fomente la comprensión de las personas que puedan padecer un trastorno depresivo y ansiedad generalizada. Así mismo, informar a los médicos residentes acerca de los varios conceptos psicológicos, entre ellos la resiliencia y cuál es su beneficio en la actualidad, ya que esto es una herramienta que sirve para el bienestar mental de la persona.

Reforzar la atención de salud mental cambiando los lugares, modalidades y personas que ofrecen y reciben atención de salud mental.

“.....se incluye la adopción de un método de distribución de tareas que amplíe la atención basada en evidencias, a fin de que pueda ser ofrecida también por trabajadores generales de la salud y proveedores comunitarios” (OMS, 2022, párr. 16). En cuanto a las tareas de atención para los pacientes, estas deben de estar avaladas por el régimen científico, debido a que poseen más credibilidad, ya que han pasado por varios estudios y análisis, que han dado como resultado cierta eficacia a la hora del tratamiento de ciertos trastornos mentales, como la depresión y ansiedad.

Cabe destacar, que la virtualidad ha sido de gran ayuda para muchas personas que tienen un dispositivo móvil y acceso al internet, ya que a través de sus hogares

pueden realizar diversas tareas, una de ellas puede ser la atención psicológica digital o autoayuda en momentos críticos, en la cual la movilización o el tiempo es limitado. De cierta forma, el paciente puede presentar una crisis o urgencia, en la cual opte por llamar a su psicólogo o su red de apoyo más cercana.

La salud pública

Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública

La promoción de la salud mental no solamente iría a sectores específicos, sino también se debería de llevar a cabo en múltiples lugares y así lograr que la prevención llegue a más sujetos:

Dado que los factores que determinan la salud mental son multisectoriales, las intervenciones destinadas a promover y proteger la salud mental también deben llevarse a cabo en múltiples sectores. Y cuando se trata de prestar atención de salud, también es necesario un enfoque multisectorial porque las personas con trastornos mentales suelen necesitar servicios y apoyos que no se limitan al tratamiento clínico. (OMS, 2022, p.2)

Si se llega a presentar un desequilibrio en su salud mental, debido a múltiples momentos o situaciones críticas, esto generaría que no puedan desenvolverse de la forma más óptima dentro de su entorno.

La salud mental en el mundo actual

Estas estadísticas representan la frecuencia de casos de trastornos mentales que se presentan en la población:

En todos los países, los trastornos mentales son muy frecuentes. Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía en función del sexo y la edad. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres. (OMS, 2022, p.3)

En efecto, los trastornos depresivos y de ansiedad son los que representan un gran porcentaje dentro de los padecimientos de la población. Por esta razón, se deben

generar nuevas alternativas, para que esta problemática, vaya disminuyendo progresivamente.

Beneficios del cambio

El compromiso con la salud mental es una inversión en una vida y un futuro mejor para todos. Invertir en una salud mental...representa un impulso para la salud pública. Puede reducir en gran medida el sufrimiento y mejorar la salud, la calidad de vida, la forma de desenvolverse y la esperanza de vida de las personas con trastornos mentales. (OMS, 2022, p.5)

En cuanto a las inversiones, no solamente se debe de realizar una inversión monetaria, sino más bien una inversión en psicoeducación, debido a que esto servirá para la prevención de los trastornos mentales. Aparte de la prevención de enfermedades contagiosas, también se debe prevenir las enfermedades no tangentes, en este caso los trastornos mentales, debido a que perjudican al individuo físicamente y psicológicamente, logrando que su malestar lo deshabilite de manera progresiva.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Operacionalización de variables relacionado a la encuesta

Tabla 1

Operacionalización de variables.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Bienestar mental.	Autonomía.	Frecuencia de la preocupación.	¿Usted se ha preocupado por su salud mental desde que pertenece al personal de salud? ✓ Muchas veces ✓ Pocas veces ✓ Casi nunca ✓ Nunca
		Atención psicológica.	¿Ha recibido terapia psicológica? ✓ Si ✓ No Si su respuesta anterior fue si, ¿Cuál fue el motivo? ✓ Depresión ✓ Ansiedad ✓ Otro:

Nota. Algunas variables, dimensiones o indicadores llegan a repetirse en algunas preguntas.

Tabla 2*Operacionalización de variables.*

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Trastorno depresivo.	Sintomatología del trastorno depresivo.	Tiempo de concurrencia de los síntomas.	<p>o Antes del inicio de su programa de residencia ha tenido estos síntomas depresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 año o + <ul style="list-style-type: none"> – de 1 año ✓ 6 meses o + ✓ Una semana o + ✓ Rara vez ✓ Nunca <p>Grado o nivel de la sintomatología.</p> <p>Desde que inició su programa residencia ha tenido los siguientes síntomas depresivos. (Se repite las opciones de respuesta que el ítem anterior)</p>

Nota. Algunas variables, dimensiones o indicadores llegan a repetirse en algunas preguntas.

Tabla 3*Operacionalización de variables.*

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Trastorno de ansiedad generalizada.	Sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada.	Tiempo o concurrencia de los síntomas.	<p>o Antes del inicio de su programa de residencia ha tenido estos síntomas de ansiedad generalizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 año o + ✓ - de 1 año ✓ 6 meses o + ✓ Una semana o + ✓ Rara vez ✓ Nunca <p>Grado o nivel de la sintomatología. Desde que inició su programa residencia ha tenido los siguientes síntomas depresivos. (Se repite las opciones de respuesta que el ítem anterior).</p>

Nota. Algunas variables, dimensiones o indicadores llegan a repetirse en algunas preguntas.

Tabla 4*Operacionalización de variables.*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Aspectos de la salud mental.	Incremento de síntomas del trastorno de ansiedad.	Grado de incidencia de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada durante el inicio de residencia.	Solo si marcó el cuadro anterior ¿Considera que estos síntomas han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia? Si Tal vez Muy poco No
	Incremento de síntomas del trastorno depresivo.	Grado de incidencia de los síntomas del trastorno depresivo durante el inicio de residencia.	Otro: Solo si marcó el cuadro anterior ¿Considera que estos síntomas seleccionados han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia? (Se repite las opciones de respuesta que el ítem anterior).

Nota. Algunas variables, dimensiones o indicadores llegan a repetirse en algunas preguntas.

Tabla 5*Operacionalización de variables.*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Aspectos de la salud mental.	Repercusiones del trastorno depresivo.	Área laboral.	¿Considera que la sintomatología señalada anteriormente ha afectado a su desempeño laboral? Muchas veces Pocas veces
	Repercusiones del trastorno de ansiedad generalizada.	Área laboral.	Casi nunca Nunca ¿Considera que la sintomatología señalada anteriormente ha afectado a su desempeño laboral? (Se repite las opciones de respuesta que el ítem anterior).

Nota. Algunas variables, dimensiones o indicadores llegan a repetirse en algunas preguntas.

Tabla 6*Operacionalización de variables.*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Aspectos de la salud mental	Repercusión es	Grado de psicoeducación	<p>¿Ha asistido a charlas preventivas sobre trastornos emocionales o del humor (depresión, ansiedad y mixta) desde que inició su residencia?</p> <p>✓ Si ✓ No</p> <p>Perspectiva personal</p> <p>¿Quisiera que se realicen actividades para la prevención o tratamiento de la depresión y ansiedad?</p> <p>(Se repite las opciones de respuesta que el ítem anterior).</p> <p>Si su respuesta anterior fue Sí ¿Qué temas dentro de lo que respecta a la salud mental le gustaría que se consideren?</p> <p>(Respuesta abierta).</p> <p>Solo si su respuesta es NO, explique por qué no desea que haya actividades preventivas para la depresión y ansiedad.</p> <p>(Respuesta abierta).</p>

Nota. Algunas variables, dimensiones o indicadores llegan a repetirse en algunas preguntas.

Tabla 7*Operacionalización de variables.*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Tristeza, depresión y melancolía.	Conocimiento	Diferenciación de términos.	<p>¿Sabe la diferencia entre depresión, tristeza y melancolía?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bastante ✓ Lo suficiente ✓ Un poco ✓ Nada <p>¿Sabe la diferencia entre ansiedad y angustia?</p>
	Conocimiento	Fundamentos teóricos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No <p>Qué conoce usted de depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nada ✓ Un poco ✓ Lo suficiente ✓ Bastante <p>Qué conoce usted de ansiedad:</p> <p>(Se repite las opciones de respuesta que el ítem anterior).</p> <p>Qué conoce usted de distimia:</p> <p>(Se repite las opciones de respuesta que el ítem anterior)</p>

Nota. Algunas variables, dimensiones o indicadores llegan a repetirse en algunas preguntas.

Tipo de metodología

El presente trabajo pertenece a una metodología mixta, debido a que presenta características cuantitativas y cualitativas. Dentro del aspecto cuantitativo se busca cuantificar los datos estadísticos arrojados de la encuesta realizada, para de esta manera comprobar mediante los resultados, la hipótesis central acerca de la prevalencia de los trastornos mencionados anteriormente por los médicos residentes. “Enfoque cualitativo Utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (Sampieri et al., 2014, p. 4). Lo cualitativo se presenta a la hora de realizar un análisis de las preguntas abiertas, para el desarrollo de la propuesta de prevención para los trastornos de depresión mayor y ansiedad generalizada. Es decir, se da una visión más completa y con una mayor amplitud, debido a que la teoría junto a los datos estadísticos proporciona que el estudio realizado, tenga mayor confiabilidad.

Al referirnos a un paradigma, lo definimos como un tipo de modelo que detalla las especificaciones, la metodología y los instrumentos en el objeto a estudiar, es a partir de las ciencias sociales, que se utiliza para identificar ciertas características de un grupo social específico. Los paradigmas que serán utilizados tanto dentro del enfoque cualitativo como en lo cuantitativo son:

En el enfoque cuantitativo tenemos el paradigma empírico analítico, ya que tiene como objetivo la búsqueda de una definición de manera cuantitativa de los hechos y sus efectos comprobables de manera empírica, para que estas se puedan utilizar en diferentes áreas de observación, de esta manera se puede dar una predicción aproximada y cuantificable de los factores estudiados. Por este motivo, este se adhiere más al tipo de investigación que se quiere efectuar, debido al uso de diferentes test de medición ante los trastornos que se presentan según las subdivisiones de los residentes, para comprobar el tipo de sintomatología que llega a tener mayor incidencia dentro del el área hospitalaria.

Asimismo, dentro del enfoque cualitativo tenemos un paradigma interpretativo, el cual se describe como una forma de representación de una realidad que se origina a partir de investigaciones preliminares o también por medio de la indagación y observación de una temática en particular que se vaya a investigar, de esta manera se

puede plantear una hipótesis de manera más simplificada, además de dar paso al progreso según como se van dando nuevos descubrimientos que se tengan de la temática a investigar, dando a entender que este paradigma da paso a la integración de todo tipo de concepciones que tratan de definir la realidad, ya que da paso a al intercambio de antiguas concepciones con otras más actualizadas.

Es por este motivo se escogió este paradigma, debido a que efectuará una interpretación actualizada de ciertas concepciones de la sintomatología de los trastornos de depresión y ansiedad en un área en particular y a un grupo de estudio ya analizado con anterioridad en diferentes investigaciones, este grupo serían los residentes del hospital ante la existencia de diferentes trastornos presentes en su área laboral y la elaboración de su prevención.

Tipo de diseño de investigación

Explorativa y Descriptiva

Este tipo de propuesta de investigación será establecida de manera exploratoria y descriptiva, exploratoria debido a que se basa en examinar fenómenos o datos poco conocido y determinar su variables, ayudando a la aplicación del conocimiento actual con respecto a la problemática hospitalaria presentada, investiga una materia poco conocida y el comportamiento de las variable que carecen de datos de referencia, debido a que el tema que se le dará seguimiento es una propuesta poco replanteada en el área médica y carente de datos de referencia, este tipo de método investigativo va a permitir dar un punto de vista novedoso y explorar más a fondo la problemática poco redactada sobre él las dolencias psicológicas como la depresión y la ansiedad en los residentes del área de pediatría. “Esta clase de estudios son comunes en la investigación, sobre todo en situaciones donde existe poca información. Tal fue el caso de las primeras investigaciones de Sigmund Freud.”(Hernández, R. Fernández, C. Baptista, M, 2010, p.79)

“Los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.” (Hernández, R. Fernández, C. Baptista, M, 2010, p.80) De lado de lo descriptivo es a partir de las observaciones que se efectuará una explicación de las afectaciones psicológicas sobre

el ámbito de los residentes, o más específicamente corroboramos las afecciones depresivas y ansiosas más comunes en su ámbito laboral efectuado desde diferentes grados o años de residencia, se reunirá información cuantificable obtenida de las encuestas de forma estadística, para una recopilación de datos más específica de las propiedades o características de este grupo determinado, para así proceder a encontrar diferentes cualidades subjetivas en las respuestas de los grupos estudiados, por lo tanto, se realizará un análisis de datos en relación a los resultados de las encuestas y promover la elaboración de un método de prevención con los datos recolectados.

Población y muestra

En primer lugar, la población se encuentra determinada por 283 médicos tratantes de diversas especialidades que se encuentran ejerciendo dentro del hospital pediátrico. En cuanto a la muestra, esta consiste en 88 médicos residentes becarios de distintos grados o años académicos.

Nuestro tamaño de la población es de 88 participantes, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 9%. Por lo cual dio como resultado un tamaño de muestra aproximada de 51 médicos residentes. Sin embargo, se obtuvieron 52 resultados, debido a que la encuesta fue enviada a los correos electrónicos de los 88 participantes.

Método no probabilístico

“El muestreo no probabilístico es una técnica de muestreo en la cual el investigador selecciona muestras basadas en un juicio subjetivo en lugar de hacer la selección al azar” (Salgado, 2019, p. 30). Este rotundo tipo de muestreo puede ser utilizado para demostrar algún tipo de característica determinada en la población, por este motivo, no se ha seleccionado las muestras al azar, sino más bien se eligió una muestra específica con respecto a su accesibilidad y una mayor intervención de criterios o experiencias propias del investigador con respecto a la población que se quiere observar, en este caso los médicos residentes. La importancia de este método, es que forma parte de una investigación concreta, además de ser un método más relacionado a las investigaciones exploratorias o investigaciones con accesibilidad limitada como el tiempo libre de los residentes durante sus horas laborales, ya que no

se busca agregar otros grupos, por lo cual los resultados serán más concretos y se llegará a una conclusión específica.

Muestreo por cuotas

Hernández & Carpio (2019) señalaron que “se fijan las cuotas que consisten en el número de individuos que reúnen las condiciones para que de alguna forma representen a la población de la que se originan” (p. 78). Se considera el muestreo por cuotas un implemento adecuado con respecto a la adquisición de característica para concretar un tipo de prevención específica de una muestra general a partir de la clasificación de un sector o subgrupo de la misma población, los cuales puede compartir algún rasgo característico, es a partir de esto que se escogerá el número de individuos, en primer lugar, las cuotas llegan a relacionarse con las variables que los médicos residentes poseen, debido a que tienen características similares, ya que se encuentran en un entorno hospitalario y cumplen un régimen académico. Así mismo estas cuotas se relacionan a la hora de que los médicos residentes cumplen jornadas hospitalarias, asisten a clases y atienden a pacientes.

Instrumentos

Técnicas de recolección de datos

Se denomina a la recolección de datos como las técnicas o herramientas que permiten la obtención, recolección y análisis de información de diferentes ámbitos, que ayudarán al avance de los objetivos que se tengan para determinar lo que se va a investigar, para de esta manera tener una visión más completa del panorama que se piensa indagar, debido a que de esta forma se puede dar un análisis de datos de manera más completo, tanto dentro del ámbito cualitativo como cuantitativo, debido a que gracias a esta técnica, se puede concretar una investigación con más exactitud en los resultados que se arrojen, para determinar el procedimiento más exacto ante la problemática o tema que se desee tratar.

Se realizará una encuesta anónima digital de 23 preguntas a través de una plataforma digital que es Google Formularios, en la cual será enviada a los correos electrónicos de todos los médicos residentes.

Podemos recalcar que la encuesta a realizar será de características mixta, debido a que comparten características tanto del tipo de encuesta descriptivas como analíticas, por el lado de las encuestas de carácter descriptiva, se describe como la elaboración de un registro de diferentes características o condiciones que se presentan dentro de una población o colectivo específico, es por este motivo que a partir diferentes preguntas elaboradas en la encuesta, se busca obtener datos relevantes de los residentes con respecto a la sintomatología de cada trastorno, tanto depresivo como se ansiedad, para que de esta forma se pueda registrar qué tipo de trastornos tiene mayor incidencia según los datos presentados en la encuesta, que sean más selectos.

Por otro lado de la encuesta de carácter analítico, se basa en encontrar una solución de la problemática a partir del estudio y el análisis de la misma, es por este motivo que se busca la explicación de ciertas interrogantes en relación al nivel de la sintomatología depresiva y ansiosa en los médicos residentes, para así contribuir con el análisis de todas las respuestas que fueron realizadas por los encuestados, para de esta manera lograr comprobar la incidencia que tiene este tipo de trastornos en el área laboral del hospital.

Las preguntas son de opción múltiple. Así mismo, la mayoría de las preguntas son cerradas, en la cual sólo deberán marcar las opciones que ellos prefieran. Por otro lado, hay preguntas abiertas, donde el encuestado deberá justificar su respuesta. De igual forma, se encuentran preguntas semi abiertas, donde está la opción de “otros”, donde los encuestados pueden poner otra opción diferente a las opciones ya establecidas. En efecto, los resultados que arrojen la encuesta, determinarán como los síntomas depresivos y ansiosos, pueden estar relacionados durante la mayor parte del tiempo de la residencia.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

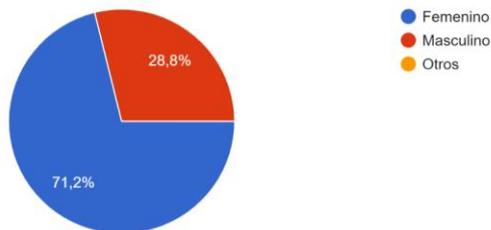
Gráficos y análisis de resultados

Preguntas de la encuesta realizada

1.- Sexo

Figura 3

Datos demográficos.

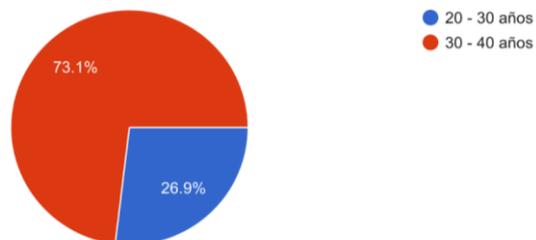


De la población de 52 médicos residentes encuestados, existe un predominio del sexo femenino con 37 médicas residentes (71,2%) y 15 médicos residentes (28,8%).

2.- ¿Qué edad tienes?

Figura 4

Datos demográficos.



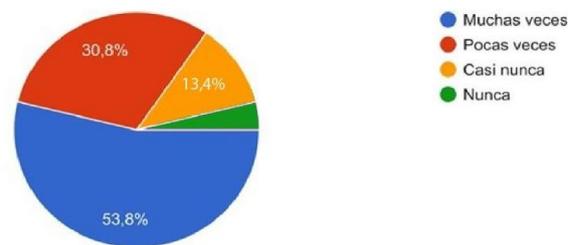
Entre la población de 52 médicos residentes, la edad que más predominó fue de los 30-40 años con un total de 38 médicos residentes (73,5%), en cambio el

porcentaje sobrante oscilaba entre los 20-30 años con un total de 14 médicos residentes (26,9%).

3.- ¿Usted se ha preocupado por su salud mental desde que pertenece al personal de salud?

Figura 5

Grado o frecuencia de preocupación de la salud mental.

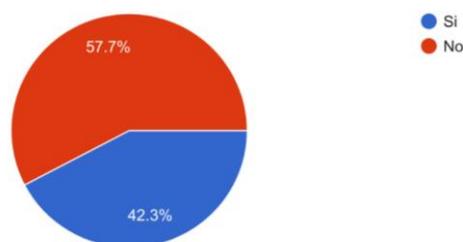


En la encuesta se encontró una prevalencia bastante alta con respecto a la preocupación de la salud mental dentro de los médicos residentes, con una cantidad de 28 médicos residentes que respondieron que “muchas veces” (53,8%), la respuesta que le sigue sería “pocas veces” con una cantidad de 16 médicos residentes (30,8%), a continuación, estaría “casi nunca” con un total de 7 médicos residentes (13,4%). Por último, está la opción de “casi nunca” respondido por 1 médico residente (1,9%).

2.- ¿Ha recibido terapia psicológica?

Figura 6

Atención psicológica individual.

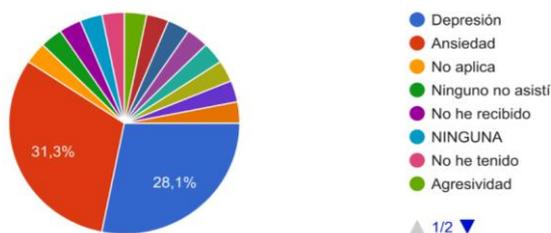


Se encontró que una cantidad mayoritaria de 30 médicos residentes (57,7%) no ha recibido terapia o algún tipo de acompañamiento psicológico. Sin embargo, una cantidad de 22 médicos residentes (42,3%) sí ha procedido a realizar algún acompañamiento psicológico.

A) Si su respuesta anterior fue si, ¿Cuál fue el motivo?

Figura 7

Motivos por la cual asistieron a terapia psicológica.

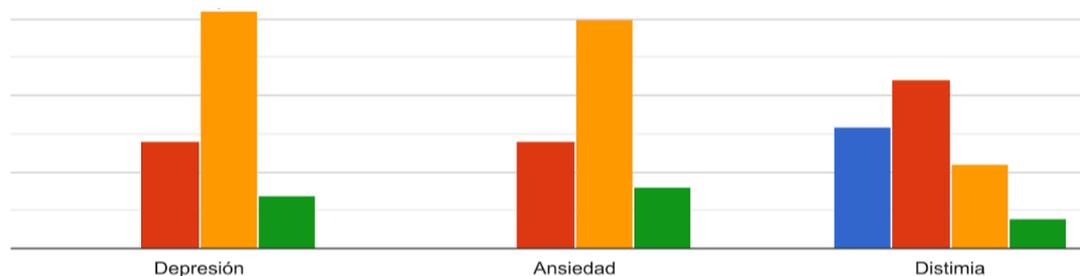


Entre los 22 médicos residentes (42,3%) que llegaron tener terapia psicológica, sobresale, con una cantidad de 10 médicos residentes (31.3%) la ansiedad, adyacente a este se encontraría la depresión con una cantidad de 9 médicos residentes (28,1%)

3.- Qué conoce usted de:

Figura 8

Conocimiento del trastorno depresivo, distimia y ansiedad generalizada.

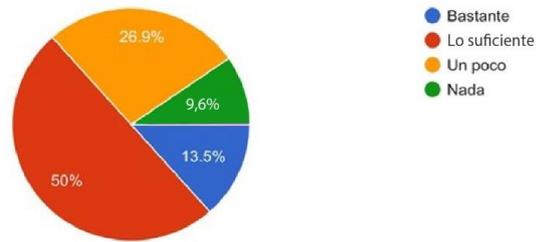


Entre los 52 médicos residentes, se denota una cantidad promedio relacionado a los conocimientos sobre la depresión, con una cantidad de 7 médicos residentes que marcaron la opción “bastante”. También se denota en resultados como “lo suficiente”, la cual tiene una cantidad bastante alta con 31 médicos residentes. Por otro lado, se obtuvo una cantidad aceptable en la opción de “un poco” con 14 médicos residentes. A continuación, se remarca que la respuesta más alta sobre conocimientos de la ansiedad sería de 30 médicos residentes que marcaron la respuesta de “lo suficiente” sobre la ansiedad, adyacente a esta le seguiría los médicos residentes que marcaron la opción “un poco” con una cantidad de 14 médicos residentes. Por otro lado, se encuentra la opción “bastante” con una cantidad de 8 médicos residentes. Por último, en los niveles de conocimiento de la distimia se observa una poca comprensión de este trastorno, con una cantidad de 22 médicos residentes que marcan la opción “un poco” y 16 médicos residentes que marcan la opción “nada”, en cambio un ligero porcentaje de los encuestados si tiene conocimiento sobre este tipo de trastorno, con una cantidad de 11 médicos residentes que marcaron “lo suficiente” y médicos 4 residentes que marcaron la opción “bastante”.

4.- ¿Sabe la diferencia entre depresión, tristeza y melancolía?

Figura 9

Diferenciación entre los conceptos de depresión, tristeza y melancolía.

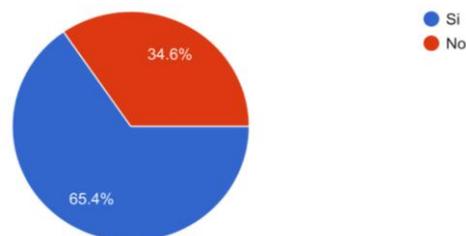


Se muestra que 26 médicos residentes (50%) consideran tener “lo suficiente” relacionado al conocimiento para discernir entre la depresión, la tristeza y la melancolía; 14 médicos residentes (26.9%) consideran saber “un poco” con respecto a la diferencia de estas; 7 personas (13,5%) consideran saber “bastante” sobre la diferenciación. Por último, 4 médicos residentes (9,6%) marcaron no saber “nada” al respecto de la diferenciación de depresión, tristeza y melancolía.

5.- ¿Sabe la diferencia entre ansiedad y angustia?

Figura 10

Diferenciación entre los conceptos de ansiedad y angustia.

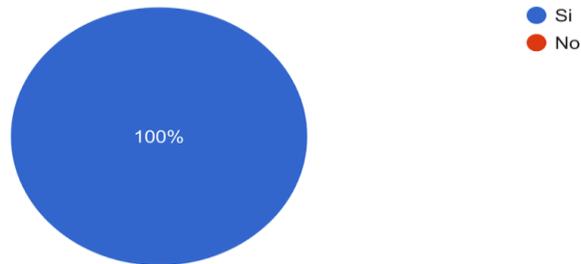


Existe una cantidad mayoritaria que escogió el “si”, dando a entender que 34 médicos residentes (65,4%) si reconocen la diferencia entre la ansiedad y angustia. No obstante, existe otro porcentaje conformado por 18 médicos residentes (34,6) los cuales escogieron la opción “no”.

6.- ¿Considera que su salud mental debería estar bien, para así lograr un mejor desempeño laboral?

Figura 11

Relación de la salud mental con el desempeño laboral

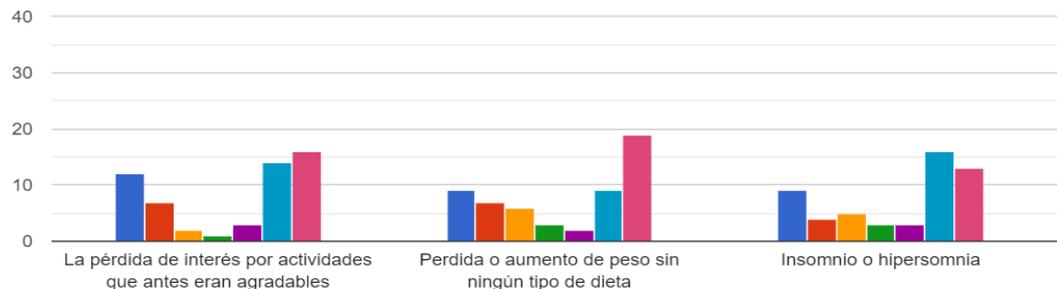


Se reconoce que la totalidad de los 52 médicos residentes encuestados (100%) si llegan a considerar que la salud mental debería desempeñarse de mejor manera en su ámbito laboral.

7.- Antes del inicio de su programa de residencia ha tenido estos síntomas depresivos:

Figura 12

Síntomas relacionados al trastorno depresivo y su incidencia en el tiempo.



La pérdida de interés por actividades que antes eran agradables:

- 16 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 14 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 12 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 7 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 3 médicos residentes marcaron “una semana o más”.

- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 1 médico residente marco “1 mes o más”.

Pérdida o aumento de peso sin ningún tipo de dieta:

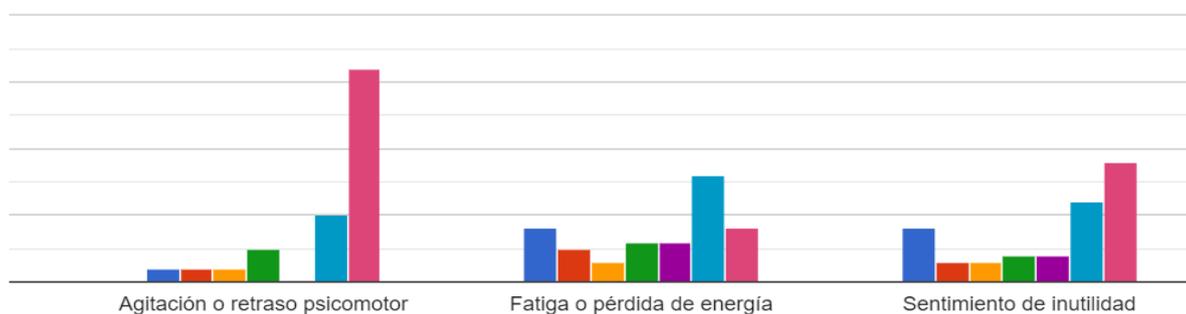
- 19 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 9 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 9 médicos residentes marcaron “1 años o más”.
- 7 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 6 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.

Insomnio o hipersomnia:

- 16 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 13 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 9 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.

Figura 13

Síntomas relacionados al trastorno depresivo y su incidencia en el tiempo.



Agitación o retraso psicomotor:

- 32 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 10 médicos residentes marcaron “rara vez”.

- 5 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “menos de un año”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 año o más”.

Fatiga o pérdida de energía:

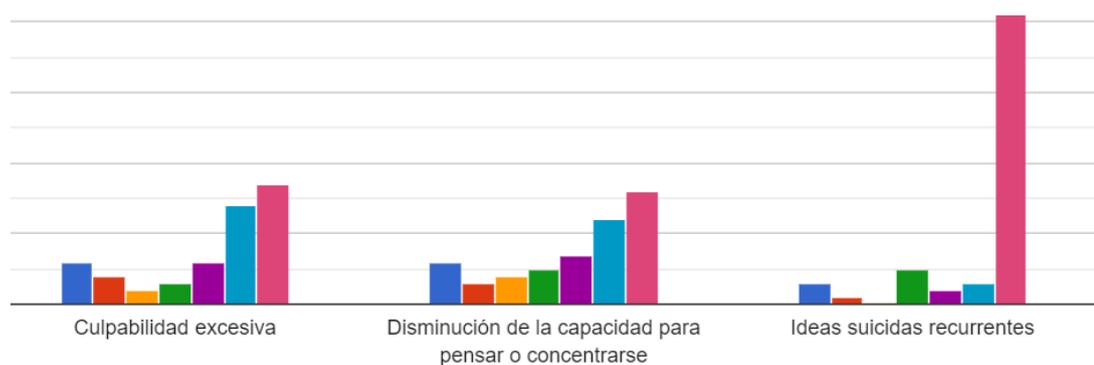
- 16 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 8 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 3 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Sentimiento de inutilidad:

- 18 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 12 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 años o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.

Figura 14

Síntomas relacionados al trastorno depresivo y su incidencia en el tiempo.



Culpabilidad excesiva:

- 17 médicos residentes marcaron “nunca”
- 14 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 4 residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse:

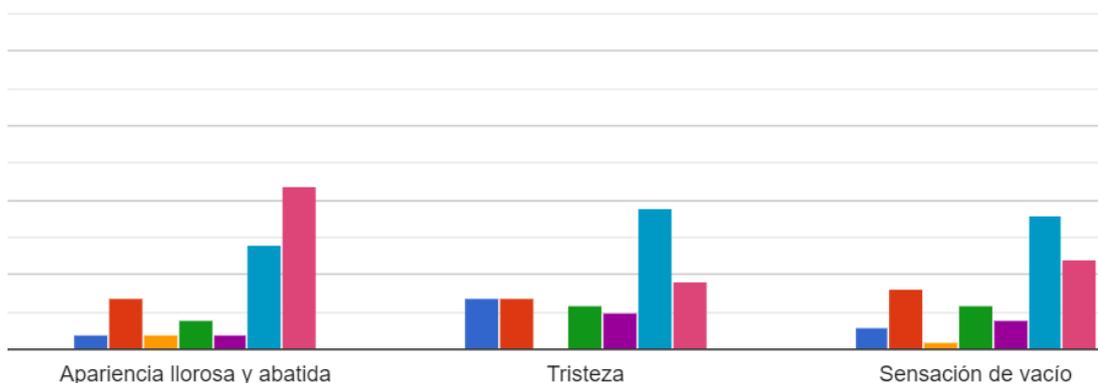
- 16 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 12 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.

Ideas suicidas recurrentes:

- 41 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 1 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.

Figura 15

Sintomatología depresiva antes del inicio de su programa de residencia.



Apariencia llorosa y abatida:

- 22 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 14 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 7 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 año o más”.

Tristeza:

- 19 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 9 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 7 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “una semana o más”.

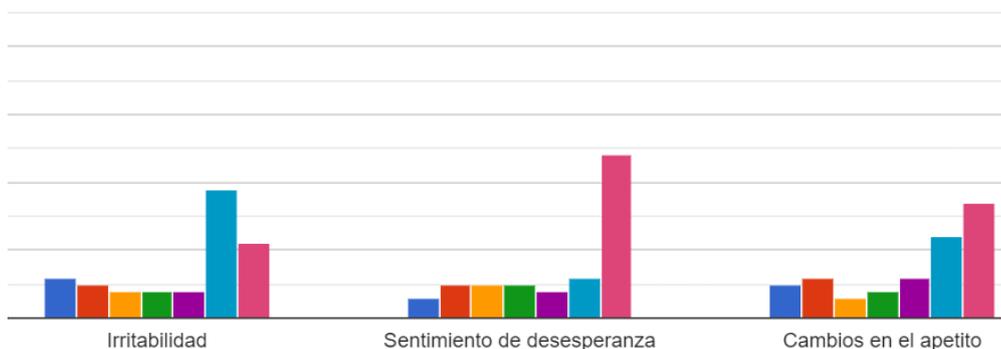
Sensación de vacío:

- 18 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 12 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 8 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “una semana o más”.

- 3 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 1 médico residente marcó “6 meses o más”.

Figura 16

Sintomatología depresiva antes del inicio de su programa de residencia.



Irritabilidad:

- 19 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 11 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 años o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 4 médicos residentes marcaron “una semana o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Sentimiento de desesperanza:

- 24 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 6 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 4 médicos residentes marcaron “una semana o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 año o más”.

Cambios en el apetito:

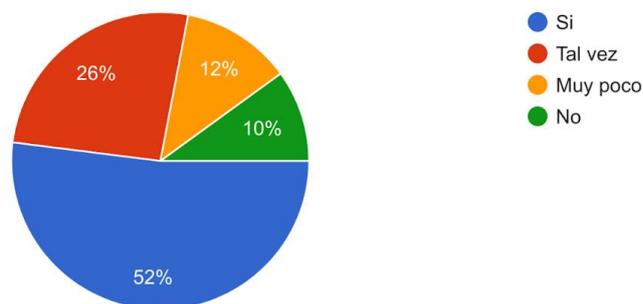
- 17 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 12 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

A partir de las respuestas de los encuestados, se pudo observar que existe una cantidad mayoritaria que nunca ha presentado síntomas depresivos antes de entrar a su ámbito laboral o que rara vez han presentaron este tipo de problemas. Sin embargo, existe una cantidad minoritaria de médicos residentes que llegan a padecer ciertos rasgos sintomatológicos del trastorno depresivo, como sería el insomnio, la pérdida del interés o la fatiga.

A) Solo si marcó el cuadro anterior ¿Considera que estos síntomas han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia?

Figura 17

Percepción de los médicos residentes relacionados al incremento de síntomas depresivos desde antes del inicio de la residencia.



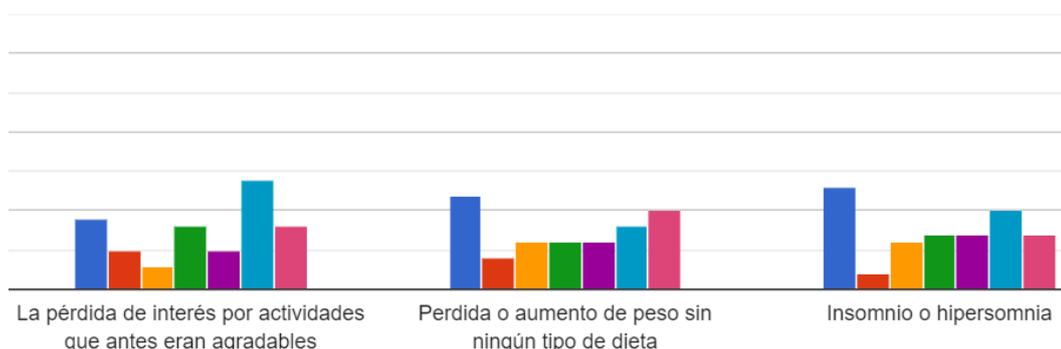
Se observa que una gran mayoría de médicos residentes se generó un aumento de sus síntomas desde el inicio del programa de residencia médica, con una cantidad de 26 médicos residentes (52%) que marcaron la opción “si”, la segunda opción más elegida, fue la opción de “tal vez” con una cantidad de 13 médicos residentes (26%),

las consiguientes serán la opción de “muy poco” con una cantidad de 6 médicos residentes (12%) y la opción “no” con una cantidad de médicos 5 residentes (10%).

7) Desde que inició su programa residencia ha tenido los siguientes síntomas depresivos:

Figura 18

Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia.



Pérdida de interés por actividades que antes eran agradables:

- 14 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 9 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 8 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 3 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Pérdida o aumento de peso sin ningún tipo de dieta:

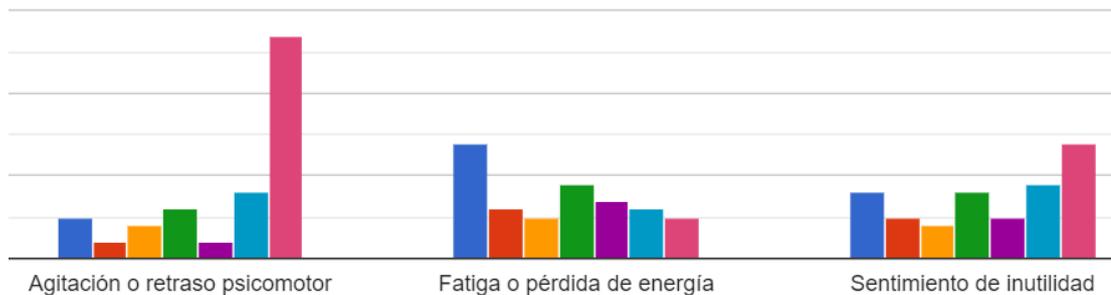
- 12 médicos residentes marcaron “1 años o más”.
- 10 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 8 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.

Insomnio o hipersomnias:

- 13 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 10 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 7 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.

Figura 19

Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia.



Agitación o retraso psicomotor:

- 27 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 8 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.

Fatiga o pérdida de energía:

- 14 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 9 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.

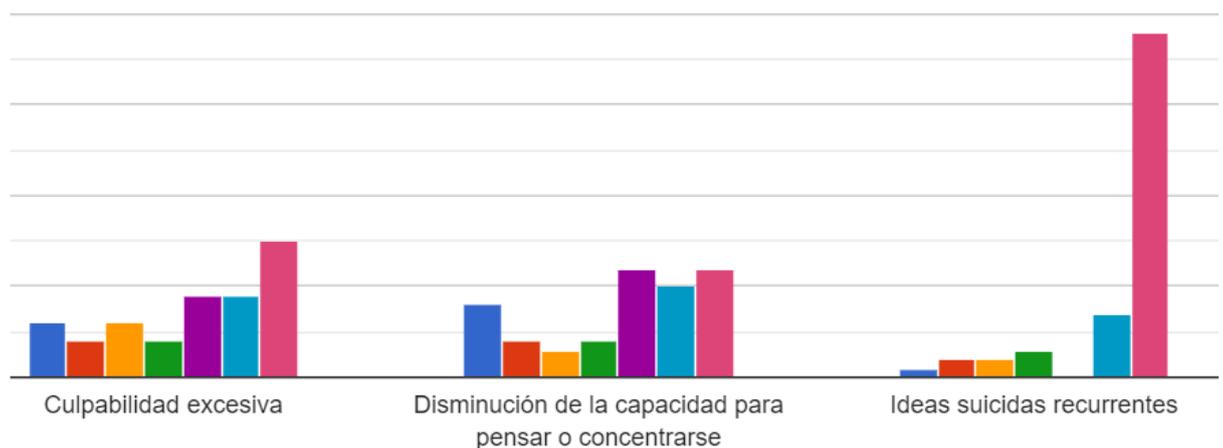
- 6 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 6 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 5 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 5 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Sentimiento de inutilidad:

- 14 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 9 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Figura 20

Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia.



Culpabilidad excesiva:

- 15 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 9 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 9 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.

- 6 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse:

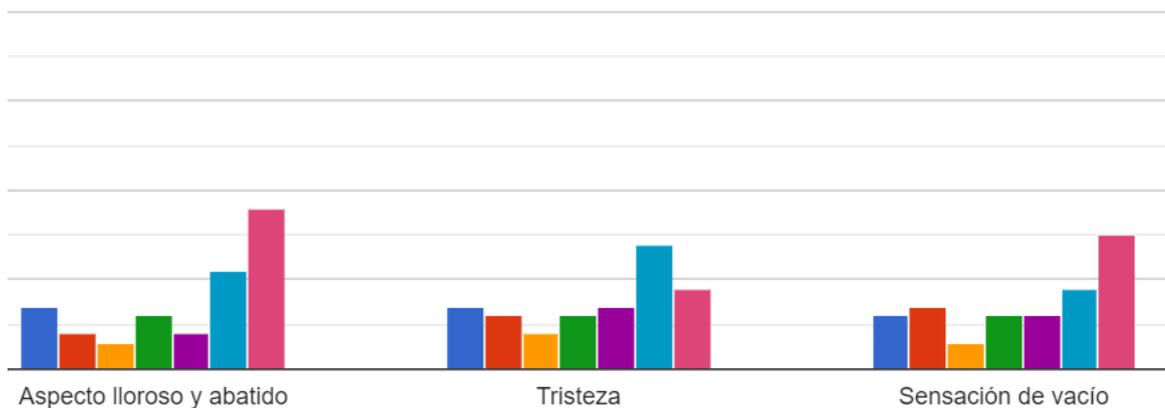
- 12 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 12 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 10 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 3 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Ideas suicidas recurrentes:

- 38 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 7 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 1 médicos residentes marcaron “1 año o más”.

Figura 21

Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia.



Apariencia llorosa y abatida:

- 18 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 11 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Tristeza:

- 14 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 9 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 7 médicos residentes marcaron “una semana o más”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

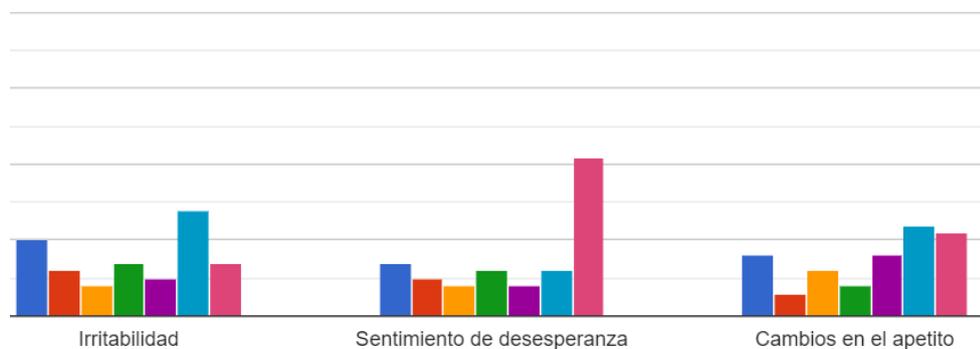
Sensación de vacío:

- 15 médicos residentes marcaron “nunca”.

- 9 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 7 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Figura 22

Sintomatología relacionada al trastorno depresivo desde el comienzo de la residencia



Irritabilidad:

- 14 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 10 médicos residentes marcaron “1 años o más”.
- 7 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Sentimiento de desesperanza:

- 21 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.

- 5 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Cambios en el apetito:

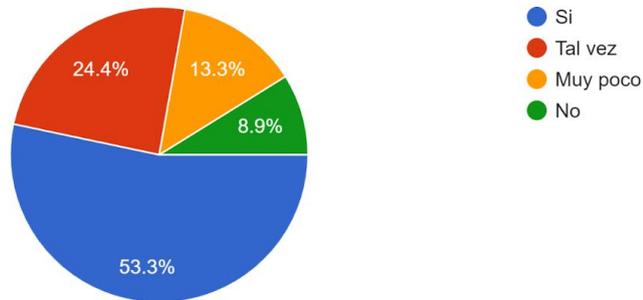
- 12 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 11 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “menos de 1 año”.

Se notan cambios representativos con respecto a la prolongación de la sintomatología depresiva en gran medida de algunos médicos residentes en su estancia dentro del hospital. Sin embargo, se denota cambios ambivalentes a cómo se representaban antes de llegar al programa de residencia médica, como el incremento de fatiga, falta de interés, insomnio etc.

A) Solo si marcó el cuadro anterior ¿Considera que estos síntomas han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia?

Figura 23

Aumento de sintomatología depresiva de los médicos residentes desde el inicio de su residencia.

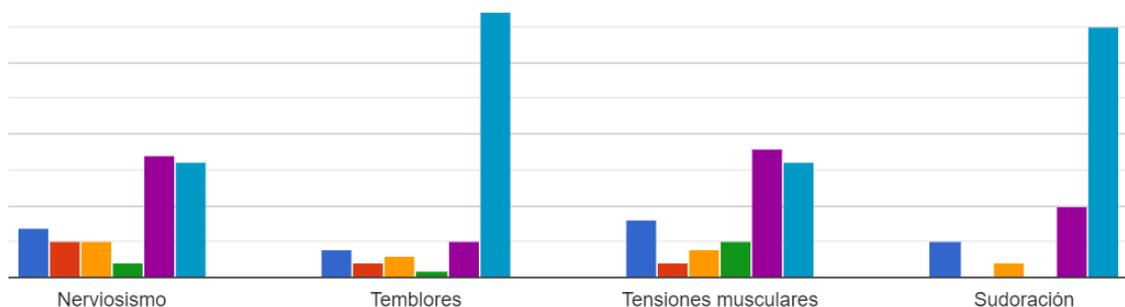


Se observa que una gran mayoría de médicos residentes aumentaron su sintomatología desde el inicio del programa de residencia médica, con una cantidad de 24 médicos residentes (53,3%) que marcaron la opción “si”, la segunda opción más elegida, fue la opción de “tal vez” con una cantidad de 11 médicos residentes (24,4%), las consiguientes serán la opción de “muy poco” con una cantidad de 6 médicos residentes (13,3%) y la opción “no” con una cantidad de 4 médicos residentes (8,9%).

8) Antes del inicio de su programa de residencia ha tenido estos síntomas de ansiedad generalizada:

Figura 24

Sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada antes del comienzo de la residencia.



Nerviosismo:

- 17 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 16 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 semana”.

Temblores:

- 37 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 5 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 1 médico residente marcó “1 semana o más”.

Tensiones musculares:

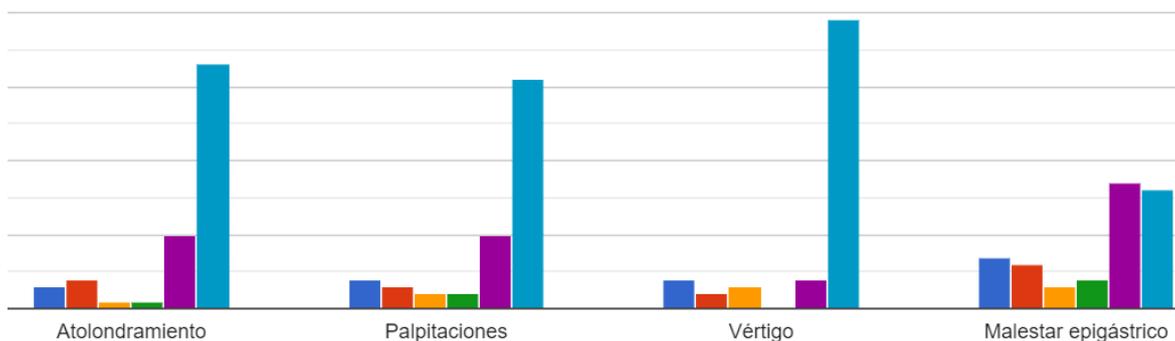
- 18 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 16 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Sudoración:

- 35 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 10 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.

Figura 25

Sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada antes del comienzo de la residencia.



Atolondramiento:

- 33 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 10 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 1 médico residente marcó “1 semana o más”.
- 1 médico residente marcó “1 mes o más”.

Palpitaciones:

- 31 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 10 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.

Vértigo:

- 39 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 4 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Malestar epigástrico:

- 17 médicos residentes marcaron “rara vez”.

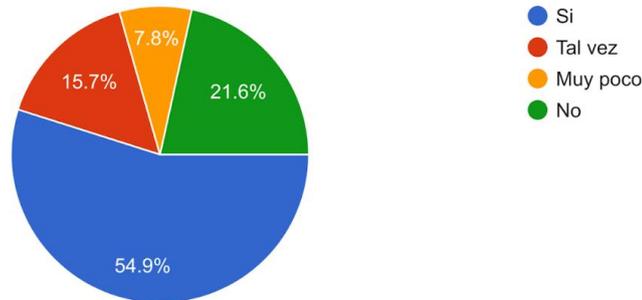
- 16 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 7 médicos residentes marcaron “1 años o más”.
- 6 médicos médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “una semana o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.

Se observa a partir de los resultados, que una gran mayoría de los médicos residentes antes de su entrada al mundo laboral, no presentaban en gran medida una sintomatología respectiva al trastorno de ansiedad generalizada, demostrado en la mayoría de respuestas que son “nunca y “rara vez”. Sin embargo, cierto sector minoritario de los médicos residentes encuestados si presentaban algunos de los síntomas de manera prolongada, antes de ser allegados de labor hospitalario, como se puede ver en los síntomas como tensiones musculares o nerviosismo.

A) ¿Considera que estos síntomas seleccionados han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia?

Figura 26

Aumento de la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada por parte los médicos residentes a partir del inicio de su residencia.

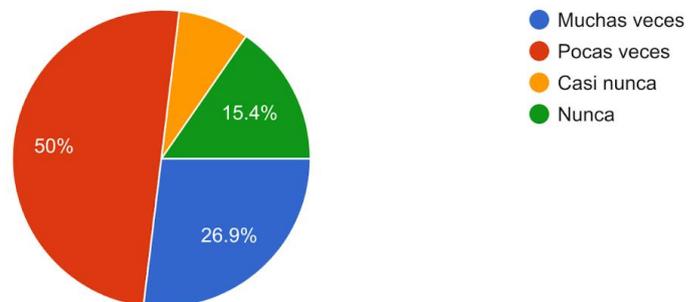


Se observó que, entre los 52 médicos residentes encuestados, 28 residentes (54.9%) respondieron “sí”, demostrando que han aumentado sus síntomas desde el inicio de período de sus residencias, la segunda opción más elegida, fue la opción de “no” con una cantidad de 11 residentes (21,6%), las consiguientes serán la opción de “tal vez” con una cantidad de 8 residentes (15,7%) y la opción “muy poco” con una cantidad de 4 residentes (7,8%).

9) ¿Considera que la sintomatología señalada anteriormente ha afectado a su desempeño laboral?

Figura 27

Afectación de la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes



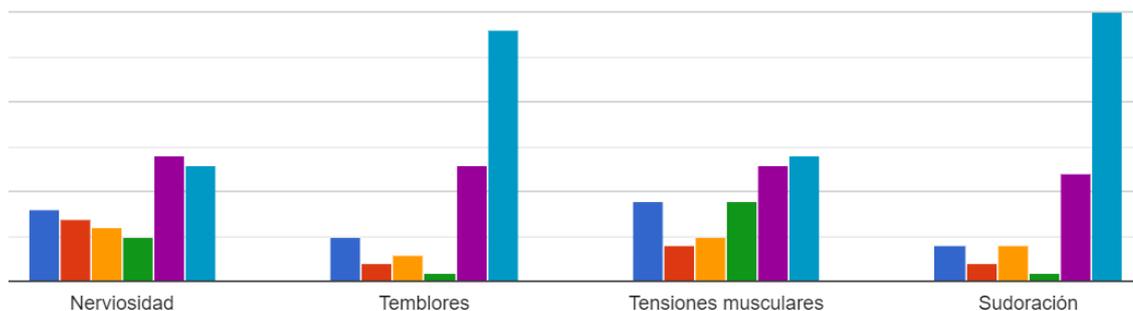
Una de las opciones más marcadas por los residentes fue “pocas veces”, con total de 26 residentes (50%), dando a entender que una gran mayoría de residentes ha

sido tan afectado de cierta manera en su ámbito laboral por esta sintomatología, sin embargo se observa que una cantidad de 14 residente (26,9) que marcaron la opción “muchas veces”, dando a entender que han tenido cierta influencia negativa en su ámbito laboral, por este tipo de sintomatología, sin embargo existe una cantidad de 8 residentes (15,4%) que marcaron “nunca” dando a entender el nulo efecto sintomático en su desempeño laboral.

10) Desde que inició su programa residencia ha tenido los siguientes síntomas de ansiedad generalizada:

Figura 28

Sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada desde el comienzo de la residencia.



Nerviosismo:

- 14 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 13 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 8 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 7 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 6 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.

Temblores:

- 28 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 13 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 3 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.

- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 1 médico residentes marcaron “1 semana o más”.

Tensiones musculares:

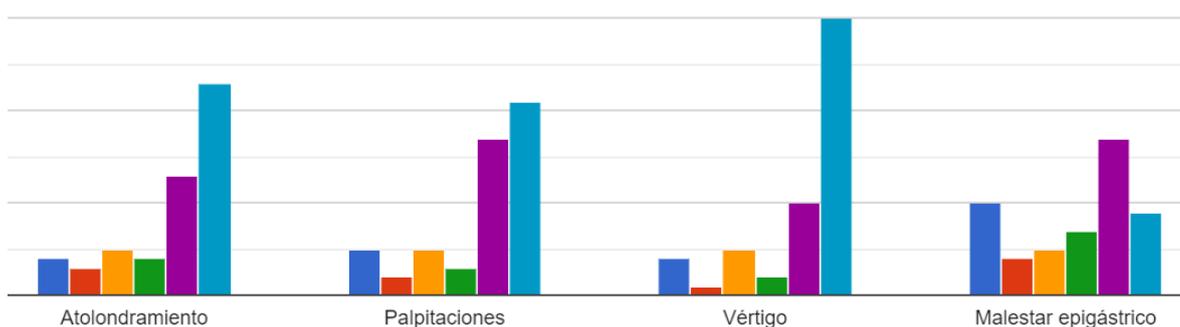
- 14 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 13 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 9 médicos residentes marcaron “1 semana o más”.
- 9 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 5 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.

Sudoración:

- 30 médicos residentes marcaron “nunca”.
- 12 médicos residentes marcaron “rara vez”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 médicos residentes marcaron “1 año o más”.
- 2 médicos residentes marcaron “6 meses o más”.
- 1 médico residente marco “1 semana o más”.

Figura 29

Sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada desde el comienzo de la residencia



Atolondramiento:

- 23 residentes marcaron “nunca”.
- 13 residentes marcaron “rara vez”.
- 5 residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 residentes marcaron “1 semana o más”.

- 4 residentes marcaron “1 año o más”.
- 3 residentes marcaron “6 meses o más”.

Palpitaciones:

- 21 residentes marcaron “nunca”.
- 17 residentes marcaron “rara vez”.
- 5 residentes marcaron “1 meses o más”.
- 5 residentes marcaron “1 año o más”.
- 3 residentes marcaron “1 semana o más”.
- 2 residentes marcaron “6 meses o más”.

Vértigo:

- 30 residentes marcaron “nunca”.
- 10 residentes marcaron “rara vez”.
- 5 residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 residentes marcaron “1 año o más”.
- 2 residentes marcaron “1 semana o más”.
- 1 residente marcó “6 meses o más”.

Malestar epigástrico:

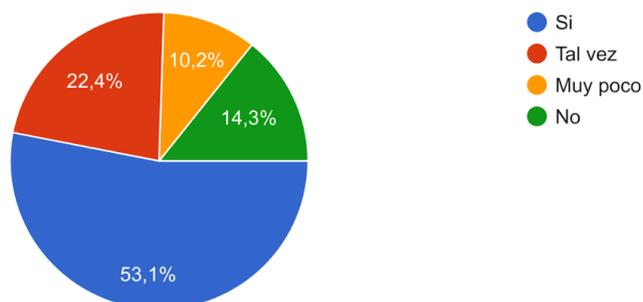
- 17 residentes marcaron “rara vez”.
- 10 residentes marcaron “1 años o más”.
- 9 residentes marcaron “nunca”.
- 7 residentes marcaron “una semana o más”.
- 5 residentes marcaron “1 mes o más”.
- 4 residentes marcaron “6 meses o más”.

Al entrar en el seno laboral, los residentes mostraron tener un ligero cambio en el tiempo de duración de sintomatología, es a partir de la encuesta que se logra ver un ligero aumento en la prolongación de días que el sujeto llegó a estar afectado por alguno de los síntomas mencionados, se pueden verse ligeros cambios en los síntomas como nerviosismo, tensiones musculares y malestar epigástrico.

A) Solo si marcó el cuadro anterior: ¿Considera que estos síntomas seleccionados han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia?

Figura 30

Aumento de la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada por parte de los médicos residentes desde el inicio de residencia.

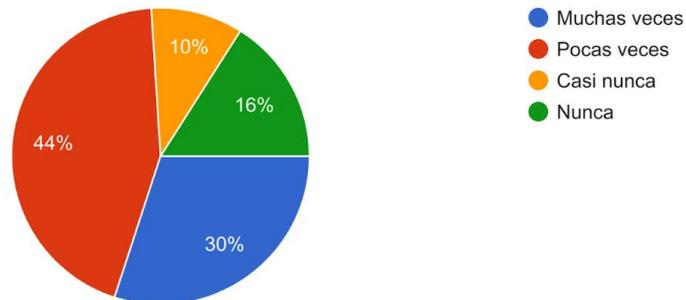


Se observa que la gran mayoría de residentes eligieron la opción “si”, dando a entender que han sido afectados por algún tipo de sintomatología desde que iniciaron su residencia, con una cantidad de 26 residentes (53.1%), en el siguiente lugar estaría la opción “tal vez” con una cantidad de 11 residentes (22.4%), a continuación se vería la siguiente opción que sería el “no” con una cantidad de 7 residentes (14,3%), por ultimo estaría la opción “muy poco” con una cantidad de 5 residentes (10,2%).

11) ¿Considera que la sintomatología señalada ha afectado a su desempeño laboral?

Figura 31

El desempeño laboral y su relación con la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada.

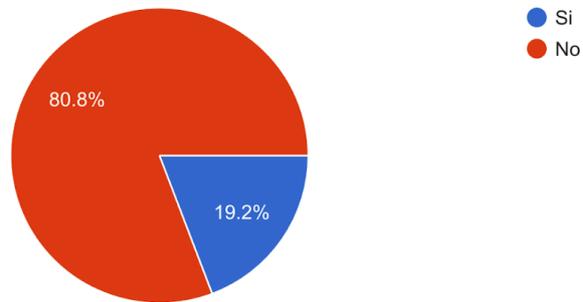


La opción de “pocas veces” sobresale entre una de las opciones más elegidas, con una cantidad de 22 residentes (44%), la que le sigue sería “muchas veces” con una cantidad de 15 residentes (15%) y “nunca” con una cantidad de 8 residentes (16%), por último, quedaría la opción de “casi nunca” con una cantidad de 5 residentes (10%).

12) ¿Ha asistido a charlas preventivas sobre trastornos emocionales o del humor (depresión, ansiedad y mixta) desde que inició su residencia?

Figura 32

Asistimiento de los médicos residentes a charlas relacionadas a la prevención.

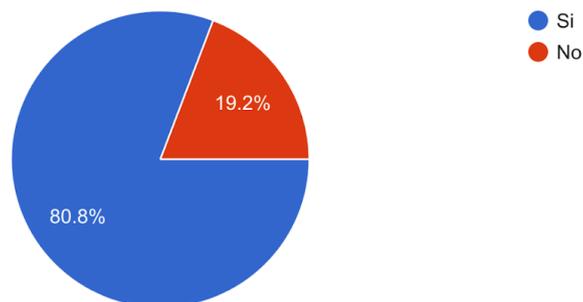


Se observa un mayor porcentaje por parte de los residentes que no han asistido a algún tipo de charla referente a trastornos psicológicos desde el inicio de su carrera, con una cantidad de 42 residentes (80.8%), en cambio se confirma que 10 residentes (19.2%) si ha asistido a este tipo de charlas.

13) ¿Quisiera que se realicen actividades para la prevención o tratamiento de la depresión y ansiedad?

Figura 33

Realización de actividades de prevención



Entre las 52 respuestas de los residentes, 42 participantes (80.8%) afirmaron que sí desean la realización de actividades de prevención con respecto a trastornos relacionados a la depresión y ansiedad. Sin embargo, 10 residentes (19.2%) afirmaron que no quieren algún tipo de actividad relacionada a la prevención de trastornos ansiosos o depresivos.

A) Si su respuesta anterior es Sí: ¿Qué temas dentro de lo que respecta a la salud mental le gustaría que se consideren?

Respuestas dadas por los médicos residentes:

- Ansiedad
- Manejo de la ansiedad
- Burnout
- Burnout
- Burnout
- Manejo de la ansiedad y depresión, síndrome de Burnout
- Depresión
- Ansiedad, maneras de enfocarla y reducirla / La depresión y como el trato de los superiores afecta
- Cómo mejorar el entorno de trabajo
- Depresión, ansiedad, distimia, manejo rápido de crisis de ansiedad, donde acudir en momentos de crisis o seguimiento, grupos de apoyo.
- El buen trato entre residentes mayores y menores
- Estrés
- Ansiedad
- Técnicas para manejo de la ansiedad
- Burnout, con toda la sobrecarga de trabajo en el hospital, y aparte tenemos que seguir con nuestras actividades de la vida diaria, que muchas veces no van "acorde" a los intereses del hospital.
- Cómo canalizar el estrés de la residencia médica
- Burnout
- Depresión, ansiedad, síndrome de burnout, Bullying
- La Prevención de trastornos psicológicos en el personal médico es importante mucho más después de la pandemia
- Depresión y ansiedad
- Depresión, temor al cambio, adaptación
- Burnout y ansiedad
- Manejo de la ira
- Manejo de depresión

- Sentimiento de inutilidad
- Ansiedad y depresión
- Burnout, ansiedad
- Síndrome de Burnout, ansiedad
- Dependencia emocional, ansiedad, depresión
- Considero que debería haber una pausa activa para los médicos postgradistas, en especial en las guardias, muchas veces no se puede dormir, comemos mal, eso agota emocionalmente y no solo físicamente.
- Manejo del estrés para evitar la ansiedad
- Ansiedad depresión
- Burnout
- Cómo afrontar el estrés
- Síndrome de burnout
- Sobrecarga de trabajo

B) Sólo si su respuesta es NO, explique: ¿Por qué no desea que haya actividades preventivas para la depresión y ansiedad?

Respuestas:

- Ninguno
- Burnout
- No aplica
- Fue si
- Mi respuesta fue si
- El problema es la carga laboral, trabajar bajo presión, rápido y pocas horas de sueño.
- No tengo tiempo
- Prefiero actividades individuales
- No hay tiempo
- El tiempo que nos dan para desempeñar nuestro día a día, solo nos permite asistir a charlas en tiempos libres (horas no laborales o sin clases) y prefiero pasar en mi casa.

- No hay ambiente de confianza y consideración en el hospital que respeten estos espacios... cualquier signo de depresión lo tomarán como debilidad.
- Dentro de esta pregunta, algunos médicos residentes manifiestan que la falta de tiempo es la principal circunstancia por la cual no desearían que haya actividades preventivas para la depresión y ansiedad.

Capítulo VI

PROPUESTA DE PREVENCIÓN

Propuesta preventiva para la psicoeducación para los médicos residentes

El modelo de desarrollo de un grupo de Bruce Tuckman:

Fue en el año 1965 que Bruce Tuckman registro las etapas por las que se va desarrollando un grupo de trabajo para dar una alta constitución laboral, marcando las etapas en donde se forma el grupo por primera vez, hasta donde se da finalización al mismo, cada una de estas etapas del proyecto en grupo cuentan con una finalidad en el desarrollo de trabajo grupal y su colaboración, él denominó estas 5 etapas como:

1.- La etapa de formación del grupo

La primera etapa se caracteriza por la preparación que se lleva a cabo, se denota que los miembros que conforman el grupo aún no está suficientemente relacionados para que se dé una interacción de forma natural entre ellos, esto debido a las diferencias de ideales o de personalidad de cada individuos, dando como resultado que durante esta etapa no se dé una producción activa por parte de los miembros, debido a que aún se están adaptando a la función que tendrán que desempeñar cada uno en el descubrimiento del nuevo equipo, durante esta fase el líder debe analizar las cualidades de cada integrante, para darles una mejor guía.

2.- La fase de conflicto del desarrollo del grupo

La segunda fase de tormenta o también conocida como etapa de conflicto, es conocida por el procedimiento que se lleva a cabo para que el equipo aprenda a trabajar en conjunto, debido a que mientras más se de este intercambio productividad o ideas del equipo, suelen surgir diferentes roces de pensamientos o personalidades, por lo que se desarrollan ciertos desacuerdos con algunos de los miembros del equipo, por lo que causa un conflicto en el momento de darle un desarrollo al proyecto, esto se da debido a que ninguno de los integrantes no tiene claro el rol que desempeña dentro del grupo, dando como resultado un conflicto en la búsqueda de un rol que se adapte a cada uno, el líder en esta etapa deberá tener un papel de intermediario para darles un área calmada para la constitución de un diálogo participativo entre los miembros.

3.- La etapa de normalización del desarrollo del grupo

Durante la tercera etapa los miembros del grupo ya comienza a estabilizarse con respecto a la función que conllevarán en el proyecto a realizar, dando como resultado que cada uno de los integrantes tengan presente esta sensación de compañerismo, lo que produce un buen ambiente en el cual se pueda trabajar en equipo, debido a esto ayuda a compartir comentarios con respecto al desarrollo del rol de los demás integrantes que ayuda a mejorar su desempeño o corregir errores, esto da en concreto una mejora en la productividad, durante esta etapa el líder trata de proporcionar una devolución con respecto a las producciones de los integrantes, lo cual los ayuda mejorar.

4.- La fase de desempeño del desarrollo del grupo

A partir de esta etapa todos los integrantes del equipo han alcanzado un trabajo grupal casi perfecto, sin la necesidad o dirección de un líder, dando como resultado que puede alcanzar un potencial mucho mayor al que se daba en las anteriores etapas del proyecto, esto se da debido a que existe un ambiente en contribución a un objetivo específico, durante esta etapa el líder sigue teniendo supervisión del grupo pero a la vez les da suficiente confianza a los miembros para que puedan tomar responsabilidad de tareas esenciales del proyecto.

5.- La etapa de finalización del desarrollo del grupo

En la última etapa, también conocida como etapa de duelo, esto debido a que esta es la parte final del proyecto que se realizará en equipo, para luego proceder a su disolución, dando como resultado que se de esta pequeña sensación de duelo en los integrantes, dando como resultado que algunos integrantes no puedan realizar actividades con otros grupos debido a que no llegan a tener la misma dinámica que con el grupo anterior. aunque también esta etapa puede ser utilizada para que el grupo vea todo lo que se logró con el trabajo en conjunto de cada uno de los integrantes, y elogiar el trabajo en equipo y las habilidades individuales de cada uno de los miembros que ayudaron en el desarrollo del proyecto, en esta última etapa el líder debe darle valoración a al trabajo duro y los logros dados por los miembros del equipo para darles la sensación de orgullo ante lo logrado y disminuir este sentimiento de luto por el término del proyecto.

Creación de la propuesta para la prevención del trastorno depresivo y de ansiedad generalizada

Figura 34

Datos generales del taller preventivo

Nombre del taller:	Psicoeducación relacionada al trastorno depresivo, ansiedad generalizada y entre otros malestares.
Duración:	El programa de prevención durará 5 semanas, en la cual cada semana se dictará un taller de 2 horas.
Número de participantes:	Cada taller tiene un mínimo de 15 individuos y un máximo de 20.
Recursos necesarios:	Auditorio del Hospital Pediátrico
Materiales Generales:	<ul style="list-style-type: none">✓ Proyector✓ Diapositivas PowerPoint✓ Micrófono✓ Hojas A4 blancas✓ Tijeras✓ Lápices 4B✓ Pizarra✓ Marcadores para pizarras✓ Marcadores✓ Marionetas✓ Parlantes✓ Escarchas✓ Accesorios✓ Árbol plástico✓ Tapetes alfombra de hacer ejercicio

Tema: Reconociendo las emociones

Etapa: Formación del grupo

Variable: Emociones

Indicadores: Análisis e identificación de las emociones

Figura 35

Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes

Taller #1						
Objetivo: Implementar el uso de talleres relacionados a la salud mental con fines educativos, generando un mayor conocimiento hacia las emociones humanas y la validez de estas. Así mismo se construirá un entorno seguro para que los participantes no sientan limitaciones al momento de compartir sus puntos de vista sobre el estado emocional, a partir del uso de técnicas introductorias.						
	Hora	Duración	Objetivo	Metodología o Técnicas	Actividad	Instrumentos
Inicio	13:00	15 minutos	Identificar las cualidades de los participantes, mediante	las Técnicas de rompe o hielo una	Conociéndonos de nuevo 1.- El psicólogo les dará la bienvenida a los participantes y deberán formar un círculo estando parados. El psicólogo le dará a un participante un ovillo de lana. Este participante deberá de entregar	<ul style="list-style-type: none">• Ovillo de lana

actividad didáctica, para aliviar la tensión y dejar a un lado las resistencias.

este ovillo a otro integrante, pero primero deberá de mencionar; un pasatiempo, una cualidad, materia favorita de medicina y sus emociones que presenta en el día a día. Esto pasará con todos los participantes
2.- La última persona deberá de regresarle el ovillo de lana al participante que inició la actividad, pero deberá de recordar lo que dijo el participante anterior. Cada integrante deberá de regresar el ovillo de lana, en la cual deberá recordar lo que dijeron los anteriores participantes.

13:15 20 minutos

Reconocer las Técnicas para reconocer las emociones y su importancia, mediante el análisis de situaciones que se dan diariamente, para que los participantes logren normalizar ciertas emociones.

Técnicas para trabajar contenido temático

Conociendo las emociones

1.- El psicólogo les indica a los participantes que deberán formar un círculo cerrado. El psicólogo le dará una hoja en blanco a cada participante.
2.-Se les indica a los individuos que cada uno de ellos deberá de escribir en un papel diversas emociones que han escuchado a lo largo de su residencia en el hospital o fuera de este.

- Hojas blancas A4
- Tijeras
- Lápices 4B
- Pizarra
- Marcadores para pizarras
- Micrófono

Desarrollo	13:35	30 minutos	Dar a conocer la importancia de la salud mental, por medio de una charla educativa, para que exista una mejor comprensión y entendimiento de la misma.	Exposición teórica	<p>3.- Luego, deberán decir con sus propias palabras el significado de estas emociones y un ejemplo de cómo aparecen estas emociones en las personas.</p> <p>4.- Al finalizar los médicos residentes compartirán diversas opiniones acerca de la importancia de las emociones y cuál es la función de ellas en el ser humano.</p> <p style="text-align: center;">La salud mental es fundamental para tu bienestar</p> <p>1- En primer lugar, el psicólogo hablará mediante diapositivas acerca de qué consiste la salud mental y la promoción de esta misma.</p> <p>2.- Luego, el psicólogo hablará en qué consiste la protección de la salud mental y su relación con la prevención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proyector ● Diapositivas PowerPoint ● Micrófono
	14:05	30 minutos	Organizar un ambiente de relajamiento,	Terapia de reducción del estrés basado en	<p style="text-align: center;">Meditando y respirando</p> <p>1.-El psicólogo mencionará las 7 actitudes que se desarrollan en el Mindfulness; no juzgar los</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Proyector ● Video audiovisual

mediante el aflojamiento de los músculos acompañados de ejercicios de respiración, para que los participantes logren un correcto proceso de meditación individual.

Mindfulness (MBSR)

pensamientos, paciencia, mente de principiante, confianza, metas, aceptación y fluir.

2.- El psicólogo le dirá a los participantes que formen 5 columnas de 4 integrantes. Luego, el psicólogo presentará un video instructivo de yoga. En la cual, cada participante deberá de llevar a cabo los movimientos que este realice.

3.- Posteriormente, el psicólogo le dirá a los participantes que deberán de permanecer en silencio y necesitarán sentarse en el piso. En la cual el psicólogo dará un breve ejercicio de respiración que todos los participantes deberán de llevar a cabo.

4.- Para finalizar la actividad, el psicólogo le dirá a los participantes que formen un círculo. De igual forma, el psicólogo les dirá a los integrantes que de ahora en adelante deben de estar atentos a cómo su respiración se encuentra a la hora de atravesar por diversas situaciones, ya sean normales o difíciles de sobrellevar en el día a día. Así mismo, les

- Música relajante
- Parlante

Cierre	14:35 25 minutos	Priorizar las opiniones vertidas por los participantes en relación a lo aprendido durante el taller, mediante el uso de la retroalimentación, para que logren percibir nuevos puntos de vista de otros participantes.	Técnica de cierre	<p>mencionará que deberán de prestar atención a las pequeñas acciones que realizan en su día a día; comer, peinarse, cepillarse los dientes, caminar y etc.</p> <p>Preguntando y cuestionando</p> <p>1.- El psicólogo menciona a los participantes que deberán formar un círculo. Habrá una flecha que será puesta en el centro, cuando esta flecha señale a un participante, éste deberá de dar una retroalimentación de lo aprendido en el taller. Cada participante deberá de mencionar diversos aspectos y dar su opinión del taller.</p> <p>2.- Para finalizar, el psicólogo da una breve conclusión del taller y las actividades que se realizaron.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Micrófono
---------------	------------------	---	-------------------	--	---

Tema: Distinguir las características del Estrés y Burnout

Etapa: Conflicto del desarrollo del grupo

Variable: Factores estresores

Indicadores: Identificación acerca del concepto de Estrés y Burnout

Figura 36

Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes.

Taller #2

Objetivo: Proponer un modelo de actividades integrativas entre todos los participantes, garantizando el conocimiento e identificación de las causas y problemáticas del estrés y burnout, por medio de técnicas que den una distinción y explicación de estas problemáticas.

	Hora	Duración	Objetivo	Metodología o Técnicas	Actividad	Instrumentos
Inicio	14:00	15 minutos	Generar un ambiente dinámico	Técnica de rompe hielo	De puesto en puesto	<ul style="list-style-type: none">• Hojas• Bolígrafos

para los participantes, mediante el uso de diversos objetos que ellos posean, para lograr una mejor interacción entre los integrantes.

1.- En primer lugar, el psicólogo indicará a todos los participantes que deberán de realizar un círculo parado y él estará en el centro.

2.- Luego, mencionará: “quien tenga los zapatos blancos cámbiese de puesto” y así sucesivamente el psicólogo mencionará diversas situaciones con objetos de diversos colores.

3.- El psicólogo agradecerá a los participantes y les pedirá que tomen asiento.

Desarrollo 14:15 20 minutos Realizar una Exposición teórica exposición informativa dirigida a los médicos residentes, por medio del uso de diapositivas, para

Entendiendo el estrés y Burnout

- Proyector
- Papeles

1.- El psicólogo mediante diapositivas, dará a conocer que es el estrés y el burnout. Mediante información bibliográfica, teórica y estadística.

2.- Posteriormente, el psicólogo les entregará unos papeles a los participantes, en la cual

que obtengan un mejor conocimiento sobre el estrés y el burnout.

dentro de ellos estará una de estas preguntas: ¿Qué es el estrés para ti?, ¿Qué haces cuando estás estresado/a? y ¿Qué haces para relajarte?

3.- El psicólogo preguntará a 10 participantes, la pregunta que estará en el papel.

Desarrollo	14:45	25 minutos	Examinar las causas y efectos del estrés, mediante la introspección de cada uno de los participantes, para que puedan analizar el estrés como un problema que se presenta en la actualidad.	Técnica de concentración	Árbol de causas y efectos 1.- El psicólogo pegará en una pizarra un cartel en el cual se encuentra la figura de un árbol. Luego, les indicará a los participantes que deben de reunirse en un círculo y sentarse. De fondo musical estará el sonido de hojas y viento. 2.- Cada participante recibirá 2 notas vacías, en la cual en una nota deberán de poner una situación que les cause estrés y en la otra nota el efecto de la acción escrita.	<ul style="list-style-type: none">● Cartel de un árbol● Marcadores● Notas pequeñas (Post It)● Pizarra● Soporte de pizarra● Música ambiental● Parlante
-------------------	-------	------------	---	--------------------------	---	---

3.- Cuando todos los participantes terminen de escribir, cada uno se levantará y pegará la causa dentro de las ramas de los árboles y los efectos en las raíces.

4.- Al finalizar la actividad, el psicólogo menciona que todas las causas y efectos tienen relevancia dentro del estrés, que ninguna causa es menos significativa que otra.

Cierre 15:10 15 minutos Examinar los pensamientos presentes de los participantes, mediante el uso de la escritura, para que desarrollen sus ideas de forma artística. Técnica de cierre

Escribiendo y entendiendo

1.- El psicólogo hará que los participantes se formen en parejas. Cada pareja deberá de escribir un pequeño texto de lo aprendido del taller, cómo aplicarlo en un futuro y qué conocimientos lograron alcanzar.

2.- Cuando los participantes finalicen de escribir. Cada pareja pasará al frente y uno de ellos deberá de leer lo escrito.

- Hoja A4
- Lápiz
- Borrador

Tema: ¿Qué conocemos de la ansiedad?

Etapa: Normalización del desarrollo del grupo

Variable: Síntomas

Indicadores: Análisis e identificación de síntomas de la ansiedad

Figura 37

Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes

Taller #3

Objetivo: Enseñar a los integrantes del grupo el trastorno de ansiedad generalizada y la identificación de situaciones en las que pueden presentarse, a partir de actividades informativas que puedan generar en ellos una mayor concientización y orientación del punto de vista que se tiene de esta problemática.

Hora	Duración	Objetivo	Metodología o Técnicas	Actividad	Instrumentos
-------------	-----------------	-----------------	-----------------------------------	------------------	---------------------

Inicio	1:00 pm	20	<p>Emplear una actividad didáctica, mediante la formación de un tren, para que los participantes logren vincularse y puedan participar en las actividades siguientes.</p>	<p>una Técnica de rompe hielo</p>	<p>El tren de la diversión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vendas
					<p>1.- El psicólogo les dirá a los participantes que deben de esperar afuera del auditorio en forma de una columna, esto denominado como un tren imaginario. Luego, el psicólogo le dará a cada participante una venda a cada participante, en la cual cada uno deberá de amarrarla a los ojos.</p> <p>2.- Cada participante deberá poner sus dos manos en los hombros de su compañero que se encuentra adelante.</p> <p>3.- El psicólogo mencionará que deben caminar adelante y les indicará por dónde seguir, para evitar tropiezos. Cuando lleguen al destino,</p>	

deberán quitarse las vendas y sentarse en forma de círculo.

4.- El psicólogo le dirá al primer participante que se encuentra sentado, que diga una palabra con una vocal. Todos los participantes deberán de decir una palabra con esa vocal, pero no debe de repetirse. Esta dinámica se repite, hasta finalizar todas las vocales.

Nota. Si un participante repite una palabra, deberá de recibir una penitencia.

Desarrollo	1:20 pm	20 minutos	Conocer las características principales de un problema,	Terapia de solución de problemas
-------------------	---------	------------	---	----------------------------------

Entre colores

- Papelógrafo
- Marcadores de pizarra
- Cinta
- Marcadores de colores

mediante actividades de análisis, para lograr una adecuada orientación o solución hacia el problema central de la historia.

1.- El psicólogo mencionará que son los problemas y cómo estos llegan a presentarse diariamente.

2.- Luego, el psicólogo realizará una historia de un personaje ficticio, en la cual ellos deberán encontrar la solución del problema.

3.-El psicólogo formará varios grupos y a cada grupo el psicólogo le dará un papelógrafo. Ellos deberán de buscar la solución al problema ficticio que el psicólogo les mencione.

➤ Directrices:

✓ Orientación hacia el problema: la percepción del problema, qué poder tiene sobre el problema y el tiempo

● Resaltadores

que ocupa ese problema en la vida del personaje.

- ✓ Definición y formulación del problema: la relevancia o importancia que tiene el problema en el personaje.
- ✓ Buscar alternativas para el problema: generar diversas soluciones al problema
- ✓ Toma de decisiones: verificar si en la búsqueda de alternativas se puede presentar alguna ventaja o desventaja.
- ✓ Verificación: toma de decisión que el personaje va a poner en marcha.

4.- Cuando los participantes ya escriban en su hoja lo requerido por el psicólogo. Cada grupo deberá de pararse en el centro y exponer lo solicitado. Para esto deberán llevar el papelógrafo donde anotaron todos los pasos a seguir.

Desarrollo 1:40 pm 20 minutos
 Emplear actividades recreativas en relación al malestar que poseen, usando el teatro como fuente principal, para que los participantes generen mayor

Terapia racional emotiva: Modelo ABC

El teatro ABC

1.- El psicólogo formará 5 grupos de 4 participantes. Les pedirá que se reúnan en pequeños círculos. Luego, les explicará mediante una pizarra el Modelo ABC y pondrá diversos ejemplos.

- Pelucas
- Accesorios
- Sillas

➤ Diversos pensamientos en relación al punto A ¿cómo yo interpreto esta situación?

conciencia de lo que les sucede.

➤ Consecuencias emocionales o conductuales de los pensamientos del punto B.

2.- Cuando la explicación haya terminado, el psicólogo dirá a los grupos que deberán de formar una historia ficticia. En la cual ellos realizarán una breve actuación sobre el modelo ABC de su historia.

3.- Luego, tres integrantes deberán de actuar y el cuarto integrante será el narrador y deberá explicar mediante el modelo ABC las dramatizaciones.

Nota. Para las dramatizaciones pueden usar pelucas y diversos accesorios.

Desarrollo	2:00 pm	20 minutos	Informar acerca de las diferencias de los diversos trastornos mentales, mediante el uso de mapas conceptuales, para el mejor entendimiento de los participantes.	Exposición teórica	<p>Conociendo lo que muchos desconocen</p> <p>1.- El psicólogo explicará mediante diapositivas cual es la diferencia entre ansiedad, ataques de pánico, angustia, nerviosismo y temor. Además, mostrará diversos videos de cómo se retratan estos trastornos en una persona.</p> <p>2.- Luego de la explicación, el psicólogo pasará por el puesto de cada participante y les dará una hoja. En ella deberán de crear un organigrama o mapa conceptual sobre la información dada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas • Papel A4 • Tijeras • Bolígrafos
Cierre	2:20 pm	15 minutos	Recopilar los diversos puntos	Técnica de cierre	<p>Mirada Retrospectiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas A4 • Lápices

de vista de los participantes acerca de la información dada en el taller, mediante preguntas de forma aleatoria para de esta forma dar por concluida la actividad.

1.- El psicólogo mencionará diversas preguntas que cada participante deberá de escribir en una hoja:

- ¿Este taller me gustó o no? ¿Por qué?
- ¿Qué aprendí de este taller?
- ¿La pasé bien o mal? ¿Por qué?

2.- Luego el psicólogo elegirá al azar a varios participantes y les dirá que respondan cualquiera de las preguntas antes mencionadas.

3.- Para finalizar, el psicólogo dará una breve retroalimentación de todas las respuestas dadas por los participantes.

- Plumas

Tema: ¿Qué es la depresión?

Etapa: Desempeño del desarrollo del grupo

Variable: Síntomas

Indicadores: Sintomatología del trastorno depresivo

Figura 38

Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes

Taller #4

Objetivo: Establecer actividades de psicoeducación con respecto al abordaje del trastorno depresivo, sus diferencias y sus síntomas, por medio de actividades recreativas e informativas, logrando en los participantes un mayor entendimiento de la problemática.

Hora	Hora	Duración	Objetivo	Metodología o Técnicas	Dinámica	Instrumentos
Inicio	14:00	15 minutos	Organizar el inicio de la actividad grupal,	Técnica de animación	Mar adentro y mar afuera	<ul style="list-style-type: none">Cinta

mediante actividades que impliquen la movilización de los participantes, para de esta forma lograr un ambiente energético.

1.- En primer lugar, el psicólogo mencionara las siguientes directrices:

a.- Deberán de ponerse en una sola fila. Al frente de ellos estará una línea de color rojo, que simboliza la orilla del mar.

b.- El psicólogo dirá: “Mar adentro” en la cual todos los participantes deberán de estar delante de la raya. La frase: “Mar afuera” significa que deberán de estar atrás de la raya. El psicólogo dirá estas frases de forma rápida y alternando las frases.

Nota. Ninguno de los participantes será eliminado de la actividad.

• Música

Desarrollo	14:15	20 minutos	Aplicar una dinámica grupal que esté relacionado al entendimiento de los mitos y verdades de la depresión, mediante actividades recreativas e informativas, para lograr captar la atención de los individuos y así puedan analizar la información obtenida.	Técnica de animación	<p>La mesa de los mitos y verdades de la depresión</p> <p>1.- El psicólogo estará en el centro de una mesa en la cual tendrá varias cartas donde se encontrarán situaciones verdaderas y erróneas acerca de la depresión, distimia y tristeza.</p> <p>2.- Posteriormente, 10 participantes estarán en la parte izquierda de la mesa y los otros 10 participantes en el lado de la derecha. En cada lado se encontrará un plato plástico con crema chantilly. En el centro de la mesa estará un timbre.</p> <p>3.- El psicólogo dará las instrucciones de que cuando él lea una carta de mito o verdad. Cada participante que se encuentre a un extremo de la mesa, deberá de tocar el timbre primero y deberá de decir si es mito o verdad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Timbre de mesa o campana ● Mesa ● Crema chantilly ● Platos de plásticos ● Toallitas húmedas ● Servilletas ● Papel periódico
-------------------	-------	------------	---	----------------------	--	---

4.- El participante que haya tocado primero el timbre y su respuesta haya sido correcta, su grupo irá ganando puntos. En cada cambio de preguntas, los participantes van cambiando.

Nota. En tal caso que el participante haya tocado el timbre y su respuesta haya sido incorrecta, el otro participante que estaba compitiendo con él le debe de lanzar suavemente el plato con crema chantilly.

14:35	30 minutos	Crear un espacio de conocimiento, mediante el uso de conceptos claves, para lograr un mejor entendimiento del trastorno depresivo.	Exposición teórica	La exposición de arte	<ul style="list-style-type: none"> ● Audiovisuales ● Proyector ● Hojas A3 ● Lápices de colores ● Marcadores
<p>1.- El psicólogo mostrará un video acerca de la tristeza, melancolía y depresión. Así mismo, relatará brevemente en qué momentos aparece la tristeza, melancolía y depresión en el ser humano.</p>					
<p>2.- Luego, los participantes deberán formar un círculo cerrado. El psicólogo les dará una hoja tamaño A3 a cada uno de ellos, en la cual deberán representar mediante un dibujo la tristeza, melancolía y depresión.</p>					
<p>3.- Al finalizar los dibujos, cada participante lo pondrá en la pared con cinta. Cuando todos los dibujos se encuentren en la pared, todos deben de levantarse a verlos.</p>					
<p>4.- El psicólogo les preguntará a los participantes diferentes preguntas acerca de los videos</p>					

expuestos. Luego el psicólogo les preguntará a los participantes si existe alguna duda, con lo que se expuso anteriormente.

15:05	30 minutos	Reconocer los pensamientos negativos acerca de la depresión, mediante el uso de habilidades manuales, para que los participantes expongan de forma creativa sus ideas.	Terapia cognitivo conductual: Triada cognitiva	<p>El triángulo de los cambios</p> <p>1- En primer lugar, el psicólogo mencionará algunas definiciones como: exigencia, culpa, autocrítica, baja autoestima, inutilidad, negativismo.</p> <p>2.- El psicólogo les dirá a los participantes que formen un círculo y tomen asiento. Les mostrará un video de un problema de un personaje ficticio a través del proyector.</p> <p>3.- El psicólogo les dará varios trozos de papel cometa de colores, una hoja y un lápiz a cada integrante.</p> <p>4.- Deberán formar bolas pequeñas con papel cometa y armar un triángulo en la hoja A4.</p> <p>5.-Posteriormente, deberán poner en la parte superior del triángulo la visión negativa que la sociedad tiene acerca de la depresión. En la parte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Papel cometa de colores ● Lápiz ● Goma ● Hoja A4
-------	------------	--	--	--	---

inferior izquierda pondrán la visión negativa que el participante tiene sobre la depresión. Luego, en la parte inferior derecha pondrán alguna percepción negativa, acerca de si cree que los pensamientos antes mencionados puedan o no cambiar en el futuro.

6.- Los participantes deberán de pensar por 7 minutos si hay una posibilidad de cambiar los pensamientos que pusieron en el triángulo. Al tener una respuesta, deberán ponerlo en un papel.

7.- Al terminar la actividad, el psicólogo dará paso al frente del círculo a cada participante para que pueda exponer su triángulo de pensamientos.

15:35	20 minutos	Crear un ambiente de confianza, en el cual se compartan incentivos para que los participantes puedan ver de manera más optimista la realización de sus actividades diarias.	Terapia de activación conductual (AC)	<p>Quisiera realizar algo nuevo</p> <p>1.- En primer lugar, el psicólogo les preguntará a los participantes que actividades nuevas o metas quisieran realizar, ya sea dentro o fuera del hospital.</p> <p>2.- El psicólogo le dará una hoja a cada participante con colores, plumas, crayones, pinturas, marcadores y escarchas. Deberán de realizar un horario o planificación de las actividades nuevas que quisieran realizar. Así mismo, con los materiales dados, deberán decorar este horario.</p> <p>3.- Luego, el psicólogo les menciona que este horario se lo deberán de llevar a su casa y pegarlo en su cuarto. Para que ellos tengan presentes las actividades que podrían realizar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hoja A4 ● Lápiz 4B ● Bolígrafo ● Borrador
-------	------------	---	---------------------------------------	--	--

Cierre	15:55	30 minutos	Expresar mediante el uso de marionetas lo aprendido durante el taller, creando la reflexión acerca del tema.	Técnica de cierre	<p>Las marionetas reflexivas</p> <p>1.- El psicólogo se agrupará en grupos de 4 participantes. Cada grupo deberá de formar una breve presentación con las marionetas, con respecto a lo que aprendieron en el taller o que les generó este taller. Ya sea conceptos, nuevas ideas, pensamientos nuevos que surgieron y entre otras ideas.</p> <p><i>Nota.</i> La representación puede ser de género dramático o de comedia.</p> <p>2.- Cada grupo pasará al pequeño escenario con talón, dirigido para las marionetas. Realizarán la representación con sus respectivas marionetas. Para finalizar, el psicólogo dará una breve conclusión del taller realizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Marionetas ● Escenario para marionetas
---------------	-------	------------	--	-------------------	---	---

Tema: Ambiente laboral y otros malestares

Etapa: Finalización del desarrollo del grupo

Variable: Crisis

Indicadores: Características del malestar

Parte I

Figura 39

Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes

Taller #5

Objetivo: Identificar las posibles soluciones hacia un malestar en general o específico, por medio del análisis crítico de diversas situaciones ficticias, para lidiar con situaciones de malestar emocional en su ámbito laboral.

Hora	Hora	Duración	Objetivo	Metodología o Técnicas	Actividad	Instrumentos
------	------	----------	----------	---------------------------	-----------	--------------

Inicio	14:00	15 minutos	Organizar una dinámica grupal con mímicas, para liberar la tensión principal y así lograr un desenvolvimiento óptimo del grupo.	Técnica de animación	Adivinando y jugando	<ul style="list-style-type: none"> ● Cartillas ● Marcadores
					<p>1.- El psicólogo les dirá a los participantes que deberán de formar un círculo semi cerrado. El psicólogo elegirá a un participante y este estará sentado en el centro del círculo.</p>	
					<p>2.- Este participante tendrá en su frente un papel pegado con una palabra que sus demás compañeros deberán de imitar, en la cual el participante que se encuentra sentado en el medio debe de adivinar los gestos realizados que hacen sus compañeros y si estos están enlazados a la palabra que posee en la frente. Al quinto error queda descalificado el participante del centro.</p>	
					<p>3.- Por consiguiente, el psicólogo elegirá al azar a otro participante para que pase al centro del círculo y realice la misma actividad.</p>	

Desarrollo	14:45	20 minutos	<p>Entablar un intercambio de opiniones, en relación a las diversas respuestas propuestas por los integrantes, para crear un mayor entendimiento de la aceptación y el compromiso ante una problemática.</p>	<p>Terapia de aceptación y compromiso</p>	<p>Metáfora del autobús</p>	<p>1.- El psicólogo mencionará la siguiente metáfora: Usted es el conductor de un autobús, en el cual hay muchos pasajeros. Estos pasajeros son experiencias, pensamientos, sentimientos. Estos pasajeros le ordenan o lo insultan de cierta cosa.</p> <p>➤ ¿Qué haría usted?</p> <p>a) Discutirás con ellos</p> <p>b) Pararías el autobús</p> <p>c) Harías lo que te ordenan</p> <p>d) Haces lo que te ordenan, para evitar las amenazas.</p> <p>2.- Al escuchar las opciones, el psicólogo les preguntará a varios participantes que harían.</p>
-------------------	-------	------------	--	---	------------------------------------	--

Cierre	15:05	Expresar mediante el arte lo aprendido a lo largo de los talleres, mediante el uso de la creatividad, para así generar un mayor interés en posibles talleres a futuro.	Técnica de cierre	<p>3.- Luego, el psicólogo dará como conclusión todas las respuestas dadas por los participantes y la importancia de estas. Además, explicará que estos pasajeros son los pensamientos o acciones negativas que aparecen en el día a día.</p> <p>Nuestro arte</p> <p>1.-En primera instancia, los participantes deberán estar sentados en un círculo. Luego el psicólogo les preguntará a los participantes si existe alguna duda con respecto a los temas que se han hablado dentro del taller.</p> <p>2.- El psicólogo les dirá a los participantes que 4 grupos.</p> <p>3. Ellos deberán crear un logo y una frase con respecto a las temáticas habladas en los talleres anteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Papelógrafos ● Marcadores ● Lápices de colores ● Pinturas
---------------	-------	--	-------------------	--	--

4.- Al finalizar la actividad, cada logo será expuesto al frente de los participantes. Cada logo va a tener la opción de ser expuesto mediante redes sociales.

5.- El psicólogo dará unas palabras de agradecimiento, con respecto a las 5 etapas del programa de prevención.

Tema: Recapitulemos lo aprendido

Etapa: Finalización

Variable: Conceptos aprendidos

Indicadores: Estrés, Depresión, Ansiedad y ambiente laboral

Parte II

Figura 40

Actividades planificadas para el bienestar de la salud mental de los médicos residentes

Taller #6

Objetivo: Fortalecer los conocimientos aprendidos de los talleres realizados en los participantes, logrando una retroalimentación individual y grupal con respecto a la importancia de la salud mental y los aprendizajes dados durante los talleres, para que los participantes tengan en cuenta la integración de lo aprendido en las situaciones que puedan incitar al estrés, depresión o ansiedad en el día a día.

Hora	Duración	Objetivo	Metodología o Técnicas	Actividad	Instrumentos
------	----------	----------	------------------------	-----------	--------------

Inicio	14:00	15 minutos	<p>Crear un ambiente agradable para los participantes, mediante el uso de actividades recreativas, para que logren aliviar la tensión inicial.</p>	<p>Técnica de rompe hielo</p>	<p>Mi top 5 de supervivencia</p> <p>1.- El psicólogo les pedirá a los participantes que se separen en grupos de 5 personas. Estos deberán de pensar en elementos u objetos que sean imprescindibles en un día de guardia médica.</p> <p>2.- Una vez que los grupos estén formados, se le pedirá a cada uno que elijan 7 artículos que ellos creen necesarios que deben tener durante el día de intensa actividad laboral. Estos objetos estarán en una mesa ubicada en el centro.</p> <p>3.- Una vez que los grupos piensen que objetos necesitarán, pasarán al frente y elegirán los 5 objetos. Cada integrante deberá de argumentar el por qué escogió ese</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Objetos de aseo personal ● Recipiente de plástico con comida ● Termo de agua ● Toallitas húmedas ● Cuaderno con pluma ● Uniforme con gorro quirúrgico ● Cargador de teléfono ● Cepillo de dientes ● Audífonos
---------------	-------	------------	--	-------------------------------	---	---

objeto y cuál será la función dentro de su guardia o turno hospitalario.

Desarrollo	14:35	35 minutos	Organizar un ambiente de relajación, con el uso de material audiovisual relacionado al Mindfulness, para que los participantes logren sentirse tranquilos y calmados.	Terapia de Mindfulness basado en terapia cognitiva	<p style="text-align: center;">El escáner corporal</p> <p>1.- El psicólogo explicará a los participantes qué es el pensar y sentir para ellos.</p> <p>2.- Los participantes deberán de acomodarse en 6 columnas. Necesitarán sacarse los zapatos y se pondrán en una alfombra cómoda, dada por el facilitador.</p> <p>3.- Posteriormente, el psicólogo reproducirá un video relacionado a la meditación que tiene por nombre “escáner corporal”. Este video durará 16 minutos en la cual cada participante realizará lo que hace el hablante del video.</p> <p>4.- Al finalizar la actividad, el psicólogo preguntará al azar a los participantes que les pareció esta actividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Alfombras de fomix ● Audiovisual ● Parlante ● Proyector
-------------------	-------	------------	---	--	--	--

15:10	15 minutos	<p>Reconocer los problemas como oportunidades, dándole al participante un mayor análisis hacia los problemas y así desarrolle la validación de las reacciones que se pueden presentar en dicha problemática.</p>	<p>Terapia dialéctica conductual</p>	<p>Si la vida te da limones: ¿Qué debo hacer?</p> <p>1.- Los participantes deberán formar un círculo cerrado. El psicólogo les explicará la metáfora del limón, esta consiste en reconocer y validar el problema que se presenta.</p> <p>2.- Luego, el psicólogo les dirá que escriban en un papel que significa para ellos las palabras: reconocer, validar, decisión, experiencia, agradecimiento, inevitable, positivo y negativo. En el centro del círculo estará un árbol de plástico, cada participante deberá poner su papel en una rama del árbol.</p> <p>3.- Al finalizar la actividad, el psicólogo leerá algunos papeles al azar de los</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Árbol de plástico ● Papeles pequeños ● Bolígrafos
-------	------------	--	--------------------------------------	---	---

conceptos dados. Luego, dará una breve retroalimentación de estos conceptos.

15:25

Analizar los aspectos positivos y negativos e interesantes de los conocimientos adquiridos en el taller, mediante el uso de un PNI, para observar una situación desde diferentes enfoques.

Técnica de cierre

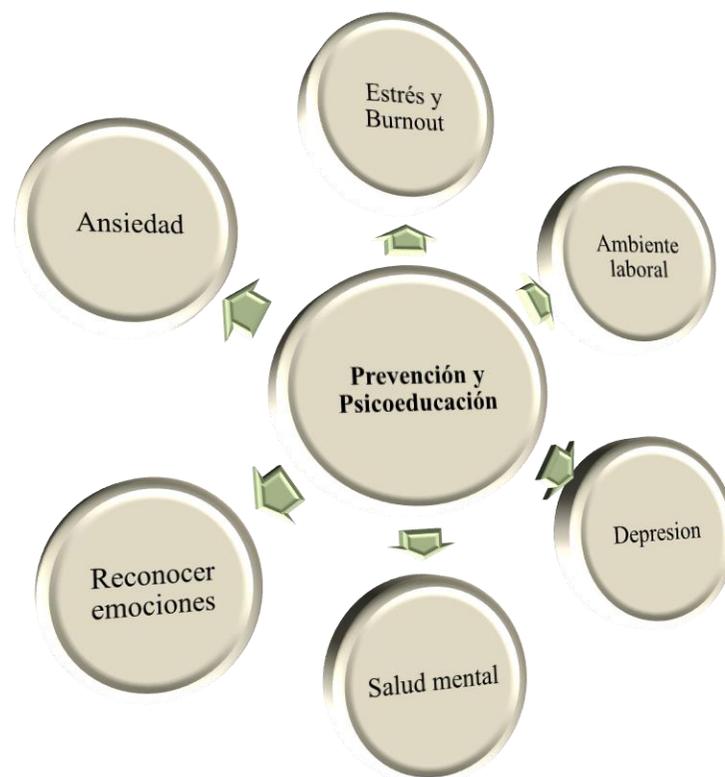
El PNI de cierre (Positivo, negativo e interesante).

1.- El psicólogo les dará a los participantes una hoja A4, en la cual deberán de poner que les pareció positivo, negativo e interesante de los talleres realizados con el grupo.

2.- El psicólogo le dará un pequeño papel a los participantes, en la cual deberán de responder la siguiente pregunta: ¿Qué otras cosas quisiera aprender?

Figura 41

Temáticas abordadas dentro de los talleres de Prevención y Psicoeducación



CONCLUSIÓN

Una vez realizada la investigación bibliográfica, recopilación y análisis de datos, se puede concluir que los trastornos emocionales tales como la depresión y la ansiedad, son incapacitantes en gran medida para cualquier individuo que llegue a padecerlos, debido a los efectos negativos en la salud mental, como la pérdida de interés en las actividades cotidianas, el exceso de nerviosismo, problemas en el sueño, entre otros; los médicos residentes no están exentos a padecer estos trastornos ya que se enfrentan diversas situaciones que podrían detonar estos padecimientos. Es por esto que se considera importante la creación de un programa de prevención para que no prevalezca la manifestación de dichos trastornos.

Una vez que se analizó las encuestas, se notó la presencia, durante el programa de residencia, de un leve aumento de la sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada, comparada al inicio de la residencia médica. Sin embargo, el que tuvo mayor predominancia fue el trastorno depresivo, debido a un incremento con respecto a la sintomatología depresiva en los residentes, desde su inicio del programa de residencia médica. Por este motivo, se cree que estos deben velar por su salud mental, ya que es de gran importancia para un buen desempeño laboral.

Tomando como marco teórico la terapia cognitiva conductual, se puede hacer referencia al avance de las terapias en cuanto al abordaje terapéutico, por la redirección que tiene la terapia cognitiva conductual con la aparición de la segunda y tercera generación, las cuales se adaptan a tratamientos relacionados al trastorno depresivo y de ansiedad generalizada. Por lo cual dentro del trabajo que se presenta, se realizaron diversas actividades que se encuentran relacionadas a este tipo de terapias.

Por otro lado, el aumento de las cifras relacionadas al trastorno depresivo y de ansiedad generalizada, denota los limitados planes de prevención de estos trastornos. Por lo que se busca detectar con anterioridad la problemática central y así buscar alternativas para detener el progreso de dichos trastornos mentales. La detección de forma precoz se determina a través de la psicoeducación, en este caso son los talleres que se realizó a los médicos residentes. Por este motivo, se cree que es de suma importancia buscar precautelar la salud mental y el bienestar emocional de las personas, para lo cual es necesario que se tengan en cuenta los conceptos de prevención

y promoción de la salud mental. Este trabajo de proyecto de grado, busca la preservación de servicios y áreas de ayuda en caso de algún tipo de afectación psicológica en los médicos residentes de dicha institución pediátrica.

Así mismo, se demuestra a través de las encuestas realizadas por los médicos residentes, que la gran mayoría de ellos no han estado involucrados dentro de algún tipo de charla preventiva con respecto a los trastornos mentales en su ámbito laboral. Sin embargo, la mayoría si están a favor de la idea de la realización de actividades correspondientes a la prevención de tanto los trastornos depresivos como los de ansiedad, agregando también otro tipo de problemáticas correspondientes a la salud mental, dando a entender la importancia de charlas preventivas. Por este motivo, es de suma importancia la propagación de contenidos o temáticas que los médicos residentes propongan en un futuro, generando en ellos una mayor iniciativa para despejar sus dudas acerca de temáticas relacionadas a la salud mental.

RECOMENDACIONES

- Dar importancia a la salud mental de los médicos residentes.
- Fomentar la psicoeducación de manera constante.
- Determinar la importancia de la prevención de los trastornos mentales, tales como; depresivos, ansiosos y etc.
- Promover la creación de diversos proyectos relacionados a la salud mental, para médicos residentes.

Referencias

- Alva-Díaz, C., Nieto-Gutiérrez, W., Taype-Rondán, A., Timaná-Ruiz, R., Herrera-Añazco, P., Jumba-Armas, D. & Escobedo-Palzae, S. (2021). Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.007>
- Álvarez, M. (2021). *9 Diferencias entre la angustia y la ansiedad: ¿Cómo nos afectan?*. Mundo Psicólogos. <https://www.mundopsicologos.com/articulos/ansiedad-y-angustia>
- Andión, L., Briceño, D., Coronell, M., Pugliese, B., Tejada, C. (2021). *Factores asociados al trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes e internos de una universidad del caribe colombiano en el año 2021*. [Trabajo de grado, universidad del norte]. Universidad del Norte archivo. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9787/Tesis%201102890055.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Ayala, E. (2020). *Prevalencia De Depresión, Ansiedad Y Trastornos Del Sueño En Médicos Postgradistas Del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019* [PDF]. <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8378/1/9BT2020-MTI042.pdf>.
- Bados, A., & García, E. (2014). *Resolución De Problemas* [PDF]. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Bauer-Wu, S. (s.f.). *Transcripción: Meditación de Escaneo Corporal* [PDF]. https://espanol.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/transcripts/audio-transcript/Body_Scan_Meditation_Transcript_ES.pdf
- Belenguer, Y. (s.f.). *Aceptación y Compromiso (ACT) en pacientes depresivos no diagnosticados*. Psicopedia - Psicología, Psicoterapias y Autoayuda. <https://psicopedia.org/1065/terapia-de-aceptacion-y-compromiso-en-pacientes-depresivos/>

- Berry, J. (2020). *¿Qué se siente cuando estamos deprimidos?*. Medicalnewstoday. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/como-se-siente-la-depresion>
- Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. WHO. (2022). <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
- Clark, D., Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. (2da ed.) Desclée De Brouwer.
- Corea Del Cid, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 1-68. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Coreyll, W. (2021). *Trastornos depresivos*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%3%A1nimo/trastornos-depresivos>.
- Depresión (trastorno depresivo mayor)*. (2021). MayoClinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Ecuador. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. (s.f.). Dominios institucionales. <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>
- Eisendrath, S., Chartier, M., & McLane, M. (2011). Adapting Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression: A Clinical Case Study. *Cognitive and behavioral practice*, 18(3), 362–370. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.05.004>
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual De Terapia Racional-Emotiva Volumen 2* . Editorial Desclée De Brouwer, SA.
- Estrés: factor de riesgo. Bienestar Emocional*. (s.f.). <https://bemocion.sanidad.gob.es/emocionEstres/estres/consecuencias/factorRiesgo/home.htm>
- Feria, H., Matilla, M., & Mantecón, S. (2020). La Entrevista Y La Encuesta: ¿Métodos O Técnicas De Indagación Empírica?. *Revista Didasc@Lia*, 6(3), 62-79. <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/992/997>.

- Fernández, A., Estrada, M., & Arizmendi, E. (2018). Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 18(1), 29–40.
<https://www.revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/277/284>
- Fitzgerald, J. (2021). *Depresión vs. tristeza: Cómo identificar la diferencia*. Medical News today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/depression-versus-tristeza>
- Hernández, C., & Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Revista Alerta*, 2(1), 75-79. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed.). McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M., García Espejo, M., & Limón Cano, S. (2010). *Metodología de la investigación* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Juárez, J. (2020). *Calidad de sueño asociado a la ansiedad y depresión en los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar 57* [PDF]. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11271>.
- Kerr, M. (2020). *Trastorno depresivo mayor: Síntomas, causas y tratamiento*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/es/depression-clinica>
- La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.* (2022). <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2022-oms-subraya-urgencia-transformar-salud-mental-cuidados-conexos>.
- Laoyan, S. (2022). *¿Cuáles son las etapas del desarrollo de un equipo?*. Asana. <https://asana.com/es/resources/stages-of-team-development>
- Linares, R. *Terapia Dialéctica Conductual: Que Es, Componentes, Módulos Y Etapas*. (s.f.). Psicoportal. <https://psicoportal.com/psicoterapia/terapia-dialectica-conductual/>.

- Linehan, M. (2015). *T Skills Training Handouts and Worksheets* [PDF] (2^a ed.). https://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/Images/Emotion%20Regulation%20DBT%20Skills%20ADA%2004292020_tcm75-1598999.pdf.
- Lovo, J. (2020). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Universidad Tecnológica De El Salvador*, 20. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
- Maero, F. (2016). *¿Qué demonios son las terapias de tercera ola?*. 2, 5-42.
- Martín Del Campo, D., Lomelí, F., & Riquelme, A. (2018). *Relación de ansiedad, depresión y estrés y el impacto que tiene sobre la salud mental en jóvenes de preparatoria y licenciatura de la CDMX* [PDF]. Memorias Del Xx Concurso Lasallista De Investigación, Desarrollo E Innovación. <https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/mclidi/article/view/1596/1935>.
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2021). *Manual Práctico De Terapia Dialéctico Conductual* (4th ed.). Desclée De Brouwer.
- Mendive, J. (2021). *Factores de riesgo de la depresión y cómo prevenirla*. *Salud Mental* 360. <https://www.som360.org/es/articulo/factores-riesgo-depresion-como-prevenirla>
- Micheli, M. (2017). *Abordaje del Trastorno Límite de Personalidad desde el Modelo DBT* [PDF]. <https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1924/Micheli%2C%20M%20aria%20Paula.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mingote, J., Gálvez, M., Del Pino, P., & Gutiérrez, M. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 55(44), 41-63. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es&tlng=es
- Morales, R. (2019). *Muestreo Aleatorio Simple (MAS) Muestreo Sistemático Aleatorio (MSA)* [PDF]. http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/108350/secme-6833_1.pdf?sequence=1
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., & Martín-Santos, R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina clínica*, 157(3), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003>

- Organización mundial de la salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización mundial de la salud. (2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2022-oms-subraya-urgencia-transformar-salud-mental-cuidados-conexos>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización mundial de la salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
- Organización Panamericana De La Salud. (2008). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10 ed.Rev., Vol. 1). Organización Panamericana De La Salud.
- Osorio, R., Castro, D. (2021). *Aproximaciones a una metodología mixta*. 13(22), 65-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043244>
- Patiño, L. (2018). *Teorías y Métodos Conductismo y Enfoque Cognitivo*. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Piñar, G., Suárez, G., & De La Cruz, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergi*, 5(12). <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610/1057>.
- Polacov, S., Barrionuevo Battistini, I., Barroso, G., Cravero, B., D'Alessandro, T., Allende, G. E., Boni, S. R., Maldini, Carla S., Pepe, G. A., & Gobbi, C. A. (2021). Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba, 78(4), 371–375.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n4.28749>

Pontet, J. (2019). *Tratando la distimia con atención plena Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el tratamiento del trastorno depresivo persistente* [PDF].
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23420/1/tfg-_julio_pontet_final.pdf.

Preguntas frecuentes sobre terapia dialéctica conductual. (s.f.). Trastorno límite de la personalidad (TLP). <https://www.trastornolimitado.com/tlp/preguntas-frecuentes-sobre-terapia-dialectica-conductual>.

¿Qué es el Trastorno Depresivo o Depresión?. (s.f.).
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo>.

¿Qué son las depresiones atípicas y melancólicas?. (s.f.).
<https://gabinetepsicologicmataro.com/que-son-las-depresiones-atipicas-y-melancolicas/>

Quintero, S., & Hernández, J. (2020). Síntomas de depresión asociados al síndrome de burnout y a condiciones sociolaborales de docentes de colegios públicos de Envigado (Colombia). *Psicología Desde El Caribe*, 38(1), 133-147.
<https://doi.org/https://doi.org/10.14482/psdc.38.1.158.724>

República del Ecuador. (2022). *Plan de creación de oportunidades 2021-2025* [PDF].

Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista Do Centro De Educação*, 31(1), 11-22. <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>.

Robbins, S., & Judge, T. (2009). *Comportamiento organizacional* (10th ed.). Pearson Educación de México, S.A.

Rodríguez, A., Díaz, A., Franco, J., Aguirre, J., & Camarena, G. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. *Asociación Médica ABC*, 63(4), 246-254.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc184b.pdf>.

- Salgado, M. (2019). *Muestra Probabilística Y No Probabilística* [PDF].
http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/108928/secme-10911_1.pdf?sequence=1.
- Sánchez, A. F., Salvarrey, M. N. E., & Jaime, E. R. A. (2019). Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *Revista de enfermería neurológica*, 18(1), 29-40.
<https://www.revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/277/284>
- Sánchez, M. (2020). *Manejo de grupos formales e informales y equipos en la organización*.
<https://www.gestiopolis.com/manejo-grupos-formales-e-informales-equipos-la-organizacion/>
- Sipe, W., & Eisendrath, S. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*, 2, 61-76.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-416031-6.00003-7>
- Soler, G. (2013). *Mindfulness En El Contexto De La Psicoterapia Integrativa* [PDF].
https://www.researchgate.net/publication/280445904_Mindfulness_En_El_Contexto_De_La_Psicoterapia_Integrativa
- Teoría de Aaron T. Beck*. Centro de Psicología Aaron Beck.
<https://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/aaron-t-beck.html>.
- Tipos de pregunta en la encuesta*. Encuesta. (2015). <https://encuesta.com/blog/tipos-de-pregunta-en-la-encuesta>
- World Health Organization. (2014). *Depression and Other Common Mental Disorders*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

ANEXOS

Figura 42

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google

Preguntas Respuestas **52** Configuración



Propuesta para la prevención del trastorno depresivo y ansiedad generalizada en médicos residentes de un hospital pediátrico de Guayaquil

Este cuestionario es para fines académicos. La encuesta es de carácter anónimo y las respuestas se usarán solo con fines de investigativos.

Correo *

Correo válido

Este formulario registra los correos. [Cambiar configuración](#)

Sexo *

Femenino

Masculino

Otros

Figura 43

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google

¿Qué edad tienes? *

20 - 30 años

30 - 40 años

¿Usted se ha preocupado por su salud mental desde que pertenece al personal de salud? *

Muchas veces

Pocas veces

Casi nunca

Nunca

¿Ha recibido terapia psicológica? *

Si

No

Si su respuesta anterior fue si, ¿Cuál fue el motivo?

Depresión

Ansiedad

Otra...

Figura 44

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google

Qué conoce usted de: *	Nada	Un poco	Lo suficiente	Bastante
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Sabe la diferencia entre depresión, tristeza y melancolía?

Bastante

Lo suficiente

Un poco

Nada

¿Sabe la diferencia entre ansiedad y angustia? *

Si

No

Figura 45

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google

Desde que inició su programa residencia ha tenido los siguientes síntomas de ansiedad generalizada: *

	1 año o+	6 meses o +	1 mes o +	Una semana...	Rara vez	Nunca
Nerviosidad	<input type="checkbox"/>					
Temblores	<input type="checkbox"/>					
Tensiones m...	<input type="checkbox"/>					
Sudoración	<input type="checkbox"/>					
Atolondrami...	<input type="checkbox"/>					
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>					
Vértigo	<input type="checkbox"/>					
Malestar epi...	<input type="checkbox"/>					

Solo si marcó el cuadro anterior: ¿Considera que estos síntomas seleccionados han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia?

Si

Tal vez

Muy poco

No

Figura 46

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google

...

Solo si marcó el cuadro anterior: ¿Considera que estos síntomas seleccionados han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia?

Si

Tal vez

Muy poco

No

Otra...

¿Considera que la sintomatología señalada anteriormente ha afectado a su desempeño laboral? *

Muchas veces

Pocas veces

Casi nunca

Nunca

Figura 47

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google

⋮

Solo si marcó el cuadro anterior: ¿Considera que estos síntomas han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia?

Si

Tal vez

Muy poco

No

Otra...

Antes del inicio de su programa de residencia ha tenido estos síntomas de ansiedad generalizada: *

	1 año o +	6 meses o +	1 mes o +	Una semana...	Rara vez	Nunca
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>					
Temblores	<input type="checkbox"/>					
Tensiones m...	<input type="checkbox"/>					
Sudoración	<input type="checkbox"/>					
Atolondrami...	<input type="checkbox"/>					
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>					
Vértigo	<input type="checkbox"/>					
Malestar epi...	<input type="checkbox"/>					

Figura 48

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google

☰

Desde que inició su programa residencia ha tenido los siguientes síntomas depresivos: *

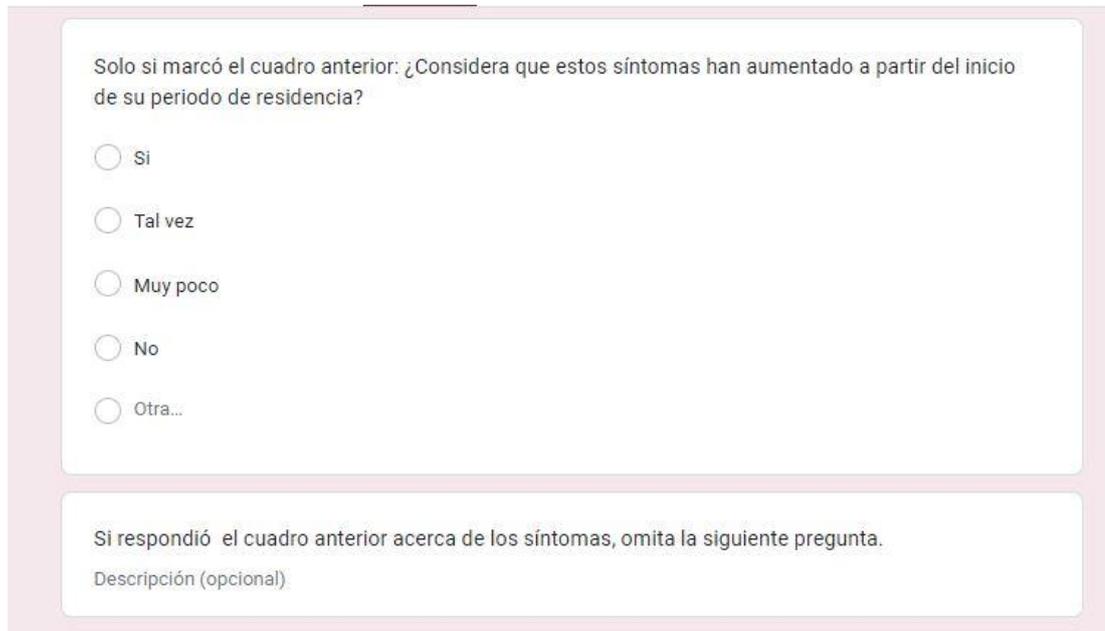
	1 año o +	- de 1 año	6 meses o +	1 mes o +	Una sema...	Rara vez	Nunca
La pérdida...	<input type="checkbox"/>						
Perdida o ...	<input type="checkbox"/>						
Insomnio ...	<input type="checkbox"/>						
Agitación ...	<input type="checkbox"/>						
Fatiga o p...	<input type="checkbox"/>						
Sentimient...	<input type="checkbox"/>						
Culpabilid...	<input type="checkbox"/>						
Disminuci...	<input type="checkbox"/>						
Ideas suici...	<input type="checkbox"/>						
Aspecto ll...	<input type="checkbox"/>						
Tristeza	<input type="checkbox"/>						
Sensación...	<input type="checkbox"/>						
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>						
Sentimient...	<input type="checkbox"/>						
Cambios e...	<input type="checkbox"/>						

Si respondió el cuadro anterior acerca de los síntomas, omita la siguiente pregunta.

Descripción (opcional)

Figura 49

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google



Solo si marcó el cuadro anterior: ¿Considera que estos síntomas han aumentado a partir del inicio de su periodo de residencia?

- Si
- Tal vez
- Muy poco
- No
- Otra...

Si respondió el cuadro anterior acerca de los síntomas, omite la siguiente pregunta.

Descripción (opcional)

Figura 50

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google

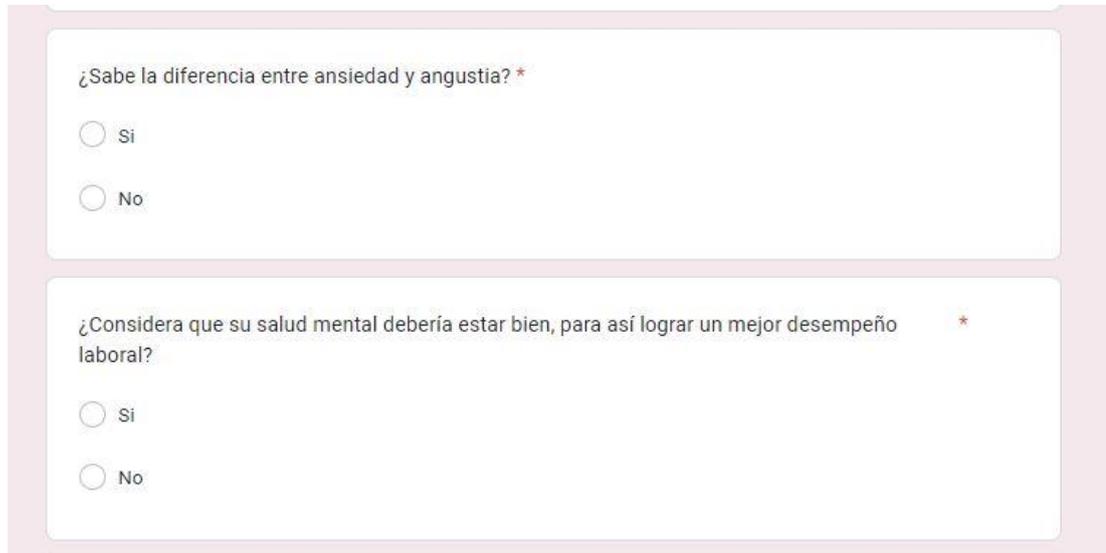
☰

Antes del inicio de su programa de residencia ha tenido estos síntomas depresivos: *

	1 año o +	- de 1 año	6 meses o +	1 mes o +	Una sema...	Rara vez	Nunca
La pérdida...	<input type="checkbox"/>						
Perdida o ...	<input type="checkbox"/>						
Insomnio ...	<input type="checkbox"/>						
Agitación ...	<input type="checkbox"/>						
Fatiga o p...	<input type="checkbox"/>						
Sentimient...	<input type="checkbox"/>						
Culpabilid...	<input type="checkbox"/>						
Disminuci...	<input type="checkbox"/>						
Ideas suici...	<input type="checkbox"/>						
Apariencia...	<input type="checkbox"/>						
Tristeza	<input type="checkbox"/>						
Sensación...	<input type="checkbox"/>						
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>						
Sentimient...	<input type="checkbox"/>						
Cambios e...	<input type="checkbox"/>						

Figura 51

Modelo de la encuesta tomada a los médicos residentes mediante la plataforma de Google



¿Sabe la diferencia entre ansiedad y angustia? *

Si

No

¿Considera que su salud mental debería estar bien, para así lograr un mejor desempeño laboral? *

Si

No



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cordero Canelo Giamil Alejandro** con C.C: # 0951108208 autor del trabajo de titulación: **Propuesta para la prevención del trastorno depresivo y ansiedad generalizada en médicos residentes de un hospital pediátrico de Guayaquil**, previo a la obtención del título de Licenciado en Psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 15 de septiembre de 2022

f. 

Nombre: Cordero Canelo Giamil Alejandro

C.C: 0951108208



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Quijije Álvarez Katherine Margarita** con C.C: # 0950874784 autora del trabajo de titulación: **Propuesta para la prevención del trastorno depresivo y ansiedad generalizada en médicos residentes de un hospital pediátrico de Guayaquil**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 15 de septiembre de 2022

f. _____

Nombre: Quijije Álvarez Katherine Margarita

C.C: 0950874784



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Propuesta para la prevención del trastorno depresivo y ansiedad generalizada en médicos residentes de un hospital pediátrico de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Cordero Canelo, Giamil Alejandro Quijiye Álvarez, Katherine Margarita		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciatura en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	143 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología, Prevención, Salud Mental, Depresión, Ansiedad		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	salud mental, terapia cognitivo conductual, psicoeducación, depresión, ansiedad, prevención, médicos residentes		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Los trastornos mentales son cada vez más predominantes en la población mundial, los cuales se presentan tanto en niños como en adultos. Los médicos residentes están propensos a padecer un trastorno depresivo o de ansiedad generalizada, debido al desgaste emocional y físico que está presente en su ámbito laboral. El objetivo principal de esta investigación tuvo como finalidad crear una propuesta preventiva relacionado a la psicoeducación acerca del trastorno depresivo y de la ansiedad generalizada, para lograr un mayor conocimiento y entendimiento de dichos trastornos mencionados, para que una vez identificados los síntomas y puedan acudir a un profesional de la salud mental. Esta investigación se realizó bajo una metodología mixta, en donde se utilizó una encuesta de preguntas abiertas y cerradas a través de la plataforma de Google Forms. Así mismo, se utilizó como marco teórico referencial la teoría cognitivo conductual, específicamente las terapias de la segunda generación tales como; Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva y Terapia de Resolución de Problemas. Asimismo, las de tercera generación tales como; Terapia Dialéctico Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso, Reducción del Estrés Basada en Mindfulness y Terapia Cognitiva basada en Mindfulness. Por otro lado, dentro de esta investigación, se obtuvieron datos estadísticos de la sintomatología de los médicos residentes antes y después de entrar a su programa de residencia, en la cual se mostraron diversos resultados con respecto a cómo esta sintomatología ha ido incrementando o disminuyendo durante dicho programa.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfonos: +593-4-999358018; +593-4-939531358	E-mail: katherinequiije13@gmail.com; giamil.alexandro@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (CORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
No. DE REGISTRO (en base a datos):			
No. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			