



**Prevalencia de problemas de salud mental en residentes de medicina en el contexto de
la pandemia por covid-19**

Autores:

Angela María Cardenas Suarez
Julián Alberto Matulevich Jaimes

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de psiquiatra

Bogotá – Colombia
2021

Prevalencia de problemas de salud mental en residentes de medicina en el contexto de la
pandemia por covid-19

Autores:

Angela María Cardenas Suarez
Julián Alberto Matulevich Jaimes

Tutores

Rodrigo Nel Córdoba Rojas
Juan Fernando Cano Romero
Ana María Pedraza Flechas

Departamento de psiquiatría
Especialización en psiquiatría
Universidad del Rosario

Bogotá – Colombia
2021

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Departamento de psiquiatría

Título de la investigación: **prevalencia de problemas de salud mental en residentes de medicina en el contexto de la pandemia por covid-19**

Instituciones participantes: Universidad del Rosario y Asociación Nacional de Internos y Residentes

Tipo de investigación: Institucional. Nivel postgrado. Estudio de corte transversal

Investigador principal: Angela María Cárdenas Suarez, Julián Alberto Matulevich Jaimes

Asesor clínico o temático: Rodrigo Nel Cordoba Rojas

Asesor metodológico: Juan Fernando Cano Romero y Ana Maria Pedraza Flechas

Contenido

1. Introducción	9
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Justificación	12
2. Marco Teórico	15
2.1 Introducción	15
2.1.1 SARS-CoV-2	15
2.1.2 Problemas de salud mental	16
2.2 Etiología	17
2.3 Tipos de problemas de salud mental	18
2.3.1 Ansiedad	18
2.3.3 Burnout	23
2.3.4 Consumo problemático de sustancias psicoactivas	26
2.3.5 Ideación suicida	29
2.4 Escalas	31
2.4.1 GAD-7	31
2.4.2 PHQ-9	33
2.4.3 Burnout screening inventory (BSI)	35
2.4.4 CAGE	36
2.4.5 DAST-10	37
2.4.6 Escala de ideación suicida de Roberts	38
2.5 Medidas preventivas y terapéuticas para el manejo de problemas de salud mental en residentes de medicina	40
3. Pregunta de investigación	41
4. Objetivos	41
4.1 Objetivo general	41
4.2 Objetivos específicos	41
5. Formulación de hipótesis	42
6. Metodología	42
6.1 Tipo y diseño de estudio	42
6.2 Población y muestra	42
6.3 Criterios de inclusión y exclusión	42
6.4 Tamaño de muestra	42

6.5	<i>Muestreo</i>	43
6.6	<i>Definición y operacionalización de variables</i>	43
6.6.1	<i>Definiciones:</i>	43
6.6.2	<i>Operacionalización de variables</i>	43
6.7	<i>Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos</i>	46
6.8	<i>Plan de procesamiento de muestras biológicas</i>	47
6.9	<i>Plan análisis de datos</i>	47
6.10	<i>Plan de manejo de datos</i>	48
6.11	<i>Alcances y límites de la investigación</i>	48
7.	Aspectos éticos	50
7.1	<i>Ruta de atención en caso de que los participantes requieran atención médica o psicológica</i>	51
8.	Administración del proyecto	55
8.1	<i>Presupuesto</i>	55
8.2	<i>Cronograma</i>	56
9.	Resultados	57
9.1	<i>Datos obtenidos</i>	57
9.1.1	<i>Características sociodemográficas y educativas</i>	57
9.1.2	<i>Puntajes obtenidos en escalas de problemas de salud mental</i>	63
9.1.3	<i>Preguntas relacionadas con el contexto de la pandemia por COVID-19</i>	67
9.2	<i>Asociaciones</i>	67
10.	Discusión	76
10.1	<i>Limitantes y alcances en el estudio</i>	80
11.	Conclusiones	82
12.	Referencias	83
13.	Anexos	91
	<i>Anexo 1. Formato único de entrega de productos de investigación</i>	91
	<i>Anexo 2. Consentimiento informado</i>	92
	<i>Anexo 3. Formato de recolección de datos</i>	95
	<i>Anexo 4. Escala GAD-7</i>	119
	<i>Anexo 5. Escala PHQ-9</i>	120
	<i>Anexo 6. Escala BSI</i>	121
	<i>Anexo 7. Escala CAGE</i>	124
	<i>Anexo 8. Escala DAST-10</i>	125

Anexo 9. Escala de ideación suicida de Roberts..... 126

Resumen

Introducción: Existe una alta prevalencia de problemas de salud mental en el gremio médico y especialmente en los residentes de especialidades médico-quirúrgicas, asociado a múltiples factores de riesgo los cuales, se han exacerbado por los factores de estrés relacionados con la pandemia por COVID-19. Sin embargo, en Colombia no hay estudios recientes que muestren información al respecto.

Propósito: Caracterizar los problemas de salud mental (síntomas depresivos, ansiosos, ideación suicida, síndrome de burnout y consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas) en residentes de especialidades médico-quirúrgicas en Colombia asociadas a la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo corte transversal. Utilizando el programa “Microsoft Forms” se diseñó un auto-cuestionario virtual, el cual se envió en el periodo comprendido entre octubre del 2020 a febrero del 2021. La población estuvo constituida por médicos que estuvieran cursando cualquier año de residencia en territorio nacional. Se indagó acerca de las características sociodemográficas, el cómo han vivenciado la pandemia y se aplicaron las escalas auto aplicadas: PHQ-9, GAD-7, escala de ideación suicida de Roberts, CAGE, DAST-10 y Burnout screening inventory (BSI).

Resultados: 95 personas respondieron el cuestionario. Del total, 56 (58,95%) fueron mujeres, con una edad media de 29 años. Se evidenció la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en el 34,7% (n=33) y 32,8% (n=32) de forma respectiva. Un 24,2% (n=23) exhibieron ideación suicida, 11,6% (n=11) síndrome de Burnout, 25,2% (n=24) presentaron consumo problemático de alcohol, y solamente una persona mostró abuso o dependencia para sustancias psicoactivas. Se observó una tendencia a mayores niveles de problemas de salud mental cuando el residente o un ser cercano estuvieron expuestos al COVID-19.

Palabras clave: Covid-19, Factores de riesgo, Residencia médica, Salud mental.

Abstract:

Introduction: There is a high prevalence of mental health problems in the medical profession and especially in residents of medical-surgical specialties, associated with multiple risk factors which have been exacerbated by stress factors related to the COVID-19 pandemic. However, in Colombia there are no recent studies that show information in this regard.

Objectives: To characterize the mental health problems (depressive and anxious symptoms, suicidal ideation, burnout syndrome and problematic use of alcohol and psychoactive substances) of physicians in residency programs in Colombia, in association with the SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic.

Methods: A cross-sectional study was carried out, from OCT 2020 to FEB 2021 a virtual survey was sent to those doctors who were studying any year of residence in the national territory. Sociodemographic characteristics, how they have experienced the pandemic, as well as several self-applied instruments including: PHQ-9, GAD-7, Roberts suicide ideation scale, CAGE, DAST-10 and Burnout screening inventory (BSI), were assessed.

Results: 95 people answered the questionnaire. 56 (58.9%) were women with a mean age of 29 years. The presence of anxious and depressive symptoms was evidenced in 34.7% (n=33) and 32.8% (n=32) of the participants, respectively. 24.2% (n = 23) exhibited suicidal ideation, 11.6% (n = 11) burnout syndrome, 25.2% (n = 24) presented problematic alcohol consumption, and only one person described abuse or dependence for psychoactive substances. Likewise, a trend to higher levels of mental health problems was observed when the physicians was exposed to or a person close to COVID-19.

Keywords: Covid-19, Internship and Residency, Mental health, Risk factors.

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad no existe una definición totalmente idónea para lo que es salud mental, trastornos mentales o problemas de salud mental. Sin embargo, con el tiempo se han venido estructurando estos conceptos, basándose en los diversos conocimientos de diferentes ciencias y ramas humanísticas involucradas en el estudio del desarrollo humano, tales como la psiquiatría, psicología, antropología y la filosofía; con el fin de construir definiciones lo más integrales posibles y que logren abordar, dentro de lo que se puede, la esencia del ser humano. La Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1).

La Asociación Americana de Psiquiatría en su libro Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales, en su quinta edición - DSM-5 por sus siglas en inglés, determina a los trastornos mentales como un espectro de síndromes caracterizados por alteraciones clínicamente significativas del estado cognitivo, la regulación emocional o del comportamiento de un individuo secundario a una desregulación en su funcionamiento biológico, psicológico o el neurodesarrollo, y que usualmente van asociados a un estrés significativo o perturbación en su funcionamiento laboral, social u otras áreas importantes. (2)

Existe menor claridad sobre ¿qué son los problemas de salud mental?, actualmente no existe una definición que sea universalmente aceptada, pero en este estudio los consideramos como un conjunto heterogéneo de signos y síntomas que alteran los procesos cognitivos, emocionales o comportamentales de las personas, que aunque no cumplen los criterios para un trastorno mental, pueden generar angustia y un malestar significativo en el funcionamiento de la persona (3).

En el mundo, y de manera más reciente en Colombia, se ha empezado a generar un gran interés por el estado de la salud mental en la población. En la última encuesta de salud mental,

realizada en el año 2015, el 9,6% de los adultos en el rango de los 18 a 44 años, obtuvieron un SRQ positivo (Cuestionario de Auto Reporte por sus siglas en inglés), escala aplicada por el personal de salud o auto-aplicada, diseñada por la OMS, que tiene como objetivo la identificación de problemas de salud mental en la atención primaria, para problemas de salud mental y trastornos mentales, donde el 9% de las mujeres y el 3,3% de los hombres presentaban 5 o más síntomas relacionados con la ansiedad y 4,9% de las mujeres y 3,2% de los hombres manifestaron la presencia de 7 o más síntomas relacionados con la depresión. Así mismo se encontró que los trastornos afectivos son los más comunes, con una prevalencia a lo largo de la vida del 6,7%, que aumenta progresivamente con la edad y que se desarrollan más en zonas urbanas que rurales, con una relación de 2 a 1. En cuanto al suicidio, el 7,4% de los adultos ha presentado ideación suicida y el 2,6% intento suicidio, de manera interesante con diferencias regionales en cuanto a la proporción, siendo Bogotá la ciudad con mayor proporción de personas con ideación suicida (10,3%) (4).

A pesar de que en la encuesta de salud mental se estratifica la población por grupo etario, género nivel socioeconómico, y localización geográfica, no realiza distinción a cuanto a las ocupaciones o roles en la sociedad (4). El gremio médico y en especial los residentes de las diferentes especialidades, son un grupo poblacional especial que está constantemente sometido a factores estresantes, y con un mayor riesgo de desarrollar niveles elevados de fatiga, depresión, ansiedad e irritabilidad en comparación de la población general (5). Esto se evidencio en un estudio de corte transversal multiinstitucional, en el que se encontró que los residentes tenían una prevalencia del 7,2% para trastorno depresivo mayor y un 3,9% para ideación suicida, así mismo, a medida que iban avanzando en años de posgrado mayor era la prevalencia de ambas (6).

Aunque se sabe que la prevalencia de depresión o síntomas depresivos en residentes de diferentes países varía del 20,9-43,2% (7), 30,5-43,6% síntomas o trastorno de ansiedad, y 20% una combinación de ambos (8), no se sabe con exactitud cual el estado de salud mental de los especialistas en formación. Existen pocos estudios que ayuden a esclarecer cuál es el estado real de esta problemática a nivel nacional, se sabe que los residentes colombianos sufren de burnout y problemas en su salud mental, pero no se sabe con exactitud su prevalencia, así como tampoco se tienen estos datos de otros problemas de salud mental en

esta población. En el 2016 se realizó un estudio para determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los residentes de la Universidad del Rosario de Bogotá, en donde el 43,6% de los residentes presentaban síndrome de burnout y el 24,6% estaba en riesgo de desarrollarlo, sin embargo, no se evaluó la presencia de problemas de salud mental o de trastornos psiquiátricos (9).

Existen múltiples factores de riesgo que generan estrés psicológico y que por lo tanto pueden contribuir al desarrollo de problemas y trastornos mentales, dentro de estos los de mayor importancia incluyen: la carga académica, problemas financieros, el maltrato de los estudiantes y el desarrollo del cinismo del profesional (10). Adicionalmente y de manera general, en la residencia medica se suman otros factores como son las largas horas laborales (11), un incremento sustancial en el número de turnos nocturnos (12), deudas económicas y preocupaciones en el pago de la matrícula (13), insatisfacción con su estilo de vida actual (14) y falta de autonomía en su práctica clínica (15). Además, existen diferencias en cuanto al tipo de residencia que se esté ejerciendo, observándose que los residentes de las especialidades quirúrgicas tienen puntajes más bajos en las escalas de calidad de vida y con mayores problemas en los dominios de interacciones sociales y en las relaciones interpersonales, en comparación con aquellos en especialidades clínicas (16).

En el contexto actual de pandemia que, asociado a los factores de vulnerabilidad previamente mencionados en la población de estudio, aparecen nuevos factores y estresores que pueden cambiar la naturaleza tanto en la aparición como en el curso de problemas mentales en los residentes de medicina. Se sabe que el COVID-19 ha generado impactos importantes en la salud mental de los trabajadores de la salud, por ejemplo, en un estudio transversal realizado en China en 2020 se buscó evaluar la magnitud de los problemas de salud mental. Con una muestra total de 1257 trabajadores de salud se encontró que el 50% presentaban depresión, 44% ansiedad, 34% insomnio, existiendo mayor severidad de síntomas en aquellos que se encontraban trabajando en primera línea con contacto directo con pacientes COVID-19 positivo (17).

Además de incidir en la salud general de los profesionales, los problemas de salud mental también inciden en su rendimiento laboral y por consiguiente en la salud de los paciente, lo cual se evidenció en un estudio de cohorte prospectivo llevado a cabo en tres hospitales

pediátricos, en el que se encontró que los médicos con criterios para trastorno depresivo presentaban seis veces más un mayor riesgo de cometer errores médicos en la prescripción de medicamentos que aquellos que no, independiente si presentaban síndrome de desgaste profesional (18).

Si bien, aunque hay intervenciones como la terapia cognitivo conductual y/o terapias más dedicadas a la percepción del aquí y el ahora de la persona, como mindfulness, que se relacionan con la disminución de síntomas ansiosos y el estrés en los médicos y estudiantes de medicina (19), no son la única intervención que se puedan realizar. Existen medidas no médicas y psicoeducativas como la creación de programas de bienestar universitario o programas dirigidos específicamente hacia el estudiante, en los que se promueve la socialización con otros colegas y la realización de actividades diferentes a las académicas o asistenciales (20), los cuales bien implementados han mostrado una reducción en el agotamiento físico y emocional de los residentes y fellows (21).

1.2 Justificación

Desde finales del siglo XIX se ha documentado el síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal médico y más recientemente se ha incrementado la atención, no solo a la presencia de trastornos mentales, sino también hacia toda una gama de problemas de salud mental en el personal de salud, especialmente en los países desarrollados, con cifras establecidas y programas para el manejo de problemas y trastornos mentales en sus residentes y estudiantes de medicina (20,21).

De manera adicional, en el contexto de la pandemia por el virus COVID-19, se ha documentado un aumento en los problemas de salud mental tanto en la población general como en el personal de salud, viéndose igualmente un incremento de los mismos en los residentes de especialidades médico-quirúrgicas de distintos países de Europa y oriente, más existen poca información, especialmente a nivel de Latinoamérica, acerca de cuál ha sido el impacto en los residentes de medicina y como al asociarse con su estado de vulnerabilidad tan característica puede generar problemas mentales diferentes a otros trabajadores de la salud.

En países en desarrollo, como Colombia, se sabe que hay una gran carga de enfermedad mental, sin embargo, no existe información suficiente, reciente o precisa acerca del estado de salud mental ni de la prevalencia de los problemas en salud mental en los médicos o especialistas, y hay menos datos, sobre todo de manera específica en el contexto de la pandemia actual, sobre los residentes de medicina, quienes no solo son el futuro del país para afrontar los futuros retos en salud, sino también quienes representan un apoyo en el afrontamiento a los problemas de salud asociados al COVID-19, representando un vacío en el conocimiento el cual es necesario y valioso llenar.

Los residentes de medicina están expuestos a altas cargas asistenciales, académicas y a grados de estrés más elevados que otros profesionales (22) e incluso que otros médicos generales o especialistas, en donde su condición mental no solo va a repercutir en el estado físico y emocional del profesional, sino que además va a tener un impacto negativo en su rendimiento y por tanto en la salud general de los pacientes, y a un mal direccionamiento de los recursos económicos de las instituciones.

Igualmente, se debe tener en cuenta que, en los hospitales como parte del proceso de formación, los residentes realizan un porcentaje significativo del trabajo hospitalario, el cual en varias instituciones es una parte vital para su adecuado funcionamiento, por lo tanto, en caso de que presenten problemas de salud mental no detectados, ni tratados, tendrá repercusiones a nivel personal, interpersonal e institucional, empeorando la problemática social a un acceso a servicios de salud adecuados y efectivos.

Finalmente, en base a los resultados obtenidos se pueden realizar investigaciones futuras dirigidas a la promoción y prevención de la salud mental en los residentes o permitir la creación de programas universitarios dirigidos a la instauración de intervenciones que ayuden a mejorar los problemas y trastornos ya desarrollados dado la situación epidemiológica actual. Por otro lado, este estudio puede ser el punto de partida para el desarrollo de futuras investigaciones en otras ciudades, con el fin de ampliar el conocimiento acerca del estado actual de salud mental en los médicos residentes en Colombia y como ha cambiado en asociación al COVID-19 y hacer planes de desarrollo y bienestar universitario que mejoren y prevengan los problemas de salud mental en esta población, lo cual finalmente se verá reflejado en una mejoría de la salud de la población colombiana en general.

Dado lo mencionado anteriormente el objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de problemas de salud mental en los residentes de medicina a nivel nacional y determinar la magnitud del impacto que ha generado el ingreso y propagación del COVID-19 en su salud mental.

2. Marco Teórico

2.1 Introducción

A finales del 2019 se generó un brote de casos de neumonía viral en Wuhan, China, en donde posterior al aislamiento e identificación del ente nosológico se encontró que se trataba de un nuevo tipo de coronavirus que produce un cuadro clínico al que denominaron síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) por sus siglas en inglés y como COVID-19 por la organización mundial de la salud (OMS) (23). El número de casos han ido incrementando de forma constante y se ha diseminado en todo el mundo, en lo que inicialmente fue una epidemia limitada a la República de China, ya ha llegado a afectar a la mayoría de los países, incluyendo Latinoamérica y Colombia; llevando a la OMS a declarar en marzo 2020 situación de pandemia.

La situación actual de pandemia no es solo un reto para las especialidades que deben tratar las alteraciones orgánicas asociada a la infección, sino también a aquellas encargadas de tratar los síntomas psicológicos y psiquiátricos que pueden ser producto del estrés, la angustia ante una posible infección y, de forma paradójica, las medidas que se han creado para disminuir en lo más posible el contagio poblacional. Siendo los trabajadores de la salud, así como residentes en formación una población de mayor riesgo, no solo de contagio, al estar en ambientes hospitalarios con mayor exposición a posibles casos positivos, sino también de presentar cuadros clínicos y síntomas mentales que pueden afectarlos significativamente en el área laboral pero también en lo personal y relacional.

2.1.1 SARS-CoV-2

Los coronavirus son un virus de cadena simple de RNA, con un diámetro de 80-120 nm. Existen actualmente cuatro familias: *α-coronavirus*, *β-coronavirus*, *δ-coronavirus* y *γ coronavirus* (24), siendo el SARS-CoV-2 parte de los Betacoronavirus. Es un virus altamente transmisible, siendo las gotículas respiratorias y por medio del contacto directo los modos de contagio más comunes (23,25).

En los estudios poblacionales más grandes realizados en China se ha encontrado que la edad media de los casos era de 47 años, con un rango de edad entre 35-58 años y en donde el 87% de los casos se encontraban en personas de 30-79 años. De los casos reportados el 75% fueron clasificados como leves, 14% como severos y 5% como críticos. Existe una mayor

susceptibilidad en los hombres, adultos mayores y ancianos o aquellos que tengan alguna enfermedad crónica de base (diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, etc.) (23).

Clínicamente la infección aguda por COVID-19 produce de forma frecuente fiebre, tos, fatiga, diarrea y vómito. Sin embargo en los casos más severos se puede generar complicaciones graves como síndrome de dificultad respiratoria, alteraciones cardíacas, renales, hepáticas, neurológicas y susceptibilidad a infecciones por otros microorganismos (23).

2.1.2 *Problemas de salud mental*

Un trastorno mental es definido acorde al DSM-5 como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos biológicos que subyace en su función mental y que habitualmente van asociado a un estrés significativo o a su discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (2).

Retomando el término “síndrome” como el eje central de lo que es un trastorno mental, este es definido como “un conjunto de síntomas y signos que, por sus características e identidad, permiten una visión holística o global; también puede ser definido como un conjunto de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen un estado morboso determinado (26).

Por otro lado el DSM-5 presenta la designación de *otro trastorno especificado* y *trastorno no especificado* haciendo referencia a aquellos trastornos que, aunque cumplen algunos criterios clínicos y diagnósticos, no son lo suficiente para que se estructure un trastorno mental específico, ya sea por el tiempo de evolución o porque el número de síntomas o signos no es el idóneo (2).

No existe una definición totalmente aceptada sobre los problemas de salud mental, por lo que para este estudio, teniendo en cuenta los términos de “trastorno” y “síndrome” postulados previamente, se consideran los problemas de salud mental como un conjunto heterogéneo de signos y síntomas mentales que alteran los procesos cognitivos, emocionales o comportamentales de las personas, que, aunque no cumplen los criterios para un trastorno mental, pueden generar angustia y un malestar significativo en el funcionamiento de la persona (3), y los cuales pueden relacionarse a una expresión “incompleta” de algún trastorno mental que se establecerá posteriormente.

Es importante tener en cuenta que, aunque un problema de salud mental puede afectar en cierto grado la vida y funcionalidad del paciente, no constituye un trastorno ni una enfermedad. Sin embargo, si un problema de salud mental no se maneja de forma adecuada puede llegar a convertirse en un trastorno, requiriendo así otro tipo de intervenciones. Si bien las escalas son ayudas para determinar la gravedad de ciertos síntomas, no van a dar el diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica, pues este sólo se logra tras la evaluación de un especialista.

Se sabe que todas las personas en algún momento de su vida pueden presentar problemas de salud mental, sin embargo, la prevalencia de estos es mayor en el gremio médico que en la población general.

2.2 Etiología

El solo ingreso a la carrera de medicina y particularmente a la residencia es un momento donde pueden existir conflictos internos y sentimientos contradictorios hacía la labor médica y el aprendizaje, donde existen cambios en el mundo interno y externo de la persona, que asociado a otros factores de riesgo y detonantes pueden ser la causa del desarrollo de enfermedades y desgaste no solamente físico sino psicológico.

El estrés es el eje central de múltiples patologías mentales como la ansiedad, depresión, e ideación suicida, en donde mecanismos externos, estresores, asociados a la susceptibilidad o baja resiliencia, pobres mecanismos de defensa para el afrontamiento de la realidad o rasgos de personalidad muy disruptivos de la persona desarrollan cambios macroestructurales y microestructurales que se van a evidenciar por cambios en su funcionamiento y aparición de síntomas o signos clínicos (27,28), por ende una de las posibles explicaciones del porque existe un incremento en los niveles de problemas mentales en los residentes de medicina sea secundario al alto estrés físico y emocional que conlleva una especialización médica.

Entre las potenciales causas de estrés en los residentes, que se han observado de forma frecuente en un contexto libre de pandemia, se han identificado el incremento substancial de la carga asistencial y académica, el unirse a un grupo donde las capacidades académicas son iguales o inferiores en personas acostumbradas a la adquisición rápida del conocimiento o distinción académica constante, la presencia de comportamientos no éticos o despectivos, o el cinismo percibido por los residentes hacía sus docentes, exposición a la muerte y el

sufrimiento humano, el abuso estudiantil (abuso verbal, físico, asignar calificación injustas, carga asistencial desproporcionada, el asignar tareas inapropiadas, abuso sexual o la discriminación racial), eventos de vida personales (muerte de algún familiar, enfermedad o lesión física, la presencia de enfermedad en algún conocido, el estar soltero, el tener hijos durante la residencia) y la deuda económica que conlleva realizar una especialización médico quirúrgica (29).

Se han encontrado varios factores asociados que pueden contribuir a la aparición de problemas de salud mental en los profesionales en formación. Entre los factores asociados con síntomas ansiosos y/o depresivos se han observado que aumentan el riesgo de aparición en residentes del sexo femenino, probablemente relacionado al estigma social, inequidad de género, rasgos de personalidad y el ambiente educacional, el vivir lejos de sus familias, el mudarse o vivir en la capital (30).

Lo que ha traído la pandemia por el COVID-19 como son pronósticos inciertos, limitación en recursos para el tratamiento, diagnóstico y protección del personal de salud y la imposición de medidas públicas que afectan la libertad, distorsión de la educación y aprendizaje, pérdidas económicas personales y familiares ha ocasionado un incremento del estrés emocional y de trastornos psiquiátricos y la adquisición de conductas poco saludables (como son un incremento en el consumo de alcohol y otras drogas). Los trabajadores de la salud, incluyendo residentes en formación, son una población particularmente vulnerable al estrés emocional dado el riesgo de exposición al virus, la falta de conocimiento actual ante este nuevo virus, la preocupación de infectar a sus seres queridos, la escasez en los equipos de protección, un incremento en las horas de trabajo y el involucrarse con la toma de decisiones difíciles, lo que ha ocasionado un impacto psicológico en menor o mayor medida (31).

2.3 Tipos de problemas de salud mental

2.3.1 Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional, subjetivo, displacentero que se activa ante la presencia de alguna amenaza, y que puede acompañarse cambios autonómicos, endocrinos, afectivos, cognitivos, perceptuales y comportamentales (32). A diferencia del miedo, que es una respuesta emocional ante una amenaza inminente, real o imaginaria, la ansiedad es una

respuesta anticipatoria ante una amenaza futura (2), ya sea física o psicológica. La ansiedad es una respuesta adaptativa que es necesaria para la supervivencia del ser humano ante diversos peligros, sin embargo, los trastornos de ansiedad y los síntomas ansiosos se diferencian de la ansiedad normal en cuanto que son una respuesta excesiva o que persiste más allá de lo usual, generando una angustia importante, conductas desadaptativas y alteración del funcionamiento de la persona a nivel interpersonal, social o laboral (32).

El DSM-5 organiza los trastornos de ansiedad en diferentes patologías, que, aunque tienen diferencias en cuanto sus criterios diagnósticos, poseen similitudes en cuanto los síntomas afectivos, mentales, físicos y cognitivos centrales que los caracterizan, comportándose como el continuum de una sola entidad que presenta diversos espectros clínicos, y yace un componente fisiopatológico semejante. En los adultos los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, fobias y el trastorno de ansiedad social (2).

En cuanto a los síntomas clínicos, los trastornos ansiosos, pueden venir acompañados de conductas evitativas o desadaptativas, ideas de preocupación excesiva, miedo, alteración del patrón del sueño, síntomas somáticos y neurovegetativos. Actualmente el diagnóstico se realiza mediante los criterios diagnósticos del DSM-5 o CIE-10 y por medio de la entrevista clínica y examen mental (2).

Por otro lado, los problemas de salud mental relacionados con la ansiedad o los *otros trastornos de ansiedad especificados y no especificados*, acorde al DSM-5, son un grupo de signos y síntomas ansiosos que, aunque no cumplen los criterios para un trastorno de ansiedad específico si generan un malestar significativo (2).

Acorde a la OMS, para el 2015 la prevalencia de trastornos de ansiedad a nivel mundial fue del 3,6%, siendo, al igual que los trastornos depresivos, siendo más común en las mujeres que en los hombres (4,6% comprado con 2,6%). El número estimado de personas con ansiedad en el mundo es de 264 millones, en donde el 21% del número total de casos se encuentran en el continente americano para un aproximado de 57 millones de personas. Así mismo los países norteamericanos y suramericanos tienen cifras mayores en comparación de países de otros continentes, que superan el promedio global, por ejemplo, la prevalencia para trastornos de ansiedad en Colombia es del 5,8% en la población general (33).

Al igual que la mayoría de los problemas de salud mental, la presencia de síntomas ansiosos es mayor en los residentes de medicina. En un estudio realizado en la ciudad de Nueva York, en donde la población de estudio fueron estudiantes de pregrado y posgrado de, se valoró la presencia de depresión y trastorno de ansiedad generalizada por medio de escalas auto aplicadas PHQ-2 y GAD-7 a través de un cuestionario virtual, encontrándose que el 16% de los residentes presentaban un tamizaje positivo para trastorno de ansiedad generalizada (34).

A nivel de Latinoamérica se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la Universidad de São Paulo, Brasil, evaluando la prevalencia de problemas de salud mental en 606 residentes de diferentes especialidades. Los resultados mostraron que el 19% presentaban síntomas ansiosos y el 18% manifestaron síntomas relacionados con el estrés (35).

En relación con la situación de pandemia actual y su impacto en residentes en formación, se ha observado un incremento en la aparición de síntomas ansiosos. Por ejemplo, en un estudio de Cohorte realizado en Shanghái en 2019 realizado por *Weidong. L, et al* en residentes de medicina (n=385) se quiso comparar los cambios en cuanto la presencia de síntomas ansiosos en relación de un antes y después del brote por COVID-19. Se utilizó como método de evaluación la escala GAD-7, encontrándose un incremento en la presencia de síntomas ansiosos durante el brote, así como un incremento en el miedo de agresiones hacia ellos y un aumento en conductas violentas por parte de pacientes y/o familiares (36).

También es importante conocer el punto de vista de los residentes, quienes sienten que sus instituciones han presentado dificultades en otorgar equipos de protección, con mascarillas limitadas que son reutilizadas de forma constante, con cambios frecuentes de políticas ante la pandemia y casos sospechosos de infección han conllevado a un agotamiento mental y la aparición de ansiedad abrumadora (37).

2.3.2 Depresión

Los trastornos depresivos comprenden un espectro de síndromes clínicos caracterizados por un ánimo persistentemente triste o deprimido, pérdida del interés (apatía), o pérdida del placer (anhedonia). Estos síntomas son distintos de las emociones o sentimientos de infelicidad o tristeza, transitorios y que hacen parte de las reacciones normales del ser humano ante pérdidas o decepciones experimentadas en la vida diaria (32). Los síntomas en

los trastornos depresivos causan un malestar clínicamente significativo o alteran el funcionamiento de la persona en las áreas social, laboral u otra que sean importantes para su desarrollo (2).

El diagnóstico realizado por los sistemas de clasificación internacional de enfermedades (CIE) o el DSM-5 se basa a partir de la presencia de un grupo de síntomas o signos (2). No existe ningún síntoma o signo que se patognomónico de la depresión y pueden aparecer en otros trastornos psiquiátricos, por lo que su combinación asociada a la historia clínica permitirá el diagnóstico (38).

El principal representante del grupo de los trastornos depresivos es el trastorno depresivo mayor, el cual es un síndrome que se caracteriza por la presencia de un conjunto de síntomas que han estado presentes por lo menos 2 semanas, donde los síntomas claves o imprescindibles para el diagnóstico son: ánimo persistentemente triste (la mayor parte del día casi todos los días) y la anhedonia (2).

Asociado se pueden encontrar la presencia de síntomas emocionales como son los sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada, ideación, planeación o intento suicida. Síntomas neurovegetativos como son la fatiga o pérdida de energía, insomnio o hipersomnias, aumento o pérdida de peso o el apetito. Síntomas cognitivos como son la disminución en la capacidad para pensar o concentrarse o para la toma de decisiones, y síntomas psicomotores como son la agitación o retraso motor (38). Se necesita la presencia de un síntoma clave y 4 o más de los otros posibles síntomas para que se pueda realizar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (2).

El otro gran integrante de los trastornos depresivos es el trastorno depresivo persistente o distimia, cuya característica principal es un ánimo triste persistente que ha estado presente al menos 2 años o al menos 1 año para niños y adolescentes (2). Sin embargo, dentro de este espectro, el DSM-5 y varios autores han incluido la presencia de síntomas afectivos depresivos “subumbrales” en donde hace referencia a un estado en donde existen un número alto de síntomas asociados a un malestar clínicamente significativo deterioro en la persona, pero que son insuficientes para cumplir los criterios de un episodio depresivo (2,39).

Al igual que con los problemas mentales relacionados con la ansiedad, los problemas de salud mental relacionados con la depresión o los *otros trastornos depresivos especificados y no especificados*, son un grupo de signos y síntomas característicos del grupo de trastornos depresivos que, aunque no cumplen los criterios para un trastorno depresivo específico si generan un malestar significativo (2).

Acorde al último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que la proporción de la población mundial con depresión en el 2015 fue de 4,4%. El número total de personas viviendo con depresión en el mundo de 322 millones, con un incremento del 18,4% entre el 2005 al 2015. Por otra parte, existen variaciones de acuerdo con la edad y género, siendo un trastorno más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%), y teniendo pico en los adultos mayores (7,5% en las mujeres en edades de 55-74 años y 5,5% en los hombres). De los casos totales en el mundo de depresión, América posee el 15% de los casos para un estimado de 48.16 millones de casos. En Colombia para el 2015 se reportaron 2.177.280 casos de trastornos depresivos, aproximadamente una prevalencia del 4,7% (33).

Los trastornos depresivos son más frecuentes en los estudiantes y profesionales de medicina, especialmente aquellos en formación. Se ha encontrado que la prevalencia de la depresión en los residentes de medicina puede ser de hasta cinco veces mayor en comparación de la población general (7). En una revisión sistemática y metaanálisis llevado a cabo por Mata et al en el 2015, donde se analizaron 31 estudios transversales (n=9447) y 23 estudios prospectivos (n=8113) con centros de estudio en Estados Unidos, Argentina, Brasil, Canadá, China, Japón, Taiwán, Kenia, México, Turquía, Omán, Arabia Saudita, Pakistán, Reino Unido, Suiza y Alemania, se encontró una prevalencia estimada del 28,8%. Los rangos de prevalencia variaban acorde a la herramienta utilizada, entre el 20,9% para el PHQ-9 al 43-2% para el PRIME-MD PHQ (2 Question Screen) (7).

Las estadísticas proporcionadas por organizaciones de la salud dan un indicio sobre la prevalencia de trastornos depresivos, mas no tienen en cuenta o abarcan la presencia de síntomas depresivos o problemas de salud mental agrupados dentro de este espectro. Sin embargo, si se han realizado estudios en la población médica y residentes médicos acerca su prevalencia. Por ejemplo, se ha observado en residentes de Latinoamérica variaciones sobre

la prevalencia de síntomas depresivos acorde a diversos factores sociodemográficos y académicos. Un factor asociado es el tipo de residencia que se está cursando, con una mayor prevalencia en aquellas quirúrgicas que las clínicas, por ejemplo en México en un estudio de corte transversal con 56 residentes de medicina familiar se encontró una prevalencia del 19,7% de síntomas depresivos (40), en contraste, nuevamente en México, otro estudio de corte transversal con 31 residentes de ortopedia el 61,2% presentaban síntomas depresivos, con una mayor grado de severidad (61,2%) (41).

Se han asociado la presencia de depresión con el número de horas de trabajo. En Argentina residentes de Cardiología (n=106) el 48% presentaban síntomas depresivos, en donde aquellos con síntomas más significativos presentaban niveles altos de cansancio emocional y despersonalización, así como aquellos que trabajan más de 80 horas a la semana (42).

Nuevamente en México se realizó un estudio de casos y controles en donde compararon residentes expuestos a estrés alto, definido aquellos que tienen un periodo de descanso menor a 3 horas de reposo por guardia, con interrupciones durante el reposo, atención promedio de 5 o más pacientes por guardia, condición de gravedad de los pacientes atendidos y guardias continuas de 39 horas o más, incluyeron residentes en de urgencias, cirugía y anestesia como el grupo problema (n=45) , en comparación con residentes expuestos a bajo estrés, donde se incluyeron las especialidades de oftalmología, radiología y medicina familiar (n=45). Como resultados se encontraron que el 44% de los residentes tenían síntomas depresivos, con un OR=3,03 para un grado de estrés alto y acorde al año de especialización OR=0,47, 1,42 y 2,13 para el grado de especialización I, II y III de manera respectiva (43).

En cuanto a la situación por COVID-19, en el estudio mencionado previamente por *Weidong. L, et al* en residentes de medicina (n=385) también se comparó la presencia de síntomas depresivos por medio de la escala PHQ-9, encontrándose también un aumento significativo de síntomas depresivos en relación con el brote del virus (36).

2.3.3 *Burnout*

El síndrome de Burnout, fue inicialmente descrito por Schwartz y Mill en 1953, tras un estudio en hospitales psiquiátricos, como un sentimiento de baja moral y distanciamiento hacia los paciente, posteriormente en 1974 Freudenberg, conceptualizo este síndrome como un conjunto de síntomas caracterizados por decepción, sensación de agotamiento y pérdida

de interés por la actividad laboral que inicialmente se adjudicaba a personas que desempeñan sus actividades laborales con trato directo a la comunidad. En 1986 Maslach propuso la definición que es la más aceptada, y se compone de la siguiente triada: 1) cansancio emocional o agotamiento y donde los profesionales lo describían como una sensación de no poder dar más de sí mismo hacia los usuarios; 2) despersonalización donde los profesionales desarrollaban sentimientos y actitudes negativos y distantes hacia las personas que atendían 3) la pérdida total de una visión positiva a futuro donde los profesionales sentían que no alcanzarían logros y referían desilusión y no encontraban sentido a la vida sintiéndose fracasados y con baja autoestima (44). A partir de los tres componentes de esta definición se elaboró el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), la cual es la escala actualmente más usada para la evaluación del burnout, sin embargo vale la pena mencionar que hay otras escalas validadas para evaluar este síndrome, entre las que se encuentra el Burnout screening inventory (BSI) o el CDPM(21) Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (45).

Hoy en día se reconoce al síndrome de burnout como una enfermedad y aunque previamente tenía un apartado en el CIE-10, en el CID-11 se describe de manera más detallada como “un síndrome conceptualizado como el resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito. Es caracterizado por tres dimensiones: 1) sentimientos de agotamiento de energía o cansancio; 2) mayor distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados al trabajo; y 3) eficiencia profesional reducida.” Adicionalmente, recientemente fue incluido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de la clasificación de enfermedades mundiales (46).

El Síndrome de burnout no posee solo una causa y es difícil de identificar, ya que hay muchos factores que pueden influir como desencadenantes, entre estos el estrés, la falta de motivación, pereza, tedio, crisis de identidad laboral, crisis económica, aumento de la carga laboral y ausencia de estímulos; a lo que se le suman factores sociodemográficos y de personalidad de cada individuo (9).

No existe un consenso sobre la prevalencia del burnout en la literatura, lo cual puede ser explicado por los distintos factores que influyen en su desarrollo. Sin embargo, se sabe que los profesionales de la salud la prevalencia es mayor (47).

Un estudio realizado en Canadá reportó una incidencia del síndrome de burnout hasta en un tercio de los residentes de cualquier especialidad (47). En Latinoamérica se han reportado prevalencias que oscilan entre el 2% al 76%. En estudiantes de medicina de Brasil se encontraron cifras del 13,1% de prevalencia de síndrome de burnout (48). En Costa Rica, en un estudio realizado en el 2004, se determinó que la incidencia del síndrome de burnout en la población médica de una clínica, fue del 20% en la población, siendo mayor en hombres y trabajadores más jóvenes, con una incidencia de 55,6% en este grupo (47).

En Colombia se han realizado múltiples estudios que muestran una alta prevalencia del síndrome de burnout en personal médico y de salud en distintas ciudades: En el año 2006 en un estudio realizado en médicos especialistas docentes de la universidad tecnológica de Pereira, se encontró una prevalencia de 44,5 %. En el 2009 una investigación llevada a cabo por la Dra. Liliana Carrillo Vaca en médicos generales de consulta externa de una IPS en Bogotá mostraba Agotamiento emocional 35,5%, despersonalización 29,4%; así mismo, en un estudio realizado en médicos especialistas en un hospital universitario en la ciudad de Santa Marta, se encontró agotamiento emocional 94,6% Despersonalización 53,6% Falta realización personal 53,6% (44). En un estudio realizado por la Universidad de la Sabana en médicos generales en el año 2014, se encontró la frecuencia del 6,6% para el total de la escala (9); y más recientemente, en el 2018, en un estudio en residentes de especialidades médicas de una universidad pública en el departamento del Cauca- Colombia, se encontró que el 47,5% de los participantes presentaban síndrome de burnout (48).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es importante destacar que además de las diferencias epidemiológicas dadas por factores sociodemográficos, dentro del gremio médico, se encuentran diferencias en la prevalencia de síndrome de burnout dependiendo de la especialidad médico-quirúrgica; en un estudio realizado en médicos en Estados Unidos en el 2014, se encontraron que la prevalencia de síndrome de burnout en urología era del 63,6%; medicina física y rehabilitación del 63,3%, medicina familiar 63,0%, radiología 61,4%, cirugía ortopédica 59,6%; dermatología 56,5%, subespecialidades de cirugía general (52,7%); patología (52,5%); y pediatría general (46,3%) (49). En Colombia, en un estudio realizado en médicos residentes de la universidad del Rosario en el año 2017, la prevalencia de síndrome de burnout en residentes de ortopedia fue de 71,42%, medicina estética del

66,67%, otorrinolaringología del 60%, psiquiatría, ginecología y obstetricia, oftalmología y medicina del dolor y cuidados paliativos fue del 50%, de anestesiología del 47,6%, medicina de emergencias, urología y toxicología del 40% (9).

En la situación de pandemia actual, también se han encontrado niveles significados de sobrecargar en los residentes de medicina y como su frecuencia varía dependiendo si se encuentran en la primera línea de atención. En un estudio realizado en Rumania en 2020 se valoró la presencia de síndrome de burnout en diferentes especialidades médicas y el cómo varía acorde al tipo de residencia y si se encuentra en primera línea de manejo. Se consideró como primera línea de manejo en este estudio a especialidades como medicina de emergencias, radiología y unidad de cuidado intensivo y aquellos de no de primera línea como cirugía, obstetricia y ginecología. Como herramienta de estudio se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory-Medical Personnel (MBI), el cual se envió a 100 residentes en total. Los resultados mostraron una prevalencia del 76% a los dos meses del brote epidemiológico, encontrándose una mayor prevalencia en situaciones libre de pandemia en base a estudios previos y concluyendo que la amenaza a exposición a SARS-CoV-2 es un factor de riesgo para su aparición. Llama la atención que existió una mayor prevalencia en residentes que no se encontraban en primera línea (86%) en comparación de quienes sí, ante lo cual los autores lo atribuyen a que estos últimos tienen un mayor entrenamiento en cuanto al uso adecuado de medidas de protección y son más utilizados y por tal más acostumbrados en su trabajo en condiciones libres de pandemia, lo cual da un mayor sentimiento de seguridad y control, reduciendo el estrés (50).

2.3.4 Consumo problemático de sustancias psicoactivas

Se define como aquella sustancia que, al ser introducida en el organismo por cualquier vía, produce alteración del sistema nervioso central, modificando la conciencia, estado de ánimo o procesos del pensamiento del individuo, y cuyo consumo puede volverse problemático o crear dependencia (51).

Al hablar de consumo problemático o abuso de sustancias, se refiere a aquel que se manifiesta con consecuencias adversas significativas o recurrentes, que conlleva a un deterioro o malestar clínico, que se expresa cuando (52):

- Es recurrente y da lugar al incumplimiento de obligaciones (en el trabajo, la escuela o en la casa).
- la ingesta de la o las sustancias se presenta situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Hay problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- El consumo se continua a pesar de los problemas sociales, interpersonales son continuos o recurrentes y son causados o exacerbados por los efectos de las sustancias.
- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia.

Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo continuado de 12 meses. Además, se considera que todo consumo de sustancias en mujeres embarazadas, en período de lactancia, niños o adolescentes, es problemático. Los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. El abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína (51,52). En el caso de la dependencia de sustancias, tiene además de los criterios para abuso de sustancias, también los criterios de dependencia acorde al tipo de sustancia que se consuma (52).

La problemática de las drogas y sus múltiples manifestaciones constituye un problema mundial en el que confluyen intereses económicos, políticos, sociales y culturales.

En Colombia, según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en el 2013, alrededor de 2,5 millones de personas en Colombia presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas, el uso perjudicial de bebidas alcohólicas tiene mayor impacto entre los jóvenes de 18 a 24 años, seguido por los jóvenes de 25 a 34 años (53).

Aproximadamente 484 mil personas, están en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de drogas, siendo mayor la proporción de hombres a mujeres (4:1). El 57,7% de los consumidores del último año presenta patrones de uso perjudicial, ya sea dependencia o abuso y es de mayor gravedad en los hombres (53).

Específicamente en cuanto al consumo de marihuana, se encontró que un 57,6% muestra signos de abuso o dependencia, lo que permite estimar en son casi 440 mil personas, que en su mayor medida son varones y jóvenes de 18 a 24 años. En cuanto al consumo de cocaína, 60 de cada 100 personas muestran signos de abuso y dependencia, lo que representa más de 98 mil personas, de las cuales casi el 80% tiene entre 18 a 34 años. En consumo problemático y dependiente de basuco afecta al 78% de los usuarios del último año (53).

En una revisión de la literatura realizada en el 2015, acerca del consumo de drogas entre los estudiantes de medicina, se encontró que en América latina, aproximadamente el 9,55% presentaban consumo de cannabis, el 1,88% presentaban consumo de cocaína, e 0,17% de opiáceos, el 9,6% sedantes, el 3,68% alucinógenos y el 14,11% inhalantes (54).

Por otro lado, en un estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en personal de salud (médicos y enfermeras), realizado en el 2010 en una IPS de primer nivel en consulta externa en Bogotá, se encontró que el 5,30% consumían opiáceos, el 13,20% marihuana, 2,60% LSD, 2,60% cocaína, 7,9% anfetaminas y 89,50% alcohol, encontrándose una prevalencia de alcoholismo de 5,88% según el cuestionario CAGE (55).

En el contexto de la pandemia, y teniendo en cuenta todas las medidas que en consecuencia se han tenido que tomar, como la cuarentena, aquellas personas que llevaban un proceso de desintoxicación, tratamientos presenciales, sesiones de grupos de autoayuda, han tenido que abandonarlos o modificarlos, haciéndolos susceptibles a presentar recaídas en el consumo problemático de sustancias; adicionalmente en este contexto, muchas personas encontraran en el consumo de sustancias un escape a otros problemas de salud mental como la ansiedad generada por el encierro y el COVID-19 en sí mismo (56).

En un estudio sobre el estado inmediato de salud mental y las medidas de prevención de psiconeuroinmunidad de la fuerza laboral china, se encontró que, de 673 encuestados, un 3.9% presento consumo leve de alcohol, 0.6% consumo moderado y 0.1% consumo severo (57). Aunque no se tienen cifras claras sobre la situación general del consumo de sustancias en la pandemia actual, específicamente en personal de salud y residentes de especialidades médico-quirúrgicas, por estudios hechos en otros contextos similares como el brote de SARS de 2003 en Canadá, Taiwán y Hong Kong, se sabe que este condujo a un aumento en la morbilidad de síntomas psicológicos, como agotamiento y abstinencia en los profesionales

de salud de primera línea, lo que secundariamente resulta en un aumento en la dependencia de sustancias y por lo tanto un deterioro en la funcionalidad (58).

2.3.5 *Ideación suicida*

Al hablar de ideación y riesgo suicida, es importante tener algunos conceptos claros, como son: conducta suicida, ideación suicida, plan suicida, intento de suicidio, suicidio.

La conducta suicida, se define como una secuencia de eventos que se dan de manera progresiva, que por lo general inicia con pensamientos e ideas de suicidio, seguidas de planes suicidas y que pueden terminar en uno o más intentos de suicidio, que van aumentando progresivamente en su letalidad y que finalmente pueden llegar al suicidio consumado. Según el CIE-10 y el DSM-5, la conducta suicida se considera un síntoma de malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo, por esto, al evaluar la conducta suicida, se deben evaluar conjuntamente la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que hagan parte de su diagnóstico. (2,59)

Por otro lado, está la ideación suicida, que se refiere al conjunto de pensamientos intrusivos y repetitivos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas como la fantasía o prefiguración de la propia muerte, que incluye objetos, circunstancias y condiciones en las que se propone morir una persona. Es importante tener en cuenta que por sí sola no conlleva a la planificación o a la tentativa suicida, sino que se requiere de otras variables para que se dé la planeación, el intento o el suicidio finalmente, sin embargo, la evidencia muestra que hay un aumento del riesgo de intento de suicidio en el primer año después de la aparición de ideación suicida. A pesar de que la ideación suicida es considerada como la de menor riesgo, es la primera manifestación de conductas suicidas, y es el paso anterior a la actuación, además es posible que no se manifieste o que se realice a través de amenazas verbales o escritas (59,60).

En el plan suicida, además de existir la ideación suicida, involucra también la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, en el que se identifican métodos, lugares, momentos, consecución de insumos para consumarlo, elaboración de notas o mensajes de despedida, e implica un alto riesgo para pasar al siguiente paso que es el intento suicida (59).

El intento suicida se puede definir como una conducta potencialmente lesiva autoinfligida, pero sin resultado fatal, y para la cual existe evidencia implícita o explícita de provocarse la muerte, independientemente de si provoca o no lesiones o de la letalidad del método (59).

Finalmente, el suicidio es la muerte derivada de cualquier método con evidencia de que fue autoinfligida y con la intención de provocar la propia muerte (59).

Según la OMS, el suicidio es un problema creciente de salud pública, se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas entre 15 y 44 años. cada año se suicidan más de 800.000 personas en todo el mundo, siendo el principal factor de riesgo un intento de suicidio no consumado, y se estima que la frecuencia de intento de suicidio es 20 veces mayor a la del suicidio no consumado. (59,61)

En Colombia el número de personas atendidas con el diagnóstico de lesiones autoinfligidas intencionalmente, en todos los servicios de salud, de 2009 a 2017, fue de 36.163 casos, con un promedio de 8.036 casos por año. La tasa de intento de suicidio reportada en SISPRO para el período 2009 a 2016, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 0,9 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016 y en 2017 la tasa (preliminar) es de 52,4 (59).

Existen múltiples factores tanto individuales como del entorno, que predisponen a la consumación del suicidio, entre estos: intentos previos, presencias de trastornos mentales, consumo perjudicial de alcohol, profesión (relacionada con el estrés laboral y el acceso a medios y conocimiento para acabar con la propia vida) y el estigma asociado a solicitar ayuda para el manejo de problemas de salud mental y adicciones (62).

Varios estudios han analizado el suicidio en la población médica. Una revisión sistemática realizada en 1996 encontró que las tasas de suicidio en médicos comparadas con la de la población general eran mayores (Riesgo Relativo de 1,1 a 3,4 en hombres y 2,5 a 5,7 en mujeres). Otro estudio realizado posteriormente en Gran Bretaña encontró una mayor tasa de suicidio en mujeres médicos respecto a la población general, así como la similitud entre sexos en el caso de suicidios de profesionales de la medicina (19,2 por 100.000 en hombres y 18,8 por 100.000 en mujeres) (62). Mas recientemente, en Colombia, un estudio realizado en

2013 encontró la prevalencia de ideación suicida del 15,7% y el 5% tuvo un intento franco de terminar con su vida (63).

Se ha documentado que en la pandemia por el COVID-19 ha habido un empeoramiento de los síntomas psiquiátricos tales como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumáticos, todos los cuales están asociados con un aumento del riesgo de suicidio, que puede ser experimentados no solo en la población general, sino en quienes están altamente expuestos al COVID-19, como los trabajadores en atención medica de primera línea y aquellos que tienen la enfermedad. Además de todo esto, se suman otros factores que pueden empeorar durante la pandemia y consecuentemente el riesgo suicida, como lo son la pérdida de empleo, factores financieros estresantes, la interrupción de la educación en los jóvenes y la ansiedad que esto les produce, la violencia doméstica y el consumo de alcohol durante el encierro (64). En el estudio realizado por Tan et al en trabajadores en china, publicado en abril del 2020, se encontró que, de 673 participantes, el 1.2% presento ideación suicida leve, el 0.3% ideación suicida moderada y el 0.1% ideación suicida severa (57).

2.4 Escalas

Los problemas de salud mental y los trastornos psiquiátricos han venido incrementando de manera exponencial a nivel mundial, conllevando una gran carga económica y social en base a costo por servicios de salud y años de vida perdidos. Dado la gran necesidad de realizar no solo diagnóstico clínico, sino el desarrollar modelos de tamizaje para una detección más temprana y de mayor extensión, se han creado herramientas no solo para evaluación por parte del personal de salud, sino que puedan ser auto aplicadas por la misma población.

2.4.1 GAD-7

Otra herramienta disponible para el tamizaje de problemas de salud mental, específicamente síntomas ansiosos, es la escala Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) o la escala de 7 ítems para el trastorno de ansiedad generalizada acorde a la traducción al español. Desarrollada en el 2006 por Spitzer, et al con el fin de obtener una herramienta sencilla, breve y auto aplicable para detección probables casos de trastornos de ansiedad generalizada (TAG) e igualmente poder medir la severidad de sus síntomas (65). Se ha encontrado que posee una adecuada fiabilidad, construcción y validez (65), también se ha comprobado su utilidad en el

seguimiento de pacientes psiquiátricos con TAG y su respuesta ante el tratamiento psiquiátrico (66).

El GAD-7 consiste en un cuestionario autoaplicable donde por medio de 7 preguntas se evalúa la presencia y severidad de síntomas ansiosos. En cada ítem se pregunta acerca de su frecuencia, asignando una puntuación de 0-3 acorde a qué tan prevalentes han estado en las últimas 2 semanas, para una puntuación total de 0-21. Se tienen 3 puntos de corte acorde a los resultados donde resultados de 5-9 son indicativos de síntomas ansiosos leves, 10-14 moderados y 15-21 severos. Los autores indican como punto de corte de 10 para trastorno de ansiedad generalizada, con una sensibilidad del 89% y especificada del 82% (65).

Esta escala ha sido validada tanto en población psiquiátrica (66), como en población general. En el 2006 Löwe et al demostraron la validez del GAD-7 para la detección de ansiedad en población general. Con una muestra de 5000 sujetos se encontró que presenta una adecuada validez y fiabilidad para la medición de síntomas ansiosos, que no difiere ante diferencias de edad o género, y adicionalmente las puntuaciones se correlacionan con factores de riesgo para TAG como son el género, la edad, nivel educativo, la presencia de o no de pareja, empleo y estrato socioeconómico (67).

De manera más reciente se realizó su validación al español. En el 2010 García et al realizaron un estudio de corte transversal multicéntrico para evaluar la fiabilidad, factibilidad y validez del GAD-7 en población española. Con una muestra de 212 sujetos provenientes de Madrid, Zaragoza y Barcelona, encontraron que su adaptación al español posee una adecuada validez, así como una sensibilidad del 87% y especificidad del 93% para un punto de corte de 10 puntos (68).

Por otra parte, se ha utilizado para medir la prevalencia de síntomas ansiosos en residentes de medicina. Mousa et al realizó un estudio de corte transversal 126 residentes/fellows y 336 estudiantes de medicina The State University of New York, donde se aplicó el GAD-7, en conjunto con otras herramientas de tamizaje, para medir la prevalencia de síntomas ansiosos. Donde el 20% de los estudiantes de medicina presentaron un tamizaje positivo, sin que existan diferencias significativas en base al grupo de edad, género o año de residencia (34).

No en residentes, pero si en estudiantes de medicina colombianos se aplicó para medir los niveles de ansiedad. En Medellín, se aplicaron a 217 estudiantes de pregrado de medicina el GAD-7 en relación con otros cuestionarios para caracterizar los niveles de estrés y su asociación con variables psicológicas, fisiológicas y educacionales. Se encontraron que presentaban una prevalencia del 48% para síntomas ansiosos, 56% para depresión y 64% niveles significativos de estrés. Se encontró que los grupos con sintomatología tenían menores niveles de apoyo social, utilizaban en menor medida estrategias de solución de problemas, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva, así mismo presentaban un mayor grado de reacción agresiva, evitación emocional y mayores dificultades en el afrontamiento de problemas (69).

2.4.2 PHQ-9

Entre los primeros instrumentos utilizados para la atención primaria en salud, se encuentra el PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders). Se caracteriza por ser un sistema de dos secciones que permite realizar el diagnóstico de 18 trastornos psiquiátricos, en base a los criterios diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición (DSM-III, por sus siglas en inglés) y cuarta edición (DSM-IV) (70). En la primera parte del PRIME-MD se realiza un auto cuestionario de 26 preguntas por parte del paciente, y posteriormente una entrevista estructurada por parte del clínico que es guiada acorde a las respuestas otorgadas por el paciente en la primera sección (71).

Posteriormente se desarrolló el PRIME-MD Patient Health Questionnaire (PHQ), donde se creó una versión completamente auto aplicable del PRIME-MD. En esta versión se combinan los 2 componentes iniciales del PRIME MD, el cuestionario realizado por el paciente y la evaluación clínica en un único cuestionario de 4 páginas que es en su totalidad realizado únicamente por el paciente (70). A diferencia del PRIME-MD original, el PHQ simplifica la presencia de diagnósticos diferenciales al evaluar solo 8 trastornos en base al DSM-IV: trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, otros trastornos de ansiedad, bulimia nerviosa, otros trastornos depresivos, trastornos de consumo por alcohol, trastornos somatomorfos y trastornos de la conducta alimenticia.

La validez del PHQ ha sido reportada en varios estudios, siendo uno de los más grandes en 1999 por Spitzer et al en donde en un estudio con 3000 pacientes adultos se comprobó que

presentaba una validez comparable al PRIME-MD original, con una sensibilidad del 75% y especificidad del 90%, pero siendo más eficiente por ser autoadministrada y con un menor requerimiento de tiempo por parte del profesional (70), por lo que ha venido sustituyendo al PRIME.MD.

Con mayor énfasis en la detección de síntomas depresivos, se ha estado utilizando el PHQ-9, el cual es el módulo para depresión del PHQ original. Como su nombre lo indica, este cuestionario auto aplicable se conforma de 9 preguntas, con una puntuación 0-3, para obtener un puntaje total de 0-27 puntos, donde se indaga sobre la frecuencia de síntomas depresivos en las 2 últimas semanas (72).

Esta herramienta posee diferentes puntos de corte de 5, 10, 15 y 20 que representan la presencia de síntomas depresivos leves, moderados, moderadamente severos y severos de manera respectiva. Donde un punto de corte para la presencia de trastorno depresivo mayor es la presencia de ≥ 5 respuestas afirmativas para la casilla de “más de la mitad de los días” (73). Por otra parte, en cuanto al rendimiento del PHQ-9, en una revisión sistemática llevada a cabo por K. Kroenke et al con más de 6000 pacientes se encontró que posee una especificidad del 88% y sensibilidad del 88% para trastorno depresivo mayor, con un punto de corte de ≥ 10 puntos (73).

Se ha comparado si existe correlación entre las puntuaciones de la escala PHQ-9 con otras escalas como son Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MÅDRS), Beck Depression Inventory II (BDI-II) y Zung Self Rated Scale (SRS), encontrándose resultados similares e intercambiables (74), sin embargo, esta posee la ventaja de ser más corta y de uso libre (75). Otra virtud yace en su uso independiente del grupo étnico. Frederick Y. Huang et al, demostraron que no existen cambios en la efectividad para la detección y monitoreo de síntomas depresivos entre Afroamericanos, chinos americanos, Latinos y caucásicos (76).

Esta escala se encuentra disponible en varios idiomas incluyendo el Castellano, español latinoamericano y español colombiano, y recientemente fue adaptada en Colombia (77). En un estudio realizado en el 2014, donde se aplicó el PHQ-9 a 541 estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad de Cartagena en el 2014, se encontró que es una herramienta válida y confiable para la detección de síntomas depresivos, con un coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,830 y, el omega de McDonald, de 0,89. (77)

2.4.3 *Burnout screening inventory (BSI)*

El burnout screening inventory (BSI), es una herramienta que desarrollo el medico Rütihof, Zurich (2007) para la detección de pacientes con burnout en la práctica médica, y la cual fue usada y publicada por Ferdinand Jaggi en su libro "Burnout - praxisnah" en el 2008, y sobre la cual refiere que permite una adecuada evaluación de los estados de fatiga crónica, así como el seguimiento y monitoreo con éxito durante la terapia y al final de esta (78).

Esta escala fue validada en el 2016, por Davila, F. y Nevado, N. en personal de formación del área de la salud, demostrando ser un instrumento válido para medir el desgaste profesional en el personal en formación en salud (79).

El BSI consta de 10 preguntas, las cuales engloban los 3 dominios principales distribuidas en 3 dominios denominados: emocional (4 ítems), despersonalización (3 ítems) y rendimiento (3 ítems) y toma un tiempo de 3 a 5 minutos (79):

1. Cada vez es más frecuente que trate a las personas como si fueran objetos
2. Parece que los demás tienen cada vez menos interés por mi trabajo. No saben valorar mi trabajo
3. Mi trabajo hace que cada vez me importen menos los demás. Además, tampoco tengo tiempo para dedicarles
4. Mi trabajo me deja emocionalmente frío o insensible
5. Cada vez me satura más tener que hacer cosas con otras personas. Después de trabajar con compañeros me siento agotado
6. Cada vez con más frecuencia me enfada o me asusta que personas de mi entorno tengan problemas. Me afecta mucho
7. Últimamente participo en las conversaciones más irritado que antes
8. Últimamente no consigo desempeñar mi profesión como se supone que debería realizarla. A menudo el trabajo me supera
9. Me siento mal cuando pienso en cómo trato a los demás

10. Mi situación es desesperada y no tengo ninguna salida. A veces tengo la sensación de estar al borde del precipicio

Cada ítem se valora con una escala de tipo Likert en la que indica la frecuencia con la que experimentaban la situación descrita en el ítem; los ítems se transforman a valores en una escala de frecuencia unidireccional en 7 grados donde 0 equivale a «nunca» y 6 a «todos los días». La puntuación se realiza sobre el total, con resultados que van de 0-29 poco probable, 30-39 leve, 40-40 moderado y mayor a 50 burnout grave (79).

2.4.4 CAGE

El cuestionario CAGE fue desarrollado en 1968 por Ewing y Rouse, y desde entonces se ha utilizado como una de las herramientas más utilizadas para la detección de consumo problemático y dependencia al alcohol (80). Las siglas en inglés hacen referencia a las molestias centrales que se buscan identificar durante la evaluación: Cutting down: intentos de reducir el consumo, Annoyance by criticism: sentir molestia por las críticas que se reciben debido a la forma de consumir, Guilty feelings: sentimientos de culpa que se experimentan a consecuencia del consumo y Eye-openers: consumo de alcohol nada más despertar por la mañana (81).

Es una escala que puede ser administrada por un profesional de la salud o autoadministrada, al aplicarla debe tener en cuenta de manera global el funcionamiento del paciente a lo largo de la vida y no solo a circunstancias recientes (82). Se conforma de cuatro preguntas con respuestas de “Si” o “No”, que han sido adaptadas y validadas al español:

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios para librarse de una resaca?

Cada pregunta tiene una puntuación de 0-1 punto acorde si la respuesta es afirmativa o negativa, para un total de 0-4 puntos. Teniendo en cuenta que es una herramienta de tamizaje, una respuesta afirmativa debería considerarse como un test positivo para consumo

problemático de alcohol, donde a mayor puntuación mayor es el riesgo. Una puntuación total de 2 o más es indicativo de posible dependencia alcohólica (81,82).

Es altamente utilizada, con un punto de corte de 2 puntos para una sensibilidad del 53-69% y especificidad del 81-95% para el consumo problemático de alcohol y 43-94% y 70-97% para dependencia al alcohol de manera respectiva (83).

Ha demostrado tener una adecuada consistencia interna en adultos colombianos. En el 2009 fue publicado un estudio de validación de la escala CAGE en población adulta de 18-65 años de Bucaramanga, donde se comprobó su validez, con una aceptable consistencia en poblaciones fumadoras en comparación con la entrevista clínica. Encontrado 2 puntos como el mejor punto de corte para la sensibilidad y especificidad, del 66,7% y 86%, con un valor predictivo positivo del 55,6% y un valor predictivo negativo del 90,7% para dependencia al alcohol (84).

2.4.5 *DAST-10*

The Drug Abuse Screening Test (DAST) fue diseñado por H. Skinner en 1982 como instrumento autoadministrado como herramienta de tamizaje para evaluar los problemas asociados con el abuso de sustancias psicoactivas exceptuando el alcohol. En los estudios de prueba diagnóstica iniciales consistía en 28 preguntas (DAST-28), que posteriormente fueron acortadas a 20, dado su alta correlación con la versión completa, conocida como el DAST-20 (85).

En necesidad de herramientas más breves y auto aplicables se desarrolló una versión simplificada del DAST, el DAST-10. El cual presenta un adecuado constructo y validez en comparación con la versión completa, sin embargo, al igual que su predecesor no tiene una adecuada correlación con los problemas de consumo de alcohol, pero si con una buena capacidad de discriminar entre pacientes con trastorno de consumo de otras sustancias psicoactivas de aquellos que no los presentan (86).

El DAST-10 se conforma de 10 ítems del DAST original, los ítems o preguntas 1, 3, 5, 8, 9, 10, 15, 21, 23, y 24. Siete de las cuales se transcribieron de manera idénticas y tres que fueron reescritas con modificaciones mínimas (87). Las preguntas están asignadas para respuestas

de tipo “Si” o “No” con puntuaciones de 0 (No) a 1 (Si), para una puntuación total de 0-10, en donde un puntaje ≥ 3 se correlaciona con abuso o dependencia (87).

En diferentes estudios con diferentes poblaciones adultas, con y sin patología psiquiátrica, ha mostrado una sensibilidad del 41-95% y una especificidad del 68-99%, en donde si se suprimieran el valor de sensibilidad más bajo (41%) y de sensibilidad más alto (99%) obtenido en todos los estudios clínicos se encontraría una sensibilidad y especificada equiparable con el DAST-28 (87).

Al igual que otras herramientas de tamizaje y escalas, el DAST-10 también ha sido adaptada y validada al español, encontrado una eficiencia del 95,4%, con un 95,04% de sensibilidad y una especificidad del 95,65% con un punto de corte ≥ 3 en población española (88).

En Colombia está recomendada su utilización para el tamizaje de problemas de consumo drogas, en donde indican diferentes puntos de corte y que intervenciones deberían realizarse (89):

- 0: No existe problema de consumo y no requiere intervención de momento 1
- 1 a 2: Grado de problema bajo y se debe realizar consejería
- 3 a 5: Grado de problema moderado y se debe indagar más acerca del consumo
- 6 a 8: Grado de problema sustancial y se debe realizar evaluación y diagnóstico
- 9 a 10: Grado de problema severo y se debe realizar evaluación y diagnóstico

2.4.6 Escala de ideación suicida de Roberts

En 1980, Roberts sumo tres ítems al inciso número 20 relacionado con ideación suicida de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D), con el fin de explorar de manera más amplia el espectro de ideas suicidas en estudios epidemiológicos. A esta nueva subescala se le llamó CES-D para ideación suicida, CES-D-IS (90,91).

La escala consta de cuatro reactivos:

1. No podía seguir adelante

2. Tenía pensamientos sobre la muerte
3. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto
4. pensé en matarme

Las opciones de respuesta permiten conocer la ocurrencia de los síntomas en la última semana: 1= “0 días”; 2= “1-2 días”; 3= “3-4 días”, y 4= “5-7 días”. El rango de la escala varía de 4 a 16. Todos los reactivos están redactados en sentido directo y la puntuación en la escala se obtiene por la suma simple de reactivos. A mayor puntaje mayor ideación suicida (92).

Esta escala ha mostrado un excelente rendimiento en estudios previos, como en el estudio realizado por González-Forteza et al. en una población de estudiantes universitarios de México y posteriormente en el estudio realizado por Rosales-Pérez et al. en el 2015, en el que se evaluó el desempeño de la escala en una población de 476 adolescentes, concluyéndose que la Escala de Ideación Suicida de Roberts es una opción adecuada para el registro de la presencia de ideación suicida; encontrándose de manera adicional que para este estudio, el mejor resultado concierne al puntaje de la $X + 5 DE = \text{puntaje} \geq 6$, con sensibilidad (Sens) de 1.00, especificidad (Esp) de .87, 13 % de falsos positivos (%F+) y 0 % de falsos negativos (%F-), en donde se privilegió el valor de sensibilidad por sobre el de especificidad en la selección del mejor puntaje como punto de corte. (90,93)

Sin embargo, el punto de corte de la escala puede variar dependiendo del estudio, por ejemplo, en un estudio realizado en 280 alumnos de un colegio en San Luis Potosí, México en el 2013, el criterio de punto de corte se estimó a partir de $\geq a 2 DE + \text{Media}$, en donde la presencia de ideación suicida correspondió a una puntuación de 5 o mayor. (94)

En Colombia, en un estudio realizado en 2018 en adolescentes escolarizados en Samacá, Boyacá, para corroborar el comportamiento psicométrico de la CES-D-IS de cuatro ítems, y se concluyó que la escala presenta altos valores de consistencia interna (90).

Acorde con un metaanálisis de la prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica, La escala de ideación suicida más frecuentemente usada es la Escala de Ideación Suicida de Roberts (1995), seguida de la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979). (95)

2.5 Medidas preventivas y terapéuticas para el manejo de problemas de salud mental en residentes de medicina

Existen intervenciones individuales que han mostrado ser efectivas en el control y manejo de síntomas depresivos, ansiosos y otros problemas de salud mental. La implementación de programas de psicoterapia guiados por los departamentos de psiquiatría o psicología, o los mismos estudiantes/residentes de ambos programas es efectiva en el manejo de problemas de salud mental y éstos experimentado por estudiantes de medicina o especialistas en formación (96). Debe seleccionarse el tipo de intervención psicoterapéutica a realizar en base a la presencia de síntomas, historia médica y psiquiátrica pasada, historia psicosocial, vínculos actuales y la calidad de estos, funcionamiento psicosocial actual y sus mecanismos de afrontamiento. Si es necesario y apropiado se puede cambiar el tipo de psicoterapia durante el tratamiento. (97)

Por otro lado, se han instaurado programas universitarios que tienen como objetivo el bienestar de los residentes y más recientemente la relación que existe entre los factores o problemas que afecten la salud mental de los residentes y su relación con su rendimiento y seguridad del paciente (98).

Estrategias dirigidas a instituciones u organizaciones como las universidades pueden incluir cambios en el horario y ambiente de trabajo que buscan reducir los niveles de estrés (reducciones en la carga de trabajo al mejorar el trabajo en equipo u la comunicación, permitir mayor participación en la toma de decisiones clínicas o disminución de la carga asistencial), creación de programas que promuevan la salud mental, disminución del desgaste, despersonalización y el crecimiento personal (99).

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de problemas de salud mental (depresión, ansiedad, burnout consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida) en los residentes de especialidades médico-quirúrgicas en Colombia en el contexto de la pandemia por COVID-19?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Estimar la prevalencia de problemas de salud mental, tales como: síntomas depresivos, síntomas ansiosos, ideación suicida, burnout y consumo problemático de sustancias, en los residentes de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas en Colombia, en el contexto de la pandemia por COVID-19

4.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar las variables sociodemográficas de los residentes de las especialidades médico-quirúrgicas en la población de estudio
2. Describir la prevalencia de síntomas depresivos, síntomas ansiosos, burnout, consumo problemático de sustancias psicoactivas y presencia de ideación suicida en el contexto de la pandemia por COVID-19.
3. Describir la prevalencia global de problemas de salud en la población de estudio en el contexto de la pandemia por COVID-19.
4. Explorar los posibles factores asociados a los problemas de salud mental de los residentes de medicina en Colombia
5. Evaluar la perspectiva acerca de la escogencia de especialidad y carrera en el contexto de la pandemia por el COVID-19

5. Formulación de hipótesis

Hipótesis alternativa: La pandemia por el COVID-19 ha generado un impacto significativo en la prevalencia de problemas de salud mental en los residentes de medicina.

Hipótesis nula: No hay un impacto del COVID-19 en la prevalencia de problemas de salud mental en los residentes de medicina.

6. Metodología

6.1 Tipo y diseño de estudio

Estudio de corte transversal

6.2 Población y muestra

Población: Residentes de especialidades médico-quirúrgicas en Colombia

Muestra: Residentes de especialidades médico-quirúrgicas en el año 2020 en Colombia, registrados en la Asociación Nacional de Internos Residentes de Colombia (ANIR) o cursando su especialidad médica en la Universidad del Rosario en el año 2020.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

6.3.1 Criterios de inclusión:

Residentes registrados en la Asociación Nacional de Internos Residentes (ANIR) o cursando su especialidad médica en la Universidad del Rosario, en el año 2020.

6.3.2 Criterios de exclusión:

No hay criterios de exclusión

6.4 Tamaño de muestra

Se estimó un tamaño muestral de 86 participantes asumiendo una prevalencia del 10% de problemas de salud mental en la población general y una prevalencia de 20% en los residentes

de las especialidades médico-quirúrgicas de Colombia. El cálculo se realizó el programa estadístico STATA 15.1, con una potencia del 80% y una confianza del 95%. Se asumió un porcentaje de pérdidas del 20%, razón por la cual el tamaño muestral se estableció en 103 participantes.

6.5 Muestreo

Muestreo no probabilístico por orden de llegada, hasta completar el tamaño muestral establecido.

6.6 Definición y operacionalización de variables

6.6.1 Definiciones:

Para evaluar la presencia de problemas de salud mental se recogió información de diferentes escalas validadas al español y autoaplicadas referentes a 5 problemas: síntomas depresivos, síntomas ansiosos, ideación suicida, burnout y consumo problemático de sustancias. En la tabla a continuación se presenta la definición y característica de las variables y escalas a recolectar.

6.6.2 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Escala	Unidades o categorías
Características sociodemográficas y educativas				
Edad	Datos auto-reportados sobre la edad en años del participante en años	Cuantitativa	razón	Número de años

Sexo	Datos auto-reportados sobre el sexo	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino Otro
Estado civil	Datos auto- reportados de estado civil	Cualitativa	Nominal	Con pareja Sin pareja
Hijos	Datos auto- reportados de hijos	Cualitativa	Ordinal	No Uno Dos Tres o más
Estrato socioeconómico	Datos auto-reportados de información de estrato en el que vive el sujeto	Cualitativa	Ordinal	Estrato I Estrato II Estrato III Estrato IV Estrato V Estrato VI
Ciudad de procedencia	Datos auto- reportados de información de procedencia	Cualitativa	Nominal	Ciudades de Colombia
Ciudad donde actualmente está realizando su residencia	Datos auto- reportados de información de la ciudad en la que se encuentra realizando la residencia el sujeto	Cualitativa	Nominal	Ciudades de Colombia
Semestre de residencia que cursa actualmente	Datos auto- reportados de semestre de residencia en el que se encuentra	Cuantitativa	Razón	Semestre 1 Semestre 2 Semestre 3 Semestre 4 Semestre 5 Semestre 6 Semestre 7 Semestre 8 Semestre 9 Semestre 10

Duración total de la residencia	Datos auto- reportados de la duración total de la residencia cursada	Cualitativa	Nominal	3 años 4 años otra
Especialidad médico-quirúrgica que cursa en el momento	Datos auto- reportados de la especialidad médico-quirúrgica en la que se encuentra	Cualitativa	Nominal	-Pediatría -Medicina Interna - Otras (Especificar)
Tipo de Universidad	Datos auto reportados de en qué tipo de universidad estudian	Cualitativa	Nominal	Privada Pública
Horas de trabajo a la semana	Número de horas de trabajo asistencia y autónomo auto- reportado	Cuantitativa	Razón	0-168
Alto riesgo de exposición a COVID-19	Datos auto- reportados de exposición a escenarios de alto riesgo al COVID-19 en la práctica clínica	Cualitativa	Nominal	Si No
Vínculo con persona cerca con alto riesgo de exposición a COVID-19	Datos auto- reportados sobre si tiene un vínculo con una persona cercana que haya estado contagiada o en escenarios con alto riesgo de exposición a COVID-19	Cualitativa	Nominal	Si No
Replanteamiento de profesión	Datos auto- reportados sobre si se ha replanteado la escogencia de carrera profesional durante la pandemia por el COVID-19	Cualitativa	Nominal	Si No
Escala de problemas de salud mental				

Puntaje Escala GAD-7	Puntuación obtenida en la escala de 7 items específica para depresión (Anexo 1)	Cuantitativa	Ordinal	0-21 puntos
Puntaje Escala PHQ-9	Puntuación obtenida en la escala de 9 items específica para depresión (Anexo 1)	Cualitativa	Ordinal	0-27 Puntos
Puntuación Escala Burnout screening inventory	Puntuación obtenida en la escala de 10 items específica para Burnout	Cualitativa	Ordinal	0- 50 puntos
Puntuación Escala CAGE	Puntuación obtenida en la escala de 4 items específica para consumo de alcohol	Cualitativa	Ordinal	0-4 puntos
Puntuación Escala DAST-10	Puntuación obtenida en la escala de 10 items específica para Consumo de sustancias psicoactiva	Cualitativa	Ordinal	0 – 10 puntos
Puntuación Escala de ideación suicida de Roberts	Puntuación obtenida en la escala de 4 items específica para ideación suicida	Cualitativa	Ordinal	4-16 puntos
Empeoramiento subjetivo de síntomas	Datos auto- reportados de un empeoramiento de síntomas desde el comienzo de la pandemia por COVID-19	Cualitativa	Nominal	Si No

6.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos de la recolección de datos

De acuerdo con los datos proporcionados por ANIR, se enviaron las encuestas y el consentimiento informado a cada uno de los residentes invitándolos a participar. Estas

encuestas se difundieron por correo electrónico y redes sociales de ANIR en dos ocasiones, la primera en octubre del 2020 y la segunda en enero del 2021, con el fin de aumentar la tasa de respuesta, teniendo en cuenta la posibilidad de que no todos los participantes respondieran al primer correo o invitación.

Por otro lado, se solicitó a la secretaria académica de posgrados de la universidad del Rosario el envío de las encuestas a los correos institucionales de los residentes de especialidades médico – quirúrgicas, en dos ocasiones igualmente, octubre 2020 y enero de 2021.

6.8 Plan de procesamiento de muestras biológicas

No aplica

6.9 Plan análisis de datos

Las características de los participantes se describieron con frecuencias y porcentajes en el caso de variables categóricas y con mediana y rango intercuartílico en el caso de las variables numéricas.

Se calculó la prevalencia de problemas de salud mental y sus intervalos de confianza al 95%, considerando como casos de síntomas de depresión a los sujetos con un puntaje en la escala PHQ-9 ≥ 10 , para síntomas ansiosos una puntuación ≥ 10 en GAD-7, consumo problemático de sustancias acorde una puntuación ≥ 3 en la escala DAST-10, síndrome de desgaste en el profesional de salud con una puntuación ≥ 30 en la escala BSI, e ideación suicida con una puntuación ≥ 2 en la escala de Roberts.

La posible relación entre la presencia de cada problema de salud mental y factores como la edad, estrato socioeconómico, el sexo, el tipo de especialidad, el semestre, el número de horas de trabajo, la procedencia, estado civil (con pareja o sin pareja), con hijos, posible contacto con personas con COVID-19, así como la posible relación entre una percepción del aumento de problemas de salud mental en relación con la pandemia y el replanteamiento de la escogencia de carrera; se evaluaron utilizando análisis bivariados con pruebas de chi-cuadrado o de U de Man Whitney, de acuerdo con el tipo de variable y a su tipo de distribución.

Los análisis bivariados se realizaron nuevamente solo en residentes de especialidades diferentes a psiquiatría, para asegurar que los patrones en las asociaciones se mantengan.

6.10 Plan de manejo de datos

La recolección de datos se realizó por medio la herramienta virtual “Forms” de Microsoft, utilizando nuestras cuentas institucionales (Universidad del Rosario) (Anexo 1), en donde se envió al correo electrónico de los residentes o por medio de un enlace asociado al cual podrán ingresar, el cuestionario virtual donde se incluyó el consentimiento informado, preguntas sociodemográficas y preguntas para evaluación de problemas de salud mental basadas en las escalas PHQ-9, GAD-7, DAST-10, Burnout screening inventory (BSI) y Escala de ideación suicida de Roberts.

No se preguntó información personal como nombres, apellidos, correo electrónico, número de cédula o nombre de la Universidad, u otra información que permitiera la identificación de los participantes. También cabe resaltar que no se tuvo en ningún momento los correos electrónicos de los participantes y la encuesta fue enviada por terceros, es decir la Universidad del Rosario y ANIR se encargó de su distribución de forma directa.

La base de datos está bajo la custodia de los investigadores. Los datos fueron almacenados en el servicio de almacenamiento online “OneDrive” de Microsoft ligado a la cuenta institucional de los investigadores principales, se almacenarán por un periodo de tiempo indefinido, pero con un mínimo de 10 años a partir de la fecha final del lapso establecido para la recolección de la información. Después de este tiempo la información será eliminada. Los responsables por el manejo de los datos personales son los investigadores del trabajo y el encargado del tratamiento de los datos el tutor metodológico.

La información recolectada con el instrumento aplicado se tabulo y presento de forma escrita, gráfica y tabulada en la presentación de resultados.

6.11 Alcances y límites de la investigación

Se consideraron previo al envío de la encuesta los siguientes alcances y limitaciones:

Una posible limitante es que debido a que la encuesta se realizara de manera virtual y por medio de cuestionario auto aplicado, no se puede garantizar que el 100% de los participantes va a contestar de manera verídica y objetiva, sin embargo se intentara minimizar esta limitación con un apartado en el consentimiento informado que se presentara previo al inicio de la encuesta, en el que se pedirá se informe si está de acuerdo con la realización de la encuesta y con proporcionar información verídica y lo más precisa posible.

El anonimato, aunque puede ser una limitante en el sentido de que no se tiene control sobre quien exactamente responde la encuesta, es un factor que le permite a los participantes sentirse más seguros y con mayor libertad a la hora de contestar dada la información sensible que se maneja.

Debido a la posible predisposición de los residentes de psiquiatría para participar en la encuesta y las posibles diferencias en la prevalencia de los problemas de salud mental en este colectivo se planteó realizar un análisis de sensibilidad excluyendo a los residentes de dicha especialidad para analizar la posible presencia de un sesgo y en caso de presentarse poder considerarlo.

Teniendo en cuenta las dificultades en el alcance de la encuesta por la misma fluidez de los medios virtuales, del tiempo y disposición de los residentes a la hora de realizar la encuesta, y por lo tanto la dificultad para lograr la muestra necesaria, se realizarán varios envíos del cuestionario en tiempos diferentes.

Dentro de los alcances, los problemas de salud mental se evaluaron utilizando escalas sencillas, que han demostrado capacidad de discriminación de estos tipos de patologías y que están validadas en nuestro idioma.

7. Aspectos éticos

En primera estancia se envió un correo electrónico a todos los residentes explicando la metodología del estudio y el objetivo de su realización. Posteriormente se emitió la encuesta virtual en donde la primera sección del cuestionario consistió en el consentimiento informado (anexo).

El consentimiento informado de forma clara los aspectos relevantes en torno a la participación de los residentes, tales como la naturaleza del estudio, los objetivos, los instrumentos que fueron aplicados, posibles riesgos y beneficios, manejo de la información y datos obtenidos, información y contacto de los investigadores principales e información de centros de ayuda para el manejo y tratamiento de problemas o patologías mentales. Se dividió en tres partes, en donde al final se le preguntó si entendió y si aceptaba o no lo establecido en el documento. Solo se consideró válido tras haber sido leído en su totalidad por el participante del estudio y haber indicado la opción “Si, acepto” en todas las partes.

Con el fin de proteger el uso de datos personales se restringió el acceso de la información al grupo de trabajo comprendido por los dos investigadores principales, así como el asesor temático, invitado y metodológico. Por otra parte, para garantizar aún un mayor grado de confidencialidad no se solicitó el nombre ni el correo electrónico de los participantes en el diligenciamiento de datos en el cuestionario.

No se preguntó información personal como nombres, apellidos, correo electrónico, número de cédula o nombre de la Universidad, u otra información que permitiera la identificación de los participantes. También cabe resaltar que no se tuvo en ningún momento los correos electrónicos de los participantes y la encuesta fue enviada por terceros, es decir la Universidad del Rosario y ANIR se encargaron de su distribución de forma directa.

La base de datos está bajo la custodia de los investigadores. Los datos fueron almacenados en el servicio de almacenamiento online “OneDrive” de Microsoft ligado a la cuenta institucional de los investigadores principales, se almacenarán por un periodo de tiempo indefinido, pero con un mínimo de 10 años a partir de la fecha final del lapso establecido para la recolección de la información. Después de este tiempo la información será eliminada. Los responsables por el manejo de los datos personales son los investigadores del trabajo y el encargado del tratamiento de los datos el tutor metodológico.

El estudio se considera como un estudio de riesgo mínimo, por tanto dentro los parámetros establecidos por el ministerio de la protección social de acuerdo a las resoluciones 008430 de 1993 y 002378 de 2008 del ministerio de la protección social, en torno a trabajos de investigación es necesario la solemnidad del consentimiento informado por escrito, en el cual se explica la naturaleza del mismo, los riesgos derivados del mismo, uso de la información y demás que hacen referencia, indicando que mediante la resolución del cuestionario aceptan la participación y uso de los datos derivados del mismo.

La población objeto del estudio son los residentes de medicina en las diferentes regiones de Colombia, con un rango de edad, considerada como una población vulnerable para el estudio, dado que algunas de las preguntas que habrá en la encuesta pueden incidir en los problemas de salud. Teniendo en cuenta este riesgo, se otorgó información dentro del consentimiento informado y al final de la encuesta acerca de números de contacto sobre los investigadores y centros de atención asociados o no con la universidad para el manejo y tratamiento de problemas o trastornos mentales.

En cuanto a la titularidad del trabajo, los autores principales serán los investigadores principales del trabajo: Angela María Cárdenas Suarez y Julián Alberto Matulevich Jaimés. No existen conflictos de interés identificados durante la realización de este trabajo

Se obtuvo aprobación del comité de ética de la Universidad del Rosario el 03 de agosto de 2020, numero de acta DVO005 1258-CV1215.

<https://www.urosario.edu.co/Investigacion/Soporte-a-la-Investigacion/Sistema-de-Integridad-Cientifica-y-Comite-de-Etica/#id-tabs>

7.1 Ruta de atención en caso de que los participantes requieran atención médica o psicológica

Teniendo en cuenta que las instituciones involucradas en el trabajo de investigación son la Universidad del Rosario y la asociación nacional de internos y residentes (ANIR), sus opiniones en el establecimiento de una ruta de atención de salud mental para aquellos casos donde los participantes desean atención fueron tomados en consideración.

En la Universidad del Rosario existe el modelo de atención médica y psicológica “*You Are Emotion*” también denominado “*Salud emocional y aprendizaje van en mano*” que fue creado en conjunto con la decanatura universitaria y programa de psicología, el cual se basa en un modelo de educación en inteligencia emocional que busca el adecuado desarrollo emocional y busca visibilizar la relación entre la gestión emocional y el éxito académico, a través de espacios individuales como la asesoría psicológica para la vida académica y orientación vocacional y profesional. Este modelo además de tener estrategias orientadas a la prevención y promoción de la salud mental, también tiene rutas atención primaria en estudiantes, incluyendo internos y residentes de medicina que presenten síntomas mentales agudos y que requieren atención individualizada.

Dentro de este modelo atención existe una ruta de atención propuesta por la Universidad del Rosario para estudiantes con algún síntoma psiquiátrico o mental y que es dirigida por la facultad de psicología en conjunto con médicos generales y enfermeras. El primer eslabón en esta ruta de atención es la promoción, por medios sociales de la universidad y en las carteleras de los centros educativos, de información con números de contacto para que los estudiantes que deseen valoración o asesoría contacten, ya sea por WhatsApp o por vía telefónica o si desean pueden agendar cita de forma directa con la IPS de la universidad. Si hace contacto por vía telefónica o chat será atendido por el servicio de enfermería en donde se realizará un triage para determinar la prioridad de atención y en ese mismo contacto agendar cita por valoración por psicología o medicina general acorde a la valoración, y en caso de ser presencial se hará valoración directa por los servicios de psicología o medicina general. En la valoración por medicina general o psicología se realiza la aproximación primaria, contención emocional, validación de emociones y evaluación de la severidad de los síntomas para determinar la necesidad de remisión a servicio de psiquiatría a la EPS/IPS de cada estudiante, más se continuará seguimiento por el servicio institucional e inclusión a otras áreas de participación del programa psicológica “*You Are Emotion*”. Las líneas de atención ofrecidas por la Universidad del Rosario a sus estudiantes incluyen: WhatsApp (número: 3103024374). Así mismo se cuenta con servicio de atención por medicina general o psicología por su IPS en la sede Claustro (*Carrera 7 # 12B – 41, Bogotá*, Psicología: en edificio Cabal tercer piso), Teléfono: 2970200 extensión 3231 y 3223 y en la sede quinta de mutis (*Carrera 24 No. 63C – 69*) Teléfono: 2970200 extensión 3230, 3231, 3232. En cuanto a la

organización ANIR no hay un protocolo de atención establecido, más sugieren el traslado a la EPS/IPS de la persona con síntomas agudas, o en su defecto al servicio de urgencias más cercano.

La ruta de atención establecida para este protocolo se divide en 2 componentes de atención, una atención generalizada y otra más personalizada. En primera instancia, en la sección inicial y final del cuestionario virtual se dará información acerca de los síntomas y signos psiquiátricos de alarma, así como se proporcionará información sobre las líneas de atención institucional (Universidad del Rosario), distrital y nacional (línea 106 de Bogotá, línea de emergencias 123) para el manejo de problemas de salud mental o urgencias psiquiátricas. También se proporcionará la información de contacto de los investigadores principales (Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá), en caso de que los participantes sientan la necesidad de una guía más detalladas en su respuesta emocional. Así mismo, durante el desarrollo de la encuesta se harán recordatorios cortos, frente al reconocimiento de síntomas, líneas de atención y promover la consulta temprana en caso de presentarlos.

En el caso de que los participantes busquen una ayuda u orientación más personalizada, los investigadores principales cuentan actualmente con el entrenamiento necesario para identificar y diferir al servicio de atención médica más pertinente según la complejidad de lo presentado o expresado por los participantes. Si la persona presenta criterios que indiquen atención inmediata por servicio de urgencias como: ideación suicida o plan suicida estructurado, síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, pensamiento incoherente o conductas desorganizadas), agresividad hacia sí mismo u otras personas, u otros síntomas psiquiátricos cuya intensidad es percibida como abrumadora y que interfieren gravemente con el funcionamiento de la persona, se indicará remisión al centro de atención hospitalaria más cercano que cuente servicio de psiquiatría en su municipio de residencia o se brindará información de las líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) para traslado en ambulancia en caso de ser necesario. Cuando la persona no presenta criterios para manejo inmediato por el servicio de urgencias, se dará manejo de primer contacto por los investigadores aplicando estrategias como escucha activa, contención emocional y validación

de sus emociones por vía telefónica o telemedicina, para posteriormente diferir a su centro de atención más cercano o en el que se sienta más cómodo como EPS/IPS, centro bienestar universitario que cuente con atención médica o línea 106 de Bogotá (línea de ayuda), intervención psicosocial y/o soporte no presencial, atendido por un equipo de profesionales en psicología que brindan un espacio de escucha, orientación y apoyo emocional a toda la población de Bogotá.

No se contempla en ningún caso hacer atención personalizada, es decir iniciar tratamiento médico por parte de los investigadores, ni tampoco se considera remitir para manejo psicoterapéutico o psiquiátrico a un profesor vinculado a la universidad del Rosario para evitar posible conflicto de intereses y dado que el riesgo de este tipo de intervención sobrepasa el posible beneficio otorgado, por lo que se limitara únicamente a la remisión de instituciones capacitadas o centros de salud. Sin embargo al ser posible el contacto personalizado entre los participantes y los investigadores se considera que existen los siguientes beneficios: atención más rápida y oportuna con un mejor redireccionamiento a servicios especializados, capacidad de dar una primera aproximación psicológica con contención emocional y validación de emociones, otorgar medidas prevención y promoción de la salud más individualizadas al caso, dar un espacio para que la persona pueda expresare libremente sin prejuicios y en un espacio de seguridad, como posibles riesgos se podría generar sobrecarga de trabajo en los investigadores, así como agudización de síntomas en los participantes al hablar acerca de sus problemas y factores estresantes de una forma más específica y finalmente una posible pérdida de la confidencialidad inicial del trabajo, dado que pueda ocurrir que el participante por su propia voluntad de datos que lo identifican. Realizando el análisis, aún se considera que los beneficios superan a los riesgos al permitir una atención individualizada de las personas que así lo deseen.

8. Administración del proyecto

8.1 Presupuesto

DETALLE		CANTIDAD/VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL (COP)
MATERIALES Y SUMINISTROS	Cuestionario virtual “Google cuestionarios”	900 cuestionarios virtuales	0
	Escalas de medición	5	0
	Computador	2	2.400.000
	Software especializado	Programa estadístico	200.000
MATERIALES BIBLIOGRÁFICOS	Artículos y publicaciones no presupuestadas por el CRAI	Aproximadamente 30 artículos con un promedio de 30 dólares	3.150.000
LOGÍSTICA	Traslados a sitios de práctica de los participantes	500.000	500.000
	Derivados de reuniones de investigadores y similares	300.000	300.000
PERSONAL	Personal científico (Investigadores)	Valor por hora 70.000 Tiempo de trabajo 100 horas	7.000.000
	Servicio técnico profesional estadístico	Valor por hora 90.000 Tiempo de trabajo 26 horas	2.340.000

		SUBTOTAL	15.890.000
		IMPREVISTOS (3%)	476.700
	TOTAL		16,366,700

8.2 Cronograma

Actividades	2019							2020												2021				
	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	A	S	O	N
Realización Protocolo de Investigación	■	■	■	■	■																			
Sometimiento del protocolo al comité técnico científico y de ética						■	■																	
Piloto de formatos de recolección de información							■	■																
Recolección de información									■	■	■													
Tabulación de los datos												■	■											
Análisis de los datos														■	■									
Redacción de informe final																■	■							
Entrega de primer borrador de artículo																		■	■					
Entrega Artículo final																				■	■	■	■	

9. Resultados

9.1 Datos obtenidos

9.1.1 Características sociodemográficas y educativas

97 personas accedieron al formulario y 95 aceptaron contestarlo entre octubre del 2020 y febrero del 2021. La edad media de los participantes fue de 29,2 años (ds: 3.11), Mediana 29 RIQ: 27-3, con una mayor numero de mujeres vs. Hombres, con 56 (58.9%) Mujeres, 39 (41,0%) Hombres. De estos, 7 residentes tienen 1 hijo (7,3%), los restantes 88 no tiene hijos. A continuación, se presentan las tablas con los datos obtenidos de las demás características sociodemográficas y educativas.

Estado civil	Número de residentes (n)	Porcentaje
Casado	4	4,2%
Divorciado	1	1,0%
Soltero con pareja actual	46	48,4%
Soltero sin pareja actual	34	35,7%
Unión libre	10	10,5%
Total	95	100%

Tabla 1. Estado civil

Nivel socioeconómico	Número de residentes (n)	Porcentaje
1	1	1,0%
2	2	2,1%
3	19	20,0%
4	37	38,9%
5	19	20,0%

6	17	17,9%
Total	95	100%

Tabla 2. Nivel socioeconómico

Ciudad de procedencia	Número de residentes (n)	Porcentaje
Bogotá	37	38,9%
Medellín	11	11,5%
Barranquilla	6	6,3%
Bucaramanga	6	6,3%
Cali	4	4,2%
Armenia	3	3,1%
Manizales	3	3,1%
Ibagué	2	2,1%
Popayán	2	2,1%
Tunja	2	2,1%
Calarcá	1	1,0%
Cartago	1	1,0%
Chinú	1	1,0%
Cocuy	1	1,0%
Cúcuta	1	1,0%
Fusagasugá	1	1,0%
Melgar	1	1,0%
Mistrató	1	1,0%

Montería	1	1,0%
Monterrubio	1	1,0%
Neiva	1	1,0%
Pereira	1	1,0%
Pitalito	1	1,0%
San gil	1	1,0%
Santa marta	1	1,0%
Sincelejo	1	1,0%
Turmequé	1	1,0%
Valledupar	1	1,0%
Venezuela	1	1,0%
Total	95	100%

Tabla 3. Ciudad/país de procedencia

Ciudad en donde actualmente hace la residencia	Número de residentes (n)	Porcentaje
Bogotá	68	71,5%
Medellín	10	10,5%
Barranquilla	4	4,2%
Cali	4	4,2%
Pereira	4	4,2%
Tunja	4	4,2%
Cartagena	1	1,0%
Total	95	100%

Tabla 4. Ciudad en donde actualmente hace la residencia

Programa de residencia	Número de residentes (n)	Porcentaje
Psiquiatría	17	17,9%
Medicina interna	10	10,5%
Pediatría	9	9,4%
Medicina de emergencias	7	7,3%
Medicina familiar	7	7,3%
Ginecología y obstetricia	6	6,3%
Ortopedia y traumatología	5	5,2%
Neurología	5	5,2%
Radiología	5	5,2%
Neurocirugía	3	3,1%
Medicina del dolor y cuidados paliativos	3	3,1%
Anestesiología	2	2,1%
Cirugía general	2	2,1%
Geriatría	2	2,1%
Medicina crítica y cuidados intensivos	2	2,1%
Otorrinolaringología	2	2,1%
Patología	2	2,1%
Dermatología	1	1,0%
Medicina del deporte	1	1,0%

Oftalmología	1	1,0%
Urología	1	1,0%
Retina y vítreo	1	1,0%
Anestesiología cardiotorácica	1	1,0%
Total	95	100%

Tabla 5. Programa de residencia

Semestre de residencia en que cursa actualmente	Número de residentes (n)	Porcentaje
Primer semestre	13	13,6%
Segundo semestre	12	12,6%
Tercer semestre	16	16,8%
Cuarto semestre	17	17,8%
Quinto semestre	11	11,5%
Sexto semestre	19	20,0%
Séptimo semestre	3	3,1%
Octavo semestre	1	1,0%
Noveno semestre	2	2,1%
Décimo semestre	1	1,0%
Total	95	100%

Tabla 6. Semestre de residencia en que cursa actualmente

Duración total del programa de residencia	Número de residentes (n)	Porcentaje
--	---------------------------------	-------------------

Seis semestres	55	57,8%
Ocho semestres	34	35,7%
Nueve semestres	1	1,0%
Diez semestres	5	5,2%
Total	95	100%

Tabla 7. Duración total del programa de residencia

Tipo de universidad	Número de residentes (n)	Porcentaje
Privada	74	77,9%
Pública	21	22,1%
Total	95	100%

Tabla 8. Tipo de universidad

Horas trabajadas a la semana	Número de residentes	Porcentaje
< 40 horas	6	6,3%
40-60 horas	31	32,6%
60-80 horas	48	50,5%
>80 horas	10	10,5%
Total	95	100%

Tabla 9. Número de horas trabajadas a la semana

9.1.2 Puntajes obtenidos en escalas de problemas de salud mental

GAD 7

GAD (puntuación)	Número de residentes	Porcentaje
Negativo para tamizaje (0-4)	35	36,8%
Síntomas ansiosos leves (5-9)	27	28,4%
Síntomas ansiosos moderados (10-14)	20	21,0%
Síntomas ansiosos severos (15-21)	13	13,6%
Total	95	100%

Tabla 10. Puntuación en escala GAD7

En cuanto a la presencia de síntomas ansiosos se encontró que el 34,7% (n=33) presentaron algún grado importante de síntomas ansiosos con tamizaje positivo para la escala GAD (puntaje mayor o igual 10). La puntuación media de todos los residentes fue 7,66 puntos (desviación estándar (ds): 5,4). El 28,4% de los residentes (n= 27) presentaron síntomas leves de ansiedad, el 21, 0% (n=20) síntomas moderados y el 13,6% (n=13) síntomas severos.

PHQ9

PHQ9 (puntuación)	Número de residentes	Porcentaje
Negativo para tamizaje (0-4)	34	35,8%
Síntomas depresivos leves (5-9)	29	30,5%
Síntomas depresivos moderados (10-14)	16	16,8%
Síntomas depresivos moderadamente severo (15-19)	9	9,4%
Síntomas depresivos severos (20-27)	7	7,3%
Total	95	100%

Tabla 11. Puntuación en escala PHQ9

La media del score de PHQ fue 7,8 (ds: 6,2). Del total de residentes se encontró que el 32,8% (n=32) presentó puntuación positiva (mayor o igual a 10) para PHQ en el tamizaje de síntomas depresivos. El 30,5% (n=29) presentaban síntomas leves, el 16,8% (n=16) síntomas moderados, 9,4% (n=9) síntomas moderadamente severos y 7,3% (n=7) síntomas severos en la escala PHQ.

BSI

BSI (puntuación)	Número de residentes	Porcentaje
Poco probable	84	88.4%
Leve	5	5.2%
Moderado	3	3.1%
Grave	3	3.1%
Total	95	100%

Tabla 12. Puntuación en escala BSI

La escala de burnout mostró una median de 12,2 (ds: 13,4) puntos. Del total de residentes, se encontró que un 11,5 % (n=11) presento una puntuación positiva para la escala BSI en el tamizaje de burnout (puntuación mayor o igual a 30), donde el 5,2% (n=5) presentaba síntomas de burnout leve, 3,1% (n=3) síntomas de burnout moderado y 3,1% (n=3) síntomas de burnout grave.

CAGE

Pregunta CAGE	Número de residentes	Porcentaje
1. ¿ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	20	21,0%

2. ¿le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?	9	9,4%
3. ¿se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	10	10,5%
4. ¿alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios para librarse de una resaca?	3	3,1%

Tabla 13.

CAGE total

CAGE (puntuación)	Número de residentes	Porcentaje
0 puntos	71	74,7%
1 punto	10	10,5%
2 puntos	10	10,5%
3 puntos	4	4,2%
Total	95	100%

Tabla 14. Puntuación escala

Al examinar los resultados en las respuestas asociadas con consumo de alcohol con base a la escala CAGE se encontró que el 25,2% (n=24) dio positivo en la escala, donde, 10,5% (n=10) presentó consumo problemático de alcohol, y 14,7% (n=14) para dependencia a alcohol acorde a las definiciones del DSM-IV. Así mismo se evidencio que el 21,0% (n=20) de los residentes respondió de forma afirmativa a la pregunta “¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?”, 9,4% (n=9) para “¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?”, 10,5% (n=10) para “¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?” y 3,1% (n=3) para ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios para librarse de una resaca?

DAST 10

DAST 10 (puntuación)	Número de residentes	Porcentaje
0	80	84,2%
1	12	12,6%
2	2	2,1%
3	1	1,0%
Total	95	100%

Tabla 15. Puntuación escala DAST 10

Al examinar los resultados dados por la escala DAST 10 para evaluar los problemas asociados con el abuso de sustancias psicoactivas exceptuando el alcohol, se encontró que el 1.0% (n=1) presentaba un puntaje ≥ 3 se correlaciona con abuso o dependencia. A pesar de esto, un 4,3% afirmó que ha utilizado medicamentos distintos de los necesarios por motivos médicos, y un 15.1% que no puede dejar de usar drogas cuando quiere.

Escala de Roberts

Escala de Roberts (puntuación)	Número de residentes	Porcentaje
4	72	75,8%
5	6	6,3%
6	8	8,4%
7	3	3,1%
9	2	2,1%
10	3	3,1%
12	1	1,0%
Total	95	100%

Tabla 16. Puntuación escala Roberts

De acuerdo con la escala de Roberts en la que la presencia de ideación suicida corresponde a una puntuación de 5 o mayor, se encontró que un 24,2% (n=23) del total de residentes presentaban ideación suicida.

9.1.3 Preguntas relacionadas con el contexto de la pandemia por COVID-19

De los 95 residentes que respondieron la encuesta, el 74,7% (71 residentes) de los residentes respondieron de manera afirmativa al hecho de haber estado en escenarios con alto riesgo de exposición al COVID-19 durante su práctica clínica. El 60,0% (57 residentes) tuvieron algún familiar o persona cercana contagiada por el virus COVID-19 o en escenarios de alto riesgo de exposición a este. El 51,5% (es decir 49 residentes en total) manifestó considerar que en caso de haber tenido alguno de los síntomas de problemas de salud mental indagados previamente, estos han empeorado en el contexto de la pandemia. Finalmente, el 27,3% (26 residentes), respondieron de manera afirmativa que se han replanteado su elección de carrera en el contexto de la pandemia actual.

9.2 Asociaciones

En la siguiente tabla se presenta la proporción de residentes que tuvieron un puntaje positivo por escala

n=95	
Escala	Proporción IC (95%)
PHQ9	
<i>Negativo para tamizaje</i>	67,2% [56,1%-75,1%]
<i>Positivo para tamizaje</i>	32,8% [24,8%-43,9%]

BSI	
<i>Negativo para tamizaje</i>	88,4% [80,1% - 93,5%]
<i>Positivo para tamizaje</i>	11,6% [6,4% - 19,8%]
CAGE	
<i>Negativo para tamizaje</i>	74,7% [64,9% - 82,5%]
<i>Positivo para tamizaje</i>	25,2% [17,4% - 35,1%]
DAST10	
<i>Negativo para tamizaje</i>	98,9% [92,7% - 99,8%]
<i>Positivo para tamizaje</i>	1,0% [0,1% - 7,2%]
GAD7	
<i>Negativo para tamizaje</i>	65,3% [55,0%-74,2%]
<i>Positivo para tamizaje</i>	34,7% [25,8%-44,9%]
Roberts	
<i>Negativo para tamizaje</i>	75,8% [66,0% - 83,4%]
<i>Positivo para tamizaje</i>	24,2% [16,5% - 33,9%]

Tabla 17. Proporción de escalas positivas en los residentes

Al realizar el análisis de datos se encontró que del total de participantes el 63% alcanzó el punto de corte estipulado para alguna de las escalas utilizadas (n:60) y 41% presentaron dos o más escalas positivas (n: 39). Hay tres casos que presentaron 5 de las 6 escalas positivas y tres casos con las seis escalas positivas. (Tomando como punto de corte >1 en la escala DAST)

	GAD<10	GAD>=10	PHQ9<10	PHQ9>=10	Valor P	BSI <30	BSI>=30	Valor P	CAGE<1	CAGE>=1	Valor P	DAST10<1	DAST10>=1	Valor P	ROBERTS<5	ROBERTS>=5	Valor P	
	(n:62)	(n:33)	(n:63)	(n:32)		(n:84)	(n:11)		(n:71)	(n:24)		(n:80)	(n:15)		(n:72)	(n:23)		
	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Valor P	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Valor P	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Valor P	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Valor P	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Valor P	
Edad	29 (27-31)	28 (27-31)	0,795	29 (27-31)	28,5 (27,5-31)	0,8362	28,5 (27-31)	30 (28-31)	0,238	29 (27-31)	28,5 (26,5-31)	0,978	28 (27-31)	31 (29-33)	0,031	29 (27-31)	28 (26-31)	0,3812

	n (%)	n (%)	Val or P	n (%)	n (%)	Val or P	n (%)	n (%)	Val or P	n (%)	n (%)	Val or P	n (%)	n (%)	Val or P	n (%)	n (%)	Val or P
Sexo																		
Mujer	38 (67,8%)	18 (32,1%)	0,5 25	39 (69,7%)	17 (30,3%)	0,41 1	52 (92,9%)	4 (7,1%)	0,1 05	44 (78,6%)	12 (21,4%)	0,3 03	48 (85,7%)	8 (14,3%)	0,6 3	43 (76,8%)	13 (23,2%)	0,7 86
Hombre	24 (61,5%)	15 (38,5%)		24 (61,5%)	15 (38,5%)		32 (82,1%)	7 (17,9%)		27 (69,2%)	12 (30,8%)		32 (82,1%)	7 (17,9%)		29 (74,4%)	10 (25,6%)	
Estado civil																		
Casado	37 (75,0%)	1 (25,0%)	0,1 88	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0,58 0	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0,5 59	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0,1 01	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0,0 66	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0,1 42
Divorciado	0	1 (100%)		0	1 (100%)		1 (100%)	0		0 (0,0%)	1 (100,0%)		0 (0,0%)	1 (100%)		1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Soltero con pareja	31 (67,4%)	15 (32,6%)		32 (69,5%)	14 (30,5%)		39 (84,8%)	7 (15,2%)		38 (82,6%)	8 (17,4%)		36 (78,3%)	10 (21,7%)		37 (80,4%)	9 (19,6%)	
Soltero sin pareja	19 (55,9%)	15 (44,1%)		23 (67,6%)	11 (32,4%)		31 (91,2%)	3 (8,8%)		22 (64,7%)	12 (35,3%)		31 (91,2%)	3 (8,8%)		21 (61,8%)	13 (38,2%)	
Unión libre	9 (90,0%)	1 (10,0%)		6 (60%)	4 (40%)		10 (100%)	0		7 (70,0%)	3 (30,0%)		9 (90,0%)	1 (10,0%)		9 (90,0%)	1 (10,1%)	
Número de hijos																		
Sin hijos	56 (63,6%)	32 (36,4%)	0,2 38	59 (67,0%)	29 (33,0%)	0,59 4	77 (87,5%)	11 (12,5%)	0,3 2	65 (73,9%)	23 (26,1%)	0,4 87	73 (83,0%)	15 (17,0%)	0,2 34	66 (75,0%)	22 (25,0%)	0,5 24
Un hijo	6 (85,7%)	1 (14,3%)		4 (57,1%)	3 (42,9%)		7 (100,0%)	0		6 (85,7%)	1 (14,3%)		7 (100,0%)	0 (0,0%)		6 (85,7%)	1 (14,3%)	
Estrato socioeconómico																		
1 a 3	15 (68,2%)	7 (31,8%)	0,0 37	15 (68,2%)	7 (31,8%)	0,40 8	22 (100%)	0	0,1 4	18 (81,8%)	4 (18,2%)	0,1 64	19 (86,4%)	3 (13,6%)	0,9 5	18 (81,8%)	4 (18,2%)	0,5 06
4	29 (78,4%)	8 (21,6%)		27 (72,9%)	10 (27,1%)		32 (86,5%)	5 (13,5%)		30 (81,1%)	7 (18,9%)		31 (83,8%)	6 (16,2%)		29 (78,4%)	8 (21,6%)	
5 a 6	18 (50,0%)	18 (50,0%)		21 (58,3%)	15 (41,7%)		30 (83,3%)	6 (16,7%)		23 (63,9%)	13 (36,1%)		30 (83,3%)	6 (16,7%)		25 (69,4%)	11 (30,6%)	
Cambio de ciudad para desarrollar la residencia																		
Si	25 (61,0%)	16 (39,0%)	0,4 44	26 (63,4%)	15 (36,6%)	0,60 2	37 (90,2%)	4 (9,7%)	0,6 29	31 (75,6%)	10 (24,4%)	0,8 65	33 (80,5%)	8 (19,5%)	0,3 86	33 (80,5%)	8 (19,5%)	0,3 52
No	37 (68,5%)	17 (31,5%)		37 (68,5%)	17 (31,5%)		47 (87,0%)	7 (13,0%)		40 (74,1%)	14 (25,9%)		47 (87,0%)	7 (13,0%)		39 (72,2%)	15 (27,8%)	

Tipo de universidad

Privada	50 (67,6 %)	24 (32,4%)	0,3 76	50 (67,6 %)	24 (32,4%)	0,62 8	64 (86,5%)	10 (13,5%)	0,2 69	56 (75,7%)	18 (24,3%)	0,6 93	61 (82,4 %)	13 (17,6 %)	0,3 72	58 (78,4%)	16 (21,6%)	0,2 69
---------	-------------------	---------------	-----------	-------------------	---------------	-----------	---------------	---------------	-----------	---------------	---------------	-----------	-------------------	-------------------	-----------	---------------	---------------	-----------

Publica	12 (57,1 %)	9 (42,9%)		13 (61,9 %)	8 (38,1%)		20 (95,2%)	1 (4,8%)		15 (71,4%)	6 (28,6%)		19 (90,5 %)	2 (9,5%)		14 (66,7%)	7 (33,3%)	
---------	-------------------	--------------	--	-------------------	--------------	--	---------------	-------------	--	---------------	--------------	--	-------------------	-------------	--	---------------	--------------	--

Horas trabajadas

40-60 horas	22 (71,0 %)	9 (29,0%)	0,5 87	25 (80,6 %)	6 (19,4%)	0,05 8	29 (93,5%)	2 (6,5%)	0,6 41	25 (80,6%)	6 (19,4%)	0,5 64	26 (83,9 %)	5 (16,1 %)	0,9 63	25 (80,6%)	6 (19,4%)	0,5 81
----------------	-------------------	--------------	-----------	-------------------	--------------	-----------	---------------	-------------	-----------	---------------	--------------	-----------	-------------------	------------------	-----------	---------------	--------------	-----------

60-80 horas	29 (60,4 %)	19 (39,6%)		29 (60,4 %)	19 (39,6%)		42 (87,5%)	6 (12,5%)		35 (72,9%)	13 (27,1%)		40 (83,3 %)	8 (16,7 %)		36 (75,0%)	12 (25,0%)	
----------------	-------------------	---------------	--	-------------------	---------------	--	---------------	--------------	--	---------------	---------------	--	-------------------	------------------	--	---------------	---------------	--

< 40 horas	5 (83,3 %)	1 (16,7%)		5 (83,3 %)	1 (16,7%)		5 (83,3%)	1 (16,7%)		5 (83,3%)	1 (16,7%)		5 (83,3 %)	1 (16,7 %)		5 (83,3%)	1 (16,7%)	
---------------	------------------	--------------	--	------------------	--------------	--	--------------	--------------	--	--------------	--------------	--	------------------	------------------	--	--------------	--------------	--

> 80 horas	6 (60,0 %)	4 (40,0%)		4 (40,0 %)	6 (60,0%)		8 (80,0%)	2 (20,0%)		6 (60,0%)	4 (40,0%)		9 (90,0 %)	1 (10,0 %)		6 (60,0%)	4 (40,0%)	
---------------	------------------	--------------	--	------------------	--------------	--	--------------	--------------	--	--------------	--------------	--	------------------	------------------	--	--------------	--------------	--

Ha estado en escenarios con alto riesgo de exposición

No	21 (87,5 %)	3 (12,5%)	0,0 08	19 (79,2 %)	5 (20,8%)	0,12 3	24 (100%)	0	0,0 4	20 (83,3%)	4 (16,7%)	0,2 62	23 (95,8 %)	1 (4,2%)	0,0 71	20 (83,3%)	4 (16,7%)	0,3 18
----	-------------------	--------------	-----------	-------------------	--------------	-----------	--------------	---	----------	---------------	--------------	-----------	-------------------	-------------	-----------	---------------	--------------	-----------

Si	41 (57,8 %)	30 (42,2%)		44 (62,0 %)	27 (38,0%)		60 (84,5%)	11 (15,5%)		51 (71,8%)	20 (28,2%)		57 (80,3 %)	14 (19,7 %)		52 (73,2%)	19 (26,8%)	
----	-------------------	---------------	--	-------------------	---------------	--	---------------	---------------	--	---------------	---------------	--	-------------------	-------------------	--	---------------	---------------	--

algún familiar contagiado

No	26 (68,4 %)	12 (31,6%)	0,5 98	26 (68,4 %)	12 (31,6%)	0,72 3	32 (84,2%)	6 (15,8%)	0,2 95	29 (76,3%)	9 (23,7%)	0,7 72	35 (92,1 %)	3 (7,9%)	0,0 85	30 (78,9%)	8 (21,1%)	0,5 57
----	-------------------	---------------	-----------	-------------------	---------------	-----------	---------------	--------------	-----------	---------------	--------------	-----------	-------------------	-------------	-----------	---------------	--------------	-----------

Si	36 (63,2 %)	21 (36,8%)		37 (64,9 %)	20 (35,1%)		52 (91,2%)	5 (8,8%)		42 (73,7%)	15 (26,3%)		45 (78,9 %)	12 (21,1 %)		42 (73,7%)	15 (26,3%)	
----	-------------------	---------------	--	-------------------	---------------	--	---------------	-------------	--	---------------	---------------	--	-------------------	-------------------	--	---------------	---------------	--

Se ha replanteado la especialidad en la pandemia

No	50 (72,5 %)	19 (27,5%)	0,0 16	51 (73,9 %)	18 (26,1%)	0,01 1	66 (40,6%)	3 (59,4%)	<0, 001	53 (76,8%)	16 (23,2%)	0,4 48	59 (85,5 %)	10 (14,5 %)	0,5 72	55 (79,7%)	14 (20,3%)	0,1 46
----	-------------------	---------------	-----------	-------------------	---------------	-----------	---------------	--------------	------------	---------------	---------------	-----------	-------------------	-------------------	-----------	---------------	---------------	-----------

Si	12 (46,2 %)	14 (53,8%)		12 (46,2 %)	14 (53,8%)		18 (23,1%)	8 (76,9%)		18 (69,2%)	8 (30,8%)		21 (80,8 %)	5 (19,2 %)		17 (65,4%)	9 (34,6%)	
----	-------------------	---------------	--	-------------------	---------------	--	---------------	--------------	--	---------------	--------------	--	-------------------	------------------	--	---------------	--------------	--

Programas quirúrgicos

No	46 (62,2 %)	28 (37,8%)	0,2 33	48 (64,8 %)	26 (35,2%)	0,57 4	65 (87,8%)	9 (12,2%)	0,7 39	54 (73,0%)	20 (27,0%)	0,4 58	62 (83,8 %)	12 (16,2 %)	0,8 3	55 (74,3%)	19 (25,7%)	0,5 31
----	-------------------	---------------	-----------	-------------------	---------------	-----------	---------------	--------------	-----------	---------------	---------------	-----------	-------------------	-------------------	----------	---------------	---------------	-----------

Si	16 (76,2 %)	5 (23,8%)		15 (71,4 %)	6 (28,6%)		19 (90,5%)	2 (9,5%)		17 (81,0%)	4 (19,0%)		18 (85,7 %)	3 (14,3 %)		17 (81,0%)	4 (19,0%)	
----	-------------------	--------------	--	-------------------	--------------	--	---------------	-------------	--	---------------	--------------	--	-------------------	------------------	--	---------------	--------------	--

Tabla 18. Asociación entre datos sociodemográficos y tamizaje por escalas

	<i>DAST10<1</i>	<i>DAST10 >=1</i>		<i>PHQ9 <10</i>	<i>PHQ9>=10</i>	
	(n:23)	(n:55)		(n:48)	(n:30)	
	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Valor P	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Valor P
Edad	28 (27-30)	31 (29-33)	0,039	30 (27-32)	28 (27-31)	0.369
	n (%)	n (%)	Valor P	n (%)	n (%)	Valor P
Sexo						
<i>Mujer</i>	36 (81,8%)	8 (18,2%)	0.789	28 (63,6%)	16 (36,3%)	0,665
<i>Hombre</i>	27 (79,4%)	7 (20,6%)		20 (58,8%)	14 (41,2%)	
Estado civil						
<i>Casado</i>	3(100%)	0 (0.0%)	0.152	1 (33,3%)	2 (66,6%)	0,389
<i>Divorciado</i>	0	1 (100%)		0 0.0%	1 100%	
<i>Soltero con pareja</i>	31 (75,6%)	10 (24,4%)		27 (65,8%)	14 (34,1%)	
<i>Soltero sin pareja</i>	23 (88,4%)	3 (11,6%)		17 (65,4%)	9 (34,6%)	
<i>Unión libre</i>	6 (85,7%)	1 (14,3%)		3 (42,8%)	4 (57,1%)	
Número de hijos						
<i>Sin hijos</i>	57 (79,2%)	15 (20,8%)	0.213	45 (62,5%)	27 (37,5%)	0,545
<i>Un hijo</i>	6 (100%)	0 (0.0%)		3 (50%)	3 (50%)	
Estrato socioeconómico						
<i>1 a 3</i>	15 (83,33%)	3 (16,67%)	0.981	12 (66,6%)	6 (33,3%)	0,500
<i>4</i>	24 (80%)	6 (20%)		20 (66,6%)	10 (33,3%)	
<i>5 a 6</i>	24 (80%)	6 (20,0%)		16 (53,3%)	14 (46,6%)	
Cambio de ciudad para desarrollar la residencia						
<i>Si</i>	26 (76,4%)	8 (23,6%)	0.397	20 (58,8%)	14 (41,1%)	0,665
<i>No</i>	37 (84,1%)	7 (15,9%)		28 (63,6%)	16 (36,3%)	
Tipo de universidad						
<i>Privada</i>	50 (79.4%)	13 (20.6%)	0.519	39 (61,9%)	24 (38,1%)	0,892
<i>Publica</i>	13 (86,7%)	2 (13.3%)		9 (60%)	6 (40%)	
Horas trabajadas						

40-60 horas	17 (77,3%)	5 (22,7%)	0.173	17 (77,2%)	5 (22,7%)	0,116
60-80 horas	37 (82,2%)	8 (17,8%)		27 (60%)	18 (40%)	
< 40 horas	0 (0,0%)	1 (100%)		0 (0,0%)	1 (100%)	
> 80 horas	9 (90%)	1 (10%)		4 (40%)	6 (60%)	
Ha estado en escenarios con alto riesgo de exposición						
No	14 (93,3%)	1 (6,7%)	0,169	11 (73,3%)	4 (26,6%)	0,296
Si	49 (77,8%)	14 (22,2%)		37 (58,7%)	26 (41,2%)	
algún familiar contagiado						
No	26 (89,6%)	3 (10,4%)	0.126	18 (62,0%)	11 (37,9%)	0,941
Si	37 (75,5%)	12 (24,5%)		30 (61,2%)	19 (38,7%)	
Se ha replanteado la especialidad en la pandemia						
No	44 (81,5%)	10 (18,5%)	0.811	38 (70,4%)	16 (29,6%)	0,016
Si	19 (79,2%)	5 (20,8%)		10 (41,6%)	14 (58,3%)	
Programas quirúrgicos						
No	45 (78,9%)	12 (21,1%)	0.501	33 (57,8%)	24 (42,1%)	0,914
Si	18 (85,7%)	3 (14,3%)		15 (71,4%)	6 (28,6%)	

Tabla 19. Asociación de variables sociodemográficas con escalas de tamizaje DAST 10 y PHQ9 en residentes que no estudian psiquiatría

Inicialmente en la escala GAD7, al valorar la presencia de síntomas ansiosos se observa que el 34,7% (n=33) del total de residentes superaron el punto de corte de 10 para trastorno de ansiedad generalizada. Al realizar el análisis acorde a las variables sociodemográficas se encontró una correlación estadísticamente significativa en cuanto el estrato socioeconómico y exposición a escenarios de alto riesgo con COVID-19. De aquellos residentes con un tamizaje positivo la mayoría 78,7% (n=26) pertenecía a un estrato socioeconómico alto o medio/alto y 90,9% (n=30) tuvieron exposición estrecha al COVID-19. En cuanto las otras variables estudiadas no se encontró una asociación significativa, sin embargo, se evidenció una mayor tendencia a presentar síntomas ansiosos en aquellos residentes sin hijos (n=32, 96,9%) y aquellos pertenecientes a una universidad privada (n=24, 72,7%). Finalmente se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los residentes que presentaron síntomas de ansiedad y que se replantearon su especialidad durante la pandemia.

En total un 32,84% (n=32) tienen un puntaje positivo en PHQ-9 para síntomas depresivos con un punto de corte de 10. Al realizar el análisis con estratificación de las variables sociodemográficas solo se encontró una relación estadísticamente significativa con el replanteamiento de la especialidad y la presencia de síntomas depresivos. Dentro de los datos obtenidos caben destacar que existió una ligera tendencia a la presencia de síntomas depresivos en mujeres (n= 17, 53,1%) que en hombres (n=15, 46,9%), mayores niveles en aquellas personas que contaban con pareja en el momento (casado, soltero con pareja y unión libre) (n=20 62,5%) a aquellas que no tenían (divorciado, soltero sin pareja) (12, 37,5%). Un mayor número en aquellos sin hijos (n=29, 90,6%). Se observó niveles superiores en estrato socioeconómico altos o medio/altos (n=25, 78,1%) en comparación de estratos más bajos. Se observó una inclinación a presentar un mayor número de residentes con síntomas depresivos en universidades privadas (n=24, 75%) en comparación de las públicas. En cuanto a las preguntas dirigidas al contexto de la pandemia y su posible repercusión en el estado de salud mental, aquellos con síntomas depresivos, la mayoría han estado en escenarios de alto riesgo a exposición (n=27, 84,4%) o tienen algún conocido cercano que se halla contagiado (n=20, 62,5%).

Un 11,58% (n=11) tienen un puntaje positivo para burnout en la escala BSI. En los puntajes obtenidos al estratificar los resultados por variables sociodemográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se encontró que hay una mayor prevalencia de síntomas de burnout en hombre (17,9%) que en mujeres (7%), así mismo llama la atención que ninguno de las personas que tienen un hijo presento síntomas de burnout, y que quienes tenían un estrato socioeconómico de 1 a 3 tampoco presentaron síntomas de burnout, así mismo se evidencia una mayor proporción de paciente con síntomas de burnout en personas que no cambiaron de residencia (13,0%) vs quienes si cambiaron de ciudad para desarrollar la residencia (9,7%), esta diferencia también se observa en el tipo de universidad, en donde quienes estudiaban en universidad privada presentaban síntomas de burnout en un 13,5%, mientras los que estudiaban en universidad pública en 4,8%. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto si el residente había estado en un escenario con alto riesgo de exposición a COVID-19, donde 71 residentes (74,7%) estuvieron expuestos a escenarios de alto riesgo de contagio, más solo 11 de 71 (15,5%) presentaron tamizaje positivo para síndrome de burnout, encontrándose una asociación en

cuanto a una mayor exposición a escenarios de riesgo y tamizaje negativo. Así mismo hay una correlación estadísticamente significativa para el no replanteamiento de la especialidad con un resultado negativo en la escala BSI.

En la escala CAGE se encontró que un total de 25,2% de residentes tuvieron un puntaje positivo para consumo problemático o dependencia al alcohol. Al estratificarla por las características sociodemográficas no existió diferencia estadísticamente significativa, pero se encontró un tamizaje positivo mayor en hombres que en mujeres para consumo problemático o dependencia al alcohol ($CAGE \geq 1$), del 30,8% vs 21,4% respectivamente. Mayores puntuaciones en aquellos residentes sin pareja vs con pareja (66,67% vs. 33,33%), que no tenían hijos vs los que tenían 1 hijo (26,1% vs. 14,3%), estratos socioeconómicos altos o medio/alto vs estratos bajos (83,3% vs. 16,7%), los que están realizando su especialidad en universidad pública vs privada (28,6% vs. 24,3%) y donde tuvieron que mudarse de ciudad para hacer su residencia vs los que no (25,9% vs. 24,4%). Así mismo un tamizaje positivo fue más prevalente en aquellos residentes que han estado en escenarios con riesgo alto de exposición a COVID (28,2%), y en quienes conocen algún familiar o persona cercana que se halla contagiado (26,3%). Finalmente, el 30,8% de los residentes que replantearon su especialidad tuvieron un tamizaje positivo.

En cuanto al DAST-10 como herramienta de tamizaje para abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, con excepción del alcohol hay que resaltar que se considera un tamizaje positivo con puntuaciones ≥ 3 , sin embargo, dado que solo hubo una persona que alcanzó el punto de corte se optó como punto de corte de comparación un puntaje ≥ 1 , y teniendo en cuenta este, se encontró que un total de 15 (15,78%) tuvieron una escala positiva, sin embargo al estratificar los resultados por las características sociodemográficas, nuevamente no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Nuevamente existió una mayor puntuación en hombres en comparación de mujeres (46,7% vs 8,4%). En cuanto a la asociación de consumo problemático/dependencia de SPA y el estado civil es llamativo que existió una puntuación superior en residentes con pareja, especialmente en aquellos solteros con pareja (66,7%) y fue de los ítems que más se acercó a una diferencia estadísticamente significativa ($P=0,06\%$). Una mayor prevalencia en aquellos residentes sin hijos que con hijos (15,8% vs 0%). Un mayor puntaje se observó en estratos medios altos (40%) y altos (40%)

y si es diferente ciudad a si no lo es (46,7% vs 8,4%). En cuanto si es de universidad pública o privada no hubo diferencias en la puntuación. En relación con las preguntas con la pandemia 93,3% de los residentes con puntuación ≥ 1 en DAST-10 estuvieron en escenarios de exposición de riesgo alto ante el COVID-19 y el 80% tienen un familiar o persona cercana que se halla contagiado. Finalmente, el 33,3% de los residentes con DAST-10 ≥ 1 se han replanteado el seguir en su residencia en el contexto de la pandemia.

Finalmente, en la escala de Roberts se encontró que 23 (24,21%) del total de residentes presentaron un tamizaje positivo para ideación suicida. Al igual que en las otras escalas, al estratificar el puntaje de acuerdo con las características sociodemográficas, no se encontró diferencias estadísticamente significativas. La mayoría de quienes presentaron un tamizaje positivo fueron mujeres (23,2%), la mayoría con estado civil soltero y sin pareja (38,2%), sin hijos (25,0%), de estrato socioeconómico 5 o 6 (30,6%) y no había tenido que cambiar de ciudad para hacer la residencia (27,8%). Con relación al tamizaje positivo en el contexto de la pandemia, se encontró que el 82,6% había estado en escenarios con alto riesgo de exposición a COVID-19 y 65,2% algún familiar contagiado; sin embargo, la mayoría de las que tuvieron un tamizaje positivo no se replantearon la escogencia de especialidad (60,8%).

La mayoría de los residentes que contestaron la encuesta pertenecían a la especialidad de psiquiatría (18 %). Para comprobar si esta característica está confundiendo los resultados se compararon los scores de las escalas en los residentes de este programa de especialidad versus el resto, encontrando que no hay una diferencia estadísticamente significativa para las escalas de Roberts, GAD, BSI, CAGE (valor $p > 0,05$). En el caso de PHQ y DAST, la prevalencia de un score mayor o igual a 10 o mayor o igual a 1, respectivamente, fue menor en los residentes de psiquiatría (Valor-p-PHQ:0,035, Valor-p-DAST: 0,049) (Tabla 19).

10. Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue estimar la prevalencia de problemas de salud mental en los residentes de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas en el territorio colombiano, explorar las características sociodemográficas y las relacionadas propiamente con la residencia que pudieran asociarse con su aparición, y el impacto en general que ha traído la pandemia por COVID-19.

Del total de residentes que respondieron la encuesta, la mayoría eran de estrato socioeconómico medio-alto, cursaban su residencia en universidades privadas en las ciudades de mayor desarrollo del país, siendo Bogotá la de mayor predominio (71,5%), con un porcentaje importante de participantes que procedían de otros municipios, lo que nos habla de una centralización importante en la educación médica y la limitación de acceso a poblaciones de menos recursos.

Llama la atención que la mayoría de los residentes que respondieron son de especialidades clínicas, siendo psiquiatría (17,8%), medicina interna (10,5%), pediatría (9,4%), medicina de emergencias (7,3%) y medicina familiar (7,3%) los de más cooperación de todas las especialidades, tanto clínicas como quirúrgicas. Psiquiatría fue la de más participación, lo cual se podría atribuir a una mayor identificación con los encuestadores o por un mayor reconocimiento de la importancia de la salud mental.

En cuanto la presencia de síntomas mentales, la mayoría de los residentes presentaron un tamizaje positivo para al menos algún síntoma psiquiátrico, encontrándose que, del total de participantes, el 63% alcanzó el punto de corte estipulado para alguna de las escalas utilizadas y el 44% presentaron dos o más escalas positivas. Nuestro estudio evidenció mayores niveles de ansiedad, depresión, abuso y dependencia de alcohol e ideación suicida, en comparación con estudios realizados en personal de salud latinoamericano en escenarios previos a la pandemia (35,40,55, 63).

Se halló que el mayor problema de salud mental presentado fue ansiedad, con una prevalencia del 34,7%. Lo anterior es congruente con lo encontrado en la literatura con respecto a la prevalencia de ansiedad en personal de salud durante la pandemia por COVID, en donde la ansiedad ha sido el problema de salud mental más prevalente, con porcentajes que oscilan

entre 33.3% en un estudio en personal médico en Venezuela (100), 23,0% en un estudio en china en personal de salud (101), y 44,6% en un estudio ciudadanos chinos del área de la salud originarios de regiones con alta incidencia de pacientes con COVID-19 (102), así mismo, en un estudio realizado en la ciudad de México, se encontró que el (66.7%) de los residentes con algún grado de ansiedad, siendo este uno de los problemas de salud mental más prevalentes durante la pandemia por COVID 19, vale la pena mencionar que en este estudio el punto de corte para el cual dio esta prevalencia, fue de 5, mientras que en nuestro estudio el punto de corte usado para la escala de GAD fue de 10, y para este punto de corte, en el estudio realizado en México la prevalencia de ansiedad es del 19,1% (103) .

El segundo problema de salud mental más prevalente fue el de depresión, con una prevalencia del 32,8%, lo cual es congruente en comparación con otros estudios. En un estudio realizado en médicos residentes en la ciudad de México, se encontró que el 61.9% tenían algún grado de depresión, y aunque en nuestro estudio la prevalencia en el tamizaje con la escala PHQ-9 fue menor en comparación, es importante mencionar que utilizamos un punto de corte de 10, mientras que en el estudio previamente mencionado el punto de corte usado fue de 5, y de los cuales un 42.9% presentaban un puntaje menor 10, mientras que un 19,1% un porcentaje mayor a 10 que clasificaría como depresión moderada, moderadamente severa y severa (103). Así mismo en un estudio realizado a 1257 ciudadanos chinos del área de la salud, se encontró que 634 (50.4%) tuvo síntomas de depresión (102).

En comparación a lo encontrado en estudios previos, en donde los resultados de las revisiones sistemáticas realizadas en los últimos años en médicos residentes mostraban una prevalencia de síndrome de burnout que oscilaba entre un 30 y un 50% previo a la pandemia y una prevalencia entre el 26% y un 76% durante la pandemia por Covid-19, nosotros obtuvimos un resultado bajo en la escala BSI, con una prevalencia del 11,5%, lo cual puede deberse a la mayor participación de especialidades clínicas, en donde quienes respondieron la encuesta quizás tenían una mayor disponibilidad de tiempo para sus intereses por fuera de lo académico-laboral, considerando que periodos de vacaciones o cambios de rotación se han asociado a menores niveles de burnout en personal de salud (104), encajando en nuestro estudio, de manera que el periodo en el que se realizaron las encuestas, tiende a coincidir con festividades de fin de año. También es posible, tal como se ha evidenciado en otros

estudios, la presencia de menores niveles de burnout en aquellos profesionales de salud que escogieron su profesión voluntariamente, y en aquellos que han sido trabajadores de primera línea contra el COVID-19, lo cual se considera que se puede relacionar a un mayor grado de gratificación, realización y satisfacción con su trabajo y el sentirse útiles durante una crisis de tal magnitud (105,106), recalcando que el 74,7% de los residentes estuvieron en escenarios de alto riesgo de exposición al COVID-19 y solo el 27,3% se replantearon la elección de su carrera en el contexto de la pandemia.

Vale la pena mencionar que no se han realizado otros estudios en médicos residentes que evalúen ideación suicida durante la pandemia por COVID-19 en territorio nacional, sin embargo, en comparación con un estudio realizado en la población general en Colombia, se observó que los resultados muestran que cerca del 40% de los sujetos presentan ideación suicida entre leve a severa y el 2% presentan ideación suicida severa; siendo un porcentaje mayor al encontrado en nuestra población de estudio (24,2%), más esto se puede atribuirse al tipo de población, el momento de la realización del estudio, que en el caso de la población colombiana fue durante el primer mes de aislamiento, y a la elección de la escala psicométrica utilizada (107).

De igual manera no se encontraron estudios en donde se evalúe el consumo de sustancias ilícitas ni alcohol en médicos residentes, sin embargo de acuerdo con lo disponible en la literatura si ha habido un aumento en el consumo de alcohol antes de la pandemia, en donde habían estudios que reportaban alcoholismo según el CAGE en un 5,8% (55), vs lo que encontramos en nuestro estudio en donde la prevalencia para un puntaje positivo en esta misma escala fue del 25,2%, mostrándose congruente con lo encontrado en estudios en la población general en donde se ha visto un aumento en el consumo de alcohol (108).

Solo un participante puntúo positivo para abuso de sustancias psicoactivas de acuerdo con el punto de corte establecido (≥ 3) en la escala DAST-10, ante lo cual se decidió, teniendo en cuenta las características de la población e intentando determinar si existe algún tipo de asociación entre los factores sociodemográficos y la pandemia con el consumo de psicoactivos, utilizar un punto de corte más bajo (≥ 1). Sin embargo no se descarta la posibilidad de que algunos participantes pudieran presentar una niveles mayor de afectación en su funcionamiento en asociación al consumo, dado que en cierta medida se tiende a evitar

hablar de forma directa, en parte por el estigma tan alto dentro del personal médico a la farmacodependencia (109), pudiendo utilizar la encuesta como un medio anónimo para expresarse de forma indirecta y parcial, existiendo la posibilidad de que haya un porcentaje mayor de consumo problemático de SPA y que este subestimado en este estudio.

Con respecto a las características sociodemográficas y su posible asociación con el estado de salud mental, se pudo observar que en la mayoría de las escalas, con excepción del PHQ9, las personas que tenían una relación de pareja presentaron puntajes menores, lo cual pudiera corresponder a los efectos del apoyo emocional que otorga la pareja al mantenimiento de una adecuada salud mental, como ha sido demostrado previamente (110).

Así mismo, y aunque no fuera estadísticamente significativo, los residentes solteros mostraron una tendencia a un mayor consumo de alcohol en comparación de aquellos que tenían pareja, estando en consonancia con estudios previos en cuanto evaluación de factores de riesgo para el desarrollo de trastorno de consumo por alcohol, siendo uno de ellos el no tener pareja (111). Lo contrario se observó con el consumo de SPA, pues aquí es llamativo que de las personas que puntuaron positivamente, la mayoría eran residentes solteros con pareja (66,7%), sin embargo, puede verse alterado el resultado por el punto de corte menor que se utilizó y sea solamente un uso recreativo o social, mas no un trastorno de consumo *per se*. Es de resaltar que la mayoría de los participantes que tenían al menos un hijo, puntuaban negativamente para suicidio, consumo de alcohol, burnout y ansiedad, sin embargo, la mayoría puntuaban positivo para depresión, aunque esta última asociación no fue estadísticamente significativa, lo que nos habla nuevamente de la importancia de una familia para el mantenimiento de una adecuada salud mental.

Al hacer un análisis en el que se excluían los residentes de psiquiatría, se encontró una diferencia en los valores encontrados en DAST y en PHQ-9, encontrándose una mayor prevalencia de problemas de consumo de SPA (prevalencia del 70,5% n=55) y depresión (prevalencia del 38,5% n=30), lo cual puede ser debido a que haya percepción distinta con respecto a los problemas de salud, con una posible mayor conciencia de los mismos, así como un abordaje y manejo prematuro.

Finalmente llama la atención que a pesar de la alta prevalencia de síntomas psiquiátricos y la disponibilidad de apoyo por profesionales de salud mental ofrecidos durante el estudio, ninguno de los encuestados, en nuestro conocimiento, teniendo en cuenta el anonimato en los servicios de salud ofrecidos, busco ayuda o acompañamiento, lo que quizás de alguna forma puede reflejar la ambivalencia entre el querer y el miedo por buscar una ayuda psiquiátrica o psicológica, y aun el gran estigma a la enfermedad mental en el gremio médico.

10.1 Limitantes y alcances en el estudio

Como limitantes en nuestro estudio tenemos que la participación obtenida fue menor de la esperada, dado de que se utilizaron varios medios de difusión, con un espacio de tiempo amplio en el que la encuesta estuvo abierta y disponible, y además con el envío de esta en varias ocasiones. Sin embargo, la muestra obtenida incluyó 23 tipos de especialidades en 7 ciudades diferentes de Colombia. La participación en la encuesta podría ser más frecuente en los sujetos con síntomas o problemas de salud mental reconocidos, lo cual puede llevarnos a sobreestimar la prevalencia de los problemas evaluados, sin afectar la validez de las asociaciones al considerarse un posible sesgo no diferencial.

Otro de los factores que consideramos como limitante es que hubo un predominio de participantes que estaban realizando su residencia en la ciudad de Bogotá (71,5%), lo cual puede ser debido al nexo de los investigadores con la Universidad del Rosario, pues al enviar el formulario directamente a los residentes de la misma daba la oportunidad de que estos lo recibieran de manera más oportuna y certera al ser un correo institucional, aunque también al hecho de que la educación superior está centralizada en grandes ciudades. Teniendo esto en cuenta podríamos decir que nuestros resultados salen de una muestra representativa de la mayoría de la población a estudio, sin embargo, consideramos que vale la pena estudiar más a fondo los problemas de salud mental en una muestra más heterogénea y amplia, y en un contexto en el que se puedan implementar otros medios de difusión de las encuestas de manera que se pueda ver de manera más clara otros posibles factores asociados a los problemas de salud mental en residentes.

Adicionalmente se obtuvo poca participación de residentes en especialidades quirúrgicas, quienes son un subgrupo poblacional con altas tasas de problemas de salud mental, así como de estigma hacia las enfermedades psiquiátricas, lo que siempre ha sido un factor que ha

obstaculizado su acceso a rutas de apoyo, optando por mecanismos de defensa de negación, minimización u ocultar sus problemas mentales (112). Por ende, sería importante evaluar el estado de salud mental en este grupo en particular y en como favorecer el apoyo por profesionales.

A pesar de las limitaciones expuestas se pudo evidenciar el problema creciente de síntomas mentales en residentes en el contexto de la pandemia, con una prevalencia del 63% en este estudio para al menos un posible problema mental, lo cual se correlaciona con el aumento descrito en la población general (113).

11. Conclusiones

En nuestro conocimiento, de acuerdo con lo revisado en la literatura, este es el primer estudio en que se estimó la prevalencia de problemas de salud mental, tales como: síntomas depresivos, síntomas ansiosos, ideación suicida, burnout y consumo problemático de sustancias psicoactivas, en los residentes de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas en Colombia, en el contexto de la pandemia por COVID-19. Los resultados encontrados corroboraron la hipótesis de que la pandemia ha generado un aumento significativo en la prevalencia de problemas de salud mental en los residentes de medicina en Colombia en comparación con los estudios realizados en la era pre-COVID; lo cual es congruente no solo con el aumento de problemas de salud mental en la población general y en la población médica el contexto de la pandemia, sino también con otros estudios realizados en residentes de medicina en otros países. Se considera que el aumento se asocia al gran estrés, aumento en la carga laboral, cambio de las condiciones de vida y en los sitios de trabajo y práctica, así como la incertidumbre que la pandemia ha generado en los residentes y personal de salud en general.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que los residentes son un grupo poblacional especial por las condiciones en las que se desenvuelve y por el papel que tiene en el sistema de salud del país, consideramos que es pertinente y necesario continuar evaluando la presencia de problemas de salud mental, así como realizar investigaciones y planes de desarrollo dirigidas a la promoción y prevención en salud mental en los residentes, tales como programas estructurados, con espacios protegidos que no interfieran con las actividades académico-laborales, en donde se trabajen técnicas de manejo del estrés, programas de bienestar estudiantil y manejo de las emociones, así como programas de psicoterapia guiados por los departamentos de psiquiatría o psicología, permitiendo la creación de programas en hospitales universitarios que ayuden a mejorar y prevenir los problemas de salud mental en esta población, lo cual se vería reflejado en un impacto positivo en salud de la población colombiana en general.

16. Senol Y, Daloglu M, Baysal OD, Gurpinar E. Evaluation of the quality of life and general health of medical residents. *Indian J Med Spec* [Internet]. 2017;9(1):7–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injms.2017.11.005>
17. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open*. 2020;3(3):e203976.
18. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *Bmj*. 2008;336(7642):488–91.
19. Regehr C, Glancy D, Pitts A, Leblanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: A review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(5):353–9.
20. Okanlawon T. Physician wellness : preventing resident and fellow burnout. *Am Med Assoc*. 2018;1–15.
21. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(4):527–33.
22. Fuller J, Edwards J, Procter N, Moss J. HOW DEFINITION OF MENTAL HEALTH PROBLEMS CAN INFLUENCE HELPSEEKING IN RURAL AND REMOTE COMMUNITIES. *Aust J Rural Heal*. 2000;8:148–53.
23. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2020;55(6):105948. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105948>
24. Chan JFW, To KKW, Chen H, Yuen KY. Interspecies transmission and emergence of novel viruses: lessons from bats and birds. *Curr Opin Virol*. 2013;21(10):544–55.
25. OMS. Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
26. Gil Extremera B. Signos, síndromes y enfermedades con nombre propio. *Educ Medica* [Internet]. 2017;1–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.020>
27. Gunnar M, Quevedo K. The Neurobiology of Stress and Development. *Annu Rev Psychol*. 2007;58(1):145–73.
28. Lucassen PJ, Pruessner J, Sousa N, Almeida OFX, Van Dam AM, Rajkowska G, et al. Neuropathology of stress. *Acta Neuropathol*. 2014;127(1):109–35.
29. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: Causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(12):1613–22.
30. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PSP, Itaquí Lopes MH, De Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0791-1>

31. Pfefferbaum B, North C. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *nejm*. 2020;1–3.
32. Stolerman I, Price L. Encyclopedia of Psychopharmacology. *Encyclopedia of Psychopharmacology*. 2015.
33. OMS. Depression and Other Common Mental Disorders. *Glob Heal Estim*. 2017;
34. Mousa OY, Dhamoon MS, Lander S, Dhamoon AS. The MD Blues: Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees. *PLoS One*. 2016;11(6):1–10.
35. Pasqualucci PL, Damaso LLM, Danila AH, Fatori D, Lotufo Neto F, Koch VHK. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):1–5.
36. Li W, Frank E, Zhao Z, Chen L, Wang Z, Burmeister M, et al. Mental Health of Young Physicians in China During the Novel Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *JAMA Netw open*. 2020;3(6):e2010705.
37. Sonja A. Rasmussen, MD, MS JCS. COVID-19– Associated Psychiatric Symptoms in Health Care Workers: Viewpoint From Internal Medicine and Psychiatry Residents. *Psychosomatics*. 2020;(January):19–21.
38. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;6736(18):1–13.
39. Malhi G.S., Bassett D., Boyce P., Bryant R., Fitzgerald P.B., Fritz K., et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2015;49(12):1–185. Available from: <https://www.ranzcp.org/files/resources/publications/cpg/clinician/mood-disorders-cpg.aspx>
40. Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Fam* [Internet]. 2014;21(2):55–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30015-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30015-3)
41. Montiel-Jarquín AJ, Torres-Castillo ME, Herrera-Velasco MG, Ahumada-Sánchez ÓO, Barragán-Hervella RG, García-Villaseñor A, et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educ Medica* [Internet]. 2015;16(2):116–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2015.09.006>
42. Waldman S, Diez JCL, Linetzky B, Arazi HC, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, Perceived Stress, and Depression Among Cardiology Residents in Argentina. *Acad Psychiatry*. 2009;33(4):296–301.
43. Sánchez MJB, Islas CLR, Escobar IV, Rico LES. Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2008;15(5):147–52. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934\(08\)76485-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-5934(08)76485-6)
44. Garcia Rueda L, Jimenez Chavez M de los A, Riaño Alarcon SL, Umbarila Cuitiva E alexander. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DEL SERVICIO URGENCIAS DE LA UNIDAD INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN- SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E Y DE LA UNIDAD INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ-SUBRED NORTE E.S.E DE . 2018;
45. Foz Gil G. EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. 2008;

46. OMS. Mental health in the workplace [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/
47. Saborio morales L, Hidalgo Murillo L fernando. SÍNDROME DE BURNOUT. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2015;32(1). Available from: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
48. Jácome SJ, Villaquiran-hurtado A, García CP, Duque IL. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. 2019;10(1):1–12.
49. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*. 2016;4(3):37.
50. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses* [Internet]. 2020;144(109972):1–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
51. Ministerio de salud y proteccion social. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) [Internet]. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>
52. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Boletín VESPA 2012. 2012;
53. UNDOC, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de salud y proteccion social, Ministerio de justicia y del derecho. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA - 2013. 2013;
54. Roncero C, Egido A, Rodríguez-Cintas L, Pérez-Pazos J, Collazos F, Casas M. Consumo de drogas entre los estudiantes de medicina: Una revisión de la literatura 1988-2013. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015;43(3):109–21.
55. Lara C, Vargas GM, Salcedo A. Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá. *Rev Ciencias la Salud*. 2012;10(SPECIAL ISSUE):87–100.
56. Ponciano Rodríguez MG. Adicciones en la época de la COVID-19. *Boletín sobre COVID-19*. 2020;1(3):4.
57. Tan W, Hao F, McIntyre RS, Jiang L, Jiang X, Zhang L, et al. Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020;87(April):84–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055>
58. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 2020;(January). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>.
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. 2018;25.
60. Salamanca-Camargo Y, Siabato EF. Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. *Pensando Psicol*. 2017;13(21):59–70.
61. OMS. Suicide [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact->

sheets/detail/suicide

62. Molina EA. La Salud Mental De Los Médicos: Implementación Del Programa Paime Commálaga. 2015; Available from: <http://orcid.org/0000-0002-4417-7022>
63. Pinzón-Amado A, Guerrero S, Moreno K, Landínez C, Pinzón J. Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;43(SUPPL. 1):47–55.
64. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic Published. *Lancet* [Internet]. 2020;7. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
65. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The gad-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092–7.
66. Kertz S, Bigda-Peyton J, Bjorgvinsson T. Validity of the generalized anxiety disorder-7 scale in an acute psychiatric sample. *Clin Psychol Psychother.* 2012;20(5):456–64.
67. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Med Care.* 2008;46(3):266–74.
68. García-Campayo J, Zamorano E, Ruíz MA, Pardo A, Freire O, Pérez-Páramo M, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(8).
69. Lemos M, Henao-Pérez M, Lopez-Medina D. Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares Stress and Mental Health in Medical Students : Relation with Coping and Extracurricular Activities Introducción. *iMedPub Journals.* 2018;24(2:3):1–8.
70. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 1999;2(1):31.
71. Spitzer RL, Williams JBW, Johnson JG, Kroenke K, Linzer M, Degruy FV, et al. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA J Am Med Assoc.* 1994;272(22):1749–56.
72. Williams J, Nieuwsma J. Detección de depresión en adultos [Internet]. 2019. Available from: https://www-uptodate-com.ez.urosario.edu.co/contents/screening-for-depression-in-adults?search=phq9§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H278060398&source=machineLearning&selectedTitle=1~62&display_rank=1#H278060398
73. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2010;32(4):345–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>
74. Hawley C, Gale T, John Smith P, Jain S, Farag A, Kondan R, et al. Equations for converting scores between depression scales (MÅDRS, SRS, PHQ-9 and BDI-II): good statistical, but weak idiographic, validity. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* [Internet]. 2013;28:544–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9685085>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10497691>
<http://hfs.sagepub.com/cgi/doi/10.1518/0018720054679443>

w.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16170946%5Cnhttp://jgp.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/4/232%5Cn

75. Kung S, Alarcon RD, Williams MD, Poppe KA, Jo Moore M, Frye MA. Comparing the beck depression inventory-II (BDI-II) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) depression measures in an integrated mood disorders practice. *J Affect Disord* [Internet]. 2013;145(3):341–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.017>
76. Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):547–52.
77. Cassiani-Miranda CA, Vargas-Hernández MC, Pérez-Anibal E, Herazo-Bustos MI, Hernández-Carrillo M. Reliability and dimensionality of PHQ-9 in screening symptoms of depression among health science students in Cartagena, 2014. *Biomédica*. 2017;37(1):112–20.
78. Jaggi F. *Burnout - praxisnah*. Lehmanns Media Gmbh, editor. Berlin; 2019.
79. Dávila FA, Nevado N. Validación de Burnout screening inventory en personal de formación del área de la salud. *Educ Medica* [Internet]. 2016;17(4):158–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.007>
80. Ewing J. Detecting Alcoholism The CAGE Questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14).
81. fare. Guía de Buenas Prácticas. Bibl Cataluña [Internet]. 2013;25. Available from: http://iceers.org/Documents_ICEERS_site/Safety&Ethics/Ayahuasca-Guia_Buenas_Practicas_ICEERS2014.pdf?utm_content=buffer3d513&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer
82. Williams N. The CAGE questionnaire. *Occup Med (Chic Ill)*. 2014;64(6):473–4.
83. Maisto SA, Saitz R. Alcohol Use Disorders: Screening and Diagnosis. *Am J Addict*. 2003;12:s12–25.
84. Campo-arias A, Barros-bermúdez JA, Rueda-jaimés GE. Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38(2):294–303.
85. Skinner HA. The drug abuse screening harvey a. skinner test. *Int J*. 1982;7:363–71.
86. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers [Internet]. *Problems of Drug Dependence*. 1992. Available from: http://rzbl68.biblio.etc.tu-bs.de:8080/docportal/servlets/MCRFileNodeServlet/DocPortal_derivate_00001878/NIDA119.pdf#page=263
87. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32(2):189–98.
88. Pérez B, García L, de Vicente MP, Oliveras MA, Lahoz M. Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Heal Addict salud y Drog*. 2010;10(1):35–50.
89. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., UNODC - Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estrategia de orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de drogas.

Un modelo basado en evidencia para el Distrito Capital. 2013; Available from: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Orientacion-a-jovenes-con-consumos-iniciales.pdf>

90. Pineda-Roa CA, Martínez-Chía ÁP, Corredor-González DY, Herazo E, Campo-Arias A. Hallazgos Psicométricos De La Escala Para Ideación Suicida Del Centro De Estudios Epidemiológicos En Adolescentes Escolarizados De Samacá, Boyacá, Colombia. *Biosalud*. 2018;17(2):47–55.
91. Roberts RE, Chen YW. Depressive Symptoms and Suicidal Ideation among Mexican-Origin and Anglo Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1995;34(1):81–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199501000-00018>
92. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Musitu G, Martínez Ferrer B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosoc Interv*. 2010;19(3):279–87.
93. Rosales-Pérez JC, Córdova-Osnaya M, Cortés-Granados R. Confiabilidad y validez de la escala de ideación suicida de roberts. *J Behav Heal Soc Issues* [Internet]. 2015;7(2):31–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.5460/jbhsi.v7.2.44302>
94. Cordova M, Rosales JC, Guzman B, Zúñiga G. Características Del Estudiante Con Y Sin Ideación Suicida Del Colegio De Bachilleres De San Luis Potosí (México). *SALUD Soc*. 2013;4(2):120–34.
95. Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón ME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis / Prevalence of Suicidal Ideation in Medical Students of Latin America: a Meta-analysis. *RIDE Rev Iberoam para la Investig y el Desarro Educ*. 2017;8(15):387–418.
96. Borenstein D. Impairment Prevention in the Training Years. *JAMA*. 1982;247(19).
97. Gentile JP, Roman B. Medical student mental health services: Psychiatrists treating medical students. *Psychiatry*. 2009;6(5):38–45.
98. Pitt E, Rosenthal MM, Gay TL, Lewton E. Mental health services for residents: More important than ever. *Acad Med*. 2004;79(9):840–4.
99. Patel RS, Sekhri S, Bhimanadham NN, Imran S, Hossain S. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*. 2019;11(6):3–12.
100. Martínez F, Azkoul M, Rangel C, Sandía I, Pinto S. Efectos De La Pandemia Por Covid – 19 En La Salud Mental De Trabajadores Sanitarios Del Estado Mérida , Venezuela . *Rev GICOS*. 2020;5(2):77–88.
101. Lozano-Vargas A, Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020 Apr 11 [cited 2021 Oct 25];83(1):51–6. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es&nrm=iso&tlng=es
102. Torres-Muñoz V, Diego Farias-Cortés J, Antonio Reyes-Vallejo L, Guillén-Díaz-Barriga C, Torres Muñoz Av Zoquipan V. Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19 Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19 Correspondencia. *Mex Urol*. 2020;80(3):1–9.

103. ROIZ HERNÁNDEZ humberto de jesus. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GRADO DE AFECTACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2 (COVID-19). 2021.
104. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2021 Aug 13 [cited 2021 Oct 25];157(3):130. Available from: [/pmc/articles/PMC8101798/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283221/)
105. Dinibutun SR. Factors Associated with Burnout Among Physicians: An Evaluation During a Period of COVID-19 Pandemic. *J Healthc Leadersh* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 25];12:85. Available from: [/pmc/articles/PMC7501950/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283221/)
106. Y W, J W, C L, S H, X L, AE A, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Oct 25];60(1):e60–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283221/>
107. Rodriguez UE, León Valle ZL, Ceballos Ospino GA. Ideación suicida, ansiedad, capital social y calidad de sueño en colombianos durante el primer mes de aislamiento físico por COVID-19. *Psicogente*. 2020;24(45):1–20.
108. Arancibia M, Rojo A, Arancibia M, Rojo A. COVID-19 y consumo de sustancias: revisión narrativa de la evidencia disponible. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2021 Oct 25];59(2):142–51. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000200142&lng=es&nrm=iso&tlng=es
109. Avery J, Avery J. Chapter 6, The stigma of addiction in the medical community. In: *The stigma of addiction: an essential guide*. New York (NY): Springer International Publishing; 2019.
110. Grundström J, Konttinen H, Berg N, Kiviruusu O. Associations between relationship status and mental well-being in different life phases from young to middle adulthood. *SSM - Popul Heal* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2021 Nov 9];14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33869721/>
111. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2007 Jul [cited 2021 Nov 9];64(7):830–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17606817/>
112. Fu WW, Gauger PG, Newman EA. Mental Illness and Stigma in Surgical Residencies—An Unspoken Truth. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Nov 9];156(2):117–8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2771375>
113. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F, Ramírez-Ortiz J, et al. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb J Anestesiología* [Internet]. 2020 Sep 7 [cited 2021 Nov 9];48(4). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472020000400301&lng=en&nrm=iso&tlng=en

13. Anexos

Anexo 1. Formato único de entrega de productos de investigación

UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN FORMATIVA
 VICEDECANATURA DE INVESTIGACIÓN Y CONSULTORÍA
 ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 Anexo 1. Formato de inscripción Opción de grado y entrega de avances



Residente:	Angela María Cardenas Suarez, Julián Alberto Matulevich Jaimes	Fecha:	20 de noviembre de 2021
Especialidad:	Psiquiatría	Semestre:	Sexto
Celular:	3002415272, 3107946617	Mail:	angelama.cardenas@urosario.edu.co, julian.matulevich@urosario.edu.co
Nombre en citas: AM Cardenas-Suarez, JA Matulevich-Jaimes			
Por favor seleccione solo una opción. Recuerde que los documentos de soporte del avance deben ser consistentes con la opción que señala:			
Opción de grado: Trabajo de grado	<input checked="" type="checkbox"/>	Opción de grado: Asistente de investigación en grupos de investigación	<input type="checkbox"/>
Título del producto:	PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN RESIDENTES DE MEDICINA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19		
Como tutor de la presente investigación o Director del Grupo de Investigación, declaro que he leído y acepto las normas del Núcleo de Investigación de las especializaciones Médico-Quirúrgicas, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Declaro que he revisado y apruebo los documentos adjuntos a este formato, los cuales cumplen con los características necesarios para la continuación de las actividades de investigación por parte del residente:			
Documentos adjuntos	Protocolo de investigación	Avance	Producto final <input checked="" type="checkbox"/>
Trabajo de grado	Carta de aval Técnico-científico	Carta de aval de Comité de Ética <input checked="" type="checkbox"/>	Copia digital del trabajo final <input checked="" type="checkbox"/>
Tipo de estudio:	Reporte / Serie de caso	Cohorte histórica	Corte transversal <input checked="" type="checkbox"/>
	Casos-controles	Cohortes (analítico)	Revisión sistemática
	Estudio cualitativo	Otro:	
Documentos adjuntos	Certificado cursos plataforma CMI	Informe de investigación	Presentaciones en congresos
Asistente de investigación en grupos de investigación	Informe de actividades	Observaciones DGI:	
Tutor temático:	Rodrigo Nel Córdoba	Filiación: director del programa de psiquiatría	Firma:
Tutor metodológico:	Juan Fernando Cano	Filiación: Psiquiatra/epidemiólogo	Firma:
	Ana María Pedraza	Filiación: Epidemióloga	Firma:
Institución de donde provienen los datos del estudio:	Universidad del Rosario		
RESUMEN DEL AVANCE			
Indique el estado actual del proyecto de investigación respecto a las actividades planeadas en el cronograma del estudio:			
Entrega del producto final			
Cuáles son los planes para los próximos seis meses: Desarrollo artículo de investigación			
DIFUSIÓN DE RESULTADOS			
¿El trabajo fue sometido a revistas académicas para su publicación?	Sí	No	<input checked="" type="checkbox"/>
¿El trabajo fue presentado en algún congreso?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	
¿Cuál?	21st WPA WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY		
Firma residente:	Angela Carolina Julián A Matulevich		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN RESIDENTES DE ESPECIALIZACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL AÑO 2020

Por favor, lea cuidadosamente esta información sobre el estudio de investigación titulado “prevalencia de problemas de salud mental en residentes de especializaciones médico-quirúrgicas de la ciudad de Bogotá en el año 2020”

Una vez haya comprendido la información, se le preguntará si desea participar del estudio. En caso afirmativo, deberá seleccionar la casilla “aceptar” al final del documento

Los problemas de salud mental y trastornos psiquiátricos han venido en aumento en prevalencia e incidencia en los últimos años, que se han asociado a múltiples factores de estrés, sociales y económicos. Los residentes de las especialidades médico-quirúrgicas están expuestos a un mayor grado de estrés, carga académica y laboral en comparación de la población general y por tanto tienen un riesgo incrementado en el desarrollo de este tipo de problemas. En diferentes estudios a nivel mundial y en Latinoamérica se ha encontrado un mayor grado de problemas y patología mentales en los residentes en comparación de otras poblaciones, sin embargo existen pocos datos de la naturaleza de este fenómeno a nivel de Colombia y Bogotá, por lo que existe un vacío de información.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de problemas de salud mental en residentes de especializaciones médico-quirúrgicas en la Universidad del Rosario y aquellos vinculados a ANIR (asociación nacional de internos y residentes) en el año 2020 y describir los aspectos relacionados con su aparición. Para participar, hay algunos aspectos a saber.

Entre los eventuales riesgos relacionados con la participación en este estudio se incluyen tornarse molesto o ansioso respecto a las preguntas aquí formuladas, aspecto que puede hacer notar en la sección de “comentarios” de la encuesta o, simplemente, finalizar el diligenciamiento de este formulario. Para minimizar el riesgo de romper la confidencialidad,

todos los datos que serán recolectados en este estudio serán enteramente anónimos y en general no habrá manera en que los investigadores puedan relacionar las respuestas con alguna persona en particular.

El mayor beneficio que se obtendrá por participar en este estudio será contribuir en el conocimiento acerca del estado de salud mental y los factores asociados, en residentes de especializaciones médico-quirúrgicas en la Universidad del Rosario y aquellos vinculados a ANIR, aspecto que redundará en el desarrollo de estrategias que permitan minimizar su aparición.

La participación de este estudio será de manera anónima mediante una encuesta virtual que será enviada a su correo electrónico. Los datos recolectados serán almacenados de manera indefinida en un servicio de almacenamiento virtual (Google Drive) al cual solo tendrán acceso los investigadores principales. Toda la información que se obtenga de este estudio de investigación se utilizará únicamente con el propósito de describir el estado actual de problemas y trastornos de salud mental en residentes de medicina y favorecer la búsqueda de estrategias para su tratamiento y prevención.

En caso de presentar síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o “raras”), conductas agresivas hacía usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que siente como si el pensamiento le trascurriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sienta que es abrumador y este afectando su calidad de vida o le impide desenvolverse en el trabajo, con sus amigos, pareja, familia o cualquier otra área de su vida que considere importante que lo considera puede contactar a cualquiera de las siguientes líneas de atención: **líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá** (línea de ayuda, intervención psicosocial y/o soporte no presencial, atendido por un equipo de profesionales en psicología que brindan un espacio de escucha, orientación y apoyo emocional a toda la población de Bogotá). Recuerda que si eres estudiante de la Universidad del Rosario también cuentas con acceso al servicio médico de nuestra IPS ubicada en **la sede Claustro (Carrera 7 # 12B –**

41, Bogotá), Teléfono: 2970200 extensión 3231 y 3223 y en la sede quinta de mutis (Carrera 24 No. 63C – 69) Teléfono: 2970200 extensión 3230 y 3221. También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

El manejo de los signos de alarma y protocolos para COVID-19 debe hacerse acorde a lo que indique la institución a la cual se encuentra adscrito

PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

EN RESIDENTES DE ESPECIALIZACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS EN EL AÑO 2020

Sección 1

...

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Última actualización de este documento: 15/08/2020



Universidad del
Rosario

1

PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN RESIDENTES DE ESPECIALIZACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO Y ANIR EN EL AÑO 2020

Un cordial saludo Doctor/ra, usted fue seleccionado para participar en este estudio por ser parte de los residentes de las especialidades médico-quirúrgicas de la Universidad del Rosario y/o la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR).

•Por favor, lea cuidadosamente la información que se presentara a continuación sobre el estudio de investigación titulado "prevalencia de problemas de salud mental en residentes de especializaciones médico-quirúrgicas de la Universidad del Rosario y ANIR en el año 2020" que se presentara a continuación.

•Una vez haya leído y comprendido toda la información, se le preguntará si desea participar del estudio. En caso afirmativo, deberá seleccionar la casilla "si acepto, he comprendido la información y deseo continuar".

•Finalmente se brindara información de contacto en caso de que de que presente alguna duda o sintomatología durante la realización de la encuesta, con el fin de brindarle apoyo y atención primaria en salud mental *

Estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

2

Los problemas de salud mental y trastornos psiquiátricos han venido en aumento en prevalencia e incidencia en los últimos años, que se han asociado a múltiples factores de estrés, sociales y económicos. Los residentes de las especialidades médico-quirúrgicas están expuestos a un mayor grado de estrés, carga académica y laboral en comparación de la población general y por tanto tienen un riesgo incrementado en el desarrollo de este tipo de problemas. En diferentes estudios a nivel mundial y en Latinoamérica se ha encontrado un mayor grado de problemas y patología mentales en los residentes en comparación de otras poblaciones, sin embargo existen pocos datos de la naturaleza de este fenómeno a nivel de Colombia, por lo que existe un vacío de información.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de problemas de salud mental en residentes de especializaciones médico-quirúrgicas en la Universidad del Rosario y aquellos vinculados a la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR) en el año 2020 y describir los aspectos relacionados con su aparición. Con los datos obtenidos se busca poder describir el estado actual de problemas y trastornos de salud mental en residentes de medicina y favorecer la búsqueda de estrategias para su tratamiento y prevención.

Entre los eventuales riesgos relacionados con la participación en este estudio se incluyen tornarse molesto o ansioso respecto a las preguntas aquí formuladas, aspecto que puede hacer notar en la sección de "comentarios" de la encuesta o, simplemente, finalizar el diligenciamiento de este formulario. Para minimizar el riesgo de romper la confidencialidad, todos los datos que serán recolectados en este estudio serán enteramente anónimos y en general no habrá manera en que los investigadores puedan relacionar las respuestas con alguna persona en particular.

El mayor beneficio que obtendrá por participar en este estudio será contribuir en el conocimiento acerca del estado de salud mental y los factores asociados, en residentes de especializaciones médico-quirúrgicas en la Universidad del Rosario y aquellos vinculados a ANIR, aspecto que redundará en el desarrollo de estrategias que permitan minimizar su aparición.

La participación de este estudio será realizada mediante una encuesta virtual, la cual se abrirá en la siguiente ventana de su navegador en caso de desear participar en este estudio. Se le realizan preguntas relacionadas sobre su calidad de vida, estado de salud mental e información sociodemográfica. El participar en el estudio no tendrán ningún costo. Ni usted, ni otra persona involucrada en el estudio, recibirá beneficios políticos, económicos o laborales como compensación por su participación. Su participación será completamente voluntaria y tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio si usted así lo desea. Igualmente, si en algún momento desea que la información que usted brinda no sea utilizada por los investigadores, lo podrá comunicar y respetaremos su decisión.

La información recolectada será almacenada de manera indefinida, pero por un periodo mínimo de tiempo de 5 años, en el servicio de almacenamiento virtual "Forms". La información se mantendrá bajo estricta confidencialidad y no se utilizará su nombre o cualquier otra información que pueda identificarlo personalmente. Toda la información que se obtenga de este estudio de investigación se utilizará únicamente con el propósito que aquí se comenta. Los investigadores de este estudio son los únicos autorizados para acceder a los datos que usted suministre y serán los responsables en garantizar la protección de sus datos personales.

*

- Si acepto, he comprendido la información y deseo continuar
- No deseo continuar

En caso de presentar síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o "raras"), conductas agresivas hacia usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que siente como si el pensamiento le trascurriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sienta que es abrumador y este afectando su calidad de vida o le impide desenvolverse en el trabajo, con sus amigos, pareja, familia o cualquier otra área de su vida que considere importante que lo considera puede contactar a cualquiera de las siguientes líneas de atención: líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá (línea de ayuda, intervención psicosocial y/o soporte no presencial, atendido por un equipo de profesionales en psicología que brindan un espacio de escucha, orientación y apoyo emocional a toda la población de Bogotá). Recuerda que si eres estudiante de la Universidad del Rosario también cuentas con acceso al servicio médico de nuestra IPS ubicada en la sede Claustro (Carrera 7 # 12B – 41, Bogotá), Teléfono: 2970200 extensión 3231 y 3223 y en la sede quinta de mutis (Carrera 24 No. 63C – 69) Teléfono: 2970200 extensión 3230 y 3221. También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

El manejo de los signos de alarma y protocolos para COVID-19 debe hacerse acorde a lo que indique la institución a la cual se encuentra adscrito . *

- Si acepto
- No acepto

Información general

4

Edad (en años) *

El valor debe ser un número.

5

Sexo *

- Masculino
- Femenino

6

Estado civil *

- Soltero sin pareja actual
- Soltero con pareja actual
- Casado
- Unión libre
- Divorciado
- Viudo

7

Numero de hijos *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 o mas

8

Nivel socioeconómico *

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

9

Ciudad de procedencia *

Escriba su respuesta

10

Ciudad en donde actualmente hace su residencia *

Escriba su respuesta

Nombre de programa de residencia en que se encuentra *

- Anestesiología
- Anestesiología cardiororacica
- Cardiología
- Cardiología pediátrica
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía de mano
- Cirugía general
- Cirugía plástica
- Cirugía vascular periférica
- Coloproctología
- Deportología
- Dermatología
- Ecocardiografía
- Endocrinología
- Fisiatría
- Gastroenterología
- Ginecología y obstetricia
- Hemato-oncología
- Infectología

- Mastología
- Medicina crítica y cuidado intensivo
- Medicina del dolor y cuidado paliativo
- Medicina de emergencias
- Medicina estética
- Medicina familiar
- Medicina interna
- Medicina maternofoetal
- Nefrología
- Neonatología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología
- Neurología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Ortopedia y traumatología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Psiquiatría de enlace
- Psiquiatría infantil
- Radiología

Retina y vitreo

Reumatología

Toxicología

Urología

Otras

12

Semestre actual de residencia médica *

1 semestre

2 semestre

3 semestre

4 semestre

5 semestre

6 semestre

7 semestre

8 semestre

9 semestre

10 semestre

13

Duración total de residencia *

- 6 semestres
- 7 semestres
- 8 semestres
- 9 semestres
- 10 semestres

14

Tipo de universidad *

- Publica
- Privada

15

Horas trabajadas a la semana en la especialización *

- < 40 horas
- 40-60 horas
- 60-80 horas
- > 80 horas

16

¿Ha estado en escenarios con alto riesgo de exposición al COVID-19 durante la practica clínica? *

- Si
- No

17

¿Algún familiar o persona cercana ha estado contagiado o en escenarios con alto riesgo de exposición al COVID-19? *

- Si
- No

18

En el contexto de la pandemia actual, ¿se ha replanteado su elección de carrera o especialidad? *

- Si
- No

Sección 3

...

RECUERDA QUE NO ESTAS SOLO Y EN CASO DE NECESITAR AYUDA PÍDELA

Recuerda que si tienes síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o "raras"), conductas agresivas hacia usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que sienta como si el pensamiento le trascurriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sientas que es abrumador, NO ESTAS SOLO y puedes comunicarte a las líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

Cuestionario Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7)

Con las siguientes preguntas se busca evaluar la presencia de síntomas ansiosos en las últimas 2 semanas.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (solo seleccionar una respuesta)

19

Cuestionario Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) *

0: Para nada, 1: Varios días, 2: Más de la mitad de los días, 3: Casi todos los días

	0	1	2	3
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dificultad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Molestarse o irritarse fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECUERDA QUE NO ESTAS SOLO Y EN CASO DE NECESITAR AYUDA PÍDELA

Recuerda que si tienes síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o "raras"), conductas agresivas hacia usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que siente como si el pensamiento le trascurriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sientas que es abrumador, NO ESTAS SOLO y puedes comunicarte a las líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)

Esta sección se enfoca en la evaluación de presencia de síntoma depresivos en las últimas 2 semanas.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (solo seleccionar una respuesta)

20

Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) *

0: Para nada, 1: Varios días, 2: Más de la mitad de los días, 3: Casi todos los días

	0	1	2	3
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Problemas para dormir o mantenerse el sueño o dormir demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentir poco apetito o comer en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Sentirse mal acerca de sí mismo o tener un sentimiento de fracaso o de abandono propio o de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dificultad para concentrarse en diferentes actividades tales como leer el periódico o ver televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o bien, por el contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se mueve mucho más de lo normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pensamientos acerca de que sería mejor estar muerto/a o deseos de lastimarse de alguna forma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECUERDA QUE NO ESTAS SOLO Y EN CASO DE NECESITAR AYUDA PIDELA

Recuerda que si tienes síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o "raras"), conductas agresivas hacia usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que siente como si el pensamiento le trasciriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sientas que es abrumador, NO ESTAS SOLO y puedes comunicarte a las líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

RECUERDA QUE NO ESTAS SOLO Y EN CASO DE NECESITAR AYUDA PÍDELA

Recuerda que si tienes síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o "raras"), conductas agresivas hacia usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que sienta como si el pensamiento le trascurriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sientas que es abrumador, NO ESTAS SOLO y puedes comunicarte a las líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

Escala CAGE

En esta escala se busca evaluar la presencia de problemas y dependencia por alcohol a lo largo de la vida

Por favor responda las siguientes preguntas con base a su consumo promedio de bebidas alcohólicas (solo seleccionar una respuesta)

22

Escala CAGE *

	Si	No
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios para librarse de una resaca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECUERDA QUE NO ESTAS SOLO Y EN CASO DE NECESITAR AYUDA PÍDELA

Recuerda que si tienes síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o "raras"), conductas agresivas hacia usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que siente como si el pensamiento le trascurriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sientas que es abrumador, : líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

Cuestionario de prueba de detección de drogas (DAST-10, por sus siglas en inglés)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas excluyendo alcohol y tabaco durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es "No" o "Sí" y seleccione la respuesta en el cuestionario.

En caso de que no haya habido consumo de drogas en los últimos 12 meses por favor seleccionar la casilla "No he consumido drogas en los últimos 12 meses" y automáticamente será dirigido a la siguiente y última sección del cuestionario.

23

¿Ha utilizado alguna de las siguientes drogas en los últimos 12 meses? *

- No he consumido drogas en los últimos 12 meses
- Metanfetaminas (speed, cristal)
- Cocaína
- Otros estimulantes (modafilo, vigia, armodafinilo)
- Inhalantes (tíner o adelgazante de pintura, aerosol, pegamento)
- Cannabis (marihuana, maría, creepy)
- Tranquilizantes (benzodicepinas, vallium, xanax, rivotril)

- Barbitúricos
- Alucinógenos (LSD, hongos)
- Opioides (heroína, oxicodona, metadona, morfina, fentanilo)
-

24

En los últimos 12 meses *

	Si	No
1. ¿Ha abusado de más de una droga o medicamento a la vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha experimentado pérdidas del conocimiento, pérdidas temporales de la memoria, desmayos, ausencias o flashbacks como resultado del uso de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por utilizar o abusar de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Alguna vez su pareja, familiares o docentes se han quejado de su uso de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Ha participado en actividades ilegales a fin de obtener drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando ha dejado de consumir drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Ha utilizado medicamentos distintos de los necesarios por motivos médicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECUERDA QUE NO ESTAS SOLO Y EN CASO DE NECESITAR AYUDA PÍDELA

Recuerda que si tienes síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o "raras"), conductas agresivas hacia usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que sienta como si el pensamiento le trasciriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sientas que es abrumador, NO ESTAS SOLO y puedes comunicarte a las líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

Escala de ideación suicida de Roberts

Las siguientes preguntas se refieren a si ha tenido síntomas de ideación suicida durante la última semana.

Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (solo seleccionar una respuesta)

25

Escala de ideación suicida de Roberts *

1= "0 días"; 2= "1-2 días"; 3= "3-4 días", y 4= "5-7 días".

	1	2	3	4
1. No podía seguir adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tenía pensamientos sobre la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pensé en matarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Percepción de síntomas

26

Si ha presentado alguno de los síntomas indagados previamente, ¿considera que esta ha aumentado en el contexto del COVID-19? *

- Sí
- No

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

De forma personal y en nombre de ANIR y la Universidad del Rosario, agradecemos tu participación, esperamos que este sea el paso inicial para el establecimiento de políticas que busquen mejorar el bienestar de los residentes y disminuir los síntomas mentales que conllevan ciertas prácticas que se deben cambiar. Nuevamente queremos recordarte que si tienes síntomas como tristeza, ansiedad, depresión, ideación, plan o intento suicida, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, pensamiento incoherente, conductas desorganizadas o "raras"), conductas agresivas hacia usted mismo o los demás, que no pueda dormir, que no pueda contraerse, que sienta como si el pensamiento le trascurriera excesivamente rápido o cualquier otro síntoma psiquiátrico que sientas que es abrumador, NO ESTAS SOLO y puedes comunicarte a las líneas de atención de emergencias a nivel nacional (123) o la línea 106 de Bogotá También si deseas hablar con alguien de forma más personal acerca de tus problemas y que te pueda ayudar o brindar información más detalladas puedes contactar a cualquiera de nuestros investigadores principales: - Julián Alberto Matulevich: E-mail: julian.matulevich@urosario.edu.co Móvil: 3107946617. Bogotá – Angela María Cárdenas: E-mail: angelama.cardenas@urosario.edu.co Móvil: 3002415272. Bogotá

Anexo 4. Escala GAD-7

GAD-7				
Durante las últimas 2 semanas ¿con que frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilo/a	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

Anexo 5. Escala PHQ-9

Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas ¿con que frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse el sueño o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Sentir poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de si mismo o tener un sentimiento de fracaso o de abandono propio o de la familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en diferentes actividades tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o bien, por el contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se mueve mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos acerca de que seria mejor estar muerto/a o deseos de lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

Anexo 6. Escala BSI

Burnout Screening Inventory (BSI)							
¿con que frecuencia sucede esto?	Nunca	Varias veces al año	Una vez al mes	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
1. Cada vez es más frecuente que trate a las personas como si fueran objetos	0	1	2	3	4	5	6
2. Parece que los demás tienen cada vez menos interés por mi trabajo. No saben valorar mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3. Mi trabajo hace que cada vez me importen menos los demás. Además, tampoco tengo tiempo para dedicarles	0	1	2	3	4	5	6
4. Mi trabajo me deja emocionalmente frío o insensible	0	1	2	3	4	5	6

5. Cada vez me satura más tener que hacer cosas con otras personas. Después de trabajar con compañeros me siento agotado	0	1	2	3	4	5	6
6. Cada vez con más frecuencia me enfada o me asusta que personas de mi entorno tengan problemas. Me afecta mucho	0	1	2	3	4	5	6
7. Últimamente participo en las conversaciones más iritado que antes	0	1	2	3	4	5	6
8. Últimamente no consigo desempeñar mi profesión como se supone que debería realizarla. A menudo el trabajo me supera	0	1	2	3	4	5	6

9. Me siento mal cuando pienso en cómo trato a los demás	0	1	2	3	4	5	6
10. Mi situación es desesperada y no tengo ninguna salida. A veces tengo la sensación de estar al borde del precipicio	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 7. Escala CAGE

Evaluación General del Alcoholismo Crónico (CAGE)		
Por favor, responda las siguientes preguntas	Si	No
1 ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
2 ¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?		
3 ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
4 ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios		

Anexo 8. Escala DAST-10

Cuestionario de uso de drogas (DAST-10)		
Estas preguntas están referidas a los últimos doce meses	No	Si
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?		
2. ¿Ud. Abusa mas de una droga a la vez?		
3. ¿Es Ud. Capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?		
4. ¿Ha tenido “perdidas de conocimiento” o una “memoria repentina” como resultado del uso de drogas?		
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?		
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?		
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?		
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (perdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?		

Anexo 9. Escala de ideación suicida de Roberts

Escala de ideación suicida de Roberts				
	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días
1. No podía seguir adelante	1	2	3	4
2. Tenía pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
3. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto	1	2	3	4
4. pensé en matarme	1	2	3	4