

**PROCESO DE ADMISIÓN EN RESIDENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS: UN
ANÁLISIS DESDE EL RIESGO DE DEPRESIÓN**

**PROCESO DE ADMISIÓN EN RESIDENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS: UN
ANÁLISIS DESDE EL RIESGO DE DEPRESIÓN**

**YENSI LORENA ROMERO DÍAZ
JOHANNA SANCHEZ TORRES**

**Universidad El Bosque
Facultad Educación
Especialización En Docencia Universitaria
Bogotá D.C., Colombia
2023**

Agradecimientos

A la Universidad El Bosque por acompañarnos en nuestro proceso de formación académica, a nuestra tutora de tesis por guiarnos en la conformación y concepción de este artículo, a los diferentes colaboradores (médicos, instituciones de educación y de salud) que permitieron que se concretara este estudio y a nuestra familia por el apoyo incondicional, comprensión, y guía para continuar en la formación de nuestras aspiraciones.

Resumen

Actualmente, el ingreso a las diferentes residencias médico-quirúrgicas, se ha convertido en un óbice para los aspirantes, asociado al misterioso proceso de admisión y ausencia de homogeneidad para ser calificado hacia el rumbo de un profesional especializado, reflejando un currículum oculto, que ha sido delimitado por los cupos anuales por especialidad que se ofrecen, según cada institución de educación superior, así como la deserción y migración de médicos, en contraposición a las necesidades de un país como Colombia, donde los niveles de trastornos de salud mental son prevalentes.

Es por ello, que mediante este artículo, se pretende analizar los procesos de admisión a las residencias médico-quirúrgicas, en contraposición al riesgo de depresión de los aspirantes, como factor de interés en el abordaje de la salud mental, y de esta manera, aportar recomendaciones para mejorar la experiencia de la educación médica de una forma estructurada y constructiva.

Palabras clave

Especialidad médico-quirúrgica, depresión, currículum, currículum oculto

Abstract

Nowadays, admission to different medical-surgical residences has become an obstacle for applicants, associated with the mysterious process of admission and absence of homogeneity to be qualified for the course of a specialized professional, reflecting a hidden curriculum that has been delimited by the annual entry places by specialty offered. According to each higher education institution, as well, as the desertion and migration of doctors, in contrast to the needs from a country like Colombia, where levels of mental health disorders are prevalent.

For this reason, this article aims to clarify that hidden curriculum during the process of admission to medical-surgical residences, as opposed to the depression risk of the postgraduate training resident, as a factor in the approach to mental health, to provide recommendations to improve the experience of medical education in a structured and constructive way.

keywords

Medical-surgical specialities, depression, curriculum, hidden curriculum.

1. Introducción

Teniendo en cuenta la historia sobre la educación en medicina en Colombia, Quintero en su texto, Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia 2017, habla de cómo se creó la formación especializada en Colombia en los años sesenta como producto de especialistas formados en el exterior inicialmente inspirados en Francia y posteriormente en Estados Unidos, o por médicos que se dedicaron a una doctrina por iniciativa propia, convirtiéndose en expertos en un área específica, gracias a la convalidación que posteriormente fue otorgada por el Consejo General de Especialidades Médicas, mediante la ley 14 de 1962 que daba el reconocimiento y certificación a estos especialistas, por lo cual surge parte de nuestro interrogante de cómo se ha creado y establecido el currículo para un proceso idóneo de selección de los futuros médicos especialistas hoy en día, sin embargo, mucha de esta información actualmente, se enmarca dentro de un currículo oculto que mediante este artículo intentamos identificar y aclarar.

Por otro lado, desde la perspectiva de los profesionales de salud, el proceso depende de su elección, teniendo en cuenta las diferentes especialidades que se ofrecen, como los son por ejemplo, medicina interna, cirugía plástica, neurocirugía, dermatología, pediatría entre otras, pues requieren inicialmente de una experiencia enmarcada que es solicitada para un futuro proceso de selección, como de unas habilidades que cada institución de educación superior dentro de su autonomía decide; así mismo, es de resaltar que no todos los procesos son homogéneos pues esto depende de cada institución educativa, obligando a los profesionales a buscar diferentes tácticas y recursos para aprobar adecuadamente un examen inicial e ingresar al proceso de selección que en la mayoría cuenta con una entrevista y una prueba psicotécnica, en la que hay pocos cupos, lo cual como es sabido, ha impactado en la salud mental de los médicos, expuesto en diferentes publicaciones tanto en pregrado como en posgrado, desconociendo lo que pasa en quienes se encuentran en la transición de estos puntos, pues en la población que se encuentra en proceso para realizar su posgrado en una especialidad médico-quirúrgicas se desconoce, con literatura que expone los diferentes problemas en salud mental durante la fase de internado que es el año previo a la graduación como profesional en medicina y seguido de la residencia que es el momento en el cual los médicos profesionales se especializan en una área determinada.

Teniendo en cuenta lo anterior, mediante esta investigación de categoría mixta pretendemos inicialmente indagar sobre qué pasa en proceso de admisión de las residencias de algunas instituciones de educación superior, mediante una entrevista de carácter libre y voluntaria, en la cual nos orientamos a conocer un poco más desde el interior de lo que se busca en un aspirante ideal, y si esto puede tener repercusiones tanto positivas como negativas durante el proceso de selección, fundamentado en una matriz de análisis como herramienta de carácter cualitativa; por otro lado, para indagar el riesgo de depresión en los médicos aspirantes en este proceso, se utilizó una herramienta válida a nivel nacional e internacional de uso libre, como lo es la Patient Health Questionnaire PHQ-9 por sus siglas en inglés (Cassiani-Miranda 2021, Kroenke 2001), la cual tiene en cuenta nueve preguntas enfocadas en la sintomatología característica de la depresión, como por ejemplo la anhedonia o pérdida de interés o satisfacción, las alteraciones del sueño, las alteraciones del apetito, las alteraciones de la concentración, y la ideación suicida, categorizando los signos de depresión para su útil identificación por los profesionales de la salud mental (psiquiatras y los psicólogos), la cual aplicamos a 98 aspirantes de especialidades médico quirúrgicas de diferentes centros médicos donde los profesionales trabajaban o donde se preparaban para este proceso en Bogotá-Colombia desde diciembre 2022 hasta marzo 2023, con lo cual pudimos obtener diferentes datos, los cuales analizamos mediante las herramientas de Microsoft Excel y JASP, con lo que posteriormente se categorizó la información teniendo según su relevancia y prevalencia, seguido del análisis de los datos mediante triangulación de la información tanto en una matriz de análisis extraída de las entrevistas como de la información encontrada en la base de datos a partir de la clinimetría PHQ-9.

De esta manera, buscamos aportar recomendaciones a los diferentes programas de admisión de las especialidades médico-quirúrgicas, en sus procesos académicos de admisión para evitar el riesgo de depresión que se ha acentuado en los últimos años posterior a la pandemia (García-Torres 2021, Monterrosa-Castro 2021, Villalón 2022), y mejorar así la experiencia de la educación médica de una forma más estructurada, en pro de una educación constructiva.

2. Planteamiento del problema

Actualmente en el mundo, existe un panorama general sobre la formación en medicina, donde se destaca a Irlanda, como el país con más médicos graduados por año, con 25.4 médicos por 100.000 habitantes, en contraposición con Luxemburgo con el menor número de médicos graduados, con tan sólo 6.9 por 100.000 habitantes, según las estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OECD (2021); por otro lado, Austria, Noruega, España, y Alemania, son los 4 países con más especialistas, en contraste con Indonesia, Sudáfrica, India, y Turquía con el menor número, con menos de 2 médicos por 1000 habitantes (OECD 2021).

En contraste, Colombia según la OECD hay 12.5 médicos graduados por 100.000 habitantes, no obstante el número de plazas de formación disponibles para estos médicos es limitado, y en promedio la duración de tiempo para su formación como médico general, es de 6 a 8 años, dependiendo de la institución educativa en donde desarrolle su carrera profesional.

Así mismo, en Colombia hay 126.279 médicos, de los cuales el 75.14% (94.892) son médicos generales y el 26.86% (31.387) son médicos especialistas, según el Ministerio de Salud (2021), sin embargo la Organización Mundial de la Salud OMS, recomienda a los países en desarrollo, tener un mínimo de 25 médicos por cada 10 mil habitantes (2015); no obstante, es evidente que el país se encuentra por debajo del promedio, y si nos enfocamos en el número de especialistas, la diferencia es aún más abismal; Entonces, surgen interrogantes cómo: ¿por qué tenemos tan pocos médicos especializados en un país con tantas necesidades en salud?, ¿habrán otros factores que influyen estos indicadores?, y de ser así, ¿por qué tantos médicos deciden especializarse fuera del país? ¿La salud mental de los médicos se verá afectada en todo este proceso?, y ¿qué pasará específicamente con la depresión de aquellos médicos que se encuentran en proceso para acceder a una especialidad?, ¿acaso nuestro modelo de formación y currículo en salud es adecuado para nuestro país?.

Es así como los anteriores cuestionamientos, son muchas de las inquietudes, que acaecen sobre los estudiantes de medicina y su salud mental, principalmente para el momento de ingreso al mundo laboral, dado que se enfrenta no solamente a la carga académica y al rigor profesional

de la carrera, sino también, a la competencia para adquirir un espacio dentro de los diferentes programas de posgrado de las especialidades médicas a las que desean acceder.

En cuanto a la depresión, es una enfermedad mental que puede afectar a cualquier persona indistintamente de la edad, siendo así, los estudios indican que el estrés y la ansiedad son factores comunes entre los estudiantes de medicina (Beltrán 2017), y estos factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar depresión, ya que los médicos tienen la tasa de depresión y ansiedad más alta que la población general (Beltrán 2020); por tal motivo es de interés indagar sobre la salud mental de los aspirantes a residencias médicas en Colombia, pues es un tema relevante que requiere más interés, ya que la presión y el estrés asociados con el proceso de selección a las especialidades médico-quirúrgicas puede tener un impacto en la salud mental, afectando el rendimiento y bienestar general como se ha visto en otros países incluso desarrollados (Dyrbye 2006, Hamaideh 2011).

Así mismo, los aspirantes a residencias médicas en Colombia suelen enfrentarse a una competencia ardua y una carga de trabajo intensa, ya que muchos de ellos a menudo experimentan largas jornadas de estudio y prácticas, para lograr un buen puntaje en el examen inicial, lo cual puede conducir a fatiga y agotamiento físico y emocional (Sánchez 2020). Además, la presión de la evaluación constante y la preocupación por el futuro también puede fomentar un alto nivel de estrés y ansiedad (Corredor 2019).

Es así como la OMS, define la salud mental como un estado de bienestar, en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad; sin embargo, si somos fieles a esta definición, y a las estadísticas que confieren al personal de salud, específicamente a los médicos, claramente se ven afectados, lo cual fue más evidente posterior a la pandemia por el coronavirus en el 2019, según el estudio del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental (CESISM 2020) de la Universidad CES, donde los médicos son quienes presentan más comorbilidades para los trastornos de salud mental, encontrado un 35,4% con ansiedad; 26,7% con depresión y un 13,0% con insomnio; y si además de esto, revelamos todos los diferentes factores que se enfrenta en Colombia con el proceso de residencias médicas, pues según lo expresa Matallana y colaboradores:

“la poca formación, la insuficiencia de cupos para que los profesionales se especialicen, los bajos salarios ofrecidos, el control de los propios especialistas sobre el número de egresados, la falta de incentivos para especializarse y para trabajar en algunas regiones, son las principales razones que influyen en la disponibilidad de especialistas”. (Centro de Estudios para el Desarrollo - Cendex, 2013).

Se arraiga una preocupación, dentro de un proceso poco homogéneo, y claro que no tiene en cuenta estos antecedentes, basado en un método evaluativo que distorsiona la definición de evaluación, y refleja un modelo pedagógico tradicional caduco y obsoleto según ya lo mencionaba Holt (1982) y un esquema de la escuela pasiva, dado por el modelo pedagógico conductista, con exámenes tradicionales con preguntas de selección múltiple con única o múltiples respuestas y contestaciones de falso o verdadero o completamiento de frases (Ocaña 2022), que pretende realizar un filtrado, para encontrar a un supuesto aspirante ideal.

Por otra parte, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, en Colombia hay 2.345 pediatras por 100.000 habitantes siendo la especialidad con mayor número de egresados en comparación con Genética con tan solo 10 especialistas en el año 2011, las especialidades con mayor demanda después de pediatría son medicina interna, Anestesiología, Gineco-obstetricia, y Cirugía General, sin embargo, se pone manifiesto que estas especialidades también hacen parte de los programas con mayor número de cupos por universidad, entonces queda la siguiente cuestión ¿qué se puede esperar de las especialidades con un número menor de aceptación de aspirantes? y con ello, ¿será que la demanda que requiere realmente la población, tiene una injerencia importante en el desarrollo de estos datos estadísticos para la toma de decisiones en las diferentes instituciones de educación superior?.

En consecuencia, vale aclarar, la historia de cómo se conformaron las residencias médicas, pues previo al año 1959, los médicos que deseaban especializarse, debían realizarlo en el exterior, o se dedicaban empíricamente a una rama de salud, dependiendo de su interés personal, no obstante, a partir de este periodo, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) se formó con el fin de dar paso a un modelo norteamericano, para la creación de especialidades médico-quirúrgicas, conformándose posteriormente el Consejo General de Especialidades Médicas, que por medio de la ley 14 de 1962 y el Decreto 605 de 1963, se estableció como el organismo responsable de certificar la idoneidad de los especialistas

formados externamente y el reconocimiento de los títulos por “experiencia adquirida” (ASCOFAME, 2010).

Es a partir de este momento, donde los médicos que deseaban especializarse, debían dedicarse por tiempo completo para su formación y cumplir los programas según brindaba la especialidad seleccionada, donde ASCOFAME, les reconocía y certificaba el título como especialista; así mismo, esta entidad por indicación del ministerio de educación, también se encargaba de avalar y aprobar a los departamentos donde se iban a incluir los hospitales universitarios, no obstante, las diferentes facultades de medicina no estaban de acuerdo, argumentando que ASCOFAME no era una institución idónea para otorgar estos títulos. Es así, como a inicios del año 1970 se estableció el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES, quien desde entonces tomó estas funciones y facultó a las universidades para emitir los títulos de especialista (ASCOFAME, 2010).

Luego en 1992, se crea la ley 30 de 1992, con la cual se confirmó la “Autonomía Universitaria” y se creó el Consejo Nacional de Educación Superior CESU, el cual reestructuró el ICFES y creó el Sistema Nacional de Acreditación SNA, todo en relación a la creación en 1991 de la nueva Constitución Política de Colombia. Posteriormente, en el 2003 se realizó un convenio entre ICFES y el Ministerio de Educación Nacional, creándose el Decreto 1665 que fijó las condiciones para el establecimiento y el funcionamiento de las especialidades en el país, donde inicialmente habían 82 denominaciones de especialidades, no obstante, en el año 2007 se identificaron 60 denominaciones más, para un total de 142 especialidades médicas y quirúrgicas (ASCOFAME, 2010).

Con lo anterior, vale aclarar, que Colombia es el único país de América Latina donde la institución que regula y vigila las plazas de residencias médicas es el Ministerio de Educación, y no el ministerio de Salud y la Universidad Pública como entes reguladores principales, con lo que surgen múltiples interrogantes, y vacíos en el modelo acoplado para nuestra comunidad y la demanda que requiere la población en la atención en salud.

De esta manera, como se mencionó previamente, las universidades, con su autonomía son quienes crean su propio modelo de calificación para el ingreso a las diferentes especialidades médicas, encontrándose no sólo un examen sino múltiples, el cual se basa en preguntas de forma calificativa y no evaluativa, por lo cual, se espera mediante este artículo un acercamiento sobre

el objetivo del currículo evaluativo de algunas de las universidades en Colombia, para comprender su búsqueda hacia el aspirante ideal a una especialidad médico-quirúrgica.

También se pretende mediante el test PHQ-9 creado por el médico psiquiatra David Goldberg (1978), representar el riesgo de depresión en los profesionales de medicina que se encuentran en el proceso hacia la especialización, seleccionados de manera aleatoria y voluntaria a 3 centros médicos de Bogotá, Colombia y una institución de educación para la preparación de los diferentes exámenes de residencias médicas. De esta forma, se analizará la información con lo cual será posible de manera objetiva brindar diferentes recomendaciones orientadoras y constructivas, para el entendimiento o mejoramiento del currículo de las residencias médico-quirúrgicas y así disminuir el posible riesgo de depresión. Por todo lo anterior, mediante este artículo buscamos resolver la pregunta de investigación sobre el proceso para el ingreso a las especialidades médico-quirúrgicas, enfocados hacia la depresión de los aspirantes.

3. Objetivo general

- Analizar la influencia del proceso de admisión de programa de especialidades médico-quirúrgicas en el desarrollo de depresión en aspirantes.

3.1 Objetivos específicos

- Evaluar si hay riesgo de depresión en los aspirantes de las especialidades médico-quirúrgicas, a través de una encuesta validada.
- Determinar si hay factores de riesgo de depresión, en el proceso de ingreso a los diferentes tipos de programas de admisión a especialidades médico-quirúrgicas.
- Aportar recomendaciones a los diferentes programas de admisión de las especialidades médico-quirúrgicas, en sus procesos académicos de admisión para evitar el riesgo de depresión e impactar en la salud mental.

4. Marco teórico

4.1 Estado del arte

En la revisión que se hizo frente a la literatura se evidencia el desarrollo de ciertos documentos que se aproximan al desarrollo de investigación que se propone en este trabajo, de esta manera resaltamos el libro Residencias Médicas en América Latina de la Organización Panamericana de la Salud del 2011, en donde se realizó una investigación de los diferentes programas, sus diferenciales, y retos para brindar atención a las necesidades de población en general, desde distintos puntos sobre la formación para las residencias médicas en 14 países de América Latina, en la cual está incluida Colombia.

De esta manera Colombia, es el único país, donde la entidad reguladora para el ingreso a las especialidades médicas, es el Ministerio de Educación; así mismo, los mecanismos y procedimientos de selección de candidatos se basan en una comisión universidad-centro hospitalario, quienes son los que determinan el mecanismo y el proceso de admisión, en donde cada institución educativa tiene la autonomía de definir y acordar los requisitos y el proceso de admisión según los considere necesarios, a diferencia de los otros 13 países en donde se realizan concursos a nivel nacional, territorial o local, con un único examen de admisión de oposición, entrevista personal y análisis de antecedentes académicos, incluyendo el currículum vitae que posee un porcentaje importante para la decisión final (OPS 2011).

Es así como en este libro se expone de manera textual lo siguiente: “La formación de los especialistas de salud a través de las residencias requiere un control y orientación por parte del Estado, promoviendo mecanismos de regulación nacional que consoliden procesos equitativos para su acceso”. De esta manera se encamina a que la educación en salud para los futuros médicos especialistas, sea de orden compartido con el sistema de salud y de educación a nivel nacional y no individual.

También se habla de la importancia de la construcción y desarrollo curricular, donde mencionan un “currículo oculto” que refleja las visiones particulares de los docentes y los grupos de interés, por lo que la probabilidad de disminución de la capacidad de la conciencia crítica de los docentes y futuros alumnos, conlleva a limitaciones en una evaluación adecuada para el proceso educativo y de aprendizaje (OPS 2011).

Por su parte, en el texto Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia 2017, Quintero G.A diserta sobre como inicialmente se creó la formación especializada en Colombia en los años sesenta, como producto de especialistas formados en el exterior, o por médicos que se dedicaron a una doctrina por iniciativa propia, convirtiéndose en expertos en un área específica, creando ASCOFAME en 1959 quienes gracias a el Consejo General de Especialidades Médicas, mediante la ley 14 de 1962 da el reconocimiento y certificación de estos especialistas, denominados por derecho adquirido, a través de la práctica en el país; posteriormente ASCOFAME en conjunto con ICFES y el Ministerio de Salud continuó con la evaluación para el ingreso a las especialidades médicas, sin embargo, la asociación de médicos generales se opuso, dando pie a la autonomía de las diferentes instituciones universitarias, con la consecuente autorregulación voluble y desordenada. Posteriormente nuevamente ASCOFAME fue invitada al proceso regulatorio definiendo requisitos específicos, especificados en el Libro de Especialidades Médico Quirúrgicas.

Así mismo como menciona Quintero de manera textual: “La estructura de las residencias, o posgrados clínicos, se establece desde el que hacer y la asistencia, por lo cual, los elementos pedagógicos y didácticos tienen poca o ninguna injerencia en el proceso. Estos elementos iniciales dan origen a las tensiones entre asistencia y educación en el entrenamiento-formación de un médico en un área específica de la profesión”. Con base en esto, el proceso de educación y el currículo es una parte fundamental en todo el proceso y desarrollo de la formación no solo como médicos sino como especialistas.

Agregado a lo anterior, Quintero señala que nuestro país es el único en el mundo que cobra una matrícula a los residentes, y como era hasta hace poco, trataba a los residentes como estudiantes, y no como trabajadores que se están especializando; es por esto, que se aclara que la residencia médica en Colombia se ha transformado en una especialización, donde los médicos obtienen un ingreso y reconocimiento después de la tercera década de la vida, a pesar de tener un entrenamiento clínico, con un retorno de la inversión en educación que toma más de 15 años.

Por último, el texto Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia propone como acciones para las estrategias educativas establecer un Consejo General de Educación Médica (CGEM), un Examen Nacional de Ingreso a Residencias Médicas y de esta manera poder obtener un desarrollo profesional permanente, de forma unánime y justa.

En cuanto al impacto del ambiente educacional en la formación de los médicos, Uribe (2021) en búsqueda de determinar cómo se relacionan el ambiente educacional y el bienestar mental de los residentes de medicina en una institución educativa, a través de un estudio transversal analítico a los residentes de especialidades clínico-quirúrgicas, evaluó el ambiente educacional mediante la escala Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) y la salud mental con la escala de Warwick-Edinburgh (EBMWE) a 131 estudiantes, encontrando una relación positiva entre una mejor percepción del ambiente educacional y el bienestar mental de los residentes de especialidades clínicas-quirúrgicas con mayor bienestar mental.

Herrera (2012) buscó evaluar el ambiente educacional percibido por los residentes de un programa de formación de postgrado médico utilizando también la escala PHEEM en 2010-2011 a 35 programas de especialidad con un total 318 residentes, donde concluyó que los ambientes educativos son útiles, y mejoran la calidad de vida de los estudiantes, teniendo en cuenta la claridad en los horarios educativos, y la continua capacitación a los trabajadores de salud que trabajan como docentes e implementación de iniciativas de innovación en educación médica.

En cuanto a la salud mental en los médicos generales, aspirantes de las residencias médicas, a pesar de que no se encuentra literatura sobre los médicos en el proceso de ingreso a una especialidad médico-quirúrgica, es importante destacar, el artículo La Persona del Médico Residente y el Síndrome Desgastante Profesional (Burnout), un Modelo de Prevención en la Formación Médica (Catsicaris 2007), definiendo inicialmente el síndrome de Burnout como un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, y que altera la personalidad y autoestima del trabajador, donde Catsicaris, habla sobre como al implementar diferentes alternativas de cuidado de salud mental en los residentes de un hospital, siendo estos el blanco de estudio, por considerarse como grupo vulnerable en cuanto al desgaste profesional al cual se ven expuestos, concluyendo que a partir de abordajes a nivel organizacional, grupal e individual, es posible presentar un impacto positivo en esta población, lo cual es posible extrapolarlo a los médicos generales, que se encuentran en el continuo proceso de trabajo, estudio y preparación para el ingreso a las residencias médico-quirúrgicas.

En el artículo Risk factors associated with student distress in medical school: Associations with faculty support and availability of wellbeing resources. Langness, mediante un estudio observacional prospectivo desde 2019 al 2020 en la facultad de medicina de una universidad de

Estados Unidos, investigó sobre el estrés emocional, y como los recursos brindados por bienestar universitario influyen en su salud mental mediante una encuesta de 30 preguntas, donde se llegó a la conclusión que el apoyo de los profesores, y los recursos que brinden bienestar universitario pueden disminuir el riesgo de estrés emocional siendo factores modificables y alcanzables.

Cruzado, L. (2016). En su revisión La Salud Mental de los Estudiantes de Medicina, habla sobre como las consecuencias nocivas que se presentan durante el pregrado, encontrando problemas en salud mental como los son la depresión, el síndrome de estrés postraumático, el síndrome de Burnout, aumenta el riesgo de abuso de sustancias y de suicidio, lo cual tiene una relación a largo plazo con comportamientos negativos del médico en su labor posterior.

Sin dejar atrás, la pandemia recién vivida sobre el SARS COV-2, se destaca en la literatura su impacto en la salud mental de los médicos generales como lo menciona Monterrosa-Castro, (2021) en su trabajo Probable trastorno de ansiedad generalizada en la pandemia COVID-19: valoración en médicos generales del Caribe colombiano, donde se realizó un estudio transversal en médicos generales, mediante una encuesta voluntaria con 41 interrogantes que incluían posibles implicaciones que afectan la salud mental de los médicos, consensuados en el grupo de investigación sobre la pandemia y la salud mental aplicando la herramienta Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale [GAD-7] para identificar el riesgo de trastorno de ansiedad generalizada, donde participaron 294 médicos generales, y se evidenció síntomas como el estrés, el nerviosismo, el temor, el cansancio, depresión, concluyendo que durante la pandemia 38% de los participantes presentaron ansiedad, en una asociación de un 84% con temor a la epidemia.

En el artículo de la revista colombiana de psiquiatría Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú, Alva-Diaz 2021, se realizó una encuesta validada mediante la herramienta Patient Health Questionnaire-2, para indagar sobre los síntomas depresivos a 953 residentes, considerando significativa a una puntuación ≥ 3 , encontrándose que uno de cada siete residentes presenta síntomas depresivos, y que por cada hora laborada diariamente extra, la frecuencia de síntomas depresivos aumenta un 11%.

Por otro lado Restrepo-Martínez, (2021) con el objetivo de determinar la prevalencia y las características clínicas de los síntomas ansiosos y depresivos del personal que trabaja en una institución de salud en Medellín, Colombia durante la pandemia por COVID-19, realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, a partir de una encuesta diseñada, la cual incluyó 2 escalas para tamizar síntomas depresivos y ansiosos, además de variables sociodemográficas a 1.247 trabajadores, encontrándose que los síntomas ansiosos y depresivos son muy prevalentes entre los trabajadores, recomendando el desarrollo de programas de salud mental que aborden los problemas de esta población de manera prioritaria.

Miranda (2000) en el artículo Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle, realizó un estudio a 260 estudiantes quienes se encontraban en los primeros tres años de la carrera, mediante la prueba auto aplicada de Zung para depresión, donde se encontró una prevalencia de 36.4% para depresión, con depresión leve en un 21.9%, depresión moderada con 10.6% y 3.5% para depresión severa.

Gómez-Ospina (2022) con el objetivo de estimar la prevalencia y los factores asociados al síndrome de burnout y engagement en estudiantes de ciencias de la salud en una universidad pública, realizó un estudio de corte transversal a 314 estudiantes (220 de pregrado y 94 de posgrado) evidenciando una prevalencia de depresión del 15,3% y el 6,7% ideación suicida.

Llievanos (2022), mediante una revisión sistemática en las principales bases de datos, en un periodo de tiempo desde enero 2009 hasta marzo 2019, intentó identificar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina, basándose en el intervalo de confianza de las prevalencias de ideación suicida en cada estudio, encontrando que la presencia de este trastorno previo a la carrera en algunos casos fue de 15.7 y 35.3%, durante la carrera entre 3.7 y 11.8%, durante el último año entre 7 y 35.6% y en el último periodo de carrera de 1.6 y 43.6%, demostrando una variabilidad importante en la prevalencia, pero reconociendo el riesgo implícito presente de la depresión.

En general, lo evidenciado en la literatura expone de manera parcial y de forma global, lo que se pretende abordar en esta investigación sin profundizar en los temas propuestos en este trabajo. Por ello, es relevante seguir indagando y plantearse cómo el ejercicio de las residencias médicas en Colombia, tiene un impacto y dependencia relevante en los procesos educativos de pregrado, que afectan directamente los procesos formativos planteados en las instituciones y el

impacto en la salud mental de los profesionales, al enfrentarse en el proceso de ingreso a la residencias médicas. Además de profundizar en el impacto de la calidad de profesionales que se requieren para el modelo de salud social actual.

4.2 Marco Conceptual

En Colombia, según el Decreto 1295 del 20 de abril de 2010 del Ministerio de Educación Nacional (2010), se reglamenta el registro calificado que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior en su artículo 23. Así, las especializaciones médicas y quirúrgicas son los programas que permiten al médico la profundización en un área del conocimiento específico de la medicina y adquirir los conocimientos, competencias y destrezas avanzados para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital. (Ministerio de Educación Nacional, 2010, artículo 23). Según Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2021) hay 12.5 médicos graduados por 100.000 de habitantes, donde en las facultades de medicina, el número de plazas de formación disponibles es limitado, y en promedio la duración de tiempo para formar un médico general es de 6 a 8 años, dependiendo de la institución educativa en donde desarrolle su carrera profesional (Ministerio de Educación Nacional, 2010).

Por otro lado, el Congreso de la República por iniciativa legislativa de varias organizaciones de médicos y residentes, expidió la Ley 1917 de 2018 mediante la cual creó el Sistema Nacional de Residencias Médicas SNRM (Ministerio de Salud de Colombia, 2018). Este sistema tiene como valores el acceso equitativo a la formación en especialidades médico quirúrgicas en el país, con altos estándares de calidad técnica, humana, ética y profesional, en beneficio del mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la eficiencia en la prestación de servicios de salud y la seguridad en la atención (Ministerio de Salud Colombia, 2020), entonces queda el interrogante del ¿por qué las universidades de Bogotá limitan su currículo para acceder a una especialidad médico quirúrgica? y ¿por qué existe una baja oferta de cupos anuales?

En consecuencia de este abordaje, se puede expresar que los factores que pueden afectar un sistema de residencias médicas son: la calidad, el estado, la comunidad académica (IES) y su sistema de selección para ingreso, además de las asociaciones médicas (Minsalud 2013). Esto nos lleva a reflexionar que los programas de residencias no tienen un solo propietario. Por eso,

el sistema cuenta con varios actores que interactúan en la toma de decisiones a la hora de evaluar al aspirante que crean barreras que impiden el ingreso a residencias médicas (Minsalud 2020). Esto conlleva a que los profesionales emigren del país en busca de una especialidad médico-quirúrgica o terminen frustrados y con trastornos mentales que afecten su vida personal y laboral debido a las barreras de los programas de posgrados en las universidades de Bogotá y una poca validación del esfuerzo y dedicación del aspirante a especialidad. Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo con datos del Banco Mundial (2023) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

Según Ariel Iván Ruíz (2016), decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, la tasa de crecimiento de las especialidades es menor que la tasa de egreso de médicos generales, la cual llega a los 5.000 especialistas por año. Para Ruíz (2016), lo anterior está relacionado con la proliferación no justificada de escuelas de medicina, en comparación con el crecimiento limitado de las residencias, que solo llega a los 1.800 cupos para las diversas especialidades médicas o quirúrgicas, lo que genera una deficiencia de médicos especialistas en áreas clínicas, quirúrgicas y diagnósticas, según Matallana y cols., (Centro de Estudios para el Desarrollo, Cendex, 2013; Restrepo, 2017),

De esta manera, Matallana y cols., han señalado que los servicios de mediana y alta complejidad en algunos sectores de Colombia tienen un alto porcentaje de instituciones prestadoras de salud IPS (55,6%) con una planta de especialistas incompleta, con poca disponibilidad de especialistas, lo que se consideró como un “gran indicio de la insuficiencia de especialistas a nivel global en el país que conlleva a pensar en la necesidad de generar políticas públicas para su manejo.

Por otro lado, a partir de la reforma en salud del sistema Colombiano y durante los últimos 15 años, la cobertura de aseguramiento de la población del país se ha incrementado de una manera importante llegando al 99.6% del nivel de cobertura universal (Ministerio de Salud, 2022). El crecimiento de la población y la llegada de migrantes aumentan la demanda en atención hospitalaria en Bogotá.

Por consiguiente a lo anterior Bland y Meurer (1995) propusieron un modelo sobre los factores que influyen en la elección de una especialidad, agrupados en cinco categorías: el tipo de escuela en la que se formó el estudiante (pública o privada), las características del estudiante (demografía, personalidad), los valores del estudiante al egreso de la formación médica (preferencias personales), las necesidades a ser cumplidas durante la especialidad (ingreso, prestigio, tiempo libre) y la forma en que los estudiantes perciben la especialidad.

La residencia médica es definida como el sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines (Organización Panamericana de la Salud, 2011), es de resaltar que es reconocida como un período de riesgo para el desarrollo del profesional por factores tales como el cansancio emocional, separación emocional y deshumanización que pueden verse asociados a problemas de salud mental (Aguilera et al., 2015). Esta frustración experimentada por los aspirantes desde el inicio del proceso y muchas veces sin obtener resultados positivos, los llevan a desarrollar síntomas de depresión que afectan su vida cotidiana y familiar .

El currículo se considera como una propuesta político-educativa conformada por la síntesis de elementos culturales, es decir, de conocimientos, valores, creencias, costumbres, y hábitos; pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales con intereses diversos y contradictorios, en los cuales se describen tendencias de dominación y oponerse/resistencia a esta. Tal síntesis se presenta mediante múltiples mecanismos de negociación e imposición social. Los elementos a que se hace referencia se incorporan mediante aspectos formales-estructurales y de relaciones sociales cotidianas (De Alba, 1998).

El currículo representa uno de los fundamentos estructurales de las ciencias de la educación y tiene un papel preponderante en las prácticas educativas (Mosalanjad, Ghobadifar, & Akbarzadeh, 2015).

Ahora bien, el currículum oculto, al no estar escrito ni ser estructurado, complica la identificación de los elementos que lo componen y, por tanto, los efectos posibles en la formación que puedan estar impactados por el mismo. Este currículo oculto ha sido descrito ampliamente en programas de formación en medicina (Ortega y Pérez, 2014; Rodríguez, 2012)

Así mismo, este currículo oculto influye de forma tácita, mediante la observación, en la imitación de comportamiento, la construcción de códigos a partir del lenguaje, el cumplimiento de normas, la adopción de costumbres que llevan a que se asimile una forma de ser y la adopción de una cultura. Es decir, su influencia es variada y omnipresente. Se nutre de actividades que se repiten de forma rutinaria, se establece de manera silenciosa e imperceptible (García et al., 2016). La reiteración es quizá una de las razones de peso para que se introduzca de forma inconsciente el mensaje oculto del día a día universitario, hasta convertirse en ley o norma, en el espacio de relaciones y procesos de enseñanza-aprendizaje en educación superior.

De acuerdo con Vallance (1973) existe evidencia de que las instituciones enseñan más de lo que dicen enseñar. Es ese orden de ideas, se plantea la teoría de que existe un currículo oculto, la cual explica que, en las instituciones de formación académica, a menudo sin darse cuenta, se enseñan contenidos mediante un sistema de influencias estructurales organizativas que moldean las actitudes, los valores y la identidad de las personas en formación (Leopardi, 2002). Este currículo se describe, en el ambiente académico, en la forma de mensajes subliminales que se interiorizan de forma inconsciente para luego convertirse en normas sociales (Alarcón-Rojas, 2021).

En el área de formación médica se ha descrito ampliamente la existencia del currículo oculto, reconociéndose la interacción dinámica de este con el currículo formal en la generación de aprendizajes (Leopardi, 2002). Desde el año 2005, tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han creado políticas que garanticen la planificación y gestión de la calidad y cantidad de profesionales de la salud en los centros hospitalarios dado el aumento en la demanda de pacientes.

En cuanto a la salud mental, según la organización mundial de la salud es un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad (2022).

En cuanto a la depresión nos referimos al trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Según DSM-5 clasificación categorial de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013), la depresión se caracteriza por:

- Cinco (o más) de los síntomas siguientes, presentes durante un período de dos semanas más:
 - Estado de ánimo deprimido, triste, vacío, sin esperanza la mayor parte del día, casi todos los días, o según lo observado por parte de otras personas.
 - Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, o casi todos los días.
 - Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso mayor a 5% del peso corporal en un mes, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - Agitación o retraso psicomotor (inquietud o de enlentecimiento) casi todos los días, percibido por las personas que lo rodean comúnmente.
 - Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 - Pensamientos de muerte recurrentes como lo son ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Teniendo en cuenta lo anterior, según la definición estos síntomas del episodio depresivo deben cumplir con causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento, no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica, no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (DSM-V 2013).

De esta manera, es importante comprender que existe la clinimetría Patient Health Questionnaire PHQ-9 por sus siglas en inglés (Cassiani-Miranda 2021, Kroenke 2001), que cuenta con 9 preguntas, la cual fue creada en el contexto de consulta externa para detectar la presencia y gravedad de depresión, en relación a la definición antes mencionada sobre el episodio depresivo según el DSM-IV, teniendo en cuenta las últimas dos semanas, con preguntas sobre el nivel de interés en hacer cosas, sentirse deprimido, trastornos del sueño, niveles de energía, hábitos alimenticios, autopercepción, capacidad de concentración, velocidad de funcionamiento y pensamientos suicidas.

Según la presencia en el tiempo de estos síntomas en dos semanas, su interpretación varía y cada resultado sugiere una intervención a seguir, donde las respuestas van desde cero (ningún día), uno (varios días) dos (más de la mitad de los días) y tres (casi todos los días), teniendo en cuenta su relación con la afectación de la vida diaria (Kroenke 2001).

De esta manera, según el resultado en un rango de 0-27, cero en todas las preguntas, significa que no hay riesgo de depresión, donde no se debe realizar intervención alguna; un valor entre uno a cuatro es depresión mínima, cinco a nueve significa depresión leve, donde en estos rangos se recomienda repetir el seguimiento, y realizar la encuesta nuevamente; diez a catorce indica depresión moderada, recomendando un plan de tratamiento, considerando asesoría, seguimiento o medicación; quince a diecinueve corresponde a depresión moderadamente severa, por lo que se recomienda tratamiento con medicación y asesoría; y veinte a veintisiete denota depresión severa, donde probablemente es necesario evaluar la necesidad de valoración urgente o prioritaria por un médico especialista para hacer el asesoramiento y tratamiento correspondiente (Kroenke 2001). Esta herramienta cuenta con una sensibilidad y especificidad del 88%.

4.3 Marco normativo

Para su mayor entendimiento, es importante aclarar que la estructura actual de los posgrados surge del modelo flexneriano norteamericano, basado en disciplinas, en consecuencia a la aparición de nuevos avances tanto en el conocimiento médico, como en la organización de la asistencia médica por departamentos. De esta manera, las disciplinas profundizan en

subdisciplinas y estas, a la vez, en otras, originando las especialidades y subespecialidades, es así como, se tienen en cuenta las siguientes normativas relacionadas.

Inicialmente encontramos la Ley 14 de 1962 que habla de cómo se regula la medicina en Colombia, aún vigente, en donde en el artículo 3 párrafo 2 “Para que una universidad, facultad o escuela pueda enseñar la medicina y cirugía o cualquiera de sus especialidades o ramas, necesita la autorización previa del Gobierno Nacional, el cual la dará si llena los requisitos mínimos señalados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. De esta manera se aclara como se ha mencionado con anterioridad el modelo de educación a través del ministerio de educación sin tener en cuenta el ministerio de salud.

En la Ley 30 de 1992 que habla sobre los fundamentos de la educación superior, “prestar a la comunidad un servicio con calidad” y como uno de los elementos que define la calidad de los programas académicos. En donde se resalta fundamentalmente, la autonomía de las universidades, la cual es parte trascendental en el abordaje del currículo evaluativo para el ingreso a las residencias médicas de manera individualizada para cada institución.

Posteriormente en la Ley 100 de 1993 en el artículo 247 se establece que las especializaciones médico-quirúrgicas que ofrecen instituciones universitarias y universidades, tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría, previa reglamentación del Consejo de Educación Superior, establece dicha reglamentación y contempla la posibilidad de homologar la primera especialidad a maestrías y la segunda a doctorado, aumentando el componente de investigación en las especialidades, lo cual es de destacar y están aún vigentes, aunque muchos profesionales de la salud lo desconocen.

Con el Decreto 1665 de 2002 Por el cual se establecen los estándares de calidad de los programas de Especializaciones Médicas y Quirúrgicas en Medicina, hablan sobre los procesos de evaluación en la educación superior, dependen de la autonomía universitaria, además resaltan el valor como ente regulador al Ministerio de Educación a través del ICFES para velar por la pertinencia y continuo mantenimiento de los estándares en los programas de especializaciones.

Ley 1188 de 2008 en la cual se regula el registro de los programas de educación, trata en general sobre los diferentes programas universitarios, en los cuales están incluidos los programas médicos, no obstante no se hace énfasis en las residencias médicas, ni en los programas de salud, teniendo en cuenta las diferentes perspectivas, que incluso están reflejadas en el currículo oculto de estos programas.

En la Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", respecto al concepto de pertinencia, se estableció el pago a los residentes, situación que en ese entonces no se había reglamentado en el país.

En la Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" se establece para un adecuado derecho a la salud, que debe presentarse diferentes factores como la disponibilidad, entendida como la "existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente", como la calidad, "los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas". De esta manera, se expone la importancia de que las residencias médico-quirúrgicas deben responder a las necesidades de la población, y no ser sectorizadas, ni restringidas.

Así mismo esta ley presenta dentro del nivel de formación de especialización, las especialidades médico quirúrgicas como "los programas que permiten al médico la profundización en un área del conocimiento específico de la medicina y la adquisición de los conocimientos, desarrollo de actitudes, habilidades y destrezas avanzadas para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital, con patologías de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada. Para este nivel de formación se requieren procesos de enseñanza-aprendizaje teóricos y prácticos. Lo práctico incluye el cumplimiento del tiempo de servicio en los escenarios de prácticas asistenciales y la intervención en un número de casos adecuado para asegurar el logro de los resultados de aprendizaje buscados por el programa el estudiante deberá tener el acompañamiento y seguimiento requerido.

De conformidad con el artículo 247 de la Ley 100 de 1993, estos programas tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría”. Es así como se define con claridad la función de un médico especialista, pero como se mencionó previamente no vinculan el proceso para el ingreso a estas según las necesidades de la población, no obstante en el Parágrafo 2. “Para los programas en el área de la salud que impliquen formación en el campo asistencial, los cupos de matrícula deberán estar sujetos a la capacidad autorizada a los escenarios práctica” no obstante en contraste con el aumento de demanda requerida, no hay aumento del número de estos escenarios, o no está claramente regulado.

En el Decreto 1330 del 2019 modifica la ley 1188 de 2008 se habla sobre las estipulaciones de calidad para la oferta y desarrollo de programas académicos, y se fija el objeto y alcance de las especialidades médico quirúrgicas, en las que se estructuran los propósitos de formación con las labores de docencia, investigación y prestación de servicios de salud. Entendido como la trascendencia en la adecuada formación multidisciplinar para una idónea atención en salud.

En la Resolución 1872 de 2019, en la que se reglamenta la ley 1917 de 2018 se creó el Sistema Nacional de Residencias Médicas para la formación de los profesionales de medicina que cursan las especialidades médico-quirúrgicas, en donde se incluye el reporte al Sistema de Información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud RETHUS, y se modifica la postura del residente de estudiante a trabajador, con el reconocimiento que esto conlleva, resaltando un avance en las propuestas indicadas por la Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia en el 2017.

La Resolución 1052 de 2020 por la cual se modifica la Resolución 1872 de 2019, y se aclaran los derechos del residente, y los vacíos definitorios de la resolución inicial, aportando más valor al residente como trabajador con todos los beneficios y responsabilidades que esto pretende.

A través de estas normativas, es posible evidenciar la evolución de la educación médica en Colombia, y demuestra cómo se brinda una perspectiva más amplia al médico en el proceso de especialización, cambiando el rol de estudiante a trabajador, no obstante, en ningún momento se tiene en cuenta la salud mental ni se aclara el proceso para el ingreso a las residencias médicas, se continúa con el modelo flexneriano norteamericano, sin contemplar y extrapolar nuestras necesidades como país, y a pesar de como lo indicó Quintero, (2017) en comparación con los otros países de Latinoamérica, no se considera la exigencia de reevaluar la formación

médica no solo a disposición del Ministerio de Educación, sino incorporando al Ministerio de Salud, a los Hospitales, clínicas y centros médicos como centros de desarrollo participativo y educacional, y un nuevo modelo actualizado de currículo evaluativo como lo es un examen único nacional, que brinde las mismas oportunidades a todos los médicos y regiones del país de manera homogénea, y que mejore la calidad de la salud mental de los aspirantes a las residencias médico-quirúrgicas y descentralice la atención especializada.

5. Metodología

5.1 Tipo de investigación

Esta investigación fue de tipo mixto, utilizando una metodología de tipo cualitativo-cuantitativa, donde se analizó y recopiló información. El enfoque cualitativo se realizó mediante una entrevista a instituciones educativas una privada y una pública de la ciudad de Bogotá, y el cuantitativo se realizó basados en el test de salud mental PHQ-9, el cual es un test validado a nivel nacional e internacional (Cassiani-Miranda 2021, Kroenke 2001), de uso libre para evaluar el riesgo de depresión.

Tomando como base las técnicas de muestreo y estadísticas como por ejemplo encuestas con el fin de analizar y conocer la población de estudio, a los que están expuestos a la hora de iniciar el proceso para residencias médico quirúrgicas. Adicionalmente se tuvo en cuenta las dos entrevistas semiestructuradas realizadas a dos centros educativos universitarios, una pública y una privada.

5.2 La población de estudio

Para la realización de esta trabajo, se tomó la selección de una muestra de participantes por conveniencia, con un total de 101 personas de manera aleatorizada, dentro de los cuales se encuentra un centro de educación continua, instituciones prestadoras de salud público-privadas de la ciudad de Bogotá, de los cuales el 58.2% corresponden a población femenina, y el 41.8% corresponden a población masculina, dentro de los rangos de edades, entre los 22 años hasta los 54 años de edad, con una predominancia en las edades de los 27 a los 33 años, que fueron aspirantes a residencias médicas quirúrgicas.

5.3 Instrumentos

Los instrumentos aplicados para esta investigación, corresponden a una entrevista semiestructurada, la cual cuenta con diez preguntas, categorizadas en modelos evaluativos, perfil de aspirantes y pruebas psicotécnicas, concernientes a los procesos de admisión y su relación a los fenómenos de salud mental (Ver Anexo 1). Por otra parte, se aplicó el test de salud mental PHQ-9, validado a nivel nacional e internacional (Cassiani-Miranda 2021, Kroenke 2001), de uso libre para evaluar el riesgo de depresión mediante 9 preguntas que cumplen con los criterios de diagnóstico de depresión (Ver Anexo 2), transcritas para mayor facilidad de participación a través de una encuesta de Google Forms (Ver Anexo 3). El cual fue presentado a un especialista en psiquiatría externa que dio el aval y sus recomendaciones

para su aplicación en esta investigación. Esta entrevista estaba diseñada con 9 preguntas las cuales fueron enfocadas en la salud mental de los aspirantes y que son fundamentales para el diagnóstico de depresión.

Después de la realización y la aplicación de los instrumentos se construyó una matriz de análisis (Ver anexo 4), para mayor comprensión de los resultados, y posteriormente se realizó el análisis de los resultados mediante triangulación, teniendo en cuenta el marco teórico, la encuesta validada PHQ-9 sobre depresión y las entrevistas a los programas médico-quirúrgicos que finalizaron el proceso (Ver anexo 5)

5.5 Criterios de inclusión y exclusión

Cabe resaltar, que pese a que se realizó un muestreo aleatorio y por conveniencia para la aplicación de los instrumentos descritos previamente, se tuvieron en cuenta algunos criterios de inclusión y de exclusión, debido a la necesidad de enfatizar y lograr reconocer las características de representación y percepción requeridas para el procesos de triangulación de la información. Por ello, se presentaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión :

- Médicos generales aspirantes a residencias médicas quirúrgicas
- Universidades de Bogotá con programas para residencias médico quirúrgicas, una pública y una privada.

Criterios de exclusión:

- Excluimos de los 101 participantes tres participantes que no cumplían los criterios de selección dado que no eran personal médico.

6. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la propuesta de trabajo previamente establecida, desde una perspectiva cuantitativa a partir de la presentación de los resultados del test PHQ-9 aplicado a 101 personas, donde se excluyeron a 3 participantes que no cumplían con los criterios inclusión, se evidencia una serie de comportamientos y de acciones que resaltan las categorías obtenidas dentro de las entrevistas semiestructuradas realizadas a dos instituciones educativas en salud (pública y privada) (fase cualitativa), permitiendo así un panorama general de los resultados en asociación a los objetivos planteados previamente.

6.1 Fase cuantitativa : Test de salud mental

Aplicado a 101 participantes, donde se excluyeron a 3 participantes que no cumplían los criterios de selección, de los cuales el 58.2% corresponden a población femenina, y el 41.8% corresponden a población masculina, dentro de los rangos de edad se observó una población entre los 22 años hasta los 54 años de edad, con una edad mediana de 33.1 años (ver gráfico 1 y tabla 1); además se indagó sobre el tiempo de egreso del pregrado donde el 45.9 % corresponde a más de 5 años, y sobre el tiempo que se encuentran realizando el proceso para ingreso a las especialidades médico-quirúrgicas que fue de un 41.9% (ver gráficos 1 y 2). Las especialidades médico quirúrgicas a las cuales los aspirantes realizan su proceso son medicina interna, dermatología, medicina de urgencias y cirugía general (ver tabla 2).

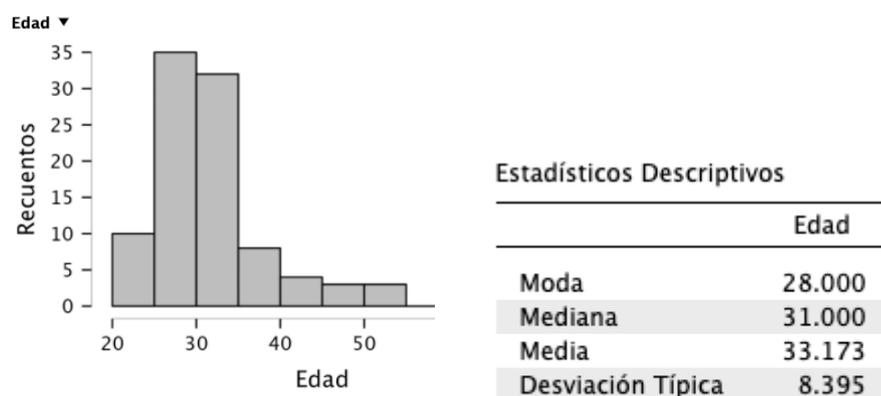


Gráfico 1 y tabla 1: elaboración propia

¿Hace cuánto tiempo egresó del pregrado?

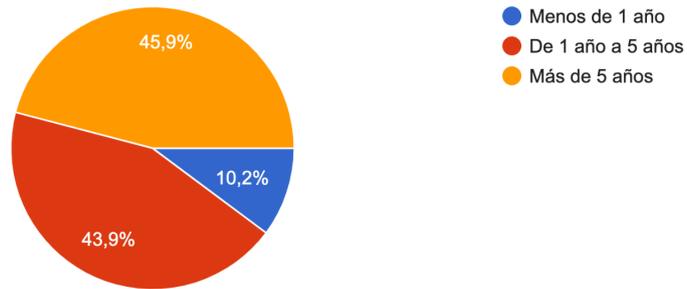


Gráfico 2: elaboración propia

¿Cuanto tiempo lleva presentándose a una especialidad médico quirúrgica?

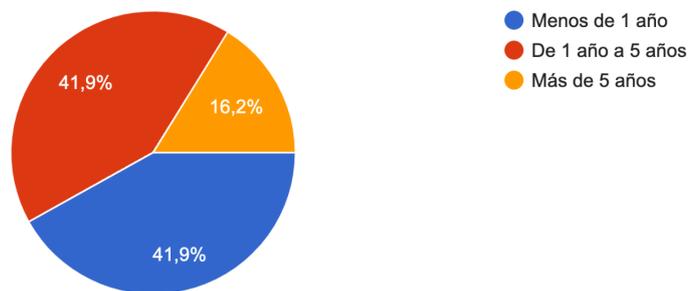


Gráfico 3: elaboración propia

Especialidad medico quirurgica a la cual aspira?	Frecuencia	Porcentaje
Cirugia Cardiovascular	1	1.020
Medicina Interna	13	13.265
Medicina de urgencias	10	10.204
Neurocirugia	1	1.020
No estoy segur@	10	10.204
Ortopedia	5	5.102
Terapias alternativas	1	1.020
Anestesiologia	2	2.041
Cirugia General	7	7.143
Cirugia pediatrica	2	2.041
Cirugia plastica	5	5.102
Cuidado critico	3	3.061
Dermatologia	12	12.245
Farmacologia	1	1.020
Fisiatria	2	2.041
Medicina estetica	1	1.020
Otorrinolaringologia	4	4.082
Pediatria	3	3.061
Psiquiatria	1	1.020
Radiologia	3	3.061
Toxicologia	1	1.020
Urologia	6	6.122
Ginecologia	3	3.061
Neurologia	1	1.020

Tabla 2: elaboración propia

En cuanto al cuestionario PHQ-9, este cuenta con los síntomas que se abordan para el diagnóstico de depresión como lo son preguntas sobre el interés o placer en realizar las actividades, sensación explícita de depresión, alteraciones en el sueño, así como percepción de poca energía, y cansancio además de preguntas sobre el apetito, el autoestima, la concentración no solo en procesos que requieran un mayor esfuerzo sino aquellos que hacen parte de la vida cotidiana, el enlentecimiento o inquietud y la ideación de muerte, los cuales hacen parte de los criterios para el diagnóstico de una persona con depresión, entendiendo el nivel de riesgo de depresión con una puntuación de 0 para nunca, 1 para varios días, 2 para más de la mitad de los días y 3 para casi todos los días con un puntaje de 0 a 27, entendido de la siguiente manera (tabla 3):

PUNTUACIÓN PHQ-9	
ESCALA	RESULTADO
0	No tiene riesgo
1-4	Depresión mínima
5-9	Depresión leve
10-14	Depresión moderada
15-19	Depresión moderadamente severa
20-27	Depresión severa

Tabla 3: elaboración propia

A continuación se mostrará el análisis de cada una de las preguntas con las que cuenta el cuestionario:

1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas

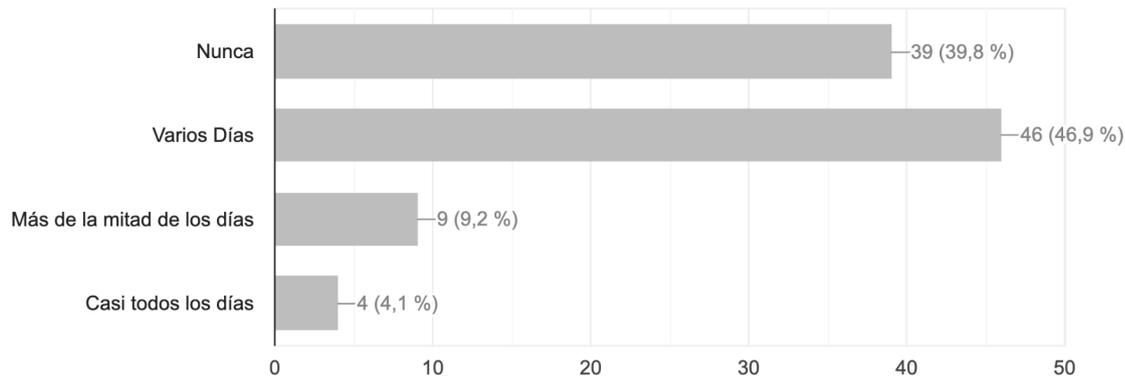


Gráfico 4: elaboración propia

Esta pregunta hace referencia a la anhedonia, donde se evidencia que el 46% corresponde a la población que en los últimos 14 días ha .presentado una falta de interés en realizar todas esas las actividades de la vida diaria que enriquecen al vivir del humano, donde más del 50% (60.2%) de nuestra población lo presenta recientemente.

2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza

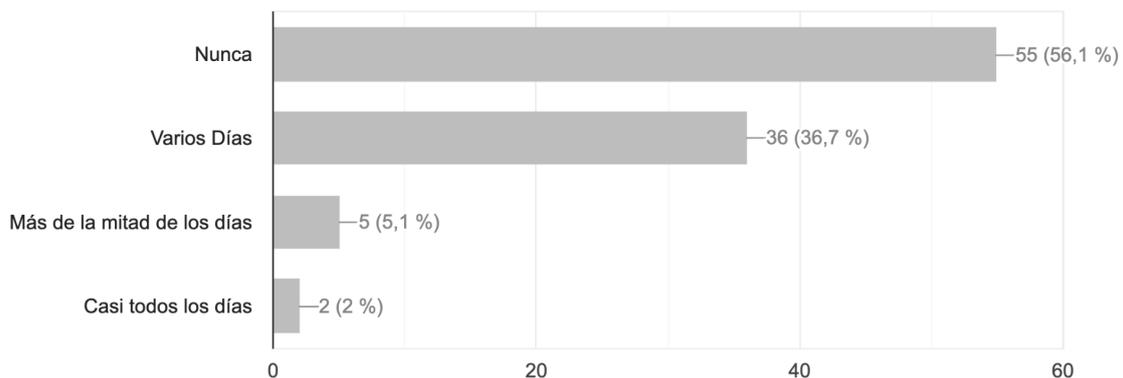


Gráfico 5: elaboración propia

En este interrogante observamos como se ve claramente expuesto el término depresión, donde en su mayoría con un 43.8 % ha presentado esta sensación recientemente, y demuestra una perspectiva de riesgo significativa de depresión en un 36 % de los casos para su presentación por varios días.

3. Ha tenido dificultades para quedarse dormido, mantener el sueño o duerme demasiado?

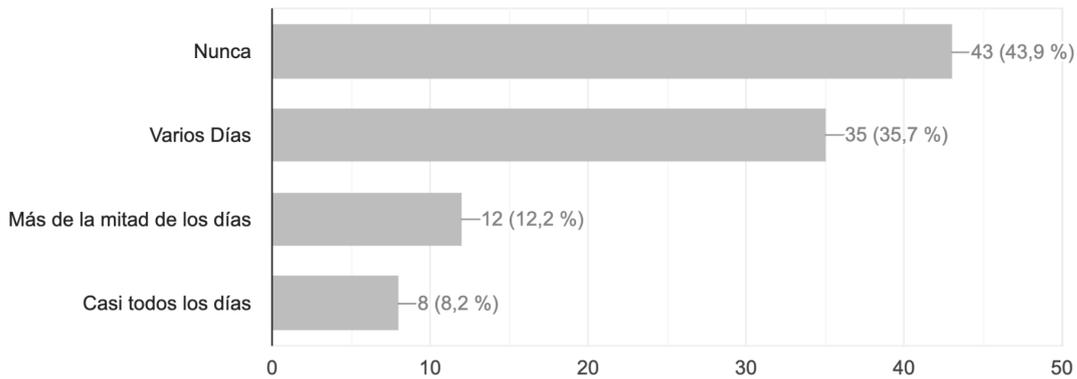


Gráfico 6: elaboración propia

Los trastornos del sueño son otros de los criterios que hacen parte del diagnóstico de la depresión, es así como en nuestra población evidenciamos que un 56.1% ha tenido recientemente alteraciones en el patrón del sueño donde se enmarca no solo el insomnio sino también la somnolencia, evidenciando un riesgo para depresión leve con un 35%.

4. Sentirse cansado/a o tener poca energía

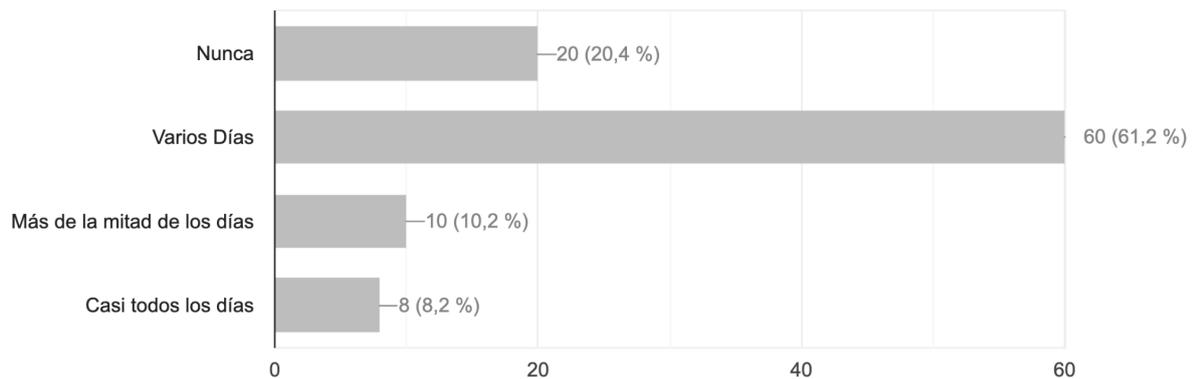


Gráfico 7: elaboración propia

En este caso, la pregunta va encaminada a la percepción sobre la energía que se tiene, donde en un 79.6 % de los aspirantes presenta una sensación de fatiga o agotamiento, lo cual demuestra una representación amplia en nuestra población, con un 60% correspondiente al

parámetro para riesgo leve de depresión.

5. Tener poco apetito o comer en exceso

8 de 98 respuestas correctas

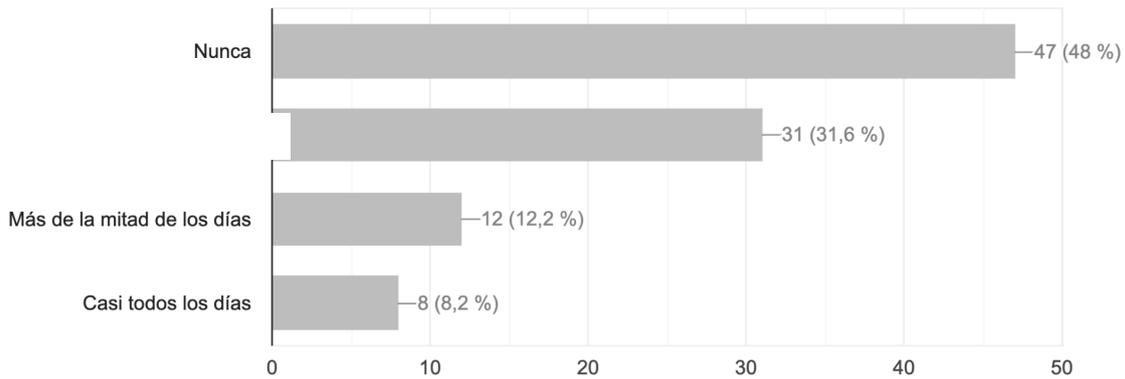


Gráfico 8: elaboración propia

Esta pregunta se encuentra direccionada a la pérdida de peso o el aumento de peso por más del 5% del peso corporal en un mes, como a la disminución o el aumento del apetito casi todos los días, que refleja una de los criterios que enmarcan a la depresión, donde evidenciamos que el 52% de los aspirantes a residencias médico quirúrgicas de nuestra población presentan un trastorno en el peso, siendo más significativo la variable “varios días” con un 31% que evidencia un riesgo de depresión leve.

6. Ha sentido falta de amor propio, o que es un fracaso o una decepción para si mism@ o a su familia

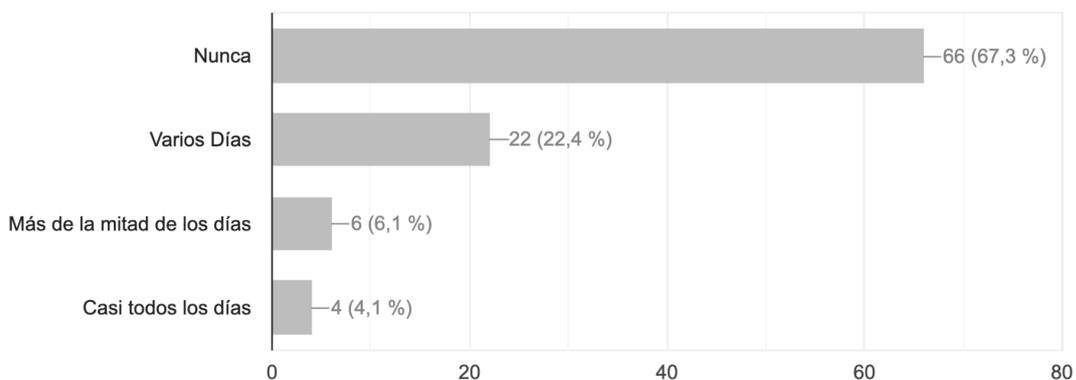


Gráfico 9: elaboración propia

En este caso, observamos que este cuestionamiento se ve reflejado en la autopercepción negativa, con sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, que reflejan un autoestima bajo, en donde el 32.6% presentan esta alteración, siendo más significativo un 22% con presencia de varios días de esta sensación

7. Ha tenido problemas en concentrarse en actividades de la vida cotidiana, en su trabajo o en su estudio?

:

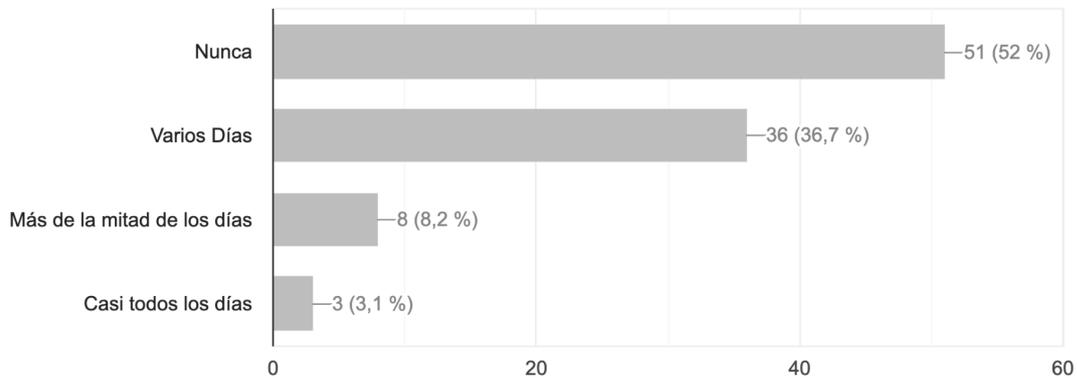


Gráfico 10: elaboración propia

La concentración es un ítem importante en los trastornos depresivos, pues afectan el rendimiento académico, personal y laboral directamente, donde se evidencia en nuestra población una alteración en un 48%, siendo el 38,7% con “varios días” el más significativo.

8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta o de la contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado

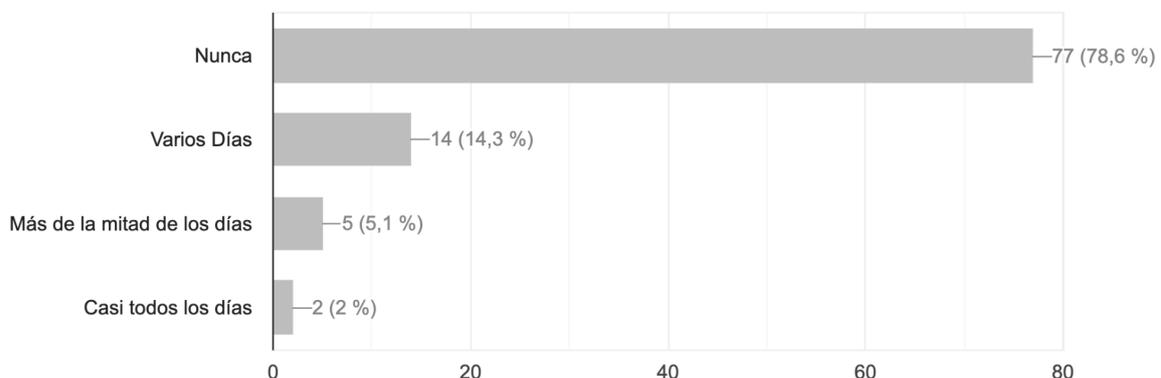
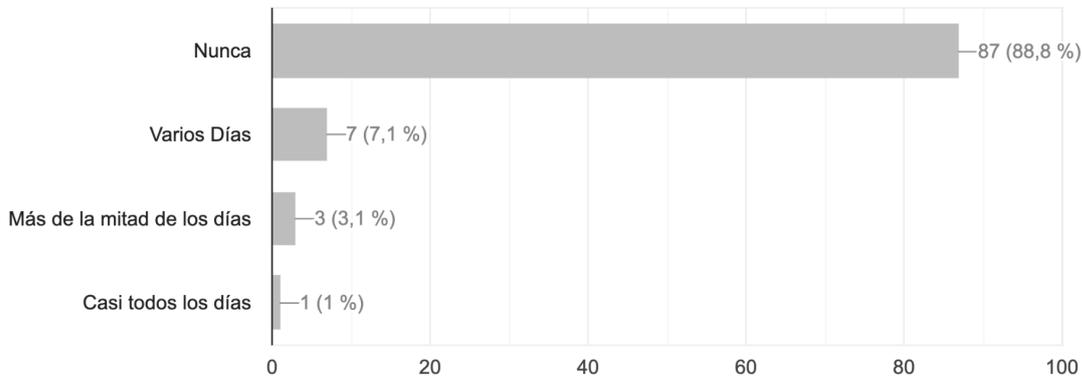


Gráfico 11: elaboración propia

El entumecimiento o la inquietud hacen parte del t3pico que pone en evidencia a la depresi3n, sin embargo es dif3cil su autopercepci3n ya que con dificultad no se es consciente de ello, por lo que ocasionalmente es m3s evidente por las personas externas, en este caso observamos que un 21,4% de los encuestados presenta este trastorno, resultado que por lo previamente mencionado podr3a estar sesgado.

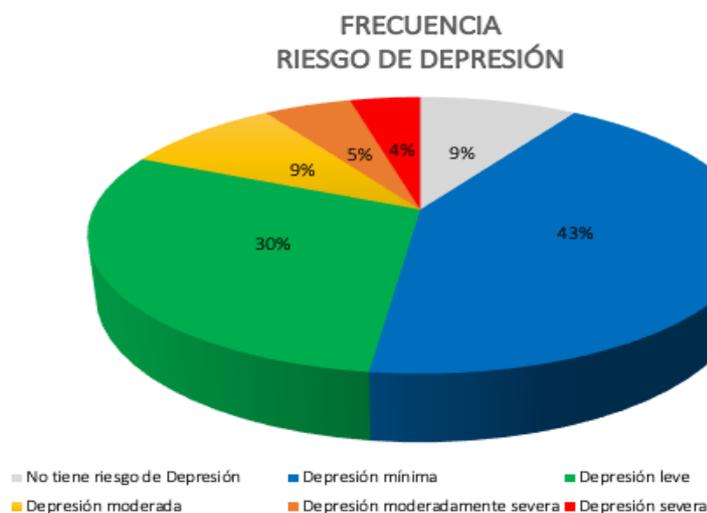
9. Ha tenido pensamientos de quererse morir o suicidarse, se har3a da3o?

1



Gr3fico 12: elaboraci3n propia

Esta es una de las preguntas m3s importantes que se deben abordar, al momento de evaluar si una persona con sospecha de depresi3n requiere una atenci3n urgente; siendo as3, nos demuestra en relaci3n con las dem3s preguntas, que solo un 11,2% de los encuestados presentan este riesgo, sin embargo, se recomienda que toda persona con una ideaci3n suicida sea estructurada o no, como se observa en nuestra poblaci3n de muestra, debe ser abordada (Llievanos 2022) .



Gr3fico 13: elaboraci3n propia

Con respecto a el gráfico 13, se realizó una denominación por colores según el puntaje dados por los resultados al finalizar el cuestionario para resaltar su nivel de riesgo, encontrándose que solo el 9% de nuestra población no tiene riesgo de presentar un trastorno depresivo, además se evidenció un puntaje significativo de depresión mínima y leve siendo un 43% y 30% respectivamente, así mismo se muestra que un 13% de los encuestados presenta un trastorno depresivo moderadamente severo a severo, donde el sexo femenino es el más implicado en presentar depresión, sin distinción de severidad en cuanto a sexo como se ve en la tabla 4.

Frecuencias para Riesgo de Depresion ▼

Sexo	Riesgo de Depresion	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Depresión leve	19	33.333
	Depresión mínima	26	45.614
	Depresión moderada	5	8.772
	Depresión moderadamente severa	5	8.772
	Depresión severa	2	3.509
	No tiene riesgo de Depresión	0	0.000
Masculino	Depresión leve	10	24.390
	Depresión mínima	16	39.024
	Depresión moderada	4	9.756
	Depresión moderadamente severa	0	0.000
	Depresión severa	2	4.878
	No tiene riesgo de Depresión	9	21.951

Tabla 4: elaboración propia

Según los anteriores resultados, se evidenció que el síntoma más prevalente es la fatiga con 79.6% de población afectada, siendo en mujeres, seguido de la anhedonia con un 60.2% en la población general, los trastornos del sueño con 56.1%, la alteración en el apetito 52%. Por otro lado la ideación suicida ocupa el último puesto con presentación de solo un 11.2%, este síntoma fue más prevalente en el sexo femenino.

6.2 Fase cualitativa: Resultados entrevista a instituciones educativas

Los siguientes son los resultados cualitativos analizados según lo encontrado en la matriz de análisis de las entrevistas realizadas a las instituciones educativas.

Modelo de evaluación

Uno de los factores de riesgo de depresión en los aspirantes, se evidencia en el modelo de evaluación con referencia a las exigencias académicas que debe tener en cuenta para presentarse a una residencia universitaria como: publicaciones académicas, asistencia a congresos o cursos

extracurriculares. Por consiguiente las características curriculares para la evaluación están centralizadas en un alto desempeño académico que se debe adquirir en corto tiempo después de la culminación del pregrado.

Es paradójico visualizar que dentro de las estadísticas de ingreso a las residencias médicas 60% ingresan directamente a una especialidad médica en Colombia (ASCOFAME), no se evidencia un rigor a esta alta exigencia académica que sí puede tener un impacto en la salud mental en el aspirante, dado que dentro de su imaginario siempre está en una constante competitividad académica.

Metodología de evaluación y prueba psicotécnica

Otro factor de riesgo para la depresión es el uso de la metodología de evaluación como lo es los exámenes de preguntas de selección múltiple que según Ocaña (2022) dan una perspectiva parcial de los temas puntuales que el docente considera relevantes en el aprendizaje, como también no manifiestan de manera significativa los objetivos de aprendizaje generales de un proceso académico completo. Así mismo como se evidencia en la entrevista, las universidades complementan este proceso con una serie de entrevistas que dentro del punto de vista común, llevan al aspirante a enfrentarse a situaciones de frustración, estrés, y de incumplimiento en el desempeño académico:

E2: “ Las pruebas psicotécnicas son realizadas por parte de psicología, esta prueba lo que mide realmente es la tolerancia a la frustración...”

Esta perspectiva parcial, evidencia la limitación de la selección de los aspirantes, a una simple metodología evaluativa cuantitativa, que no da razón de las habilidades ni las capacidades de los individuos, que siguen sujetos a la presión y al rigor de una evaluación de respuesta múltiple, que genera mayores síntomas de ansiedad y temor frente a su pérdida. Hoy en día, es de resaltar que los avances en los procesos de formación y en los procesos curriculares, la metodología, es una parte importante la cual no solo debe buscar un resultado cuantitativo y/o cualitativo, sino, un resultado integral que permita identificar de manera asertiva las capacidades y limitaciones frente al conocimiento que tiene un individuo.

Además, se hace evidente la divergencia frente a un factor que no tiene una correlación directa con la depresión pero, que sí tiene un enlace con el ejercicio curricular dado que, como lo mencionan los entrevistados se convierte en un elemento necesario de evaluación y propuesta del perfil del aspirante. Cabe resaltar, que como describe E2, la prueba psicotécnica ha sido minimizada a evaluar elementos de frustración:

E2: “ Las pruebas psicotécnicas son realizadas por parte de psicología, esta prueba lo que mide realmente es la tolerancia a la frustración...”

Es importante resaltar, que este proceso pese a ser un elemento importante del currículo evaluativo para el paso a las residencias médicas, no se hace homogéneo ni obligatoria en todas las instituciones como menciona E1:

E1: “La verdad son pocas universidades que hacen pruebas psicotécnicas, no todas las utilizan y por qué se quiere realizar el test de salud mental del aspirante, mi universidad no la hace.”

Dando a entender, que podría ser un elemento importante en el análisis y en la construcción de posibles estrategias que mejoren las capacidades y los elementos de evaluación que minimicen el impacto dentro de los estados de depresión y ansiedad que generan este proceso.

Perfil de aspirante ideal

Finalmente otro de los posibles factores asociados a la depresión se centraliza, en ese perfil de aspirante ideal, que proyectan las instituciones a partir de sus objetivos de aprendizaje, a su nivel de tolerancia reiterativo a la frustración, a la incomodidad laboral, a las jerarquías institucionalizadas y a la réplica de modelos de vida dentro de las especialidades médicas (Machuca 2023) y que como mencionan E1 y E2, ese aspirante debe cumplir a cabalidad todas las características propias del currículo visible y/o oculto que se menciona en las especialidades médicas.

Por ello, otro elemento a resaltar en las entrevistas es como se construye un proceso que podría denominarse como frustración incógnita, en el momento en el que el aspirante se siente insuficiente frente a ese modelo de aspirante ideal, dado a no ser seleccionado exclusivamente

por su desempeño en la herramienta evaluativa de selección, que como lo describen los entrevistados es el elemento homogéneo que se utiliza en las instituciones.

Esto implica, que el currículo aplicado para los modelos evaluativos en los aspirantes podría ser un modelo insuficiente, dado que su seguimiento y su objetivo se centraliza exclusivamente en una selección aleatoria de unos conocimientos puntuales, más no una evaluación integral y asertiva a la realidad de los individuos a lo que aspiran estudiar, teniendo una repercusión en los estados de la salud mental en todos los aspirantes.

7. Discusión

7.1 Modelo de evaluación e injerencia en salud mental

Es claro que los trabajadores de salud son la población con más riesgo de trastornos depresivos, sin embargo, llama la atención que aunque la evidencia es franca, no hay intervención ante esto. Si bien, en el modelo tradicional de evaluación para los médicos está basado en un modelo flexneriano, donde se busca imponer frustración, estrés, justificado en generar tolerancia a la vía laboral, o como réplica del modelo de enseñanza que se vivió previamente.

No obstante, es trascendental que se dilucide este currículo oculto que afecta en todas las ramas al desarrollo del médico como profesional, y que en el momento iniciar el proceso hacia la búsqueda de la especialidad soñada, deja sin herramientas de sostenibilidad mental, pues se pone en descubierto reiteradamente con los múltiples exámenes para al fin cumplir esa meta personal, que muchas veces se anhela como parte de un cambio en el modelo de vida que vive el médico general en Colombia, como si estuviera intentando ganar la lotería y no como beneficio hacia el camino de una carrera ardua, de sacrificios, responsabilidades y logros a la dedicación.

Es acá donde el aspirante accede a múltiples cursos con diferentes instituciones para lograr resolver exámenes poco homogéneos, basados en el modelo de evaluación tradicional, el cual se focaliza en lo establecido por el docente, con asignación de notas cuantitativas, centrándose en los errores y no en los logros, como los son los exámenes con preguntas de selección múltiple con única o múltiples respuestas, de diferentes temas que a veces ni siquiera se tocaron durante la vida académica de pregrado, pero que son requisito como el primer paso para ser el aspirante ideal. Como se evidencia en la entrevista E1:

E1: “selección múltiple el número de preguntas y la dirección de ese número de preguntas es independiente de cada universidad...”

De esta manera, se distorsiona la definición de evaluación pues se canaliza en la calificación, como modelo pedagógico caduco y obsoleto ya antes criticado por Holt (1982), en donde muchas veces durante el proceso se desconoce el resultado final de este primer paso, aparentemente porque es desgastante para las instituciones aclararlo, solo con la posibilidad de conocerlo mediante un correo electrónico, a pesar que en algunas universidades se realiza mediante un modelo de calificación virtual que puede poner en evidencia el resultado tan solo un clic como si se tratara de un valor numérico con misticismo mismo.

Con nuestro estudio, es claro que el modelo evaluativo para el ingreso a las especialidades médicas, si tiene un impacto directo en la salud mental de los aspirantes, teniendo en cuenta que la concentración y la fatiga son los signos más fuertemente implicados en la depresión según los datos aportados, con el PHQ-9, y que son trascendentales a la hora de responder un examen, además solo el 9% de los aspirantes en este estudio, no presenta signos de depresión, lo cual podría ser representativo para la población general, por lo que se pone en evidencia la importancia de reconsiderar la herramienta de evaluación con la que se realice la selección de los aspirantes, y el valor de tomar medidas en todo el ciclo de formación de un médico, en pro de una mente saludable y tranquila para el bienestar común.

7.2 Metodología de evaluación y prueba psicotécnica: una herramienta ajena a la realidad de la educación actual y a la salud mental del aspirante

Ahora bien, cuando el aspirante al fin aprobó el primer filtro, que es este complicado examen, llega el momento en su gran mayoría de realizar una entrevista donde como se menciona en nuestro estudio, se busca en algunos casos entrar en un momento de frustración para evidenciar la tolerancia al estrés, nuevamente distorsionando el estándar de educación constructiva que hacen parte las recomendaciones de los nuevos modelos de educación.

Es así como los resultados de la prueba psicotécnica, solo se tiene en cuenta para la elección del aspirante, y no posteriormente en la formación de profesional de salud, implementándose

como un filtro de selección, y no como una herramienta con lo que se podría mejorar la experiencia educacional, además de evitar replicación de modelos que reproduzcan el ciclo que atenta contra el bienestar emocional, y como menciona Bolaños (2022) las habilidades blandas también llamadas socioemocionales y mecanismos adaptativos, son necesarios en el campo personal y profesional de un médico que inicia un programa de postgrado, pues de esta manera la calidad académica puede ser medida por promedios académicos de forma objetividad, imparcial y la transparente.

Demostrando que las herramientas de selección como la entrevista y las pruebas psicotécnicas se orientan a evaluar el nivel de resistencia y de frustración más no a la valoración integral del aspirante, o como un logro por llegar hasta este punto, del cual pocos cuentan con la experiencia, ya que el número de plazas para su ingreso son contadas por semestre o por año, destacando a los programas de medicina familiar, medicina interna, ginecología, pediatría y cirugía general, que acogen a un número mayor de aspirantes.

7.3 Búsqueda adecuada de un aspirante adecuado.

En términos generales, se crea esta tendencia imaginaria a la formación de un profesional en medicina hacia un aspirante ideal, en este sentido, se reflejan estas pautas como requisitos que se suelen tener en cuenta, dando un valor agregado partiendo de los antecedentes de publicaciones en revistas indexadas, certificaciones de asistencia a congresos, certificación en una segunda lengua, para demostrar la afinidad por el programa al cual se desea ingresar. Siendo esto un agregado diferencial, que en ocasiones queda en el aire, pues muchos aspirantes recién graduados ingresan con facilidad sin tener estas características, ocasionando un ambiente de frustración/exigencia, y en otras situaciones aspirantes con estas características no son dados a conocer porque no aprueban el primer filtro.

Es así como la falta de estandarización, crea diferentes necesidades para lograr el objetivo deseado en las instituciones de educación superior (IES), un ejemplo de esto lo toca Jaraba en su artículo El Examen de Admisión en la Universidad Nacional; los Azarosos Orígenes de un Irrevocable Presente (2011) pues plantea el momento en el que se impartió la psicometría, dentro del proceso de admisión a la Universidad Nacional de Colombia, donde se hace evidente que no sólo se pretendía obtener los mejores resultados académicos posibles de los aspirantes, sino que promovió intereses externos como mantener la aristocracia del talento humano para su

institución.

Además, un aspirante ideal es descartado si tiene las “señales de advertencia” según Hagelsteen, como la indecisión, la timidez, la falta de autoconciencia, falta de comunicación adecuada, la falta de empatía con los pacientes y el personal, falta de seguimiento las demandas de trabajo, el exceso de seguridad, la resistencia a la crítica, la falta de cumplimiento de sus obligaciones, la falta de desarrollo en sus competencias técnicas y las habilidades cognitivas insuficientes (Hagelsteen 2019, Bolaños 2022) los cuales se buscan mediante la psicometría y la entrevista.

De esta forma, se busca que el individuo cuente con una inteligencia emocional, para asumir los posibles obstáculos que se presentarán en el momento del proceso de formación especializada, no obstante según el artículo “Is National Resident Matching Program rank predictive of resident performance or post-graduation achievement? 10 years at one emergency medicine residency” al hacer una relación entre lo que se identificó en el escenario del proceso de admisión con respecto al desempeño académico en la residencia, se evidencio que factores como el desempeño académico y el liderazgo no son determinantes durante y después de la residencia (2019) probablemente relacionado, con que muchos de los aspirantes buscan asesoría profesional para aprobar efectivamente el proceso de admisión.

De esta manera es posible concluir que la política y el proceso de admisión se encuentran asincrónicas dado que dependen exclusivamente del perfil que propone la institución educativa y no de las necesidades del país, además de que el manejo de la información y de los resultados se convierten en uno de los factores de mayor predisposición a un trastorno depresivo (no retroalimentación, hermetismo resultados) por el ocultismo que lo envuelve en su gran mayoría.

8. Conclusiones

En general, esta investigación permite evidenciar una serie de retos y de metas que se deben edificar desde la construcción curricular y del entendimiento, de que los procesos académicos, evaluativos no son ajenos a los diferentes factores tanto profesionales, formativos y personales que comprenden las esferas de los individuos quienes enfrentan día a día a un modelo de selección que no da respuesta total a las características y a las necesidades de los aspirantes a las diferentes especialidades en Colombia. Por ello, se plantean una serie de conclusiones que profundizan el resultado y los análisis expuestos en este trabajo.

En primera medida, el test PHQ-9 se convirtió en una herramienta efectiva para evidenciar que en los aspirantes a las residencias médicas, presentan alteraciones significativas en los procesos de salud mental y que infieren en una manera directa, en el proceso que desarrolla cada uno de manera individual, pero que se hace tangible en más del 80% de todos los aspirantes, así mismo los factores de riesgo para la depresión en aspirantes a residencias médicas pueden incluir una variedad de factores relacionados con el entorno de trabajo y el estilo de vida, como el estrés, la falta de sueño, la sobrecarga de trabajo, la alta competencia laboral, la presión académica y la falta de apoyo social y emocional, como se planteó en este estudio.

Además, es claro que el tipo de intervenciones que se realizan durante la fase de evaluación psicotécnica y entrevista, en búsqueda del aspirante ideal, no se retroalimenta y por el contrario los resultados de estas pruebas son utilizados para dilucidar el comportamiento del aspirante, a través de situaciones de frustración/exigencia y estrés, que pueden impactar en la salud mental y el bienestar emocional de los aspirantes, con consecuencias muchas veces desconocidas, por la falta de seguimiento.

Es claro que los trabajadores de salud son la población con más riesgo de trastornos depresivos dado el medio de trabajo donde laboran (Beltrán, 2020), sin embargo, llama la atención que aunque la evidencia es franca, no hay intervención ante esto y no se tiene en cuenta para el desarrollo y mejoramiento de los procesos evaluativos en las especialidades médico-quirúrgicas.

También, la entrevista demostró que sí podría existir riesgos de depresión en los aspirantes ya que el 46% de la población en los últimos 14 días ha presentado falta de interés en realizar

todas sus actividades de la vida diaria, donde más del 50% (60.2%) de nuestra población lo presenta recientemente, síntoma denominado como anhedonia, sin mencionar que el síntoma más prevalente que presentó la población estudio es la fatiga con 79.6% , siendo en mujeres, los trastornos del sueño con 56.1%, la alteración en el apetito 52%, síntomas que hacen parte del trastorno depresivo.

En conclusión esta investigación se convierte es una herramienta propositiva, necesaria, para los requerimientos en el avance y transición de los modelos educativos, de los profesionales de salud en Colombia, teniendo en cuenta, que esta responsabilidad no solo parte de los actores institucionales, sino que parte de todos los docentes, dado que se tiene la responsabilidad de seguir construyendo un camino de integralidad que hoy en día los retos en educación solicita. Así mismo es importante que los aspirantes a residencias médicas en Colombia comprendan los síntomas de depresión y busquen ayuda si los experimentan.

Es fundamental que previo a acceder a este proceso de selección y a una residencia médica se tome el tiempo para cuidar su salud mental tomando medidas para reducir el estrés, cómo hacer ejercicio, dormir lo suficiente y buscar apoyo, con lo cual se puede evitar trastornos estos trastornos y mejora su bienestar general.

9. Recomendaciones

Los factores de riesgo, los programas de residencia médica y su modelo de selección inicial pueden implementar currículos evaluativos y no calificativos adecuados, que podrían llegar a mejorar la calidad del proceso de selección y por consiguiente generar una representación una concepción de confianza en los aspirantes, y así mismo, lograr la selección de perfiles idóneos y adecuados para mejorar los procesos educativos en las especialidades médico-quirúrgicas. Con ello, se plantean las siguientes recomendaciones y herramientas para ampliar y nutrir los procesos investigativos referentes a este tema:

- **Modelo de evaluación:** se recomienda estandarizar y homogeneizar el modelo de evaluación con un único examen a nivel nacional ya sea semestral o anual, con un valor asequible, en el cual se tenga en cuenta las áreas que sean determinantes según el perfil profesional para la especialidad deseada y de esta manera poder obtener un desarrollo profesional permanente, de forma unánime y justa que brinde las mismas oportunidades a todos los médicos y regiones del país de manera homogénea, y que mejore la calidad de la salud mental de los aspirantes a las residencias médico-quirúrgicas y descentralice

la atención especializada. Además, es necesario la realización de una realimentación sobre el proceso evaluativo, que permita al aspirante adquirir progresivamente las capacidades y competencias para resolver estos cuestionarios.

- Integración del sistema de salud en el modelo de evaluación: Se recomienda tener en cuenta no solo a las instituciones de educación superior, sino al Ministerio de Salud, a los Hospitales, clínicas y centros médicos como centros de desarrollo participativo y educacional, según las necesidades que el país requiere, donde se puede determinar según sea el área territorial, el número de vacantes para cada especialidad, teniendo en cuenta la demanda y la capacidad instalada.
- Entrevista humanizada: sin bien no sucede en todas las instituciones, llevar a la frustración al entrevistado, sesga los resultados reales de la adecuada selección, por lo cual se debe realizar de manera constructiva, según los principios institucionales, y no con fines extremistas, en pro de una evaluación constructiva, pues muchas veces sus consecuencias se desconocen pues no se lleva un seguimiento posterior de estos aspirantes.
- Evaluación del bienestar: los programas de residencia médica pueden implementar medidas de evaluación del bienestar para identificar a los residentes que están en riesgo de sufrir depresión. Estas evaluaciones pueden incluir cuestionarios y entrevistas diseñados para evaluar la salud mental y el bienestar emocional, donde se pueden tener en cuenta las pruebas psicotécnicas iniciales que se realizan en el proceso de selección, otra herramienta útil es la utilización del PHQ-9 en contexto de una consulta para identificar factores de riesgo, asociaciones, e indagar información clínica adicional sobre antecedentes de importancia como fármacos, antecedentes familiares, y diagnóstico y sospecha previa de depresión u otros trastornos de salud orgánica o mental.
- Evaluación de la calidad de vida: los programas de residencia médica pueden implementar medidas para evaluar la calidad de vida de los aspirantes aceptados, como la cantidad de horas de sueño, el tiempo libre y las actividades de ocio, de esta manera es posible implementar actividades no solo académicas sino recreativas que vayan en pro de la salud mental.
- Evaluación de la carga de trabajo: los programas de residencia médica pueden evaluar la carga de trabajo de los aspirantes aceptados y tomar medidas para reducirla si es necesario, en concordancia donde se cumpla con las horas máximas establecidas según la ley para los trabajadores.

- Evaluación de la satisfacción laboral: los programas de residencia médica pueden evaluar la satisfacción laboral de los residentes y tomar medidas para mejorarla, como proporcionar oportunidades de desarrollo profesional y apoyo emocional y social.
- Evaluación de las habilidades de afrontamiento: los programas pueden evaluar las habilidades de afrontamiento de los aspirantes aceptados y ofrecer entrenamiento en técnicas de afrontamiento efectivas.
- Evaluación de la cultura de trabajo: los programas pueden evaluar la cultura de trabajo en el programa y tomar medidas para fomentar una cultura de apoyo, colaboración y bienestar emocional.

Referencias

1. Quintero, G. A. (2017). Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia
2. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. OECD (2022), Medical graduates (indicator). doi: 10.1787/ac5bd5d3-en (Accessed on 13 October 2022)
3. Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., ... & Llanes-Amaya, E. R. (2021). Validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adult primary care users in Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 11-21.
4. García-Torres, M., Aguilar-Castro, J., & García-Méndez, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología (Internet)*, 14(2), 96-106.
5. Monterrosa-Castro, Á., Buelvas-de-la-Rosa, C., & Ordosgoitia-Parra, E. (2021). Probable trastorno de ansiedad generalizada en la pandemia COVID-19: valoración en médicos generales del Caribe colombiano. *Duazary*, 18(1), 7-19.

6. Mosalanejad, L., Ghobadifar, M. A., & Akbarzadeh, A. (2015). Untold aspects of hidden curriculum from teachers' experiences: A qualitative study. *Journal of Research in Medical Education & Ethics*, 5(2), 106-114.
7. Villalón López, F. J., Moreno Cerda, M. I., González Venegas, W., Soto Amaro, A. A., & Arancibia Campos, J. V. (2022). Presencia de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina durante la pandemia de COVID-19. *Revista médica de Chile*, 150(8), 1018-1025.
8. Beltrán, J. F., Calderón, C. R., & Beltrán, A. J. (2017). Factores asociados a depresión en residentes de especialidades médico-quirúrgicas en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 1-8.
9. Beltrán, J. F., Moya, J. L., & Beltrán, A. J. (2020). Prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en médicos egresados de una universidad colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 146-152.
10. Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic medicine*, 81(4), 354-373.
11. Hamaideh, S. H. (2011). Stressors and reactions to stressors among university students. *International journal of social psychiatry*, 57(1), 69-80.
12. Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K., ... & Tate, J. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic medicine*, 84(2), 236-241.
13. Sánchez, A., Gómez, L., & Zuluaga, P. (2020). Factores asociados a síntomas de ansiedad y depresión en médicos egresados de la Universidad de Antioquia, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(1), 75-82.
14. Mosalanejad, L., Ghobadifar, M. A., & Akbarzadeh, A. (2015). Untold aspects of hidden curriculum from teachers' experiences: A qualitative study. *Journal of Research in Medical Education & Ethics*, 5(2), 106-114.

15. Corredor, L. J., & Rueda, G. (2019). Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en médicos de un hospital universitario en Colombia. *Investigación en Salud*, 21(1), 31-40.
16. Stewart, J., O'Halloran, C., Barton, J. R., Singleton, S. J., Harrigan, P., & Spencer, J. (2000). Clarifying the concepts of confidence and competence to produce appropriate self-evaluation measurement scales. *Medical education*, 34(11), 903-909.
17. Holt, J. C., & Linares, A. (1977). *El fracaso de la escuela*. Alianza Editorial.
18. OCAÑA, A. O. (2022). *Pedagogía, currículo y didáctica después de la pandemia: ¿Cómo formar, enseñar y evaluar en el siglo XXI?*. Ediciones de la U.
19. MinSalud (2022) ESTUDIO DE DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, EN SERVICIOS DE ALTA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN COLOMBIA <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>
20. DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2022). <https://www.dane.gov.co/index.php/terminos-de-uso>.
21. ASCOFAME. Competencias y Definiciones en Especialidades Médicas, memorias del consejo de especialidades médicas, Bogotá octubre de 2009. Página 20. 2010.
22. Cendex, Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Universidad Javeriana. 2013. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>
23. Residencias médicas en Latina, A. (2011). Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Diciembre de 2011, Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/es/residencias-medicas-en-america-latina-serie-nro-5-la-renovacion-de-la-atencion-primaria-de-salud-en>
24. ICFES. Especialidades médico-quirúrgicas en medicina. (2002). Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior..
25. Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Nfer Nelson.

26. Herrera, C. A., Olivos, T., Román, J. A., Larraín, A., Pizarro, M., Solís, N., ... & Riquelme, A. (2012). Evaluación del ambiente educacional en programas de especialización médica. *Revista médica de Chile*, 140(12), 1554-1561.
27. Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., & Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(3), 236-240.
28. Langness, S., Rajapuram, N., Marshall, M., Rahman, A. S., & Sammann, A. (2022). Risk factors associated with student distress in medical school: Associations with faculty support and availability of wellbeing resources. *PloS one*, 17(4), e0265869. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265869>
29. Cruzado, L. (2016). La salud mental de los estudiantes de medicina. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 73-75.
30. Alva-Díaz, C., Nieto-Gutiérrez, W., Taype-Rondán, A., Timaná-Ruiz, R., Herrera-Añazco, P., Jumpa-Armas, D., ... & de Residentado Médico, C. N. (2021). Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 22-28.
31. Uribe, M. A. P., González, V. V., Morales, C. O., Cataño, C., Vásquez, E. M., & Restrepo, D. (2021). Ambiente educacional y bienestar mental de los residentes de posgrados médicos y quirúrgicos en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
32. Restrepo-Martínez, M., Escobar, M., Marín, L. A., & Restrepo, D. (2021). Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
33. Gómez-Ospina, J. C., & García-Perdomo, H. A. (2022). Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout y engagement en estudiantes de ciencias de la salud en una universidad pública (2019). *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

34. MIRANDA BASTIDAS, C. A., GUTIERREZ SEGURA, J. C., BERNAL BUITRAGO, F. E. R. N. E. Y., & ESCOBAR, C. A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. *Revista colombiana de psiquiatría*, 29(3), 251-260.
35. Llievanos-Ruiz, F. J., Betanzos, F. G., de la Torre, A. E. H., & Sánchez-Loyo, L. M. (2022). Prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina: Una revisión sistemática.: Ideación suicida en estudiantes de medicina. *Uaricha, Revista de Psicología*, 19, 1-13.
36. Arias-Castillo, L. (2019). Reflexión sobre la educación médica en Colombia. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 22(3), 97-102.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. POLÍTICA NACIONAL DE TALENTO HUMANO EN SALUD. 2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS- /TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
38. ASCOFAME. Estándares de Calidad para la Creación formación y Funcionamiento de Programas de Especialidades Médicas en la Educación Superior (2018), <https://ascofame.org.co/web/quienes-somos/publicaciones/#1469644986129-5fee5d27-de6b>
39. Ministerio de Educación Nacional, el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (ICFES) y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), “LIBRO ROJO”, sobre las especializaciones médicas y quirúrgicas, que hace referencia al área de mayor complejidad en relación con la cantidad de programas y denominaciones
40. Rodríguez de Castro, F. (2012). Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educación Médica*, 15(1), 13–22. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. García Jiménez, M. A., Restrepo Escobar, L., & Vélez Adarve, N. (2015). Naturalización del currículo oculto en los ambientes de aprendizaje. Universidad de Antioquia, Medellín. Retrieved from https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/23164/1/GarciaMaria_2016_NaturalizacionCurriculoAmbientes.pdf

42. Alarcón-Rojas, A. N. (2021). Enfoque de Género en la Formación Inicial de Docentes de Educación Preescolar. Pontificia Universidad Católica del Perú. Retrieved from <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/18536>
43. Restrepo Uribe, J. L. (2004). El currículo oculto no debería ser oculto. Retrieved from <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UP.140553>
44. Rodríguez de Castro, F. (2012). Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educación Médica*, 15(1), 13–22. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Ley 30 de 1992 “Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior” Revisado el 2022. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_col_ley_30_sp.pdf
46. Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” Revisado en 2022. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=60733>
47. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). (2021). Anuario estadístico de educación médica en Colombia 2020. Recuperado de <https://ascofame.org.co/wp-content/uploads/2021/03/ANUARIO-ESTADISTICO-EDUCACION-MEDICA-EN-COLOMBIA-2020.pdf>
48. Hernández-Rincón, E. Y., & Ortiz-Moncada, R. (2021). Formación médica en Colombia: situación actual y desafíos en el marco de la pandemia por COVID-19. *Revista de la Facultad de Medicina*, 69(1), 85-92.
49. Rincón, A., Ospina, J. A., & Arango, C. M. (2019). Tendencias y características de la formación médica especializada en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 34(4), 315-322.
50. Machuca Hernández, C. S. (2023). Formación médica, más allá de los currículos académicos institucionales. Una mirada a las prácticas y sentidos de la vida profesional que reproducen los estudiantes en los espacios de formación.
51. Bolaños Macías, J. M. (2022). Variables asociadas a los factores de éxito para el ingreso a especializaciones médico-quirúrgicas en una Universidad privada en Bogotá.

52. Jaraba Barrios, B. (2011). El examen de admisión a la Universidad Nacional: los azarosos orígenes de un irrevocable presente. *Historik. Revista virtual de investigación en historia, arte y humanidades.*, 2(3), 1-9.
53. Wall, J., Votey, S. R., Solomon, T., & Schriger, D. L. (2019). Is National Resident Matching Program rank predictive of resident performance or post-graduation achievement? 10 years at one emergency medicine residency. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(4), 641.
54. Hagelsteen, K., Johansson, B. M., Bergenfelz, A., & Mathieu, C. (2019). Identification of warning signs during selection of surgical trainees. *Journal of surgical education*, 76(3), 684-693.
55. Aguilera, M., Ajpop, F., Aqueche, G., Bámaca, E., Bolaños, D., Estrada, H. et al. (2015). Niveles de Ansiedad de Médicos Residente. *Rev Guatem Cir*, 21. 22-28. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/revistas/revcir/2015/21/1/04.pdf>
56. Alarcon-Rojas, A. (2021). Enfoque de Género en la Formación Inicial de Docentes de Educación Preescolar. Pontificia Universidad Católica de Perú. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/18536/ALARCON_R_OJAS_ALLISON_NICOLE%20%281%29%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed
57. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth edition.
58. Bland, C, Meurer, L. (1995). Déterminants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad. Med.*, 70. 620-41.
59. Centro de Estudios para el Desarrollo - Cendex. (2013). Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia . Pontificia Universidad Javeriana. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf>
60. García Jiménez, M., Restrepo Escobar, L. y Vélez Adarve, N. (2016). Naturalización del currículo oculto en los ambientes de aprendizaje. Universidad de Antioquia <https://hdl.handle.net/10495/23164>

61. Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K., y Tate, J. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic medicine*, 84(2), 236-241.
62. Grupo Banco Mundial. (2023). Médicos (por cada 1.000 personas). https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS?name_desc=false.
Leopardi, M. (2002). *Metodología da Pesquisa na Saúde*. 2 edición.
63. Ministerio de Educación Nacional Colombia. (2010). Decreto 1295 del 20 de abril de 2010. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1261393>
64. Ministerio de Salud Colombia. (2018). Ley 1917 de 2018 Julio 12. <https://www.suinjuriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30035417>
65. Ministerio de Salud Colombia. (2020). MANUAL OPERATIVO DEL SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS: CONTRATO ESPECIAL PARA LA PRÁCTICA FORMATIVA. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/manualoperativo-sistema-nal-residencias-medicadas-vf.pdf>
66. Ministerio de Salud Colombia. (2022). Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6%. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-alaseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>
67. Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
68. Organización Panamericana de la Salud. (2011). Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Residencias médicas en América Latina. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6317:2012-residencias-medicadas-america-latina&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
69. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2021). Panorama de la Salud 2021 INDICADORES DE LA OCDE. <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-laSalud-2021-OCDE.pdf>
70. Ortega, J., Fasce, E. y Pérez, C. (2014). Evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*, 142(11). 452-457. DOI:10.4067/S0034-98872014001100013

71. Restrepo, A. y Ortiz, L. (2017). Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030. Observatorio de Talento Humano en Salud [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas -md-oths.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf)
72. Rodríguez, F. (2012). Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educ. Méd*, 15(1). 13-22. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000100006
73. Ruiz, A. (2016). Sobre la enseñanza en las Facultades de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 64(1). 83-86. DOI:10.15446/revfacmed.v64n1.55119
74. Sánchez, A., Gómez, L., y Zuluaga, P. (2020). Factores asociados a síntomas de ansiedad y depresión en médicos egresados de la Universidad de Antioquia, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(1), 75-82.
75. Vallance, E. (1973). Hiding the Hidden Curriculum: An Interpretation of the Language of Justification in Nineteenth-Century Educational Reform. *Curriculum Theory Network*, 4(1). 5-21. <https://doi.org/10.2307/1179123>

Anexos

Anexo 1. (ENTREVISTA A UNIVERSIDADES)

ESPECIALIZACIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA SEGUNDO SEMESTRE

Proceso Para El Ingreso A Las Especialidades Médico-Quirúrgicas, Un Enfoque Hacia La Depresión En Los Aspirantes Desde Una Mirada Curricular.

ENTREVISTA ADMISIÓN UNIVERSIDADES

1. ¿Describa cómo es el proceso de inscripción?
2. ¿Por qué solicitan los documentos requeridos en los exámenes de admisión?
3. ¿Cómo se evalúan a los aspirantes? ¿Bajo qué modelo académico se hace esa evaluación?
4. ¿Por qué realizan pruebas psicotécnicas y cómo las realizan?
5. ¿Cómo se realiza la selección de los aspirantes que pasan a la entrevista?
6. ¿Qué elementos buscan en la entrevista?
7. ¿En cuánto tiempo se dan los resultados y por qué?
8. ¿Cómo dan a conocer los resultados a los seleccionados? ¿por qué?
9. ¿Cuál es el proceso con los aspirantes no seleccionados? ¿por qué?
10. ¿Cuáles son las razones por las que no se dan a conocer las notas de los exámenes?

Anexo 2. (PHQ-9).

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

Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
#Total Score:

Si marcó **cualquiera** de los problemas, ¿qué tanta **dificultad** le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Anexo 3. (Encuesta Google Forms)

Test Salud Mental

Mediante esta encuesta, desde la especialidad de docencia universitaria de la Universidad del Bosque, estamos realizando un estudio sobre la salud mental en el personal médico egresado, aspirante a especialidades médico quirúrgicas.
Si usted hace parte de este grupo, y acepta la realización de esta encuesta con fines investigativos, por favor resuélvala.
Por favor intente ser lo más sincero posible, gracias.

Correo *

Correo válido

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

Sexo *

Femenino

Masculino

Edad *

Texto de respuesta corta

Especialidad médico quirúrgica a la cual aspira? *

Texto de respuesta corta

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

Descripción (opcional)

1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas *

Nunca

Varios Días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza *

Nunca

Varios Días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

3. Ha tenido dificultades para quedarse dormido, mantener el sueño o duerme demasiado? *

Nunca

Anexo 4. (Matriz análisis-entrevistas)

Objetivos	E1	E2
<p>Determinar si hay factores de riesgo de depresión, en el proceso de ingreso a los diferentes tipos de programas de admisión a especialidades médico-quirúrgicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● “sino como emocional, social porque quiere realizar ese programa” ● “publicaciones en revistas indexadas, certificado de asistencia a congresos ya sea como participante o como expositor...” ● “selección múltiple el número de preguntas y 	<ul style="list-style-type: none"> ● “estudios realizados hasta el momento, publicaciones y experiencia laboral para verificar si esta es afin con la especialidad a la cual el aspirante se está presentando” ● “ Las pruebas psicotécnicas son realizadas por parte de psicología, esta prueba lo que mide realmente es la tolerancia a la frustración...”

	<p>la dirección de ese número de preguntas es independiente de cada universidad...”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “pero no se revisa pregunta por pregunta eso quitaría mucho tiempo a la universidad.” ● “Si el aspirante no fue seleccionado debe volver a presentarse en otra convocatoria, no continua el proceso de admisión.” 	<ul style="list-style-type: none"> ● “Esta entrevista consiste en llevar al aspirante al máximo estrés para verificar si este tiene una adecuada tolerancia al estrés o la frustración” ● “ el aspirante tenga algún trastorno mental que pueda interferir con el desempeño...” ● “cumpla con el perfil de la carrera a la cual aspira, tolerancia al estrés o frustración , que cumpla órdenes , trabajo en equipo...” ● “pero si usted como aspirante necesita saber su nota manda un correo y la universidad manda dichos resultados...”
--	--	---

Anexo 5. Matriz triangulación información

Objetivos	E1	E2	BD PHQ-9
<p>Evaluar si hay riesgo de depresión en los aspirantes de las especialidades médico-quirúrgica, a</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● “La verdad son pocas universidades que hacen pruebas psicotécnicas, no todas las utilizan y por qué se quiere realizar el 	<ul style="list-style-type: none"> ● “Esta entrevista consiste en llevar al aspirante al máximo estrés para verificar si este tiene una adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> ● Un 13% de los encuestados presenta un trastorno depresivo moderadamente severo a severo.

<p>través de una encuesta validada.</p>	<p>test de salud mental del aspirante, mi universidad no lo hace.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “se inscriben los aspirantes cada universidad pacta el costo del examen y programa el examen de admisión” 	<p>tolerancia al estrés o la frustración”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “ el aspirante tenga algún trastorno mental que pueda interferir con el desempeño...” ● “cumpla con el perfil de la carrera a la cual aspira, tolerancia al estrés o frustración , que cumpla órdenes , trabajo en equipo...” 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desanimado, deprimido, sin esperanza 43.8 % ● 32.6% sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada. ● El síntoma que más predominancia se ve alterado es la fatiga donde 79.6 de la población. ● Por otro lado la ideación suicida ocupa el último puesto con presentación de solo un 11.2%, este síntoma fue más prevalente en el sexo femenino.
<p>Determinar si hay factores de riesgo de depresión, en el proceso de ingreso a los diferentes tipos de programas de admisión a especialidades médico-quirúrgicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● “sino como emocional, social porque quiere realizar ese programa” ● Se solicita estos documentos en la inscripción: “publicaciones en revistas indexadas, 	<ul style="list-style-type: none"> ● “estudios realizados hasta el momento, publicaciones y experiencia laboral para verificar si esta es afín con la especialidad a la cual el 	<ul style="list-style-type: none"> ● La concentración es un ítem importante en los trastornos depresivos, pues afectan el rendimiento académico, personal y laboral directamente, donde se evidencia en nuestra población

	<p>certificado de asistencia a congresos ya sea como participante o como expositor...”</p>	<p>aspirante se está presentando”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “ Las pruebas psicotécnicas son realizadas por parte de psicología, esta prueba lo que mide realmente es la tolerancia a la frustración...” 	<p>una alteración en un 48%,.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fatiga 79.6 % de los aspirantes ● Anhedonia (60.2%) de nuestra población lo presenta recientemente.
<p>Aportar recomendaciones a los diferentes programas de admisión de las especialidades médico-quirúrgica, en sus procesos académicos de admisión para evitar el riesgo de depresión e impactar en la salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● “selección múltiple el número de preguntas y la dirección de ese número de preguntas es independiente de cada universidad...” ● “pero no se revisa pregunta por pregunta eso quitaría mucho tiempo a la universidad. ” ● “Si el aspirante no fue seleccionado 	<ul style="list-style-type: none"> ● “pero si usted como aspirante necesita saber su nota manda un correo y la universidad manda dichos resultados...” 	<ul style="list-style-type: none"> ● Solo el 9% de nuestra población no tiene riesgo de presentar un trastorno depresivo. ● El 58.1% se encuentra realizando el proceso desde hace menos de 5 años.” ● El 52% de los aspirantes a residencias médico quirúrgicas de nuestra población presentan un trastorno en el peso. ● La anhedonia con un 60.2% en la población general.

	<p>debe volver a presentarse en otra convocatoria, no continua el proceso de admisión.”</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos del sueño con 56.1%, la alteración en el apetito 52%.
--	---	--	--