



Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Niveles de Depresión y Afrontamiento Espiritual de Médicos Generales en
Funciones Hospitalarias del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga
en la ciudad de Cuenca, Ecuador en el período 2022 - 2023**

Trabajo de titulación previo a la obtención
de título de Psicóloga Clínica

Autor:

Jenny Paulina Castillo Bustamante

Tutor:

Jhessenia Natalia Galarza Parra

ORCID:  0000-0002-2831-3231

Cuenca, Ecuador

2024-05-27

Resumen

La depresión es concebida como un padecimiento psicoemocional que causa perturbación cognitiva, emocional y conductual, caracterizada por ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios biológicos, cognitivos y somáticos. Durante los últimos tres años, diversos estudios sustentan un incremento de depresión en el personal de salud tras la pandemia COVID-19. Por tal motivo, esta investigación tuvo como objetivo general describir los niveles de depresión y estrategias de afrontamiento espiritual de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el período 2022-2023. Tuvo enfoque cuantitativo, tipo de diseño no experimental, transversal y fue de alcance descriptivo. Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de depresión de Beck y Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual. Los resultados de una muestra de 71 participantes indicaron niveles de depresión de leve a severo con predominio de nivel moderado. En relación a las estrategias de afrontamiento religioso tuvieron una baja frecuencia de uso, y las estrategias no religiosas, una alta frecuencia. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre la tendencia a usar o no estrategias de afrontamiento religioso y no religioso con la tendencia a presentar o no depresión. Es decir, los médicos que tuvieron un mayor uso de estrategias de afrontamiento espiritual religioso, tuvieron menores niveles de depresión, mientras los médicos que tuvieron mayor uso de estrategias de afrontamiento espiritual no religioso tuvieron mayores niveles de depresión.

Palabras Clave del autor: depresión, personal de salud, estrategias, espiritualidad, religión



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Depression is conceived as a psych emotional condition that causes cognitive, emotional and behavioral disturbance, characterized by a sad, empty or irritable mood, accompanied by biological, cognitive and somatic changes. During the last three years, several studies support an increase in depression in health personnel after the COVID-19 pandemic. For this reason, the general objective of this research was to describe the levels of depression and spiritual coping strategies of General Physicians in Hospital Functions at the José Carrasco Arteaga Specialty Hospital during the period 2022-2023. It had a quantitative approach, a non-experimental, transversal design type and was descriptive in scope. The instruments applied were: Beck Depression Inventory and Spiritual Coping Strategies Scale. The results of a sample of 71 doctors indicated levels of depression from mild to severe with a predominance of moderate level. In relation to the use of religious coping strategies and the most frequently used non-religious coping strategies, religious coping strategies had a low frequency of use, and non-religious strategies had a high frequency. There was a statistically significant association between the tendency to use or not use religious and non-religious coping strategies with the tendency to present depression or not. That is, doctors who had greater use of religious spiritual coping strategies had lower levels of depression, while doctors who had greater use of non-religious spiritual coping strategies had higher levels of depression.

Author keywords: depression, health personnel, strategies, spirituality, religion



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTOS.....	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	13
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL.....	15
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL Y DEPRESIÓN.....	17
PROCESO METODOLÓGICO	20
CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	20
POBLACIÓN Y MUESTRA	20
INSTRUMENTOS.....	21
<i>Ficha Sociodemográfica</i>	<i>21</i>
<i>Inventario de Depresión de Beck.....</i>	<i>21</i>
<i>Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual.....</i>	<i>21</i>
PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	22
<i>Confiabilidad de los Instrumentos.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabulación y Análisis</i>	<i>23</i>
<i>Consideraciones Éticas</i>	<i>23</i>
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	24
NIVELES DE DEPRESIÓN DE MÉDICOS GENERALES EN FUNCIONES HOSPITALARIAS	24
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL RELIGIOSO	25
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL NO RELIGIOSO.....	27
NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS	41

Índice de figuras

Figura 1. <i>Frecuencia De Uso De Estrategias De Afrontamiento Espiritual Religioso</i>	
<i>N=71</i>	27
Figura 2. <i>Frecuencia De Uso De Estrategias De Afrontamiento Espiritual No Religioso</i>	
<i>N=71</i>	29

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Características sociodemográficas de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias N=71</i>	21
Tabla 2. <i>Niveles De Depresión de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias N=71</i>	25
Tabla 3. <i>Estrategias De Afrontamiento Espiritual Religioso N=71</i>	26
Tabla 4. <i>Estrategias De Afrontamiento Espiritual No Religioso N=71</i>	28
Tabla 5. <i>Presencia De Depresión Y Tendencia A Usar EAR</i>	30
Tabla 6. <i>Presencia De Depresión Y Tendencia A Usar EANR</i>	31

Dedicatoria

Al Rey de reyes y Señor de señores, “Yeshua” ¡Jesucristo Rey!

Y a todos sus ángeles que cruzaron por mi camino,

Entre ellos, mi madre Aida Patricia Bustamante...

Y quien me acompaña hasta hoy...

Porque el amor es eterno

Agradecimientos

Abba Padre “**Jehová Rafa, Jehová Makkadesh, Jehová Shalom**”
por la fortaleza, perseverancia, estrategia, confianza e incondicionalidad que libró junto a mí
en la batalla por la conquista de mi título en Psicología Clínica

A María Angélica Blanco Muñoz, que hizo posible el proceso de apostillado de mi título de
Bachiller en la República de Venezuela

A mis colegas, y médicos de otras especialidades que contribuyeron en el conocimiento de
este vital campo en salud mental tanto en Venezuela como Ecuador

A mis tíos César, Gustavo y Patricio Castillo, mis fieles compañeros y colaboradores
A la familia Otero López por el financiamiento de este trabajo

A mis hermanos en la fe, en Estados Unidos y Canadá,
Robert Brown, Ava Conley y Frank Yépez
por su fiel colaboración con la beca para mis estudios

A mis amigos cercanos y lejanos, así como a mis hermanos en la fe
que intercedieron en oración por mí

A los docentes que me inspiraron y apoyaron con conocimiento de la práctica clínica
en las aulas de la universidad y fuera de ellas
de todos y cada uno, llevo una piedra preciosa

A la Dra. Isis Pernas y Mgt. Jhessenia Galarza
quienes colaboraron con los toques finales de esta investigación

Fundamentación Teórica

La depresión es un constructo que tiene sus orígenes desde el siglo XX, en este sentido, Ellis (1976) determinó las bases biológicas de la depresión y señaló que tiene su origen en las irrationalidades del pensamiento, emoción o conducta que ocasionan consecuencias adversas al organismo. Estas irrationalidades pueden ocurrir y persistir entre individuos muy inteligentes, educados o relativamente perturbados. Se señalan como irrationalidades a pensamientos de sobregeneralización, pensamiento mágico, culpa, ideas preconcebidas, o hedonismo. También, a las conductas de auto destrucción y/o auto sabotaje que se manifiestan en posiciones religiosas exageradas, adicciones o locus de control interno y externo. Esta serie de irrationalidades cuyos orígenes son *fisiológicos, hereditarios y constitucionales*, se suscitan en los diversos pueblos y culturas, con resistencia a cambiarlas en su inconsciente colectivo. Aunque en un principio las personas se oponen, al momento de la práctica, pareciese que las perpetúan.

Beck (1963), halló aportes interesantes sobre el contenido y tipología del pensamiento depresivo. En un estudio de 50 personas donde 31 no eran pacientes de depresión, evidenció una característica distintiva manifestada en un error sistemático que originaba un sesgo cognitivo contra ellos mismos. Es decir, las cogniciones depresivas se desvían del pensamiento lógico y son una distorsión de la realidad. Esto conlleva a que en pacientes psicóticos sea generalizada la presencia de pensamientos depresivos, y, en los neuróticos, en menor grado. El contenido del pensamiento depresivo es baja autoestima, autoevaluación severa, autocríticas y culpa, auto-órdenes y deberes abrumadores, ideas de privación, enfoque en el problema y preceptos, deseo de escapar de la realidad e ideación suicida. Con base en aquello, se genera la maximización y/o minimización de las cogniciones depresivas como interpretación arbitraria, abstracción selectiva y sobregeneralización (Beck, 1963).

La Teoría Emotiva Racional de Ellis (1987) sostiene que si bien la teoría de Beck et al. (1979) explica el motivo, por el cual la gente se siente triste y/o afligida ante pérdidas reales y frustraciones, no explica por qué se sienten deprimidos. Explica que el pensamiento de tipo absolutista, dogmático o de grandeza es el centro del pensamiento depresivo. El autor menciona que son sentimientos *apropiados* las emociones y conductas comunes como tristeza, conflicto, arrepentimiento, frustración o disgusto cuando los individuos experimentamos una privación o pérdida significativa. Al parecer, la Teoría Emotiva Racional de Ellis, tiene sus limitaciones porque es un modelo rígido al momento de evaluar rasgos importantes de los individuos y podría hacerse inferencias arbitrarias con respecto a la forma en cómo se perciben los pacientes a sí mismos (Ellis, 1987).

De acuerdo al modelo cognitivo de Beck (2008), la depresión es un padecimiento mental, que combina factores genéticos y ambientales con experiencias de eventos vitales, desde la

primera infancia y que predispone a cierta parte de la población a padecerla. Las características esenciales son: generación de pensamientos negativos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales en relación al self, el medio y el futuro. La depresión conlleva a los pacientes a rumiar recuerdos del pasado, casi siempre de pérdida, fracaso, rechazo y abandono, acompañado de cierto grado de hostilidad hacia sí mismo, proclive al sufrimiento, y que genera actitudes o creencias disfuncionales, y, al procesar la información del medio con sesgos negativos, presentes en los síntomas de la depresión.

Beck (2008) hace referencia a las dimensiones *biológicas*, *cognitivas* y *conductuales* implicadas en la depresión. La **dimensión biológica**, resalta la importancia de la interacción potencial de factores genéticos y neuroquímicos en la gestación, desarrollo y evolución de la depresión. En cuanto a lo genético, se relaciona con una *amígdala hipersensible* (que está asociada con un *polimorfismo genético* que es la potencia de dos o más formas de variantes de una secuencia específica de ADN). Los factores neuroquímicos se refieren principalmente a una hipoactividad de la serotonina. Al mismo tiempo, una *amígdala hiperactiva* y regiones prefrontales hipoactivas, están asociadas con una evolución cognitiva negativa disminuida; la sensibilidad al estrés y la *hipercortisolemnia* (elevación de los niveles de cortisol en la sangre que podría deberse a estrés y/o síndrome depresivo) son derivados por el polimorfismo genético como factores predisponentes que influyen en el sistema serotoninérgico.

Beck (2008) también determina la **dimensión cognitiva**, como estructura cognitiva para comprender la relación de eventos vitales, desregulación neural, procesos cognitivos y depresión. De modo idéntico, sus investigaciones proveyeron una base preliminar para formular la relación de los correlatos neurobiológicos de los constructos psicológicos como la *vulnerabilidad cognitiva*, *reactividad cognitiva* y *sesgos*. Concerniente a la *vulnerabilidad cognitiva*, gracias a los avances tecnológicos en neuroimagen funcional y genética, desde el siglo XX, se halló predisposición de depresión en personas que estuvieron expuestas a experiencias negativas y estresantes durante la primera infancia. Análogamente, en cuanto a la *reactividad cognitiva*, se constató un sesgo sistemático expresado en fluctuaciones actitudinales negativas en relación a sí mismos, hacia el medio y eventos cotidianos futuros. Similarmente, refirió los *sesgos cognitivos*, a través de procesos atencionales negativos, interpretaciones sesgadas o evocación de recuerdos rumiantes del pasado (Beck, 2008).

La **dimensión conductual**, manifiesta la depresión no sólo como factor predisponente negativo del individuo ante situaciones estresantes, sino que puede generar más fuentes de estrés, en especial aquellas relacionadas con aspectos interpersonales en donde el individuo tiene un papel activo (por ejemplo, las discusiones y las tensiones con otras personas o consigo mismo) y/o en comparación con sucesos independientes de la propia persona (como ser víctima de una catástrofe natural). Por consiguiente, según el modelo cognitivo tradicional,

la depresión inicia, desarrolla y mantiene por la interpretación negativa que hace el individuo de sí mismo, del mundo y del futuro. Se define como tríada cognitiva negativa, en tres percepciones erróneas: *una cognición negativa de sí mismo, un mundo despiadado y violento, y un futuro devastador y desesperanzador*; esto conlleva al individuo a considerar su vida como mala, sin voluntad para seguir luchando y en algunas fatídicas oportunidades, el suicidio (Vázquez, 2010).

Este trabajo de investigación, considera la definición de depresión propuesta en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2014) que categoriza como rasgo común de los trastornos depresivos, un ánimo triste, *vacío* o irritable, unido a cambios biológicos, cognitivos, somáticos y conductuales. En consecuencia, la depresión, disminuye la capacidad funcional del individuo. En este sentido, el DSM5, de acuerdo a criterios basados en intensidad, frecuencia y duración del trastorno, considera una diferencia entre tristeza normal y tristeza patológica (como soledad, duelo, episodio depresivo mayor, distimia, entre otras). Dicho padecimiento califica principalmente por ser una condición frecuente de estado de ánimo deprimido, pérdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban; condición que puede desequilibrar el estado de salud, afectando el funcionamiento del individuo tanto en áreas familiar, académica, social y laboral (APA, 2014).

A continuación, esta investigación describe la prevalencia de depresión en el personal de salud, antes y después de COVID-19, a nivel nacional, regional y mundial. Con base en la evidencia, numerosos estudios mencionan que los médicos, al estar expuestos mayormente a varios factores predisponentes, mantenedores y de riesgo, éstos afectan su salud mental y física. Debido a su entorno dinámico que les exige cumplir turnos rotativos, distintas demandas de salud, manejo de recursos materiales y psíquicos de alta exigibilidad, entre otros, situación que desequilibra su salud, los coloca en un estado de riesgo de experimentar ansiedad, estrés y depresión (Jiménez y Pavés, 2015). Al complementar esta idea, Molina y Calvopiña (2017) mencionan que el entorno laboral, tiene una mayor influencia para presentar algún trastorno mental en médicos que trabajan en áreas de especialidad o áreas críticas, y por estar constantemente en situaciones de estrés, son un grupo de alto riesgo para padecer *principalmente* desórdenes psicológicos y/o emocionales como *depresión*.

A pesar de existir diversos factores biopsicosociales que están asociados a este trastorno, no todos los individuos responden de la misma forma, debido a que dichos factores afectan en menor o mayor medida, según su capacidad de adaptación (Aldrete et al., 2017). Siguiendo este marco, son pocos los estudios realizados en temas de depresión con el personal de salud en Ecuador; así, un estudio realizado en el Hospital del Batán en Quito con el personal de salud se halló que el **59.79%** de médicos presentaron **depresión**, con mayor prevalencia en

residentes que en médicos tratantes; al tener mayor carga horaria es un factor desencadenante de dicha patología, ya que la mayoría de médicos que trabajan más de 40 horas padecen de depresión (Lozada, 2018). Por otro lado, un estudio en el Hospital Santa Inés en Cuenca, se encuentra que la depresión y malestar psicológico en estado y rasgo, está conexas con la resiliencia y afrontamiento, puesto que, al aumentar el afrontamiento, se toleró la situación de la crisis de COVID-19 (Peñafiel et al., 2021).

A nivel de Latinoamérica, Ecuador ocupa el undécimo puesto, con una prevalencia de **4.6%** de depresión; las estadísticas estiman que para el año 2050, esta prevalencia subirá en un **22%**, es decir, cerca de *2 mil millones* de personas podrían sufrir esta enfermedad (Erazo y Fors, 2020). En un estudio transversal, se contrastó la prevalencia de factores de riesgo asociados con síntomas depresivos en población adulta, antes y durante la pandemia. Se encontró prevalencia de síntomas depresivos, *tres veces mayor* durante COVID-19 comparado con el período anterior a la pandemia por la crisis sanitaria (Ettman et al., 2020). Sin embargo, la prevalencia de depresión en el personal de salud, no se limita a la pandemia pues, varios estudios demuestran los elevados índices de depresión en estos servidores de nuestro medio (Ayala, 2020). El personal de salud, cuida de sí mismo para cuidar de otros. En este sentido, proteger su salud mental requiere utilizar estrategias de afrontamiento para cumplir con su nivel de exigibilidad (Wu, 2020).

En Latinoamérica, Aveiro et al. (2021) descubrieron en 15 países con 406 profesionales de la salud, destacando principal preocupación de contagio en regresar a casa (22% estuvo muy de acuerdo y 47% de acuerdo), sentir maltrato por no ser provistos de equipos de protección personal (13% estuvo muy de acuerdo y 27% de acuerdo) seguidamente percibir agotamiento mental por actividades que realizaban (12% estuvo muy de acuerdo y 36% de acuerdo). Como resultado de la pandemia de COVID-19, los estudios señalan que el personal de salud presentó una mayor afección psicológica, y reportó síntomas de depresión, miedo al contagio, frustración, desesperanza y preocupación, debido a arduas jornadas de trabajo, horarios irregulares, escasez de insumos médicos, repercutiendo en su calidad de vida y desempeño laboral.

De acuerdo a la OMS (2023), una reciente revisión señala sobre la prevalencia de depresión a escala mundial, y, estima que un 3.8% de la población ha sido afectada, entre los que se incluyen 5.0% de adultos y 5.7% adultos mayores a 60 años; de igual manera, informa que hasta el año 2021, aproximadamente *280 millones de personas* experimentaron depresión en el mundo. Sobre la prevalencia de depresión u otros desórdenes emocionales Li et al., (2021) en el contexto clínico de atención de primera línea en países anglosajones y China durante COVID-19, destaca sus repercusiones en el personal de salud, ya que hubo necesidad de lidiar con el miedo a contagiar a sus seres queridos y contagiarse a sí mismos. Asimismo,

existen factores en la labor hospitalaria como el nivel de exigencia y las demandas a las que está expuesto el personal sanitario, (p. ej. la deuda sanitaria en la crisis emergente) y que se encuentra vinculado con el riesgo de sufrir depresión e ideación suicida (Mediavilla et al., 2021).

Además, la labor del personal médico y sanitario se caracteriza por su rigurosa demanda de estrés, bien sea por el tipo de actividades que desarrolla, presión horaria y el entorno que lo rodea, y que lo expone a numerosos estresores en diferentes grados de intensidad, e implica se encuentre ante una mayor probabilidad de depresión. Por lo tanto, para una aproximación aplicativa en protección de salud mental para el personal sanitario, es conveniente considerar esos elementos que influyen y afectan al personal de salud, en un trastorno depresivo (Franck et al., 2021). Una cifra considerable de profesionales de la salud fue afectada por depresión, entre ellos se encuentran los médicos, que por sus largas jornadas de trabajo, turnos rotativos, exposición continuada a situaciones de estrés, no disfrutar de actividades de ocio y/o recreación, y limitado tiempo para estar en contacto con sus familias son más propensos a presentar síntomas de depresión; se estima que exista un incremento de estas dificultades con el paso del tiempo (Arteaga, 2021; Galvis y Rojas, 2021).

Con base en estos datos, debido a COVID-19, la OPS (2022) halló en 26 países de los cinco continentes, una repercusión negativa con presencia de síntomas depresivos en niveles de *moderado a grave e intentos de suicidio* de los trabajadores de la salud en un amplio rango de países en Latinoamérica, Europa, África, Medio-Oriente, y Asia (Mascayano, et al., 2022). En consecuencia, este estudio busca promover investigaciones específicas dirigidas a proteger la salud mental del personal de salud del medio local, nacional y regional; aporta hallazgos relevantes que podrían favorecer proyectos de promoción y prevención de depresión para el personal de salud de nuestro país. Tras haber descrito, la alarmante incidencia de depresión postcovid en el personal de salud, se aborda el tema de las estrategias de afrontamiento espiritual, como recurso paliativo y se señala su influencia, como fenómeno espiritual/religioso sobre los síntomas del trastorno.

Estrategias de Afrontamiento

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento hace referencia a los esfuerzos dinámicos, cognitivos y conductuales que gestiona una persona ante las demandas internas y/o externas específicas, amenazantes o desafiantes en relación a los escasos recursos con los que cuenta un individuo en su medio. Consta de una evaluación primaria, que consiste en identificar el significado que tiene para el individuo, una situación contraria y de una evaluación secundaria, en la que el individuo dispone de recursos para abordarla, mediante diversas formas de afrontamiento, como la búsqueda de información, la acción directa y la inhibición de la acción.

En referencia a la conceptualización anterior, Lazarus y Folkman (1984) definen a las creencias como *nociones preexistentes* acerca de la realidad que sirven a manera de *lentes perceptuales*. En la evaluación, las creencias determinan qué es un hecho, es decir, *cómo son las cosas* en el entorno, y dan forma a la comprensión de su significado. Así pues, la función de las creencias a través de la búsqueda de información en el individuo se cita:

Debido a que las creencias generalmente operan en un nivel tácito para dar forma a la percepción de una persona sobre su relación con el medio ambiente, generalmente somos conscientes de su influencia en la evaluación. Sin embargo, su impacto en la evaluación se vuelve evidente cuando hay una pérdida repentina de creencias o una conversión a un sistema de creencias radicalmente diferente. (Lazarus y Folkman, 1984, p. 63)

Por consiguiente, en relación a la búsqueda de información, la acción directa y la inhibición de la acción del individuo, así como la pérdida del sistema de creencias expuestas por Lazarus y Folkman (1984), de acuerdo a la autora de esta investigación, cuando existe una pérdida de creencias, la *esperanza* es *inexistente* en cuanto a su *significado de atributo*; y en cuanto a la conversión a un sistema de creencias radicalmente diferente, permitiría al individuo, el ajuste y/o desajuste a través de su percepción en relación al entorno, de manera benigna o amenazante. La conversión es un proceso *catalizador* para el hombre, pues obliga a cuestionarse sobre sus cogniciones, emociones y conducta. La espiritualidad en este sentido, canaliza esta *conversión* a través de la conexión del alma y del espíritu en la conciencia, como estrategia de afrontamiento espiritual/religiosa ante las demandas del medio.

Por consiguiente, la autora propone en relación al personal de salud, dado que debe lidiar con la enfermedad y la muerte cotidianamente, que el afrontamiento espiritual derivaría para sí mismo y sus pacientes en un significado y propósito en medio del dolor, la enfermedad y muerte, con estados de bienestar y esperanza, valores humanos y estados mentales positivos (Koenig, 2008). Existen diversas formas de trascender sobre estas experiencias de dolor, enfermedad y muerte que son el clima laboral cotidiano del personal de salud; la espiritualidad en diversas religiones y culturas ha establecido ritos, tradiciones, normas o dogmas que desafía al hombre a cuestionar su sistema de creencias en relación a sí mismo con el medio. A fin de enlazar, la idea del significado de atributo con las estrategias de afrontamiento espiritual, en relación a la interpretación que el individuo asigna a una situación ambivalente, según Hernández (2022) menciona que cuando un individuo o grupo social significativo, experimenta tensión o estresores incomprensibles, ya sea porque desconocen sus causas o no están preparados para abordarla, buscan información o acuden a alguien que les ayude, y esta búsqueda puede ser profesional, religiosa, o social. En este sentido, Lazarus y Folkman (1984) sostienen que la evaluación se compone de la búsqueda de información, acción de

respuesta e inhibición de la acción cuando el individuo está expuesto para afrontar el problema, y es entonces donde puede utilizar la espiritualidad como estrategia de afrontamiento. A continuación, se define la espiritualidad y religión, su relación etiológica, etimológica y escatológica, así como, las estrategias de afrontamiento espiritual.

Estrategias de Afrontamiento Espiritual

Platón, siglo V (a.C.) discípulo de Sócrates, expuso en la teoría de las ideas, el mundo sensible como aquel percibido por los sentidos y constituido por la materia (físico, efímero, corruptible); mientras, el mundo inteligible (ideas, formas arquetipos, esencias) aquello inmaterial y formado por ideas inmutables y eternas donde se encuentra la esencia de todas las cosas. Refería el alma como el yo verdadero donde radica la inmortalidad del hombre; su destino dependía de la prioridad asignada del alma racional (gobernante), irascible (volitiva) y concupiscible (pasional) (Santos, 2023). Posteriormente, Descartes ((La Haye, 1596 - Estocolmo, 1650) presenta tres sustancias *res infinita* Dios, *res cogitans* Yo, inextensa y finita, alma o mente y *res extensa* mundo, materia, cosa, estableciendo su controversial interrelación en el dualismo cartesiano; para Descartes, sustancia es aquello que existe por sí mismo (p. ej. Dios) y considera la mente y la materia como naturalezas diferentes y como entidades separadas (Pradas, 2015).

El postulado cartesiano, presupone a la glándula pineal en el centro del cerebro, como lugar intermedio y de intercambio entre cuerpo y alma. Según Bernal (2018) la espiritualidad se encontraba presente en los homínidos y trascendió evolutivamente a la primera familia homo, mientras que, en los orígenes del subconsciente de la especie humana la religión yace como estructura cognitiva permitiendo al hombre poseer una *cosmovisión* del mundo. Jung (2022) relata que el *espíritu de la época* en el mundo antiguo, sostenía la concepción del alma como fuente sustancial que evoluciona en el siglo XX como una psicología sin alma por la influencia del empirismo. Es decir, “*todo lo que no puede verse con los ojos ni aprehender con las manos se pone en duda y, es hasta sospechoso de metafísico*” (Jung, 2022, p. 11).

También hace referencia al equilibrio imperativo entre la prevalencia del materialismo que conduce a una psicología sin alma basada en la *Naturaleza* y sus manifestaciones bioquímicas (característica de la psicología moderna); y, evoca un anhelado recuerdo filosófico que permite la posibilidad de una **psicología con alma** en donde el *Espíritu* es un *ente autónomo*, ambos presentes en la naturaleza del ser humano (Jung, 2022). De acuerdo a Bernal (2018), la psicología analítica menciona sobre el potencial simbólico que connota lo mítico con lo religioso, constituidos por material inconsciente de una gran bóveda arquetípica; y tal potencial, habita en el inconsciente psíquico colectivo, cuyo significado trascendió filogenéticamente en representaciones arquetípicas en la neuropsicología del hombre en su devenir cognitivo como especie homo (Bernal, 2018).

El término *espiritualidad* se origina del vocablo latino “*espiritualis*” derivado de la palabra griega “*pneumatikos*” como aparece originalmente en las epístolas bíblicas de Pablo para la iglesia primitiva, siglo I d.C. Desde entonces, una persona espiritual era considerada como aquella donde reposa el “Espíritu de Dios” siendo influenciada por el *Espíritu*. A través de la historia de Occidente, el término espiritual y espiritualidad se asocia con religiosidad, además de la salud física y mental (Sheldrake, 2007). Tres expresiones latinas: *intellectus*, noción del espíritu, intelecto, que se opone a la voluntad del ser humano; *mens*, aspecto racional en el alma y que contiene facultades humanas como la inteligencia y la voluntad; no obstante, ambos términos, no abarcan la totalidad humana. Por el contrario, *spiritus* es plenitud de alma y espíritu, pero contrario a la materia, por cuanto es realidad no viviente. *Espíritu* del vocablo griego *pneuma*, *soplo*, *respiro*, indica falta de fijación, es decir, que es invisible, etéreo, vital y libre (Stein, 2002, como se citó en Mariano de la Maza, 2015).

Koenig (2008) concibe en principio, desde la versión histórico-tradicional de la espiritualidad se define como un subconjunto de personas profundamente religiosas que dedicaron su vida al servicio de su religión, a sus semejantes, y cuyas vidas ejemplifican las enseñanzas de sus tradiciones religiosas. En segundo lugar, la versión espiritualidad - religión – secularidad, donde la espiritualidad se distingue de expresiones religiosas menos devotas y de laicidad completa, la espiritualidad es una definición que dista de la salud física y espiritual. En tercer lugar, la versión moderna de la espiritualidad que incluye, la religión, pero se expande más allá de ella, agrupando individuos *espirituales*, pero no *religiosos*. Por último, la versión espiritualidad-religión-secularidad, descrito como el modelo donde todos son espirituales, incluidos ateos y agnósticos, limitando su comparación todo-inclusiva de espiritualidad y donde la investigación no alcanza a asociarlo con la salud física y mental.

A inicio del siglo XXI, se establece dos áreas para la espiritualidad: una de corte vertical o religioso, que conecta a la persona espiritualmente con Dios y su entorno; y otra de corte horizontal o no religioso, biopsicosocial, en donde el hombre examina sus propias creencias y valores, y conciliarlas con las de su grupo (Baldacchino, 2002, como se citó en Bernal-Sarmiento, Galarza-Parra, 2023). En esa misma línea, espiritualidad y religión constituyen *fuentes* de la psicología positiva tanto para valores morales humanos, estados mentales positivos, y rasgos de carácter que producen el significado y propósito en la vida, así como estados de paz, esperanza y bienestar, que resulta en una conexión armoniosa con los demás (Koenig, 2008). Esto convierte a la religión en afrontamiento espiritual integral para los seres humanos, puesto que, el constructo religión proporciona un significado y propósito durante circunstancias difíciles de la vida, ausentes en la depresión (Koenig, 2009).

Sin embargo, la espiritualidad es diferenciada en dos instancias: religiosidad y espiritualidad. Por un lado, la religiosidad, es definida como sistemas organizados de tradiciones basadas

en organizaciones religiosas cuya comunidad crea constructos y creencias sobre revelaciones divinas, mientras que la espiritualidad está inmersa en el ser interno del individuo con valores, actitudes y perspectivas únicas propias del ser (Galarza, 2019). Si bien la religiosidad se compone de grupos con doctrinas, normas y regulaciones basados en la fe y tradiciones con base en la divinidad, constituyen una estructura social con reglas morales que conectan a las personas con Dios o lo deífico, también utiliza prácticas de índole espiritual (Bernal, 2018). Adicionalmente, a diferencia de muchos otros recursos para afrontar la situación, la religión es un recurso disponible para cualquier persona en cualquier momento, independientemente de sus condiciones económicas, sociales, físicas o mentales (Koenig, 2009).

Estrategias de Afrontamiento Espiritual y Depresión

Van-Hook (2016) señala que las experiencias traumáticas pueden impactar al ser humano en sus dimensiones físicas, cognitivas, emocionales y conductuales. En otro estudio, se sostiene que COVID-19 debía ser considerada como un impacto de trauma Horesh y Brown (2020), que se define como trauma una experiencia amenazante para la integridad física o psicológica del individuo y que está asociado a episodios de confusión, incertidumbre, horror, hipervigilancia, restricción afectiva y/o sensación de desapego (APA, 2014). Si bien, la labor del personal de salud es exigente *per se*, bajo la condición de trauma, COVID-19 incrementó los niveles de depresión. Hernández (2021) determinó una prevalencia del **48.54%** de depresión en el personal de salud del HEJCA. Pazmiño-Erazo et al. (2021) reportó un 27.3% de depresión durante la pandemia de COVID-19.

La literatura indica diferentes métodos de tipo espiritual y religioso que muestran eficacia en pacientes con vivencias traumáticas (Alvarado y Pagán, 2021). Aspectos como la espiritualidad/religión son considerados relevantes en el afrontamiento positivo y negativo. Podemos distinguir dos tipos de estrategias de afrontamiento: adaptativas y desadaptativas. En las estrategias de afrontamiento adaptativas se encuentran la intervención terapéutica ante eventos traumáticos, la disposición de perdonar y la detección preventiva de pensamientos e imágenes cognitivas negativas. En las estrategias desadaptativas, resentimientos y deseos de venganza, melancolía y acciones auto infringidas (Echeburúa y Amor, 2019). También, esto es importante, por efectos del trauma de COVID-19 (Lorenzo-Ruiz et al., 2020). Koenig (2020) dio a conocer diversas conductas adaptativas espirituales como profundizar ritos religiosos, amor al prójimo como a sí mismo, uso de herramientas tecnológicas, amor en acción, ser sabio ante el peligro y cuidar la salud física y mental (pp. 2-5).

En 3.300 estudios cuantitativos entre el siglo XIX y siglo XXI, se halla relevancia del ámbito religioso y espiritual para la salud en individuos con credos religiosos y espirituales (Koenig, 2012). Existe una relación entre espiritualidad y religión (E/R) con la salud mental, misma que ha sido sustentada en la literatura científica (Bonelli y Koenig, 2013; Paloutzian et al., 2013).

La influencia psicoterapéutica y terapéutica de las estrategias de afrontamiento espiritual, es positiva en síntomas depresivos, ya que, prácticas como la oración, ejercicios de gratitud, y meditación espiritual han demostrado beneficio como herramientas eficaces de afrontamiento adaptativo y eficaz de sucesos vitales y estresores, característicos en cotidianidad del personal de salud, al generar esperanza y fe en las personas, y un sentido de pertenencia a un Ser Superior (Pearce, 2016; Rosmarin, 2018).

Diversos estudios en meta-análisis examinaron la influencia del tratamiento con espiritualidad/religión al relacionarlas con su aplicación práctica en psicoterapia con grupos sin control, y otras formas de terapia secular y aditiva. Presentaron varios ejemplos clínicos con prácticas terapéuticas basadas en la evidencia. Los resultados indican que la psicoterapia adaptada a religión obtuvo mayor mejora en el funcionamiento psicológico de los pacientes en relación con psicoterapias sin religión con resultados favorables (Captari et al., 2018). Según se expone en este estudio, se conceptualiza la E/R como estrategias de afrontamiento positivo y eficaz para el afrontamiento adaptativo ante situaciones estresantes y/o críticas ya que, constituyen factores protectores cuando son integradas en psicoterapia (Alvarado y Pagán, 2021).

La Escala de Afrontamiento Espiritual (EAE), se diseñó originalmente de literatura basada en ámbitos espirituales y religiosos, aplicado en participantes con enfermedades orgánicas, pues los individuos a pesar de no ser religiosos, en momentos difíciles de enfermedad, utilizan esta búsqueda interior en prácticas religiosas como mecanismo de adaptación ante el estrés (efecto del padecimiento mental o físico); La EAE se caracteriza por una orientación judeo-cristiana; surge de la escasez de investigaciones en el tema y requirió de un grupo de investigadores multidisciplinario, para validarlo. La EAE mide el uso de estrategias de afrontamiento religioso y no religioso. De acuerdo a Baldacchino, et al., (2003). Está formado por dos factores: el factor I que son las estrategias de afrontamiento religioso, y el factor II que son las estrategias de afrontamiento no religioso. Además, podría ser considerado como *buena práctica* en el personal de salud (Kick y McNitt, 2016) al prever ideación suicida del personal de salud, con proyectos de investigación y prevención de depresión (Ramos, 2018). Con base en todo lo descrito, en primer lugar, se plantea las siguientes **preguntas de investigación** ¿Cuáles son los niveles de depresión de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en período 2022-2023? ¿Cuáles son los niveles de depresión que más predominan? ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento espiritual religioso y no religioso que más utilizan? ¿Es posible describir una probable asociación entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento espiritual?

En segundo lugar, con la finalidad de responder las preguntas anteriormente mencionadas, se planifica como **objetivo general** describir los niveles de depresión y estrategias de afrontamiento espiritual y como **objetivos específicos** a) determinar los niveles de depresión que predominan b) Identificar las estrategias de afrontamiento espiritual religioso y no religioso que más emplean, y, por último, c) comparar los niveles de depresión con las estrategias de afrontamiento espiritual religioso y estrategias de afrontamiento espiritual no religioso de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca, Ecuador en el período 2022 -2023.

Proceso Metodológico

Características de la Investigación

Este trabajo, tuvo *enfoque cuantitativo*, dado que según Hernández et al, (2014) siguió un proceso estructurado, secuencial y sistemático, a partir de la aplicación de los instrumentos y la ficha sociodemográfica. Tuvo un *alcance descriptivo* pues detalló las variables de depresión y estrategias de afrontamiento espiritual religioso y no religioso. Asimismo, tuvo un *diseño no experimental*, debido a que no se manipuló ninguna variable intencionalmente, y, fue un estudio transversal, dado que la recolección de información se realizó en un periodo determinado (Hernández et al., 2014). Así, este trabajo recolectó los datos de niveles de depresión y estrategias de afrontamiento espiritual para describir las variables en un momento único.

Población y Muestra

La población fue de 136 Médicos Generales en Funciones Hospitalarias en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. La autora de la investigación tuvo la facultad de elegir con el porcentaje de muestra con la cual trabajar, desde el inicio de la investigación. Se calculó el tamaño muestral en la calculadora muestral con un nivel de confianza de 93% y un margen de error de 7%, lo que dio un tamaño de muestra de 76.

Debido a que el tipo de muestreo fue no probabilístico y que la participación era de manera libre y voluntaria, la selección de participantes se realizó por conveniencia de acuerdo a los **criterios de inclusión**: ser médico general en funciones hospitalarias y al **criterio de exclusión**: ser médico general en funciones hospitalarias que esté prestando servicios temporales en la institución.

Finalmente, de los 76 participantes con edades entre 27 a 50 años se trabajó con un total de 71, ya que, algunas resultaron incompletas, y dado que, en el proceso de firma del consentimiento informado para los MGFH, fue de manera presencial para todos los participantes; en la primera fase de aplicación de los instrumentos, fue por canales virtuales y en la segunda fase, con material impreso.

Por consiguiente, se contó con la participación de 71 Médicos Generales en Funciones Hospitalarias con una edad entre 27 y 50 años, con una media aritmética (M) de 33 y una desviación estándar (DE) de 4.7. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas, la mayoría pertenecían al género masculino (56.3%), tenían una relación sentimental (71.8%) y eran católicos (73.2%).

Tabla 1

Características Sociodemográficas de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias N=71

Variable		%	Variable		%
Género	Femenino	43.7	Religión	Agnosticismo	7.0
	Masculino	56.3		Catolicismo	73.2
Relación sentimental	Sí	71.8		Cristianismo	7.0
	No	28.2		Ninguna	12.7

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica: para explorar las variables biopsicosociales como edad, género, pareja sentimental, y religión (Anexo 1).

Inventario de Depresión de Beck: este instrumento fue diseñado por Beck (1996) y se utilizó la versión adaptada al español (Sanz et al., 2003). Mide diferentes dimensiones como la cognitiva, física y emocional, las cuales se ven afectadas por la aparición de dicha patología. Se caracteriza por requerir un breve tiempo de aplicación; evalúa síntomas relacionados con la depresión según los criterios diagnósticos planteados en el DSM-4 y CIE-10. Además, tiene 21 ítems tipo Likert en una escala de 0 a 3 puntos, con excepción de dos ítems (16 y 18) que son evaluados en una escala de 7 categorías; se puede obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 63, en los que se pueda obtener: depresión ausente o mínima (0-9 puntos), depresión leve (10-16 puntos), depresión moderada (17-29 puntos) y depresión severa (30-63). La calificación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Este instrumento posee ($\alpha = .83$) y esta investigación cuenta con ($\alpha = .93$).

Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual: esta escala consta de dos factores, el primer factor es el que hace referencia a las estrategias de afrontamiento de tipo religioso. Por otro lado, el factor dos hace referencia a las estrategias de afrontamiento de tipo no religioso. Tiene 30 ítems con respuestas tipo Likert que tienen las siguientes opciones de respuesta: nunca utilizada que es igual a cero y a menudo utilizada que es igual a tres. Para calificar este instrumento se debe sumar el puntaje obtenido de los participantes y cuanto mayor es el puntaje, mayor es la frecuencia de uso de cada estrategia. El instrumento posee un alfa de Cronbach de .83 y, en esta investigación, se encontró una buena fiabilidad ($\alpha = .89$). Se empleó la adaptación lingüística del instrumento que fue desarrollado en el marco del proyecto de adaptación y validación psicométrica del instrumento para usuarios en contextos de salud, ver anexo 3 (Bernal, 2018; Galarza, 2019; Galarza-Parra y Bernal-Sarmiento, 2023).

Para efectos de aplicación de los instrumentos de evaluación psico diagnóstica en Médicos Generales en Funciones Hospitalarias del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, para el ítem 5 se sustituyó la palabra *enfermedad* por *experiencia* (de modo que quedó: discuto mis problemas con alguien que tiene o ha tenido la misma experiencia) y, en el ítem

12, se sustituyó la palabra *enfermedad* por *momentos difíciles*, (que señala: encuentro propósitos para vivir mis momentos difíciles). Esto se realizó con sustento en los siguientes autores. Primero, Alfaro-Díaz (2020) que trabajó con el instrumento Demand-Control-Support Questionnaire, en el que realizaron modificaciones en cinco ítems tanto en la sintáctica como en la semántica (por ejemplo: el ítem cinco que es *My work often involves conflicting demands*, se cambió a *Mi trabajo a menudo involucra demandas conflictivas* y en el ítem dos que es *mi trabajo a menudo implica exigencias contradictorias*, el término *demandas* y *exigencias* pueden ser símiles (Alfaro-Díaz, 2020).

Segundo, Pereira et al. (2020), usaron el Lymphedema Quality of Life Score que mide la calidad de vida en pacientes sometidos al tratamiento quirúrgico del linfedema es un instrumento que se tradujo del inglés al español, del inglés al inglés, y se adaptó transculturalmente del inglés al siguiendo las guías MAPI/TRUST Research Institute y se aplicó a seis pacientes mujeres en el que se realizaron cambios en el ítem 3 que es *dolor* fue modificado por *dolor en la extremidad* y el ítem 6 que es *limitación en la movilidad de la extremidad* fue modificado por *limitación de la movilidad* se evidenció un resultado favorable en los ítems encuestados estadísticamente significativos.

Tercero, Medina-Cantillo et al. (2021) usaron el instrumento del NSAA (North Star Ambulatory Assessment) de evaluación funcional de la distrofia muscular de Duchenne, que fue traducido del inglés al español, que siguieron un protocolo de validación lingüística y adaptación cultural y tuvieron que reformular los ítems que fueron necesario (Medina-Cantillo et al., 2021). En este estudio, fue pertinente realizarlo para aplicar la Escala de Afrontamiento Espiritual en profesionales de la salud dado que inicialmente se exploraba los niveles de depresión en Médicos Generales en Funciones Hospitalarias y el participante no se identificaría con la enfermedad.

Procedimiento del Estudio

La Coordinación de Investigación y Docencia del Hospital de Especialidad José Carrasco Arteaga, brindó apertura desde el inicio con los permisos correspondientes para la realización de la investigación. Los Médicos Generales en Funciones Hospitalarias participaron de manera libre y voluntaria firmando el consentimiento respectivo. La recolección de datos se realizó en un primer momento con 34 MGFH quienes respondieron a los instrumentos de forma virtual mediante correo institucional y/o enlace.

En un segundo momento, la recolección de datos se realizó a 42 participantes más y se guardó la anonimidad de datos personales por medio de códigos que se asignaron a cada una de las aplicaciones. El proceso de recolección de datos se realizó en un período de 12 días (entre los meses de noviembre 2022 a mayo 2023). La investigación se concentró en los pisos, además de la sala de emergencia, salas de servicios de salud de profesionales de salud

con especialización, y la Coordinación de Investigación y Docencia del hospital. La mayor parte de médicos fueron colaboradores y receptivos con el proceso de manera libre y voluntaria, y, al socializar los objetivos de la investigación, referían a otros colegas para participar.

Confiabilidad de los Instrumentos

Los coeficientes del Alfa de Cronbach de los instrumentos de recolección de datos como: Inventario de Beck BDI II fue fiable ($\alpha=.93$), asimismo en la Escala de Afrontamiento Espiritual ($\alpha=.89$). Los coeficientes de ambos instrumentos fueron aceptables.

Tabulación y Análisis

Para el procesamiento de información se importaron los datos desde la base de datos de Microsoft Excel al programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 26.0. Se utilizó la estadística descriptiva para el procesamiento de los datos, a través de porcentajes y frecuencias que determinaron los niveles de la depresión y la frecuencia de las estrategias de afrontamiento tanto religiosas como no religiosas. También se empleó estadística bivariada y se realizó una tabla cruzada con el cálculo de la prueba chi cuadrado con un valor de significancia del 5%. Los resultados se presentaron en tablas y figuras.

Consideraciones Éticas

Este estudio se rige bajo los principios éticos del código APA (2017), que son: *beneficencia* y *no maleficencia* debido a que se esfuerza para *beneficiar a la población* objeto de estudio; principio de *fidelidad* y, *responsabilidad* ya que respetó la identidad de los participantes, principio de *integridad*, y *justicia*, ya que *no hace acepción de personas* para favorecerlas con los beneficios y contribuciones que aportó la investigación; asimismo con base en principio de *derechos* y *dignidad* de las personas ya que se esforzó en proteger y respetar factores culturales, individuales y diferencias de género, roles u orientación sexual, garantizando la confidencialidad, voluntariedad y anonimato de los participantes. Tanto el protocolo de investigación como modelo de consentimiento informado, fueron aprobados por el Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca. La información fue empleada únicamente con fines académicos y considerando la responsabilidad social de la investigación. Se procede al reporte de resultados en la Coordinación de Investigación y Docencia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Presentación y Análisis de los Resultados

En el siguiente apartado se presentan los resultados que responden al objetivo general de esta investigación: describir los niveles de depresión y estrategias de afrontamiento espiritual de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias (MGFH) en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga (HEJCA) durante el período 2022-2023. Para ello, se da respuesta a los objetivos específicos: en primer lugar, determinar el nivel de depresión predominante; en segundo lugar, identificar las estrategias de afrontamiento espiritual religioso y no religioso que más emplean y en tercer lugar, comparar los niveles de depresión con las estrategias de afrontamiento espiritual.

Niveles de Depresión de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias

A continuación, se responde al primer objetivo específico que determina los niveles de depresión que predominaron en los participantes. En la **tabla 2** se presentan estos datos y se destaca que hubo un **36.7%** de participantes con depresión tanto en el nivel leve, moderado y severo. Se encontró un **63.4%** de médicos con depresión mínima o ausente. Es importante mencionar el porcentaje de depresión moderada **15.5%** y depresión severa **11.3%** que tienen depresión. Este rango de médicos es significativo en relación a un estudio desarrollado en la misma institución (Hernández, 2021) donde halló un 10.68% de depresión moderada, esto quiere decir, que *el nivel de depresión está en incremento*. En contraste, con un estudio realizado en el Hospital Santa Inés en la ciudad de Cuenca, en el personal de salud se hallaron niveles de depresión estado de 50% durante la pandemia, y de depresión rasgo 36%, se concluye que existen relaciones estadísticamente significativas negativas, moderado y fuerte, entre depresión estado con depresión rasgo ($r=-0,541$), Miedo al COVID-19 ($r=-0,020$) y malestar psicológico ($r=-0,397$), de tal manera que los resultados evidenciaron que la depresión estado, incrementa la depresión rasgo, miedo al COVID-19 y el Malestar Psicológico disminuyen (Peñañiel et al., 2021).

Esta situación, también acontece como resultado de la pandemia COVID-19, pues los estudios señalan que el personal de salud presentó una *mayor* afección psicológica, y se reporta *síntomas de depresión*, miedo al contagio, frustración, desesperanza y preocupación, debido a arduas jornadas de trabajo, horarios irregulares, escasez de insumos médicos, repercutiendo en su calidad de vida y desempeño laboral (Aveiro et al., 2021). Además, tal como lo señalan Molina y Calvapiña (2017) *antes de la pandemia*, una cifra considerable de profesionales de la salud era afectada por este malestar, entre ellos se encuentran los médicos que, por sus largas jornadas de trabajo, turnos rotativos, exposición continuada a situaciones de estrés, y no disfrutar de actividades de ocio y/o recreación son más propensos a presentar síntomas de depresión (Arteaga, 2021; Galvis y Rojas, 2021; Molina y Calvapiña, 2017).

Tabla 2*Niveles de Depresión en Médicos Generales en Funciones Hospitalarias N=71*

Niveles	n	%
Ausencia	45	63.4
Leve	7	9.9
Moderado	11	15.5
Severo	8	11.3

Estrategias de Afrontamiento Espiritual Religioso

En relación al segundo objetivo específico, que busca identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento espiritual más utilizadas por los MGFH en el HEJCA, en la **tabla 3** se presenta las estrategias de afrontamiento espiritual religioso que corresponden a la dimensión uno del instrumento y se observa que aquellas estrategias mayormente usadas fueron el **ítem 14** que es *Soy cercano a mis familiares y amigos y confío en ellos* ($M=2.42$; $DE=.76$) y el **ítem 18** que es *Confío en Dios o en un poder superior, con la esperanza de que las cosas van a mejorar* ($M=2.06$; $DE=1.08$). La estrategia menos utilizada fue el ítem 8 que es *escucho en la radio música religiosa o miro en la TV programas religiosos* ($M=.51$; $DE=.84$).

Esto confirma lo sustentado en cuanto a la influencia psicoterapéutica de las estrategias de afrontamiento espiritual, considerada positiva en síntomas depresivos, ya que, prácticas como la oración, ejercicios de gratitud, y meditación de base espiritual y religiosa han demostrado ser beneficiosas como estrategias de afrontamiento para el manejo adaptativo y eficaz de eventos vitales, y estresantes, característicos en la cotidianidad del personal de salud, al generar esperanza y fe en las personas, y un sentido de pertenencia a un Ser Superior (Pearce, 2016; Rosmarin, 2018).

También, se evidencia el resultado de meta-análisis de 97 estudios ($N=7.181$) donde se examinó la eficacia de adaptar al tratamiento en psicoterapia con creencias y valores de Espiritualidad/Religión al comparar su efectividad con controles sin tratamiento y tratamientos seculares aditivos (Captari et al., 2018). Podría decirse que la espiritualidad y religión son fuentes de la psicología positiva por valores humanos, estados mentales positivos, y rasgos de carácter que dan como fruto, significado y propósito de vida, así como estados de paz, esperanza, bienestar y produce una conexión armoniosa con los demás (Koenig, 2008). Extrapolando esta evidencia científica en nuestro medio, resulta necesario profundizar en la investigación sobre el tema, para el debido protocolo en la práctica clínica especializado en el personal de salud en programas de prevención e intervención psicológica sobre la depresión.

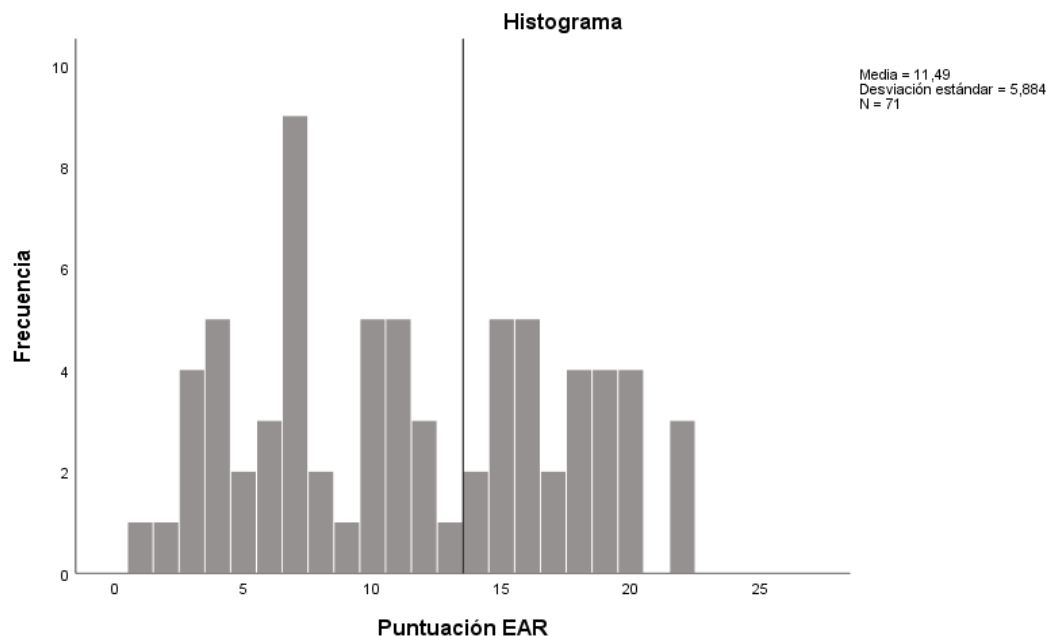
Tabla 3*Estrategias de Afrontamiento Espiritual Religioso N=71*

Estrategias (EAR)	Media	DE
1. Practico oraciones cuando estoy solo	1.56	1.16
2. Mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza.	1.96	1.06
4. Practico oraciones con otra persona o con un grupo de personas	0.87	1.02
6. Utilizo objetos o símbolos religiosos o espirituales	1.13	1.18
8. Escucho en la radio música religiosa o miro en la TV programas religiosos.	0.51	0.84
10. Leo textos de inspiración religiosa o espiritual.	0.73	1.04
14. Soy cercano a mis familiares y amigos y confío en ellos.	2.42	0.76
18. Confío en Dios o en un poder superior, con la esperanza de que las cosas van a mejorar	2.06	1.08
19. Recibo la comunión	0.99	1.07

En la **figura 1** se presenta un histograma del puntaje total de la dimensión uno que corresponde a las estrategias de afrontamiento religioso. Se observa una tendencia hacia los puntajes bajos, aunque el puntaje medio fue de 11.49 y la desviación estándar de 5.88, cuando la media de la escala es de 13.5. Esto indica que los MGFH presentan una leve tendencia hacia la baja frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento religioso de manera global. Esto difiere de 3.300 investigaciones cuantitativas publicadas desde el siglo 19 hasta el 2010 sobre la importancia de la dimensión religiosa y espiritual para la salud en personas con creencias religiosas y espirituales (Koenig, 2012), debido a que la asociación entre espiritualidad, religión y salud ha sido empíricamente documentada en la literatura científica de salud mental (Bonelli y Koenig, 2013; Paloutzian et al., 2013). Así también, esto afirma que diferentes prácticas espirituales y religiosas, muestran ser de apoyo para personas con experiencias de trauma (Alvarado y Pagán, 2021). Se debe tomar en cuenta que la religión yace como estructura cognitiva y permite al hombre poseer una cosmovisión del mundo (Bernal, 2018); debido al presupuesto del alma tripartita humana, y dualismo cartesiano *res infinita* (Dios), *res cogitans* (mundo inmaterial) y *res extensa* (mundo material) como entidades separadas e interrelacionadas entre sí (Pradas, 2015; Santos, 2023). La espiritualidad se encontraba presente en los homínidos y trascendió evolutivamente en el subconsciente de la especie humana, sin embargo, actualmente en este grupo de participantes ya no está tan marcado este aspecto religioso.

Figura 1

Frecuencia de Uso de Estrategias de Afrontamiento Espiritual Religioso N=71



Nota. EAR= Estrategias de afrontamiento religioso.

Estrategias de Afrontamiento Espiritual no Religioso

A continuación, en la **tabla 4**, se describen resultados sobre EANR más empleadas por los MGFH en el HEJCA, estas son el **ítem 3** que es *Construyo o mantengo las relaciones con familiares o amigos* ($M=2.51$; $DE=.77$), el **ítem 20** que es *Aprecio la naturaleza, por ejemplo, mar, el sol, las plantas, las flores* ($M=2.48$; $DE=.86$); mientras que las estrategias menos utilizadas fueron el ítem 15 que es *Asisto a la iglesia para las prácticas religiosas* ($M=.94$; $DE=.99$) y el ítem 5 que es: *discuto mis problemas con alguien que tiene o ha tenido la misma experiencia* ($M=1.31$; $DE=.95$). Es importante considerar que, a pesar de existir diversos factores biopsicosociales que están asociados a la depresión, no todos los individuos responden de la misma forma porque cada uno de ellos se afectan en menor o mayor medida según su capacidad de adaptación (Aldrete et al., 2017).

Por lo tanto, cuando un individuo o grupo social significativo, experimenta tensión o estresores incomprensibles, ya sea porque desconocen sus causas o no están preparados para abordarla, buscan información o acuden a alguien que les ayude, y esta búsqueda puede ser profesional, religiosa, o social (Hernández, 2022); luego, el individuo o grupo define a las creencias como nociones preexistentes acerca de la realidad que sirven a manera de lentes perceptuales, entonces la acción directa y la inhibición de la acción en el individuo o grupo

hacen referencia a la pérdida del sistema de creencias, donde la esperanza es inexistente (Lazarus y Folkman, 1984).

De acuerdo a esta idea, la conversión como significado de atributo en el individuo o grupo, ajusta y/o desajusta su percepción en relación al entorno, sea de manera benigna o amenazante. En la evaluación, las creencias determinan qué es un hecho, es decir, cómo son las cosas en el entorno, y dan forma a la comprensión de su significado (Lazarus y Folkman, 1984).

Tabla 4

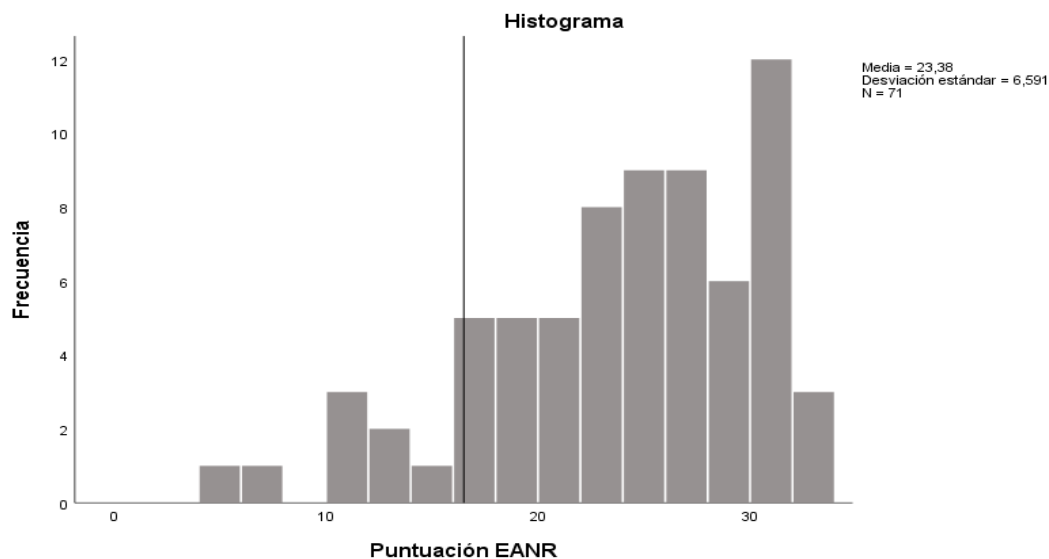
Estrategias de Afrontamiento Espiritual no Religioso N=71

Estrategias (EANR)	Media	DE
3. Construyo o mantengo las relaciones con familiares o amigos	2.51	0.77
5. Discuto mis problemas con alguien que tiene o ha tenido la misma experiencia.	1.31	0.95
7. Veo el lado positivo de mi situación	2.27	0.84
9. Vivo día a día con la esperanza de que el futuro será mejor para mí	2.25	0.89
11. Acepto la situación actual de mi vida.	2.39	0.76
12. Encuentro propósitos para vivir con mis momentos difíciles	2.41	0.74
13. Aprecio la belleza de las artes, por ejemplo, música, pinturas, artesanías.	2.34	0.94
15. Asisto a la iglesia para las prácticas religiosas.	0.94	0.99
16. Uso la reflexión para identificar mis capacidades y fortalezas	1.85	0.93
17. Ayudo a los demás para entregar amor y paz a los otros	1.90	0.98
20. Aprecio la naturaleza, por ejemplo, mar, el sol, las plantas, las flores.	2.48	0.86

En la **Figura 2** se presenta el puntaje total de la dimensión dos que corresponde a las EANR. Se observa una tendencia hacia los puntajes altos, con un puntaje medio fue de 23.38 y la desviación estándar de 6.591, cuando la media de la escala es de 16.5. Esto indica que los MGFH presentan una alta tendencia hacia el uso de estrategias de afrontamiento no religioso de manera global. Por consiguiente, se cumple lo expuesto por Koenig (2008) que señala la versión moderna de la espiritualidad que incluye, la religión, pero se expande más allá de ella, al agrupar individuos *espirituales*, pero no *religiosos*. Esto señala, los dos tipos de estrategias de afrontamiento adaptativas donde se encuentran la exposición terapéutica a los recuerdos traumáticos, la capacidad de perdón y la evitación cognitiva; mientras que estrategias de afrontamiento desadaptativas están sentimientos de odio y venganza, conductas autodestructivas y nostalgia (Echeburúa y Amor, 2019).

Figura 2

Frecuencia de Uso de Estrategias de Afrontamiento Espiritual no Religioso N=71



Nota. EANR= Estrategias de afrontamiento no religiosas.

Niveles de Depresión y Estrategias de Afrontamiento Espiritual

Finalmente, para responder al último objetivo específico que es comparar los niveles de depresión con las estrategias de afrontamiento espiritual religioso y no religioso en MGFH en el HEJCA, en la ciudad de Cuenca, Ecuador en el período 2022 -2023, en la **tabla 5** se presenta que, de las 43 personas con depresión, 30 no tuvieron tendencia a usar estrategias religiosas en tanto que 13, sí presentaron tendencia. Es decir, que las personas que no usaban estrategias religiosas, tenían una tendencia a presentar depresión, pues se obtuvo un valor de significancia de la prueba chi cuadrado menor al .05, lo que indica que esta asociación es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 5.082$; $p = .029$).

Este señalamiento, está relacionado con un estudio de 1.000 participantes, donde los pacientes deprimidos tenían significativamente más probabilidades de indicar ninguna afiliación religiosa, con mayor probabilidad a ser espiritual, pero no religioso, es decir, menos dispuesto a orar o leer las Escrituras, y con puntuación más baja en religiosidad intrínseca. También se encontró que los síntomas depresivos estaban inversamente relacionados con indicadores religiosos (Koenig, 2009). Asimismo, hace referencia, a los críticos que señalan la asociación entre depresión y religión, al determinar su relación en los factores genéticos como la serotonina, por medio de resonancias de emisión de positrones, con el hallazgo de menos serotonina en pacientes no depresivos y que aceptaban ser más espirituales.

En contraste a esta idea, Koenig (2009) también señala que, en la muestra de la población de este estudio con personas depresivas espirituales, y quienes están genéticamente predispuestas a padecerla, podría orientar a las personas religiosas y espirituales a tener un menor riesgo de sufrir trastornos según su perfil de unión al receptor de serotonina y de acuerdo a evidencia en imagenología. Adicionalmente a esto, en una investigación sistemática efectuada antes de 2000, se identificaron en 68 estudios, la relación suicidio-religión. En estos estudios, 57 hallaron menor cantidad de suicidios o actitudes menos negativas en relación al suicidio entre las personas más religiosas, 9 no mostraron relación y reportaron resultados mixtos. De acuerdo a este resultado, la práctica religiosa podría también ayudar a prevenir el riesgo de suicidio, síntoma de depresión, al rodear a la persona en riesgo de una comunidad solidaria (Koenig, 2009).

Tabla 5

Presencia de Depresión y Tendencia a Usar EAR

Tendencia a usar estrategias de afrontamiento		Tiene o no depresión		Total	Chi cuadrado	p valor
		No	Sí			
Estrategias	No tendencia	12	30	42		
Religiosas	Sí tendencia	16	13	29	5.082	.029
Total		28	43	71		

En la **tabla 6** se presenta que, de las 28 personas que no tienen depresión, 27 sí presentaron tendencia a usar estrategias no religiosas. Se obtuvo un valor de significancia de la prueba chi cuadrado menor al .05, que indica una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=5.195$; $p=.025$). Por tanto, las estrategias no religiosas contribuirían a presentar depresión.

Esto se confirma en un meta-análisis de 93 estudios observacionales, al encontrar significativamente, dos tercios con tasas más bajas de trastorno depresivo o menos síntomas depresivos entre los más religiosos. Adicionalmente, 22 estudios longitudinales, 15 puntuaron con una mayor religiosidad al inicio del estudio y predecían menos síntomas de depresión o una remisión más rápida de los síntomas luego del seguimiento (Koenig 2009). Dicho seguimiento, se realizó en la misma muestra de 1.000 participantes, señalada con anterioridad, de 865 participantes por un período de 12 a 24 semanas, y se halló como factores que influyen en una remisión más rápida de depresión a los pacientes más religiosos (aquellos quienes asistían a servicios religiosos al menos una vez por semana, oraban una vez al día por lo menos, leían la Biblia u otras Escrituras Sagradas al menos tres veces por semana y marcaron un puntaje alto en religiosidad) fueron remitidos de depresión 50% más

rápido que otros pacientes, y considerar los múltiples factores predictores de depresión como salud física, psicosociales, psiquiátricos, y demográficos (Koenig, 2009).

Tabla 6 *Presencia de Depresión y Tendencia a usar EANR*

Tendencia a usar estrategias de afrontamiento		Tiene o no depresión		Total	chi cuadrado	p valor
		No depresión	Sí depresión			
Estrategias no religiosas	No tendencia	1	10	11	5.019	.025
	Sí tendencia	27	33	60		
Total		28	43	71		

Conclusiones

En torno al *primer objetivo* específico sobre los niveles de depresión en Médicos Generales en Funciones Hospitalarias del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el período 2022-2023, se concluye que el nivel de *depresión moderado* es *predominante*, seguido del nivel de depresión severo. Se debe mencionar que más de la mitad de participantes presenta un nivel de depresión mínimo o ausente.

En torno al *segundo objetivo* específico, sobre las estrategias de afrontamiento espiritual religioso y no religioso que más utilizan con respecto a EAR destacó el ítem 14 que es *Soy cercano a mis familiares y amigos y confío en ellos*, el ítem 18 que es *Confío en Dios o en un poder superior, con la esperanza de que las cosas van a mejorar*. Sin embargo, hay un uso menor del ítem 8 que es *Escuchar música religiosa o mirar en TV programas religiosos*, obteniendo una leve tendencia por debajo de la media a utilizar estrategias de afrontamiento espiritual religioso.

Concerniente a la EANR, las estrategias que más emplean los Médicos Generales en Funciones Hospitalarias son el ítem 3 que es *Construyo o mantengo las relaciones con familiares o amigos* y el ítem 20 que es *Aprecio la naturaleza, por ejemplo, mar, el sol, las plantas, las flores* y el de menos uso fue el ítem 15 que es *Asisto a la iglesia para las prácticas religiosas*, indicando una tendencia alta por encima de la media a utilizar las estrategias de afrontamiento espiritual no religioso.

En torno al *tercer objetivo* específico sobre los niveles de depresión en relación con las estrategias de afrontamiento espiritual religioso y estrategias de afrontamiento espiritual no religioso de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca, Ecuador en el período 2022 -2023, se concluye que hubo una asociación estadísticamente significativa entre la tendencia a usar o no estrategias de afrontamiento religioso y no religioso con la tendencia a presentar o no depresión. Las personas que no usan estrategias de afrontamiento religiosas, tienen una tendencia a presentar depresión. Asimismo, las personas que no presentan depresión, tienen una tendencia a usar estrategias de afrontamiento religiosas.

Esto quiere decir, que los médicos que tuvieron un mayor uso de estrategias de afrontamiento espiritual religioso, tienen menores niveles de depresión, mientras que los médicos que tuvieron mayor uso de estrategias de afrontamiento espiritual no religioso tienen mayores niveles de depresión en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca, Ecuador durante el período 2022-2023.

A nivel teórico se concluye que la población más afectada por los efectos de COVID-19, fue el personal de salud, no sólo en nuestro medio, sino a nivel nacional, regional y mundial, con una prevalencia de depresión tres veces mayor durante la pandemia. Si bien, la depresión es

una enfermedad que la padecen 300 millones de personas en el mundo, COVID-19 pudo haber ocasionado el incremento de los niveles de depresión en la población en general y particularmente en el personal de salud como los Médicos Generales en Funciones Hospitalarias del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Se concluye que son pocos los estudios realizados en temas de depresión con el personal de salud en Ecuador; así, en esta investigación se sustentan estudios realizados en hospitales como el Hospital Santa Inés en Cuenca, Hospital del Batán en Quito y otros estudios previos en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, e indican que los médicos presentaron depresión con mayor prevalencia al tener mayor carga horaria como un factor desencadenante de dicha patología, ya que la mayoría de médicos que trabajan más de 40 horas semanales padecen de depresión.

En Latinoamérica, como resultado de la pandemia de COVID-19, los estudios señalan que el personal de salud presentó una mayor afección psicológica, y reportó síntomas de depresión, miedo al contagio, frustración, desesperanza y preocupación, debido a arduas jornadas de trabajo, horarios irregulares, escasez de insumos médicos, repercutiendo en su calidad de vida y desempeño laboral. A nivel de Latinoamérica, Ecuador ocupa el undécimo puesto, con una prevalencia estadísticamente significativa de depresión; las estadísticas estiman que para el año 2050, esta prevalencia podría incrementarse, es decir, cerca de 2 mil millones de personas podrían sufrir esta enfermedad.

De igual manera, experiencias traumáticas impactan al ser humano en sus dimensiones físicas, cognitivas, emocionales y conductuales, por tal razón, COVID-19 debía ser abordada como un trauma, debido a que constituyó una experiencia amenazante para la integridad física y psicológica del personal médico, asociado a episodios de confusión, incertidumbre, hipervigilancia, restricción afectiva y/o sensación de desapego. Es así que, se evidenció en 26 países de los cinco continentes, una repercusión negativa con presencia de síntomas depresivos en niveles de moderados a graves e intentos de suicidio de los trabajadores de la salud en un amplio rango de países en Latinoamérica, Europa, África, Medio-Oriente, y Asia.

Recomendaciones

Con base en lo investigado, se recomienda planificar un programa de prevención e intervención de depresión para los Médicos Generales en Funciones Hospitalarias, y crear espacios para esta sección del personal de salud del hospital, de asistencia psicológica que podría permitirles múltiples beneficios. En cuanto a prevención como: psicoeducación, con espacios recreativos donde puedan ser escuchados, prevención en el aumento de los niveles de depresión, refuerzos positivos para su desempeño laboral e integración del equipo de trabajo. Concerniente a un programa de intervención para Médicos Generales en Funciones Hospitalarias que ya padecen la enfermedad, los beneficios serían: conciencia de enfermedad, psicoeducación para el manejo de la enfermedad a través de técnicas científicamente validadas, y desarrollo de investigaciones pre – post experimentales a través de la práctica clínica en salud mental dirigidos específicamente a esa sección del personal de salud del hospital.

De igual forma, para una mayor eficacia de las estrategias de afrontamiento espiritual religioso y no religioso en síntomas depresivos como ánimo triste, vacío o irritable, sería interesante como tema de investigación, integrarlas en psicoterapia. Se encuentra debidamente sustentado que la espiritualidad puede ayudar a las personas a afrontar situaciones adversas, y contribuir en la cura, alivio, consuelo, esperanza, sentido de valor y/o acompañamiento en el proceso psicoterapéutico que logren el bienestar en salud mental de los pacientes.

De esta manera, estas estrategias de afrontamiento espiritual eficazmente utilizadas en espacios de atención psicológica especializada puede influir en una mayor mejora del funcionamiento psicológico de los médicos, quienes, por las características de sus jornadas de labor, se hallan continuamente expuestos a adquirir la enfermedad de depresión y/o aumentar la intensidad del trastorno si no es abordada oportunamente, y, en ocasiones con desenlaces de suicidio.

Finalmente, se recomienda crear una Unidad de Atención especializada en Salud Mental para el personal de salud en el hospital a fin de beneficiar no sólo a los Médicos Generales en Funciones Hospitalarias, sino también a otras unidades del personal, puesto que, al momento de la recolección de datos, hubo médicos en otras condiciones laborales y de especialización en los diferentes espacios de la institución, al demostrar interés e iniciativa en participar, puesto que tienen la misión de cuidar a otros y cuidar de sí mismos. Con base en todo lo expuesto, la autora de este trabajo, considera relevante la apertura de investigaciones inherentes al tema de la espiritualidad y su influencia positiva en psicoterapia de atención en salud mental especializada para el personal de salud a nivel local, nacional y regional.

Referencias

- Aldrete, M., Navarro, C., González, R., León, S. y Hidalgo, G. (2017). Estrés y ansiedad en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. *Revista cubana de salud y trabajo*, 18(1), 35-43. <https://n9.cl/kk12o>
- Alfaro-Díaz, C. Canga-Armayor, A. Gutiérrez-Alemán, T. Carrión, M y Esandi, N. (2020). Validación lingüística del Demand-Control-Support Questionnaire para profesionales de enfermería en España. *Revista Anales Sis San Navarra* 43(1), 17-33. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0749>
- Alvarado-Díaz, E., y Pagán-Torres, O. M. (2021). Consideraciones sobre la espiritualidad y la religión como recursos de afrontamiento durante la pandemia del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 5 (1), 2-8. <https://doi.org/10.37226/rcp.v5i1.5007>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5^{ta}. edición). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psicología. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. APA. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Arteaga, M. (2021). Deterioro cognitivo en médicos residentes por la privación del sueño en guardias de 24 horas. *Revista San Gregorio*, 1(45),175-192. <https://acortar.link/ZAGFFm>
- Aveiro, T. Chávez F. Meléndez, S. Vinelli, D. Jaramillo, D. Rojas, J. y Mejia, C. (2021). Ansiedad, depresión y estrés por COVID-19 en profesionales de la salud de Latinoamérica: Características y factores asociados. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61(1), 114-122. <https://acortar.link/fis6PN>
- Ayala, E. (2020). *Prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos del sueño en médicos postgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2019* [Tesis de Grado]. Universidad Católica de Cuenca. <https://acortar.link/mlbd64>
- Baldacchino, D. (2002). *Spiritual coping of maltese patients with first acute myocardial infarction: a longitudinal study* [Tesis de Doctorado]. <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.272012>
- Baldacchino, D. y Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advance Nursing*, 42(6), 558–70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12787229/>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-331. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14045261/>
- Beck, A. T. Rush, A. J. Shaw, B. F y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11982560/>

- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. <https://n9.cl/ezuxm>
- Bernal, L. (2018). Adaptación y Validación Psicométrica de la Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual para la Investigación Clínica en Cuenca-Ecuador. *Revista Médica HJCA*, 10(3), 228-234. <https://acortar.link/Ezag5i>
- Bonelli, R y Koenig, H.G. (2013). Mental disorders religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 657-673. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>
- Captari, L. E. Hook, J. Hoyt, W. Davis, D. McElroy-Heltzel, S. y Worthington, E. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938–1951. <https://doi.org/10.1002/jclp.22681>
- Echeburúa, E y Amor, P. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71–80. <https://acortar.link/DFCEmJ>
- Ellis, A. (1976). The Biological Basis of Human Irrationality. <https://eric.ed.gov/?id=ED119041>
- Ellis, A. (1987). A Sadly Neglected Cognitive Element in Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1) 121-146. <https://doi.org/10.1007/BF01183137>
- Erazo, M. Fors, M. (2020). Depresión: una experiencia del Hospital del Adulto mayor, Quito, Ecuador, 2018. *Bionatura*, 5(3), 1-7. <http://revistabionatura.com/files/2020.05.03.11.pdf>
- Ettman, C. Abdalla, S. Cohen, G. Sampson, L. Vivier, P y Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the Covid 19 pandemic. *Jama Network Open*, 3(9), 1-12. <https://acortar.link/dDyZCQ>
- Franck, E. Haegdorens, F. Goossens, E. Van Gils, Y. Portzky, M. Somville, F. Abuawad, M. Sloomans, S y Van Bogaert, P. (2021). The Role of Coping Behavior in Healthcare Workers' Distress and Somatization During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychology* 12(1), 2-5 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.684618>
- Galarza, J. (2019). *Afrontamiento espiritual y calidad de vida en personas con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico*. [Tesis de Grado]. Universidad de Cuenca. <https://acortar.link/YTYVuc>
- Galarza-Parra, J y Bernal-Sarmiento, L. (2023). Espiritualidad y calidad de vida en personas con esquizofrenia en Cuenca. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 7(47), 186-204. <https://acortar.link/TxfuQ1>

- Galvis, A y Rojas, A. (2021). *Estrés, ansiedad y depresión en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una entidad prestadora de salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia*. [Tesis de Grado]. Universidad Santo Tomás. <https://acortar.link/us6LIA>
- Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación (6^{ta}. Ed)*. McGraw-Hill Education.
- Hernández, D. (2021). *Prevalencia de ansiedad y depresión y sus determinantes sociales en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, abril-junio 2021* [Tesis de Maestría]. Universidad de Cuenca. <https://acortar.link/0e6JNz>
- Hernández, A. González, J. Garza, R. Valdés, K y Pérez, B. (2022). Ansiedad, desesperanza y ante el COVID-19 en usuarios de atención psicológica. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 17-28. <https://acortar.link/VZxIdN>
- Horesh, D y Brown, A. (2020). Traumatic Stress in the Age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335. <https://doi.org/10.1037/tra0000592>
- Jiménez, R y Pavés, J. (2015). Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. *Medware*, 25(7), 1-9. <https://acortar.link/NYcOfm>
- Jung, C. (2022). *Los Complejos y el Inconsciente, (5ta. Edición)*. Alianza Editorial. <https://acortar.link/RTWYHp>
- Kick, K y McNitt, M. (2016). Trauma, spirituality, and mindfulness: Finding hope. *Social Work and Christianity*, 43(3), 97–108. <https://psycnet.apa.org/record/2016-39484-007>
- Koenig, H. (2008). Concerns About Measuring “Spirituality” in Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 349-355. <https://acortar.link/oDIjN3>
- Koenig, H. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291
- Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*, 27(12),1-33. <https://acortar.link/xZv1Eq>
- Koenig, H.G. (2020). Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2205-2214. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2>
- Lazarus, R y Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. <https://acortar.link/HSPvTS>
- Li, Y. Scherer, N. Felix, L. y Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Journal Plos One*, (3) 10 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>

- Lorenzo-Ruiz, A. Díaz, K y Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia y profesión en el afrontamiento del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 153-165. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4815>
- Lozada, J. (2018). *Depresión y su grado de asociación con variables sociodemográficas en el personal de salud del Hospital del Batán – Quito, en el período abril-junio 2018*. [Tesis de Grado]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <https://acortar.link/4Lphyd>
- Mariano de la Maza, L. (2015). Sobre el espíritu en Hegel y Edith Stein. *Revista Teología y Vida*, 56(2), 271-289. <https://acortar.link/qE7edg>
- Mascayano, F. Moro, Van Der, E. Francesca, M. Schilling, S. Alarcón, S. Barathie, J. Alnasser, L. Asaoka, H. Ayinde, O. Balalian, A. Basagoitia, A. Brittain, K. Dohrenwend, B. Durand-Arias, S. Eskin, M. Fernández-Jiménez, E. Freytes, M. Giménez, L. Gisle, L. Hoek, H. Jaldo, E. Lindert, J. Maldonado, H. Martínez-Alés, G. Martínez-Viciano, C. Mediavilla, R. McCormack, C. Myer, L. Narvaez, J. Nishi, D. Ouali, U. Puac-Polanco, V. Ramírez, J. Restrepo-Henao, A. Rivera-Segarra, E. Rodríguez, A. Saab, D. Seblova, D. Correia da Silva, T. Valeri, L. Alvarado, R. Susser, E. y el grupo HEROES. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Workers in Health Services: Study Protocol for the COVID-19 Health Care Workers (HEROES) Study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* in press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8782684/>
- Mediavilla R, Fernández-Jiménez E, Andreo J, Moran-Sánchez I, Muñoz-Sanjosé A, Moreno-Küstner B, Mascayano, F. Ayuso-Mateos, J. Bravo-Ortiz, M y Martínez-Alés, G. (2021). Association between perceived discrimination and mental health outcomes among health workers during the initial COVID-19 outbreak. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15(4), 221-296. <https://acortar.link/1Cx0mN>
- Medina-Cantillo, J. Moya-Arcos, O. Padrós-Domingo, N. Roca-Urraca, S. Vigo-Morancho, M. y Mas, S. (2021). Traducción al Español y Validación Lingüística de la Escala North Star Ambulatory Assessment para la Evaluación Funcional de la Distrofia Muscular de Duchenne. *Revista Neurología* 72(10), 337-342. <https://neurologia.com/articulo/2020604>
- Molina, A y Calvopiña, M. (2017). Síndrome de burnout en médicos de cuidados críticos: Una alarma de agotamiento emocional y psicopatía. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas de Quito*, 42(1), 56-64. https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v42i1.1519
- Nagai-Jacobson, M y Burkhardt, M. (1989). Spirituality: Cornerstone of holistic nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 3(3), 18-26. <https://acortar.link/slv8uf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Depressive Disorder Depression. OMS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES). <https://acortar.link/gARJMO>
- Paloutzian, R y Park, C. (2013). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, (2nd. Ed.). The Guilford Press.
- Pazmiño-Erazo, E. Alvear M. Saltos, I. y Pazmiño, D. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3),166-175. <https://n9.cl/rz542>
- Pearce, M. (2016). *Cognitive Behavioral Therapy for Christians with Depression: A Practical Tool-Based Primer*, (3rd. Ed.). Templeton Foundation Press.
- Peñafiel, J. Ramírez, A. Mesa, I y Martínez, P. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Sociedad Venezolana de Farmacología y Terapéutica* 40(3), 202-211. <https://acortar.link/BMRySB>
- Pereira, N. Venegas, J y Cifuentes, I. (2020). Calidad de vida en pacientes sometidos al tratamiento quirúrgico del linfedema. Validación lingüística y adaptación transcultural del Lymphedema Quality of Life Score (LeQOLiS). *Revista de Cirugía*, 72(2),113-117. <https://acortar.link/XlwQEe>
- Pradas, J. (2015, abril 10). El Dualismo Cartesiano. *Filosofía para una buena vida* [Blog]. <https://acortar.link/o98ujP>
- Ramos, K. Erkanli, A y Koenig, H. G. (2018). Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy (CBT) on suicidal thoughts in major depression and chronic medical illness. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(1), 79–87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27305903/>
- Rosmarin, D. (2018). *Spirituality, Religion and Cognitive Behavior Therapy*. Guilford Press.
- Santos, A. (2023). *Resumen de Platón*. Escuela Pontificia Católica de Ecuador. <https://acortar.link/l1h63B>
- Sanz, J. Perdigón, A y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Sheldrake, P. (2007). *A Brief History of Spirituality*. Blackwell Publishing.
- Stein, E. (2002). *Estructura de la Persona Humana (EPH) en Obras completas IV*, Editorial Monte Carmelo
- Vázquez, C. Hervás, G. Gómez, H y Romero, N. (2010). Modelos Cognitivos de la Depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165. <https://acortar.link/x2ldfU>

- Van-Hook, M. P. (2016). Spirituality as a potential resource for coping with trauma. *Social Work and Christianity*, 43(1), 7–25. <https://www.nacsw.org/RC/49996629.pdf>
- Wu, A. Buckle, P. Haut, E. Bellandi, T. Koizumi, S. Mair, A. Ovretveit, J. Power C. Sax, H. Thomas, E. Newman-Toker, D y Vincent, C. (2020). Supporting the Emotional Well-being of Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Patient Safe and Risk Management*, 25(3), 93-96. <https://acortar.link/dSA8B>

Anexos

Anexo A. Ficha sociodemográfica

Niveles de depresión y Afrontamiento Espiritual de Médicos Generales en Funciones Hospitalarias del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca, Ecuador en el periodo 2022 - 2023

Bienvenido (a). Ante todo, mi agradecimiento por su participación. A continuación, apreciará la presente ficha sociodemográfica anonimizada, y los instrumentos de evaluación que tienen la finalidad de recoger datos útiles para investigar los niveles de depresión y estrategias de afrontamiento espiritual en MGFH del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Por favor, responda este cuestionario de acuerdo a sus características sociodemográficas y elija la más ajustada a su situación

FECHA: _____ **CÓDIGO:** _____

a) Fecha de nacimiento: _____ **b) Edad:** _____

c) Sexo: Mujer () Hombre () Binario ()

d) ¿Tiene usted una pareja sentimental? Sí () NO ()

e) ¿Profesa alguna religión?

Cristianismo _____

Catolicismo _____

Budismo _____

Ateísmo _____

Hinduismo _____

Agnosticismo _____

Ninguna _____

Anexo B. Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Instrucciones: Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con una X el enunciado elegido, recuerde solo se puede elegir un enunciado que se asemeje más a su situación actual.

1. Tristeza 0 no me siento triste. () 1 me siento triste gran parte del tiempo. () 2 me siento triste todo el tiempo. () 3 me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. ()	7. Disconformidad con uno mismo 0 siento acerca de mí lo mismo que siempre. () 1 he perdido la confianza en mí mismo. () 2 estoy decepcionado conmigo mismo. () 3 no me gusto a mí mismo. ()
2. Pesimismo 0 no estoy desalentado respecto del mi futuro. () 1 me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. () 2 no espero que las cosas funcionen para mí. () 3 siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar. ()	8. Autocrítica 0 no me critico ni me culpo más de lo habitual. () 1 estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. () 2 me critico a mí mismo por todos mis errores. () 3 me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede. ()
3. Fracaso 0 no me siento como un fracasado. () 1 he fracasado más de lo que hubiera debido. () 2 cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. () 3 siento que como persona soy un fracaso total. ()	9. Pensamientos o Deseos Suicidas 0 no tengo ningún pensamiento de matarme. () 1 he tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. () 2 querría matarme. () 3 me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo. ()
4. Pérdida de Placer 0 obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. () 1 no disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. () 2 obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. () 3 no puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar. ()	10. Llanto 0 no lloro más de lo que solía hacerlo. () 1 lloro más de lo que solía hacerlo. () 2 lloro por cualquier pequeñez. () 3 siento ganas de llorar, pero no puedo. ()
5. Sentimientos de Culpa 0 no me siento particularmente culpable. () 1 me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. () 2 me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. () 3 me siento culpable todo el tiempo. ()	11 Agitación 0 no estoy más inquieto o tenso que lo habitual. () 1 me siento más inquieto o tenso que lo habitual. () 2 estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. () 3 estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. ()
6. Sentimientos de Castigo 0 no siento que este siendo castigado. () 1 siento que tal vez pueda ser castigado. () 2 espero ser castigado. () 3 siento que estoy siendo castigado. ()	12 Pérdida de Interés 0 no he perdido el interés en otras actividades o personas. () 1 estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. () 2 he perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. () 3. Me es difícil interesarme por algo. ()

13. Indecisión 0 tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. () 1 me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. () 2 encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. () 3 tengo problemas para tomar cualquier decisión. ()	18. Cambios en el Apetito 0 no he experimentado ningún cambio en mi apetito. () 1a. mi apetito es un poco menor que lo habitual. () 1b. mi apetito es un poco mayor que lo habitual. () 2a. mi apetito es mucho menor que antes. () 2b. mi apetito es mucho mayor que lo habitual. () 3^a. no tengo apetito en absoluto. () 3b. quiero comer todo el día. ()
14. Desvalorización 0 no siento que yo no sea valioso. () 1 no me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. () 2 me siento menos valioso cuando me comparo con otros. () 3 siento que no valgo nada. ()	19. Dificultad de Concentración 0 puedo concentrarme tan bien como siempre. () 1 no puedo concentrarme tan bien como habitualmente. () 2 me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. () 3 encuentro que no puedo concentrarme en nada. ()
15. Pérdida de Energía 0 tengo tanta energía como siempre. () 1. Tengo menos energía que la que solía tener. () 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado. () 3. No tengo energía suficiente para hacer nada. ()	20. Cansancio o Fatiga 0 no estoy más cansado o fatigado que lo habitual. () 1 me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. () 2 estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. () 3 estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía. ()
16. Cambios en los Hábitos de Sueño 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. () 1a. Duermo un poco más que lo habitual. () 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. () 2a. Duermo mucho más que lo habitual. () 2b. Duermo mucho menos que lo habitual. () 3a. Duermo la mayor parte del día. () 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme. ()	21. Pérdida de Interés en el Sexo 0 no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. () 1 estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. () 2 estoy mucho menos interesado en el sexo. () 3 he perdido completamente el interés en el sexo. ()
17. Irritabilidad 0 no estoy tan irritable que lo habitual. () 1 estoy más irritable que lo habitual. () 2 estoy mucho más irritable que lo habitual. () 3 estoy irritable todo el tiempo. ()	

Anexo C. Escala de Estrategias de Afrontamiento Espiritual

Estrategias de Afrontamiento Espiritual (EAE)
Copyright © Todos los derechos reservados

El uso de varias estrategias de afrontamiento espiritual están enumeradas, acompañadas por la frecuencia de respuesta en un rango de 0 a 3. Se le pide que encierre uno de los números.

0 = nunca utilizado
 1 = poco utilizado (al menos una vez cada seis meses)
 2 = a veces utilizado (al menos una vez al mes)
 3 = a menudo (al menos una vez al día/semana)

Estrategias de Afrontamiento Espiritual		Frecuencia			
1	Practico oraciones cuando estoy solo.	0	1	2	3
2	Mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza.	0	1	2	3
3	Construyo o mantengo las relaciones con familiares o amigos	0	1	2	3
4	Practico oraciones con otra persona o con un grupo de personas.	0	1	2	3
5	Discuto mis problemas con alguien que tiene o ha tenido la misma experiencia.	0	1	2	3
6	Utilizo objetos o símbolos religiosos o espirituales.	0	1	2	3
7	Veó el lado positivo de mi situación.	0	1	2	3
8	Escucho en la radio música religiosa o miro en la TV programas religiosos.	0	1	2	3
9	Vivo día a día con la esperanza de que el futuro será mejor para mí.	0	1	2	3
10	Leo textos de inspiración religiosa o espiritual.	0	1	2	3
11	Acepto la situación actual de mi vida.	0	1	2	3
12	Encuentro propósitos para vivir con mis momentos difíciles	0	1	2	3
13	Aprecio la belleza de las artes, por ejemplo, música, pinturas, artesanías.	0	1	2	3
14	Soy cercano a mis familiares y amigos y confío en ellos.	0	1	2	3
15	Asisto a la Iglesia para las prácticas religiosas.	0	1	2	3
16	Uso la reflexión para identificar mis capacidades y fortalezas	0	1	2	3
17	Ayudo a los demás para entregar amor y paz a los otros.	0	1	2	3
18	Confío en Dios o en un poder superior, con la esperanza de que las cosas van a mejorar.	0	1	2	3
19	Recibo la comunión.	0	1	2	3
20	Aprecio la naturaleza, por ejemplo, mar, el sol, las plantas, las flores.	0	1	2	3

Anexo D. Consentimiento Informado

UCUENCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: *Niveles de depresión y afrontamiento espiritual de médicos generales en funciones hospitalarias del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca, Ecuador en el período 2022 – 2023*

Usted está *invitado* a participar en este estudio que se realiza en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga y el presente documento es un consentimiento informado que expresa su libre voluntad de participar en este estudio, así como de no aceptar su participación. No tenga prisa para decidir. Considere que su participación es para su beneficio personal e institucional.

El propósito de esta investigación es descubrir el uso de estrategias de afrontamiento espiritual y evaluar su estado del ánimo con dos instrumentos de *evaluación psicodiagnóstica* para la recolección digital de información. Por consiguiente, si usted decide participar, recibirá la evaluación a su correo electrónico y/o celular, de acuerdo a su preferencia. Previo a la evaluación psicodiagnóstica, encontrará una breve ficha sociodemográfica y comprobará que sus datos como edad, género, estado civil y religión serán anónimos ya que la información será codificada. El tiempo estimado para dicho proceso es de 30 minutos. La razón por la que usted fue seleccionado es por ser médico general de funciones hospitalarias del HEJCA ajustándose a la edad, género y rol dentro de esta institución. El objetivo de este estudio es conocer cómo se encuentra el estado de ánimo del personal de salud y descubrir si hacen uso de estrategias de afrontamiento espiritual religiosas y no religiosas.

Una vez finalizada su participación en la evaluación vía correo electrónico y en caso de sentir cierto malestar emocional al momento de responder a los reactivos de la evaluación, no dude en contactarse al correo: cepauc@ucuenca.edu.ec, para la debida atención que amerite. Su participación en la evaluación es muy importante y será utilizada para fines académicos. Si usted elige no participar de este estudio, su decisión será respetada ya que no tiene obligación de hacerlo, ni de recibir ningún tipo de sanción por su decisión, ya que su participación es voluntaria. En caso de tener alguna duda o pregunta sobre el estudio puede contactarse a la siguiente dirección electrónica: paulina.castillo@ucuenca.edu.ec que pertenece a la investigadora de este estudio.

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Fecha: _____

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Jenny Paulina Castillo Bustamante

Investigadora