



Vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito- Huila

Dayana Bermeo Escalante

Fundación Universitaria Sanitas
Facultad de Enfermería
Maestría en enfermería en salud mental
Bogotá DC, Colombia
2026

Vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito- Huila

Dayana Bermeo Escalante

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de:
Magister en Enfermería en Salud Mental

Directora:
MABEL ROCÍO OICATA MESA
Enf. MSc. PhD© Enfermería

Codirectora:
MERILYN GUERRA RAMIREZ
Enf. MSc. PhD© Enfermería

Línea de Investigación:
Cuidado de la salud mental

Fundación Universitaria Sanitas
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería en Salud Mental
Bogotá DC, Colombia
2026

Dedicatoria y Agradecimientos

A Jesús y María Santísima por ser mi fortaleza, mi refugio y compañía en este camino, quienes me inspiraron y me alentaron cuando mis fuerzas se agotaban.

A mis padres, hermanos y familia por su amor incondicional y haber sembrado en mi la semilla de la fuerza y la perseverancia.

A mi promesa de Dios por acompañarme con amor, paciencia y comprensión. Gracias por brindarme apoyo incondicional y por ser un pilar fundamental en los momentos de mayor exigencia. Este logro también te pertenece.

A mis tutoras por su orientación, compromiso y valiosos aportes a mi formación profesional.

En memoria de mis tres ángeles del cielo cuyo recuerdo permanece tatuado en mi alma, su ejemplo continúa inspirando en mi vida. Negrito, Hildozco, Josemilik.

Finalmente, expreso mi más sincero agradecimiento a las mujeres de Pitalito, Huila que participaron en esta investigación. Su generosidad al compartir sus vivencias hizo posible este estudio.

Resumen

Introducción: La depresión constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, afectando de manera particular a las mujeres por el rol que cumplen dentro de la sociedad, quienes recurren a prácticas espirituales y religiosas como recurso frente al sufrimiento. Sin embargo, la comprensión de esta vivencia desde la perspectiva de las propias mujeres, especialmente en contextos como el municipio de Pitalito, Huila, ha sido escasamente documentada en la literatura colombiana.

Objetivo: Describir las vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito, Huila, identificando dichas vivencias y caracterizando las prácticas espirituales y religiosas.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo descriptivo de fuentes primarias, fundamentado en el Análisis Temático Reflexivo de Braun y Clarke (2006, 2019, 2022). Participaron nueve mujeres con diagnóstico de depresión, residentes en las áreas rural y urbana de Pitalito, Huila, con quienes se realizaron entrevistas semiestructuradas virtuales entre abril y junio de 2026, con una duración promedio de 57 minutos hasta lograr la saturación de los datos. El proceso analítico siguió las seis fases propuestas por las autoras, desde la codificación inicial hasta la construcción y el reporte de los temas, apoyado en memos metodológicos y reflexivos que garantizaron la trazabilidad y el rigor del análisis. La credibilidad de los hallazgos se verificó mediante member checking con las participantes.

Resultados: Las participantes fueron mujeres de mediana edad (31-50 años), predominantemente de estrato socioeconómico bajo, con una convivencia prolongada con la depresión (entre 3 y 16 años) y una vinculación activa con prácticas espirituales diarias, mayoritariamente de tradición católica. El análisis permitió identificar un tema central: Transitar la depresión hacia la vida sostenida por la fe, conceptualizado como una transición de salud-enfermedad, en los términos de la teoría de Meléis, e integrado por cuatro temas: 1. Vivir la

depresión, que documenta la experiencia corporal, emocional y relacional del malestar, así como los eventos que lo desencadenaron; 2. Buscar refugio en lo espiritual y lo religioso, que caracteriza las prácticas espirituales y religiosas, la red de apoyo comunitaria y familiar, y la relación personal con un ser superior; 3. La transformación personal y espiritual, que da cuenta de los cambios internos y externos que las participantes atribuyen a dicho proceso de fe; y 4. Aferrarse a la vida, documenta los recursos y decisiones que sostuvieron a las participantes en los momentos de mayor riesgo vital.

Discusión: Los hallazgos evidencian que la vivencia de la depresión y la búsqueda espiritual-religiosa se entrelazan como dimensiones de un mismo proceso transicional, sostenido de manera central por los vínculos comunitarios y la relación con lo trascendente.

Conclusión: El estudio aporta evidencia cualitativa original sobre una población escasamente estudiada en la literatura y señala la necesidad de que los profesionales de enfermería incorporen una valoración espiritual sistemática dentro del cuidado en salud mental, dada la brecha formativa identificada entre la relevancia atribuida a la fe por las participantes y la preparación de los sistemas de salud para abordarla.

Palabras clave (DeCS): Depresión; Espiritualidad; Religión; Mujeres; Terapias Espirituales

Abstract

Introduction: Depression is one of the leading causes of disability worldwide, affecting women due to the role they play in society; they turn to spiritual and religious practices as a means of coping with their suffering. However, an understanding of this experience from the women's own perspective, particularly in contexts such as the municipality of Pitalito, Huila, has been scarcely documented in the Colombian literature.

Objective: To describe the experiences of women diagnosed with depression in Pitalito, Huila, in relation to spiritual and religious practices, identifying these experiences and characterising the specific spiritual and religious practices these women utilise.

Methodology: A descriptive qualitative study of primary sources was conducted, based on Braun and Clarke's (2006, 2019, 2022) Reflective Thematic Analysis. Nine women diagnosed with depression, living in rural and urban areas of Pitalito, Huila, took part. Semi-structured online interviews were conducted with them between April and June 2026, with an average duration of 57 minutes, until data saturation was reached. The analytical process followed the six phases proposed by the authors, from initial coding to the construction and reporting of themes, supported by methodological and reflective memos that ensured the traceability and rigour of the analysis. The credibility of the findings was verified through member checking with the participants.

Results: The participants were middle-aged women (aged 31–50), predominantly from a low socio-economic background, who had lived with depression for a prolonged period (between 3 and 16 years) and were actively engaged in daily spiritual practices, mostly within the Catholic tradition. The analysis identified a central theme: moving from depression towards a life sustained by faith, conceptualised as a health-illness transition in terms of Meléis's theory, and comprising four sub-themes: Experiencing depression,

which documents the physical, emotional and relational experience of the distress, as well as the events that triggered it; Seeking refuge in the spiritual and religious, which characterises spiritual and religious practices, the community and family support network, and the personal relationship with a higher power; Personal and spiritual transformation, which accounts for the internal and external changes that the participants attribute to this process of faith; and Clinging to life, which documents the resources and decisions that sustained the participants at times of greatest risk to their lives.

Discussion: The findings show that the experience of depression and the spiritual-religious quest are intertwined as dimensions of the same transitional process, underpinned centrally by community ties and the relationship with the transcendent.

Conclusion: The study provides original qualitative evidence on a population that is under-represented in the literature and highlights the need for nursing professionals to incorporate a systematic spiritual assessment into mental health care, given the training gap identified between the importance participants attributed to faith and the preparedness of health systems to address it.

Keywords (MeSH): Depression; Spirituality; Religion; Women; Spiritual Therapies

Tabla de contenido

Resumen	4
Abstract.....	6
1. MARCO DE REFERENCIA.....	11
1.1. Estado del Arte.....	11
1.2. Descripción del Problema	20
1.3. Pregunta de Investigación.....	23
1.4. Objetivos	28
2. MARCO CONCEPTUAL - TEÓRICO.....	29
2.1. Marco Conceptual.....	29
2.2. Marco Teórico	44
3. MARCO METODOLOGICO.....	51
3.1. Enfoque de Investigación	51
3.2. Tipo de Estudio	52
3.3. Participantes.....	52
3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	53
3.5. Instrumento de Recolección.....	53
3.6. Análisis de la información.....	57
3.7. Criterios de rigor metodológico.....	60
3.8. Consideraciones Éticas	61
4. RESULTADOS	64
4.1. Rigor metodológico y proceso de memos.....	64
4.2. Características de las participantes.....	66
4.3. Tema central. Transitar la depresión hacia la vida sostenida por la fe. 68	
4.4. Tema 1: Vivir la depresión.....	71
4.5. Tema 2: Buscar refugio en lo espiritual y lo religioso	76
4.6. Tema 3: La transformación personal y espiritual.....	81
4.7. Tema 4: Aferrarse a la vida en medio de la depresión	84
5. DISCUSIÓN.....	87
6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....	92

6.1 Conclusiones	92
6.2 Recomendaciones	94
6.3 Fortalezas	95
6.4 Limitaciones	95
6.5. Reflexiones sobre el proceso de aprendizaje en el desarrollo de la investigación	96
REFERENCIAS	98
ANEXOS	108
Anexo 1: Consentimientos informados de las participantes del estudio ..	108
Anexo 2: Tabla general de temas centrales de la investigación	108
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	108
PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN	110
GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	118

Lista de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes	67
Tabla 2. Categorías y códigos representativos del tema 1	75
Tabla 3. Categorías y códigos representativos del tema 2.	80
Tabla 4. Categorías y códigos representativos del tema 3.....	83
Tabla 5. Categorías y códigos representativos del tema 4.	86
Tabla 6. Cronograma de actividades.....	109
Tabla 7. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación.....	112
Tabla 8. Personal.	113
Tabla 9. Equipos-Software y servicios técnicos	114
Tabla 10. Gastos de viaje.....	115
Tabla 11. Materiales, suministros y servicios técnicos.	115
Tabla 12. Material bibliográfico.....	116
Tabla 13. Divulgación y publicación de resultados.	117

Lista de Figuras

Figura 1. Tema central y fases de una transición vital.....	69
Figura 2. Fases del proceso de transición	70

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. Estado del Arte

En la última década la salud mental ha tenido incidencia en la sociedad y a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona la pandemia por COVID 2019 como un detonante y un disparador de los trastornos mentales aumentando la prevalencia de 25 % a 27 % entre los cuales se encuentra la depresión y la ansiedad con un aumento del 25% en el primer año de la pandemia (1). Según Yangyan et al., a nivel mundial para el año 2021, se registraron más de 444 millones de casos incidentes de trastornos mentales y aproximadamente 155 millones de años vividos con discapacidad (DALYs), evidenciando un aumento sustancial en la incidencia y carga global en comparación con décadas anteriores (2). Dicha incidencia proviene de interacciones complejas de los factores sociales, biológicos y psicológicos de los trastornos mentales en personas jóvenes, población que presenta una mayor proporción.

Entre los principales trastornos mentales se encuentra la depresión, caracterizada fundamentalmente por un bajo estado de ánimo, presencia de sentimientos de tristeza, de minusvalía asociados a alteraciones en el comportamiento en la categoría de actividad y de pensamiento (3). Esta patología es una de las más frecuentes en atención primaria en servicios de salud y es la primera causa de atención psiquiátrica, de acuerdo con lo informado por el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) 2024 (4). Su sintomatología varía de acuerdo a diversos factores, generando incapacidad laboral e impactando negativamente a la economía mundial.

Según de la OMS en el año 2019, más de 280 millones de personas (alrededor del 5 % de los adultos) experimentaron depresión y se presentó como la causa principal de discapacidad a nivel global, representando una carga significativa en términos de salud pública y de pérdida de productividad (5).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) reportó una prevalencia de depresión mayor de 4,3 % en adultos, con un mayor impacto en las mujeres (5,4 %) respecto a los hombres (3,2 %) (6). Para el año 2023 cerca de 2.400.000 colombianos fueron diagnosticados con depresión, lo que representa alrededor del 4,7 % de la población (7). De igual manera el Ministerio Nacional de Salud, indicó que aproximadamente el 5 % de la población adulta presenta depresión, siendo esta la segunda causa de carga de enfermedad en Colombia (8).

Por otra parte una investigación describe que la prevalencia de la depresión ha aumentado globalmente en las últimas décadas debido al enfoque en la detección de enfermedades psiquiátricas (9). Jian et, al., reportaron en su estudio 332.000.000 de casos prevalentes de trastornos depresivos a nivel mundial entre los años 1990 y 2021 afectando principalmente a los países en vía de desarrollo (10).

La presencia de la depresión puede provocar un nivel de angustia en las personas que la padecen lo cual altera el desarrollo de tareas diarias con efecto en los diferentes roles, incluso afectando aspectos económicos, sociales y afectivos lo cual puede desencadenar el riesgo al suicidio, lo que genera un impacto en los sistemas de salud implementados en cada país (11). De igual forma factores de riesgo biológicos y genéticos influyen directamente en personas con depresión, en esta línea un estudio de cohortes en el 2015 reveló que el factor relacionado con la herencia del trastorno depresivo mayor en gemelos equivale a un 37% en los países de Suecia, Finlandia y China (12).

Enfermedades crónicas como el cáncer aumentan de igual forma el riesgo de desarrollar depresión, como lo confirma Golden et al., quien demostró un aumento en la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama, pasando del 14% al 33%. De igual forma, se ha demostrado que pacientes con enfermedades cardiovasculares son diagnosticados con depresión de manera más frecuentemente (13). Un estudio en el 2011, evidencio que la depresión y las enfermedades crónicas tienen una relación bidireccional; los procesos de inflamación crónica y situaciones de discapacidad aumentan la probabilidad de la presencia de la depresión (14).

Adicionalmente, situaciones sociales o laborales como el desempleo, la privación de la libertad, situaciones de abuso, el duelo o situaciones sociales deterioradas son factores que llevan a las personas a la depresión. (15). Los factores de riesgo sociales, biológicos y culturales, generan sintomatología depresiva los cuales difieren de acuerdo al género, la edad y la raza (9). Es así, como los factores de riesgos asociados al padecimiento de algún grado de depresión son variados e influyentes de manera diferente en cada persona.

En relación a procesos de afrontamiento en un estudio en el 2022 una relación positiva entre la salud espiritual y la salud mental en pacientes con enfermedades crónicas demostró un afrontamiento eficaz de la enfermedad incluso en fases finales de la vida (16). De igual forma, existen factores protectores los cuales actúan como herramientas y estrategias que inhiben, mitigan o minimizan el riesgo de este padecimiento en las diferentes etapas de la vida, dentro de los cuales se pueden enumerar la actividad física, el ejercicio (17), las habilidades de afrontamiento y el sentido y propósito de vida.

Frente a este último factor un estudio describe el sentido de la vida como un factor protector de psicopatologías y es un indicativo de bienestar ante la ansiedad y la depresión (18). De igual manera, se reporta que favorecen el manejo adecuado de las emociones, las conexiones sociales, el apoyo familiar, las prácticas espirituales y las prácticas religiosas; permite la mejoría en la calidad de vida de las personas con diagnósticos de depresión, teniendo una influencia positiva en la recuperación de estos cuadros los cuales pueden llegar a disminuir las complicaciones de la depresión como el suicidio (19).

Otros factores protectores para la salud mental como la espiritualidad y la religiosidad donde predomina la oración, la meditación y una relación estrecha con un ser Supremo han mostrado una relación significativa con la depresión, dado que pertenecer activamente a un grupo religioso o espiritual, la participación religiosa, la fe personal y las prácticas devocionales ayudan a darle un significado diferente a las

situaciones de enfermedad y permite un proceso de autocuidado más evidente (20). Estas prácticas se asocian con una mayor calidad de vida, mejorando el propósito de la misma y funcionando como una estrategia de afrontamiento que permite superar problemas y ayudar a redimensionar el sufrimiento (21).

Esta relación salud - espiritualidad ha despertado el interés en la comunidad médica durante los últimos años y sugiere que puede estar involucrada en la regulación de procesos fisiológicos importantes (22). Procesos que comprometen el sistema nervioso autónomo y las respuestas de lucha y huida, al igual que el proceso del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) el cual regula el estrés, los mediadores de procesos inflamatorios, la inmunidad y el sueño en personas con enfermedades mentales específicamente la depresión. La práctica de la meditación, la oración y de actividades espirituales y religiosos reducen el cortisol (hormona del estrés) y producen cambios en la actividad cerebral prefrontal y del sistema límbico relacionado con la regulación emocional (23).

Por su parte otra investigación establece que la espiritualidad actúa como factor protector, toda vez que esta aumenta la resiliencia y otros aspectos claves de las personas frente a las distintas situaciones a las que se enfrentan a lo largo de la vida las cuales finalmente desencadenan en ocasiones en problemas relacionados con la salud mental (24). De la misma manera, en el 2016, mediante un estudio se da a conocer que la espiritualidad resulta ser beneficiosa en los trastornos depresivos, en los trastornos de ansiedad y en aquellos relacionados con traumas, estrés y consumo de sustancias psicoactivas (25). A su vez, se ha reportado que las personas involucradas con actividades espirituales demuestran un mejor estado de salud y presentan mejores estilos de vida, experimentando una mayor motivación por el cuidado personal, evidenciado en la práctica del ejercicio, la buena alimentación y el descanso (21). De igual forma, se ha demostrado que la espiritualidad y la religiosidad no solo disminuye el grado de depresión sino que también elimina desencadenantes como el suicidio (26).

Se ha reportado en otra investigación que los niveles de depresión son más bajos en

las personas que aplican la espiritualidad en sus vidas y disminuyen también algunos síntomas depresivos (20). Además, se ha reportado que existe una mayor recuperación si se añaden factores espirituales al tratamiento cognitivo-conductual (25). Por ello puede afirmarse que la espiritualidad resulta al parecer, beneficiosa en la depresión, ya que no solo disminuye sus niveles, sino que elimina algunos de los síntomas tales como las tentativas de suicidio, dado que los sujetos involucrados en prácticas o actividades religiosas son menos propensos a cometer suicidio (25). En este sentido las prácticas espirituales como experiencias reflejadas, pueden ser evocadas en un contexto religioso o en contextos de la vida diaria, y pueden reflejar la historia religiosa del individuo o de sus creencias religiosas o espirituales que desarrollen en su vida cotidiana.

Se ha descrito que el anhelo de conectarse con Dios o con lo divino, es un aspecto de la vida espiritual que surge en la literatura mística de tradiciones y puede considerarse fácilmente como un elemento de experiencia espiritual diaria (27). Tal anhelo también se manifiesta en un sentido de querer estar más cerca de Dios o fusionarse con lo divino. Así, las experiencias espirituales pueden incluir varias dimensiones clave como la conexión con lo trascendente, el sentido de apoyo desde lo trascendente, la integridad, el sentido trascendente del yo, el asombro, la gratitud, la compasión, la misericordia y el anhelo por lo trascendente. Si bien las escalas existentes para la experiencia mística o espiritual intentan capturar aspectos de este dominio asociados con el bienestar psicológico, existe escasa investigación que vincula las experiencias espirituales de la vida diaria con los resultados de salud (28).

La inclusión de estos factores en los estudios de salud tiene un gran potencial para establecer una vía por la cual la espiritualidad y la religiosidad puedan influir en la salud, proporcionando un posible vínculo entre ciertas prácticas religiosas/espirituales, la cognición y la salud. Estos factores también brindan la oportunidad de evaluar los efectos directos de las experiencias espirituales diarias en la salud física y mental (29).

Tales experiencias espirituales y religiosas permiten aportar en el sentido de vida de las personas con depresión y han sido adoptadas por mujeres con el fin de reducir los

síntomas de la depresión (18), sin embargo, pocos estudios hablan de la manera como las mujeres que padecen un trastorno depresivo realizan este tipo de prácticas y las incorporan en sus tratamientos con el objetivo de mejorar su situación de salud y avanzar en procesos que les permitan reducir los síntomas depresivos en las fases tanto agudas como crónicas de la enfermedad (30). Por esta razón, se hace necesario indagar cómo las mujeres de Pitalito, Huila utilizan y viven estas prácticas en su afrontamiento cotidiano de síntomas depresivos respondiendo a una necesidad de la población femenina que pueda servir como insumo a otras mujeres y como factores que aporten a los tratamientos en salud mental (18).

Como lo mencionan Schaefer et al., quienes son conscientes del sentido de su vida tienen más capacidad para afrontar las dificultades y lidiar con más éxito con las adversidades, lo que puede disminuir la sintomatología depresiva (31). Dado que el sentido de la vida y la religiosidad están correlacionadas, pueden desempeñar un papel moderador o mediador en la relación entre depresión y espiritualidad/religiosidad (32). Asimismo, la religiosidad está asociada con la perspectiva eudaimonica que se refiere a un estado de bienestar, felicidad, y realización plena de las potencialidades humanas y puede estar relacionada con menos episodios depresivos. Por lo tanto, de acuerdo a estas investigaciones la conciencia del sentido de la vida está vinculada a la espiritualidad/religiosidad, la cual pueden funcionar como un factor protector contra la depresión (32). De este modo algunas de las prácticas espirituales y/o religiosas que se encuentran en la literatura y que las personas practican como herramientas en la reducción de los síntomas depresivos hacen referencia a la terapia de reminiscencia espiritual, prácticas como la oración, la meditación individual y la vivencia de la experiencia con las conexiones comunitarias en iglesias o cultos religiosos.

La depresión como trastorno es un padecimiento que puede presentar cualquier persona a lo largo de su vida que se encuentre expuesta a los factores de riesgo previamente mencionados, sin embargo, hay estudios que muestran que las mujeres son más propensas a padecerla sobre todo por el rol que representan en la familia y la sociedad (33). Como menciona otra investigación, las mujeres en Chile presentan más prevalencia de depresión que los hombres (34), toda vez que se enfrentan en el

conflicto trabajo-familia generando un doble impacto en el rol como proveedora y cuidadora, situación que se da probablemente por la desigualdad de género en la distribución de las tareas del hogar.

Colombia no es la excepción, ya que la prevalencia predominante de depresión en mujeres se encuentra en el 6.4% respecto a la población masculina la cual se representa con un 4.4%, de acuerdo al Observatorio Nacional de Salud, 2024. Esto dado que la depresión en mujeres está altamente relacionada con los procesos biológicos propios de la mujer, la inequidad de género, la violencia contra las mujeres y los roles impuestos como una figura del cuidado (35).

En el posparto o puerperio, el riesgo de depresión es el doble en comparación con cualquier otra etapa de la vida, entre otras razones por los grandes cambios fisiológicos, bioquímicos y hormonales que las mujeres experimentan en esta etapa entre ellos los cambios cíclicos del estrógeno, la progesterona y otras hormonas que alteran la función de los químicos cerebrales que controlan el humor, como la serotonina que juega un papel importante en procesos anímicos que son traducidos en trastornos como la ansiedad y la depresión (36). Sin embargo, para los médicos resulta difícil el diagnóstico de estos trastornos por los sentimientos de vergüenza, miedo y culpa que experimentan las mujeres como lo mencionan Sanabria et al., en un estudio en México (37). En la menopausia y perimenopausia, las mujeres maduras elevan el riesgo de desarrollar una depresión, cuando los niveles de hormonas varían de forma irregular (38).

El impacto de la depresión en las mujeres puede ser aún más pronunciado debido a factores socioculturales que las afectan directamente, tales como los roles tradicionales de género, la presión social y las expectativas familiares lo que hace referencia al poder y al estatus desigual (39). De igual forma las mujeres presentan una mayor probabilidad de verse enfrentadas a desigualdades de reconocimiento económico situación que puede llegar a generar disminución al acceso de atención de la salud lo que generará preocupaciones e incertidumbre sobre el futuro.

Estas situaciones pueden causar sentimientos de negatividad, baja autoestima y falta de control de la vida, ello sumado a la sobrecarga de responsabilidades domésticas y

laborales. Según González et al., en un estudio desarrollado en 15 zonas rurales y urbanas de Chile se demostró que la mayor prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres está asociada a dificultades económicas y a la carga de trabajo, factores estresores más frecuentes en mujeres que en hombres dada situaciones como el enfrentar la maternidad sin pareja sumado a requerimientos laborales para sustento propio y de su familia (34).

Igualmente las mujeres se referencian como figura de cuidado lo cual genera la asistencia no solamente de sus hijos y parejas sino también la asistencia a familiares enfermos o ancianos como padres, hermanos, nietos, entre otros (40), lo que conlleva a una carga reflejada a un mayor cansancio, a un aumento del estrés y a problemas de salud física y emocional, situaciones que conllevan a problemas de salud mental.

Para algunas mujeres, la convivencia con redes familiares no siempre contribuye a su bienestar, sino que puede convertirse en una fuente de estrés, particularmente en la conciliación entre la vida familiar y el aspecto laboral lo cual presenta efectos negativos sobre la salud física y mental (41). El rol de las mujeres como cabezas de familia generan una mayor responsabilidad a nivel económico y social, esto lo revela la Encuesta de Salud Mental en Bogotá 2023, en donde las mujeres que son jefes de hogar y que viven con más miembros de su familia tienen un 59% más de probabilidades de tener síntomas de depresión (35).

Basado con la descripción del estado del arte se presentan a continuación las tres dimensiones relacionadas con el fenómeno de estudio.

Antecedentes del Fenómeno

A nivel global, la depresión se convirtió en una de las problemáticas prioritarias de salud pública, con un aumento alarmante en su prevalencia y consecuencias sociales. La pandemia por COVID-19 acentuó aún más esta situación, impactando notablemente incremento porcentual de 25 % en el primer año.

En Colombia, cerca del 4,7 % de la población equivalente a 2,4 millones de personas padece depresión y la mayor afectación se ve refleja en mujeres (5,4 %) frente a los

hombres (3,2 %), esto en relación con los conflictos laborales y la desigualdad de género.

Ante este crucial panorama se reafirma la necesidad de fortalecer estrategias integrales de prevención y afrontamiento que incluyan componentes espirituales, sociales y de equidad para mitigar su impacto.

Lo que se Conoce

Las prácticas de carácter espiritual y religioso son un mecanismo de afrontamiento notablemente eficaz frente a los trastornos depresivos y demás problemas de salud mental, según evidencia científica, como la aportada por un estudio en el 2011 que encuentra en la espiritualidad y religiosidad una esperanza de vida en mujeres con depresión (26). La oración, la meditación y la conexión que la persona tenga junto a un propósito de vida fortalecen la resiliencia y permite disminuir los niveles de cortisol, regula emocionalmente esto teniendo en cuenta los cambios en el sistema nervioso y en la actividad cerebral. El efecto protector ha sido validado en diversos contextos y culturas, consolidándose como parte esencial en la promoción de la salud mental a nivel global.

Vacío de conocimiento:

Para concluir, desde la vivencia de las mujeres del municipio de Pitalito, se determina un vacío significativo en la comprensión situada de la depresión, por cuanto la literatura existente carece de un enfoque cualitativo que sondee cómo las prácticas espirituales y religiosas se entretajan con los roles a nivel familiar, laboral y comunitario desempeñados por las mujeres como un recurso de afrontamiento frente a la depresión. Milner et, al., en su investigación reporta que aunque existe un creciente reconocimiento de la importancia de la espiritualidad en salud mental, se conoce poco sobre cómo las personas experimentan la espiritualidad durante los problemas de salud mental (42). Esta carencia a nivel de la vivencia personal de la depresión de las mujeres en el contexto local de Pitalito, Huila restringe la construcción de intervenciones contextualizadas y sensibles al entorno, resaltando así

el impulso de investigaciones que observen estas vivencias y significados propios de las mujeres de esta importante región del sur del Huila.

1.2. Descripción del Problema

La depresión es un trastorno mental prevalente, se estima que afecta a más de 280.000.000 de personas en todo el mundo. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021, el 3,8% de la población a nivel mundial experimenta depresión, aproximadamente un 50%, con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Cada año se suicidan más de 700.000 personas con diagnóstico de depresión siendo este desenlace la cuarta causa de muerte en el rango de edad de 15 a 29 años (43).

En países desarrollados como Estados Unidos, la prevalencia de la depresión es del 8,3% de la población adulta (44), en países europeos en un estudio publicado por The Lancet Public Health reveló entre los años 2013- 2015 una prevalencia de 6.4% con unas tasas notables en los países de Islandia 10.3%, Luxemburgo 9.7% y Alemania de 9.2% (45). Se estima que el 15% de población mundial ha padecido depresión mayor alguna vez en su vida (46).

Aunque hay métodos de prevención y tratamientos eficaces para la depresión, que tiene que ver con la reducción de los factores de riesgo como el consumo de sustancias, la violencia y el estrés laboral más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos no reciben tratamiento alguno (47).

En Colombia, según el Instituto Nacional de Salud (INS) 2020, la depresión es la enfermedad mental más frecuente ya que afecta al 4,7% de la población y es responsable del 1,6% del total de años de vida saludable (AVISA) perdidos entre los años 2015 y 2020. De igual forma se reporta, que las personas con depresión tienen 20 veces más riesgo de morir prematuramente por suicidio (48). El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que en el año 2022 se realizaron 233.795 atenciones por depresión, siendo este diagnóstico el mayor

reportado en mujeres con un porcentaje del 70,4% versus el 29,6% de los hombres (49).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 el 44, 5% de la población colombiana señala que "*la casa*" es un factor de riesgo en problemas de salud mental, siendo esta percepción más frecuente en las mujeres (50).

En la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en 2014-2015, se encontró que la prevalencia global de síntomas depresivos en adultos mayores fue del 41% en ambos sexos y se observó que de los 60 años en adelante, la prevalencia disminuye a medida que avanza la edad. Se observó además que las cifras de prevalencia aumentan con el estrato socioeconómico, es decir, mientras en el estrato 1 la prevalencia fue de 33,5%, en los estratos 5 y 6 fue de 57,1%. Con respecto a georreferenciación, en la zona urbana se presentó depresión en un 42,7% en los adultos mayores, presentando síntomas depresivos en mayor proporción que en la zona rural 34,9% (51).

En relación al nivel educativo, la prevalencia es mayor entre quienes tienen nivel universitario o de postgrado (61,6%), en relación con quienes no han recibido educación (45,2%) (49).

En el departamento del Huila según información del SISPRO para los años entre 2009 a 2015 se observó un aumento de los casos de depresión moderada pasando de 235 casos a 254 casos respectivamente (49). La carga de enfermedad por depresión expresada en años de vida saludable perdidos (AVISA) para el 2020 en el Huila tuvo una tasa de 174,70 x 100.000 habitantes, esto significa que para el departamento la discapacidad que genera la depresión en las personas disminuye su productividad, sumado a la carga para la familia y social (52).

En el contexto del Municipio de Pitalito-Huila, la depresión representa un problema de salud pública relevante. Según el SISPRO, durante los años 2020 a 2022, el total de las personas atendidas por algún episodio depresivo tuvo un incremento considerable pasando de 77.746 personas en el año 2020 a 207.947 personas diagnosticadas con depresión en el año 2022 (53).

Según el boletín epidemiológico del municipio de Pitalito para el período epidemiológico IV del año 2023 muestra que las mujeres víctimas de violencia de género, presentan mayor afectación por reportes de las modalidades de violencia física y sexual (54). En el comparativo del comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar, respecto al periodo IV, año 2022 y 2023, se evidencia un aumento en el reporte de los casos en el periodo IV de la semana 16, presentándose 239 casos para el año 2022 y 290 casos para el año 2023, con una diferencia de 51 casos (54). La afectación por sexo permite conocer que, en lo corrido del año 2023 el 62% de los eventos de intento de suicidio se han presentado en mujeres (28 eventos), frente a un 38% en hombres (17 eventos) (54). Los factores desencadenantes, al periodo IV semana epidemiológica 16, se registra como conflictos de pareja y problemas familiares con mayor afectación con relación a otras variables (54).

Estas cifras demuestran la importancia de abordar la depresión desde distintas estrategias con evidencia científica que mitiguen, disminuyan y aporten a esta problemática de salud pública a nivel mundial, nacional y regional. Es así como la influencia de las prácticas espirituales y religiosas pueden generar para la región de Pitalito un importante apoyo. Toda vez que existe evidencia científica de su gran aporte a través de estudios que han llevado a cabo investigaciones que demuestran los beneficios que se derivan de la espiritualidad y de la religión en la salud física y mental de los individuos contribuyendo a la reducción de los síntomas depresivos. Esto se soporta en una investigación en el 2016, la cual demostró que la espiritualidad y la religión aportan mejoras significativas y cambios importantes en la terapia psicológica y se presentan como factores protectores en la salud mental (25).

Así mismo, algunas investigaciones señalan que las personas que están involucradas en actividades religiosas o espirituales, han demostrado una vida más sana, mejores hábitos de vida y logran sortear con mayor facilidad las crisis depresivas, como lo demuestra un estudio en el 2020, en estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia, Campus Villavicencio, dado que al tener una creencia espiritual, practicar o profesar una religión produce en el estudiante un impacto positivo, demuestra un apoyo, tranquilidad y sentimientos de felicidad continuos (55).

De la misma manera un metaanálisis en el 2015 mostro un efecto clínico en pacientes con depresión cuando practicaban la terapia que incluía apoyo espiritual (56). En Estados Unidos, una investigación del 2020 demostró que para las mujeres, la oración es una práctica muy relevante en la disminución de la carga sintomática de depresión, toda vez que las mujeres estadounidenses reportan mayores niveles de compromiso con la religión y la espiritualidad (57), al igual que mayores niveles de intimidad con Dios que los hombres (58).

En este orden de ideas la religiosidad y espiritualidad han sido herramientas valiosas en la reducción de síntomas depresivos sin embargo, existen pocos estudios que demuestran como las personas aplican estas prácticas en los contextos depresivos para la reducción de sus síntomas (59).

1.3. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las vivencias de las mujeres con diagnóstico de depresión frente a las prácticas espirituales y religiosas en Pitalito, Huila?

Justificación

Este estudio se realiza con el fin de brindar un aporte desde la significancia social, su relevancia disciplinar y teórica para enfermería y el aporte que puede brindar esta desde la atención y el cuidado en salud mental.

Significancia social

Desde la perspectiva social esta investigación permite aportar a un fenómeno que afecta directamente el bienestar y la calidad de vida de las mujeres de Pitalito Huila. Dado que la depresión causa un impacto importante en su salud emocional individual,

limitando su capacidad para interactuar con su entorno, afectando sus relaciones familiares, laborales y sociales; haciéndose necesario la creación de enfoques terapéuticos que incluyen no solo tratamientos médicos convencionales, sino también el uso de herramientas personales que las mujeres pueden adoptar como coadyuvante del tratamiento cuando se perciben a sí mismos en relación con lo que consideran lo divino.

De acuerdo a Ross, las prácticas espirituales y religiosas juegan un papel importante aportando significado y propósito de vida, favoreciendo la recuperación física, emocional y mental de las mujeres, permitiendo el afrontamiento cotidiano de síntomas depresivos (60).

La depresión se encuentra dentro de los trastornos mentales con mayor capacidad de tratamiento, sin embargo, la mayoría de los pacientes no lo reciben ya sea por desconocimiento, falta de interés o mitos como la dependencia medicamentosa. Las prácticas espirituales y religiosas pueden ser un gran aliado en el proceso, como coadyuvante en el tratamiento

El interés por investigar cómo las mujeres incorporan y desarrollan prácticas espirituales y religiosas en contextos de depresión en el Municipio de Pitalito, Huila, se origina en la necesidad de comprender cómo las dimensiones espirituales, que forman parte de las costumbres religiosas/espirituales y las tradiciones locales, pueden ser una herramienta complementaria en el manejo de la salud mental.

Las prácticas espirituales, entendidas estas según Gutiérrez, como acciones y actividades realizadas con el propósito de cultivar el desarrollo espiritual y buscar experiencias espirituales, pueden incluir la oración, la meditación, la realización de rituales, ceremonias, adoración, lectura y servicio a los demás, y pueden practicarse de manera individual o colectiva (61) y pueden ofrecer a las personas herramientas de consuelo y esperanza dándole significado en aspectos cruciales en la recuperación de la depresión.

Según Bonelli et al., las prácticas espirituales se han visto como factores que pueden contribuir al bienestar emocional, proporcionando un sentido de propósito, esperanza

y pertenencia. Algunos estudios han demostrado una relación directa con el bienestar psicológico, como la satisfacción, la felicidad y los valores morales (62).

Como lo menciona Djuric et al., se cree que las intervenciones religiosas/espirituales (IRE) contribuyen a cambiar la mentalidad de una persona, promoviendo una mayor aceptación de la enfermedad, el apoyo social y una comprensión más profunda de la existencia, además de fomentar la creencia y la fe, lo que podría influir en los resultados de los pacientes (63).

Sin embargo, a pesar de la relación entre la espiritualidad/religiosidad y la reducción de los síntomas depresivos no ha sido explorada de manera práctica y vivencial en estudios específicos en el ámbito regional de como las mujeres experimentan en las practicas espirituales y religiosas una manera de afrontar los síntomas depresivos, ni se han generado evidencias claras sobre su impacto directo en la salud mental con diagnóstico de depresión en Pitalito. Por lo tanto, esta investigación busca llenar este vacío de conocimiento al describir cómo las mujeres incorporan y desarrollan prácticas espirituales y religiosas en contextos de depresión.

Además, se considera fundamental tener en cuenta cómo las mujeres utilizan y viven estas prácticas, como las interpretan y establecer como estas prácticas y sus vivencias pueden ayudar a otras mujeres en contextos similares que vean en las prácticas religiosas y espirituales un complemento y ayuda en sus tratamientos.

Significancia disciplinar

Desde la disciplina de enfermería, este estudio es relevante porque proporciona conocimiento descriptivo sobre cómo las mujeres del contexto local integran autónomamente prácticas espirituales y religiosas en su vivencia de la depresión. Este conocimiento es fundamental para que enfermería, como ciencia del cuidado culturalmente sensible, pueda reconocer estas estrategias propias en sus intervenciones, más allá de la medicalización; permitiendo desarrollar cuidados que sean pertinentes, respetuosos y co-construidos con las mujeres desde su realidad y contexto específico.

El desarrollo de este estudio permite desde una perspectiva cualitativa identificar el rol de enfermería como ciencia del cuidado en constante innovación y crecimiento para contribuir a la comprensión de los cuidados en los contextos no convencionales donde se desarrollan las mujeres, entendiendo que el cuidado holístico no se reduce al brindado únicamente en clínicas y hospitales sino también en los ámbitos más cercanos y habituales como el hogar, el trabajo y el entorno comunitario.

Por ello se hace crucial para enfermería entender las prácticas de las mujeres para desarrollar intervenciones congruentes culturalmente desde una experiencia propia y no impuesta, generando un nuevo conocimiento práctico que pueda aportar en la salud mental de las mujeres con depresión.

Es así como Enfermería desde su conocimiento y experiencia directa en este fenómeno de investigación, puede ser capaz de operacionalizar este tipo de experiencias en intervenciones adaptados a las poblaciones con necesidades de cuidado y apoyo en salud mental. Especialmente a las poblaciones que padecen depresión y requieren de un tratamiento colaborativo a través de las prácticas espirituales y religiosas, las cuales a partir de las experiencias resultantes aportan significado en las personas que las practican. A su vez ser apoyo para otras mujeres con la creación de proyectos y programas de intervención que beneficien a toda la comunidad.

Significancia teórica

A nivel teórico, este estudio contribuye a la Teoría de Transiciones de Meléis al documentar y describir, desde la voz de las mujeres, cuáles prácticas espirituales y religiosas funcionan como condiciones facilitadoras en su transición de la depresión hacia el bienestar. Al caracterizar cómo estas mujeres las integran en su vida cotidiana, se proporciona evidencia cualitativa contextualizada que permite comprender el proceso vivido de transición, enriqueciendo la aplicabilidad teórica en contextos rurales y culturalmente específicos en este caso Pitalito, Huila.

Significancia académica desde la práctica

A nivel de la práctica del cuidado, los hallazgos permitirán a los profesionales de enfermería en contextos rurales como Pitalito diseñar intervenciones más pertinentes y flexibles que reconozcan y validen las prácticas espirituales que las mujeres ya desarrollan autónomamente. Esto facilitará la creación de espacios y estrategias de acompañamiento que integren estas prácticas en planes de cuidado colaborativos, mejorando la accesibilidad y aceptabilidad de las intervenciones de enfermería en salud mental comunitaria.

Este enfoque no solo permitirá conocer el impacto de estas prácticas, sino también proporcionará información valiosa para los profesionales de enfermería, quienes podrían integrar estos enfoques espirituales y religiosos adaptados a los contextos reales de las mujeres para generar herramientas prácticas específicas como por ejemplo guías de acompañamiento, protocolos de acogida cultural, espacios comunitarios que generen nuevo conocimiento en beneficio de las mujeres, aplicados por los profesionales de enfermería desde un primer nivel de atención.

Esta investigación es de relevancia para ampliar el conocimiento sobre el rol de las prácticas espirituales y religiosas en la salud mental de la población femenina que enfrenta la depresión, específicamente en el contexto del Municipio de Pitalito, Huila. Con este estudio se espera generar propuestas para una atención más integral que contemple tanto el tratamiento médico convencional como el valor de las prácticas espirituales y religiosas como herramientas para el bienestar emocional.

Como investigadora el interés en estudiar este fenómeno de investigación radica en la importancia de conocer el contexto local del municipio de Pitalito de donde soy originaria con relación a la utilización o aplicabilidad de las prácticas espirituales en los síntomas depresivos, particularmente en mujeres de este municipio.

En conclusión, este proyecto busca llenar un vacío en el conocimiento sobre cómo las mujeres incorporan y desarrollan prácticas espirituales y religiosas como recurso de afrontamiento en la depresión, lo cual tiene el potencial de generar una mejor

comprensión y ofrecer soluciones alternativas que apoyen el tratamiento de la depresión en contextos rurales y culturalmente específicos como el de Pitalito, Huila.

1.4. Objetivos

General

Describir las vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito- Huila.

Específicos

- Identificar las vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito- Huila
- Caracterizar las prácticas espirituales y religiosas específicas que utilizan las mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito -Huila.

2. MARCO CONCEPTUAL - TEÓRICO

2.1. Marco Conceptual

El presente marco teórico - conceptual tiene como propósito establecer una estructura coherente que defina y articule los conceptos clave de la investigación, permitiendo que estos guíen tanto el diseño metodológico como la recolección, análisis e interpretación de datos. Los conceptos se organizan de forma progresiva, desde lo general hacia lo particular, situando el fenómeno en el contexto específico de las mujeres de Pitalito, Huila.

Depresión

Los seres humanos experimentan una gran variedad de estados emocionales que son respuestas naturales a las situaciones y estímulos del entorno. Los trastornos de depresión afectan profundamente el estado emocional y físico de las personas que lo padecen. Estas afectaciones incluyen persistencia de tristeza, pérdida de interés en actividades cotidianas, alteraciones en el sueño, en el apetito, dificultades para concentrarse y hasta la disminución en la capacidad de realizar tareas cotidianas (64). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2023, la depresión es un trastorno mental común caracterizado por un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer en actividades la cual dura un período prolongado (65).

Según la quinta edición del "Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, presenta una clasificación particular. De esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno disfórico premenstrual, trastornos disruptivo del estado de ánimo, otros trastornos depresivos especificados y trastorno

depresivo no especificado, trastorno depresivo debido a otra enfermedad médica, entre otros (66).

Trastornos y síndromes depresivos

Las definiciones de trastornos y síndrome depresivos pueden llegar a ser confusas no obstante existen diferencias entre ellas. Como toda enfermedad, especialmente mental, un trastorno es un término más preciso y clínico usado para medir o determinar una sintomatología correspondiente a un diagnóstico descrito en un sistema de referencia, específicamente en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). En la depresión, los trastornos pueden ser el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo persistente, entre otros. Por otro lado, los síndromes depresivos se suelen usar para describir al conjunto de síntomas relacionados con la depresión y según su intensidad, puede convertirse en un trastorno, por esto es importante reconocerlos para así mismo actuar o indicar un tratamiento.

Para este estudio es fundamental la clasificación, ya que en la medida en que se delimitan los posibles diagnósticos diferenciales aportará un diagnóstico certero.

Signos y Síntomas depresivos

Los signos y síntomas de la depresión son dados según los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los establecidos desde la American Psychiatric Association (DSM) 5 (66), los cuales proporcionan un lenguaje común para la descripción, diagnóstico y estudio de los trastornos mentales.

Criterios diagnósticos del DSM5 para depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). Trastorno de depresión mayor.

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. E. Nunca ha habido un episodio

maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Se debe resaltar los síntomas más característicos de la depresión. La persistencia de la tristeza en personas con depresión difiere de la tristeza en personas sin depresión en cuanto a la duración de ésta, es decir, suelen ser mayores los momentos de vacíos y/o desesperanza que incluso pueden durar días o semanas; esta persistencia perjudica directamente la cotidianidad de las personas que la padecen. Como consecuencia de la persistencia a la tristeza se deriva la pérdida de interés a las actividades productivas o placenteras que antes se realizaban o disfrutaban. Este síntoma característico se le denomina anhedonia y su manifestación es crucial para diagnosticar padecimiento de depresión. Dado que la anhedonia se involucra con actividades de placer o satisfactorias, se cree que está directamente involucrada con neurotransmisores del cerebro como la dopamina y serotonina.

Otro síntoma característico de la depresión es el desorden del sueño y la calidad de este. La alteración del sueño se puede manifestar de dos formas básicamente: como insomnio o hipersomnía. El insomnio como dificultad para dormir, conciliar sueño, despertarse varias veces durante una noche o despertar muy temprano y no poder volver a dormir; contrario al insomnio, la hipersomnía conduce a la persona a tener la necesidad de dormir de forma excesiva e incluso a tener la sensación de cansancio después de dormir durante varias horas. Ambas alteraciones del sueño conducen a cambios en los patrones de descanso del cerebro y conllevan a las personas a experimentar irritabilidad, fatiga y/o desconcentración. Otro signo característico que es tenido en cuenta en la valoración de la depresión en personas que la padecen son las alteraciones en el apetito. Las personas con depresión pueden experimentar aumento del apetito o la pérdida de este, siendo un signo característico el aumento del peso o en casos graves, la desnutrición (67).

La dificultad para concentrarse es un síntoma muy común en personas con depresión. Esta dificultad puede llegar a afectar la memoria, la realización de tareas diarias e incluso la autoestima. Se pueden incluso distraer con facilidad, afectadas en la toma de decisiones y conllevar a un aumento de frustraciones o bajo rendimiento en su cotidianidad.

Es de resaltar que la OMS define estas condiciones como generales pero cada persona puede vivir o experimentar otros síntomas incluidos en el DSM5 como lo son el cansancio (fatiga), sentimientos de culpabilidad e incluso pensamientos con tendencias muerte o suicidas en depresión mayor (68). De igual forma, la expresión clínica de la depresión varía en función de la edad, el desarrollo afectivo del individuo, el entorno, entre otras variables. Otros síntomas, por ejemplo, ansiedad o crisis de pánico, pueden coexistir con frecuencia y que son característicos en mujeres.

Según Kuehner, en su estudio muestra que los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico, son altamente prevalentes en la población general, con una mayor incidencia en mujeres (33). Diversos estudios han demostrado que las mujeres tienen entre el doble y el triple de riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad en comparación con los hombres, debido a factores biológicos, hormonales, psicosociales y culturales (69). Además, la evidencia señala según McLean et al., en su estudio que las mujeres son más vulnerables a los efectos del estrés crónico, lo que aumenta la posibilidad de desarrollar crisis de pánico (70). Esta comorbilidad es relevante en la atención en salud mental, ya que puede aumentar la discapacidad, el sufrimiento emocional y la necesidad de intervención clínica especializada.

Depresión en Mujeres

La depresión es un trastorno mental común que afecta a una proporción significativa de la población mundial. En Colombia, la situación es preocupante, según el Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (2023) en Colombia entre 2019 y 2023, se registraron 1.186.547 casos de trastornos depresivos en Colombia, de los cuales el 72% correspondieron a mujeres, indicando un aumento en la prevalencia de este trastorno en la población femenina (71).

Factores de riesgo asociados a la depresión en Mujeres

Diversos factores sociodemográficos y de salud están asociados a una mayor prevalencia de la depresión en mujeres:

- **Edad:** Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Las mujeres entre 20 y 34 años presentan una prevalencia de depresión del 13,4% (72).
- **Residencia urbana:** Las mujeres que residen en zonas urbanas tienen una prevalencia de depresión del 15,1%, frente al 6,8% en zonas rurales (73).
- **Nivel educativo:** Resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 2010, las mujeres con nivel educativo universitario presentan una prevalencia de depresión del 19,1%, mientras que aquellas con educación básica elemental tienen una prevalencia del 8,8% (74).
- **Estado de salud percibido:** Según Gómez et.al., 2024, las mujeres que consideran su estado de salud como regular o alto tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos (75).

Relación depresión- espiritualidad/religiosidad - mujeres

Un estudio de asociación entre la religiosidad y espiritualidad como factores protectores en los síntomas depresivos arrojó una correlación positiva entre las mujeres que practicaban la espiritualidad y religiosidad a través de las variables incluyeron frecuencia de asistencia a la iglesia, oración, significado religioso, esperanza religiosa, significado general, esperanza general, paz y visión de Dios. Un dato adicional fue que las mujeres participantes más jóvenes y aquellos con menor educación reportaron más síntomas depresivos (76).

Varias investigaciones revela que las mujeres muestran más sentido de la vida que los hombres (18), como lo refieren Doerries, García-Alandete, Martínez & Gallego-Pérez y Molasso. Según Rodríguez et al., en su estudio concluyen que ser mujer y encontrarse en los inicios de la enfermedad está asociado a altos niveles de espiritualidad (77).

Espiritualidad y religiosidad

Las definiciones de religión y espiritualidad son cercanas entre sí, pero no sinónimos ni tampoco cuentan con una definición universal o exacta. La religión, referida con la clásica definición de Geertz, es un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombres formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de efectividad tal que los estados anímicos y motivaciones parezcan de un realismo único (78).

Espiritualidad

El concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada vez más importancia, sobrepasa los límites de la religión y de la moral, especialmente en el mundo occidental, hasta convertirse en un constructo estudiado ampliamente por el campo de la salud (79) y se ubica en un enfoque personal al ser subjetiva, interna y diversa.

Según Koenig et al., la espiritualidad puede describirse como una forma de encontrar el sentido y el propósito de la vida conectando con lo sagrado (80). En este sentido la espiritualidad es subjetiva e interpretada y vivida por cada persona como parte de su esencia y como herramienta útil en el construir de la vida misma.

Hablar de espiritualidad no es lo mismo que hablar de religión, pues no hay religión sin espiritualidad, pero sí hay espiritualidad sin religión, el hecho de ser espiritual no quiere decir que se debe estar identificado con dogmas o creencias religiosas. Sin embargo, las creencias religiosas se deben respetar en todos los espacios, en el ámbito personal, educativo y de trabajo (61).

Prácticas espirituales

Las prácticas espirituales son un conjunto de actividades, rituales o experiencias que las personas realizan con el propósito de conectarse con lo trascendente, buscar sentido y propósito en la vida, fortalecer su bienestar emocional y espiritual (81). Estas prácticas pueden estar asociadas o no a una religión específica, y pueden incluir la oración, la meditación, el canto espiritual, la lectura de textos sagrados, el ayuno, entre otras formas de expresión interior.

Desde una perspectiva psicológica, como menciona Pargament KI, en su estudio las prácticas espirituales han sido reconocidas como estrategias de afrontamiento ante situaciones de crisis emocional, duelo, enfermedad o depresión (82) y favorecen la resiliencia, la regulación emocional y la percepción de apoyo existencial.

En el contexto clínico y social, se ha evidenciado que la espiritualidad, cuando se integra de forma saludable, puede tener un impacto positivo en la salud mental, especialmente en personas que enfrentan trastornos como la depresión, ansiedad o enfermedades crónicas (83).

Algunas prácticas espirituales

Meditación

Según Krohne, la meditación es una práctica mental y espiritual que consiste en enfocar la atención y la conciencia de manera intencionada, generalmente mediante la concentración en la respiración, un pensamiento, un objeto, un mantra o el silencio interior. Su objetivo es alcanzar un estado de calma, claridad mental, autoconciencia y equilibrio emocional (84).

Reminiscencia espiritual

En un proceso terapéutico y reflexivo que consiste en recordar, revivir y compartir experiencias pasadas con un enfoque en la dimensión espiritual de la persona para darle un sentido a la vida, reforzar la identidad, fortalecer la esperanza y la paz interior. Estas memorias pueden estar relacionadas con momentos de fe, conexión con lo trascendente, o experiencias de superación personal a través de la espiritualidad, favoreciendo la resiliencia espiritual. En un estudio en Malasia reveló la eficacia de la terapia de reminiscencia espiritual en personas mayores con ansiedad y depresión, la intervención consistió en el programa de terapia de reminiscencia espiritual adaptado al budismo, el cristianismo (85).

Prácticas de gratitud o perdón

Son conductas y actitudes que ayudan a las personas a reconocer lo positivo y soltar cargas emocionales negativas (86). Se viven en lo cotidiano, en lo espiritual y en lo cultural y tienen un impacto profundo en la salud y la calidad de vida. Son consideradas recursos espirituales y psicosociales que favorecen el bienestar, convirtiéndose en acciones conscientes que las personas realizan para reconocer, valorar y agradecer lo positivo de la vida. Son procesos orientados a liberar sentimientos de enojo, resentimiento o culpa, ya sea hacia uno mismo o hacia otras personas que tienen como objetivo encontrar la paz interior.

Contacto con la naturaleza

Es la práctica de acercarse, contemplar o interactuar con la naturaleza (bosques, ríos, montañas, jardines, animales, el cielo, etc.) con el propósito de conectar con lo trascendente o sagrado, experimentar paz interior, gratitud, sentido de vida y reconocer la unidad entre el ser humano y el entorno natural(87).

Religiosidad

La religiosidad se asocia a creencias, prácticas y rituales relacionados con lo trascendente (80). La religiosidad se asocia con la salud mental, incluido el bienestar psicológico, la satisfacción vital, la felicidad, el optimismo y la esperanza. Además, la asistencia a servicios religiosos puede ser un factor protector contra el suicidio. Es así como la religiosidad puede ayudar a prevenir la aparición de la depresión y mejorar el tratamiento. Una revisión reciente de estudios prospectivos demostró que la religiosidad predecía una disminución significativa pero modesta de la depresión a lo largo del tiempo (80).

La religión es una parte importante de la vida de las personas y repercute en su calidad. Para las personas religiosas y sus familias siempre hay esperanza y confianza en el éxito del tratamiento mediante una intervención trascendente. Debido a ello, se entiende que la religión influye en el bienestar subjetivo, la salud mental y la depresión (88).

La religiosidad juega un papel importante en el tratamiento de la depresión toda vez que las personas que practican algún tipo de religión tienen efectos más positivos en tratamientos y pueden sobrellevar de mejor manera la carga que la depresión tiene sobre ellas. En este sentido, autores como Campos et al., recomiendan que en el abordaje psicológico o psiquiátrico del tratamiento de la depresión se tenga en cuenta la religiosidad de los pacientes (89).

Las intervenciones basadas en la religión proporcionan efectos superiores a los de las terapias estándar habituales para tratar la depresión. Un metaanálisis sugiere

claramente que la fe y las creencias religiosas de los pacientes deben tenerse en cuenta a la hora de diagnosticar y tratar la depresión (80).

Las prácticas religiosas

Son aquellas actividades y rituales institucionalizados y codificados dentro de una religión específica. Estas incluyen ceremonias, cultos, oraciones comunitarias, sacramentos y normas que siguen los miembros de una comunidad religiosa. La religión proporciona un marco estructurado de creencias, valores y prácticas que guían el comportamiento de sus adherentes y ofrecen un sentido de pertenencia y apoyo social (81).

Prácticas Comunes en Contexto Colombiano

En Colombia, las prácticas espirituales y religiosas predominantes están influenciadas por la tradición católica y el crecimiento evangélico, incluyendo: oración individual y colectiva, lectura de la Biblia, participación en misas y cultos, rosario, novenas, procesiones, grupos de oración, peregrinaciones a santuarios, ayuno y meditación espiritual (90).

Prácticas religiosas y espirituales específicas en Pitalito, Huila

Pitalito, como municipio rural del sur de Colombia, presenta particularidades culturales donde la religiosidad católica tradicional se entrelaza con expresiones evangélicas emergentes (91). Las prácticas prevalentes incluyen: oración familiar cotidiana, participación en iglesias locales, devoción a santos patronales, actividades comunitarias religiosas, grupos de mujeres en iglesias, retiros espirituales y prácticas de fe integradas en la vida doméstica. La espiritualidad ocupa un lugar central en la identidad comunitaria y en las estrategias cotidianas de afrontamiento (92).

Algunas prácticas religiosas:

Oración

Según Koenig, la oración es una forma de comunicarse con lo divino o lo sagrado (Dios), mediante palabras, pensamientos, cantos o silencios(93). Se realiza de forma personal (oración privada, interior) o colectiva (ritos, liturgias, servicios religiosos). Es considerada por muchas religiones como un acto central de fe, ya que fortalece la relación entre la persona y lo trascendente. Puede expresarse como alabanza, gratitud, petición, confesión, intercesión, adoración o contemplación.

Para Pargament y Koenig, la práctica religiosa de la oración puede influir positivamente en la salud mental produciendo efectos positivos a través de emociones y estados afectivos. Estos pueden promover actitudes de esperanza, perdón, aumento o afianzamiento de la autoestima, paz, bienestar, amor y compasión.

Sanación interior

Es un proceso espiritual, emocional y psicológico mediante el cual una persona busca liberarse de heridas del pasado, resentimientos, culpas o traumas emocionales, con el fin de alcanzar paz interior, reconciliación consigo mismo y con los demás. Implica perdón, reconciliación, aceptación y apertura a lo trascendente (Dios, lo sagrado, la energía universal, etc.). Involucra reconocimiento de las heridas (emocionales, espirituales, familiares), expresión y liberación del dolor acumulado, perdón hacia uno mismo y hacia los demás, oración, meditación o acompañamiento espiritual para invitar a lo sagrado a restaurar la paz interior y renovación del sentido de vida y esperanza.

Lectura de textos sagrados

Es una práctica espiritual y religiosa que consiste en acercarse a los escritos considerados inspirados, revelados o normativos dentro de una tradición de fe (como la Biblia, el Corán, la Torá, los Vedas, los Sutras, entre otros). Se realiza tanto a nivel personal (lectura individual, meditación) como a nivel comunitario (lectura en templos, ceremonias o liturgias). Es una forma de oración, enseñanza y meditación que busca fortalecer la fe, transmitir valores y orientar la vida espiritual. Implica no solo leer el texto, sino interpretarlo, interiorizarlo y aplicarlo a la vida cotidiana (92).

La lectura de textos sagrados como práctica religiosa es un medio de encuentro con lo divino, de formación espiritual y de transmisión cultural. Aporta sentido, esperanza y guía en la vida cotidiana, y constituye una fuente de fortaleza especialmente en momentos de dificultad.

Asistencia a servicios religiosos (templo, ceremonias).

Es la práctica espiritual mediante la cual una persona participa en ceremonias, liturgias o rituales comunitarios propios de su tradición de fe (misa, culto, oración comunitaria, festividades, etc.). Es una forma comunitaria de vivir la fe, que fortalece la espiritualidad, la identidad cultural y la resiliencia emocional, además de generar lazos de apoyo social y bienestar integral(94).

Rituales comunitarios (Eucaristía/Cultos).

Son prácticas religiosas colectivas que tienen un alto valor simbólico y espiritual dentro de una tradición de fe. Un ejemplo central en el cristianismo católico y otras denominaciones es la Eucaristía, considerada el sacramento en el que los creyentes cristianos católicos conmemoran la Última Cena de Jesús mediante la consagración y comunión del pan y el vino, como lo menciona el Papa Juan Pablo II en su encíclica *Ecclesia de Eucharistia* (95). Son celebraciones colectivas que unen a los creyentes en torno a lo sagrado, fortalecen la fe, la identidad espiritual y el sentido de comunidad, y ofrecen un recurso significativo de bienestar espiritual y emocional (96).

Desde la perspectiva de la salud mental, tanto las prácticas espirituales como las religiosas pueden desempeñar un papel importante en el manejo del estrés, la ansiedad y la depresión, pues ofrecen recursos emocionales, sociales y cognitivos para afrontar dificultades (83).

La espiritualidad y las prácticas religiosas son importantes porque las personas deprimidas y no deprimidas suelen utilizar recursos religiosos en momentos de angustia (89). Por ello, se sugiere la integración de las creencias religiosas en las intervenciones psicosociales en individuos religiosos con síntomas depresivos (80).

Vivencias

El concepto de vivencia como lo describe Dilthey hace referencia a la experiencia vivida de manera inmediata y consciente por una persona, la cual adquiere significado a partir de su historia, su contexto y su subjetividad (97). De esta manera se muestra la experiencia tal como es vivida y significada por la persona permitiendo ver el sentido personal que se atribuye a los acontecimientos propios de la vida, sin ser explicada por teorías, definiciones abstractas, ni conceptos predefinidos en la literatura teniendo en cuenta que cada persona vive y experimenta su historia de manera distinta.

Por su parte Husserl, se refiere a la vivencia como un acto de conciencia dirigido hacia algo (98). Es decir que las vivencias son la forma mediante la cual las personas experimentan y otorgan significado al mundo.

Para efectos de esta investigación la vivencia es entendida como la experiencia subjetiva, única y situada en un momento específico de lo vivido por las mujeres en el contexto de la depresión y como las participantes perciben, interpretan y otorgan sentido a esta vivencia en relación con las prácticas espirituales y religiosas. De este modo la vivencia no se reduce al evento clínico o diagnóstico en sí mismo, sino que comprende la forma singular en que cada mujer lo experimenta y lo vive dentro de su trayectoria articulando dimensiones cognitivas, afectivas y relacionales. En este sentido la vivencia ayuda a comprender cómo las mujeres construyen el significado personal de la depresión desde su experiencia consciente y de esta manera se

comprende cómo cada mujer interpreta el papel que las prácticas espirituales y religiosas tienen desde su propia realidad.

2.2. Marco Teórico

Teoría de las Transiciones de Afaf Meléis

A nivel teórico esta investigación aporta una visión integral de cuidado de enfermería sustentándolo a partir de un modelo conceptual que permite la comprensión del fenómeno a estudio desde una transición hacia el bienestar como lo describe Afaf Ibrahim Meléis en su teoría de las transiciones donde se puede analizar las experiencias de las personas durante cambios significativos en su vida como un proceso de salud- enfermedad que se da entre el diagnóstico y el desarrollo de la depresión. Esta teoría le proporciona, al enfermero la mejor manera de comprender de manera holística la experiencia de cada persona durante un cambio significativo en su vida. En este caso en particular toda experiencia que derive el padecer y desarrollar síntomas depresivos donde se deja al descubierto la vulnerabilidad de las mujeres que padecen este tipo de trastorno y como las condiciones facilitadoras como las prácticas espirituales y religiosas permiten llevar a cabo la transición hacia la recuperación de la salud mental. En este caso el rol de enfermería consiste en acompañar, identificar recursos y facilitar el proceso de transición.

De este modo según Meléis identificar como las mujeres a través de las prácticas espirituales y religiosas transitan del sufrimiento hacia un sentido de vida y aporta evidencia científica útil para la creación de herramientas que aporten en este proceso de transición para toda mujer con esta condición que esté dispuesta a realizar y adoptar este tipo de prácticas.

La Teoría de las Transiciones desarrollada por Afaf Meléis es un marco conceptual de enfermería que explica los procesos de cambio que atraviesan las personas a lo largo de su vida, en especial aquellos relacionados con la salud, la enfermedad, los roles, el desarrollo y los contextos sociales (99). En el caso particular del fenómeno

de estudio permitirá darle una explicación a las experiencias vividas por mujeres que manifiestan síntomas depresivos al aplicar prácticas espirituales con la intención de reducir estos síntomas y transitar del malestar al bienestar. De esta manera la teoría se fundamenta en comprender cómo las personas experimentan transiciones como un proceso que abarca experiencias, respuestas y consecuencias sobre el bienestar (100).

La articulación del fenómeno "Prácticas espirituales y religiosas como recursos de afrontamiento ante la depresión en mujeres de Pitalito, Huila" con la Teoría de las Transiciones de Afaf Meléis se fundamenta en que esta teoría ofrece un marco amplio y profundo para comprender los procesos de cambio y adaptación que ocurren cuando las personas enfrentan cambios significativos en su vida, especialmente en salud mental.

Para Meléis, una transición es una experiencia compleja que implica un cambio en el estado de salud, en la identidad, en las relaciones, en las capacidades o en los roles de las personas, lo cual puede generar vulnerabilidad. La teoría señala que la enfermería tiene el papel de identificar, evaluar y facilitar estos procesos de transición, para que se conviertan en experiencias saludables y no en factores de riesgo para el bienestar (100).

Por otra parte, las características espirituales incluyen las creencias y prácticas espirituales, que son fundamentales para mejorar la forma de afrontar un acontecimiento estresante relacionado con la salud. Cuando los pacientes son capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento durante una transición vital, entonces están viviendo una transición saludable, y esta respuesta de afrontamiento se percibe como un indicador del proceso de los patrones de respuesta, del mismo modo, durante una transición exitosa, a su vez, cuando los pacientes también son capaces de dominar este acontecimiento vital y alcanzar un estado de bienestar.

Además, la espiritualidad permite aceptar y afrontar el sufrimiento, el miedo y la culpa, encontrar esperanza y seguir adelante. Todas estas situaciones representan una transición. En este sentido, cuando se articula la teoría, al presente fenómeno en profundidad, la espiritualidad está presente de muchas maneras y esta idea puede

ayudar a entender la espiritualidad no solo como una dimensión crítica dentro de las transiciones, sino también como una dimensión del yo durante la transición (101).

Desde esta teoría es posible comprender que la depresión en las mujeres es un proceso de transición donde la mujer puede experimentar y cursar con los síntomas propios y característicos que interfieren con su salud mental, su bienestar y su desarrollo dentro de los contextos en los cuales se mueve, en donde las prácticas espirituales y religiosas funcionan como herramientas que ayudan en este proceso para transitar hacia la resolución del cuadro depresivo, su bienestar y una experiencia de salud, este proceso está acompañado por el cuidado de enfermería que se evidencia desde un acompañamiento continuo hasta el desarrollo de estrategias de cuidado que ayuden al proceso.

Elementos metaparadigmáticos

En la Teoría de las Transiciones de Afaf Meléis, los conceptos metaparadigmáticos de enfermería (persona, salud, entorno y enfermería) se interpretan desde la experiencia de cambio y transición que viven las personas que interactúan entre sí para darle un significado a las vivencias personales.

Persona

Para Meléis la persona es concebida como un ser dinámico y activo que experimenta procesos de transición a lo largo de su vida, otorgando significado a sus experiencias y movilizando recursos internos y externos para afrontarlas (102).

Para efectos de esta investigación la persona es una mujer diagnosticada con depresión quien ha utilizado las prácticas espirituales y religiosas como recurso de afrontamiento siendo estas prácticas las condiciones facilitadoras para transitar desde el malestar psicológico, físico y emocional hasta un estado de bienestar.

Salud

Más allá de la ausencia de enfermedad la salud para Meléis es un proceso cambiante y transformador, en la medida en que la persona se adapta a las transiciones para alcanzar el bienestar (102).

Es así como en el contexto del estudio la salud se traduce en el bienestar que puede experimentar la mujer tras la práctica religiosa y espiritual en su proceso de depresión.

Entorno

El entorno incluye los contextos personales, sociales, culturales y espirituales que influyen en la experiencia de transición, pudiendo facilitar o dificultar su afrontamiento (102).

En este estudio el entorno actúa como facilitador en la transición puesto que en Pitalito las prácticas religiosas y espirituales se encuentran muy arraigadas en la cultura de las mujeres facilitando su proceso de adaptación y transición del malestar al bienestar emocional.

Enfermería

La enfermería, en la teoría de Meléis, tiene como propósito facilitar transiciones saludables. El rol del profesional de enfermería es acompañar, apoyar, educar y fortalecer las capacidades de la persona durante los procesos de cambio, sin reemplazar su protagonismo (102).

De esta manera el desarrollo de esta investigación permite mostrar como enfermería en su rol de cuidado acompaña y brinda herramientas de cuidado para la mujer se pueda sentir respaldada en su transición.

Cultura

Teniendo en cuenta las últimas actualizaciones de Jacqueline Fawcett sobre el quinto elemento metaparadigmático llamado "cultura" el cual surge de la inmersión en diversas creencias, actitudes, prácticas religiosas, lengua, arte, música, valores, moral, patrones de comportamiento y costumbres que implican concepciones de personas, sociedad, naturaleza y divinidad y comportamientos que consisten en prácticas familiares y sociales comunes (103). Se incluye dentro de los elementos

metaparadigmáticos de la teoría de las transiciones Afaf Meleís aplicada a este estudio, dado que la cultura actúa como una condición que influye en la manera en que las personas viven y afrontan los procesos de cambio. En este estudio, el contexto religioso y espiritual permite comprender la depresión y favorecer el uso de prácticas como esas condiciones facilitadoras en un entorno cultural propio de Pitalito, Huila y de este modo brindar un cuidado de enfermería culturalmente competente, que reconozca y respete la dimensión espiritual como parte del cuidado integral en salud mental.

Elementos de la teoría

Naturaleza de la transición: Conocida por Meléís como las características que tienen que ver con la duración, la complejidad y cómo se manifiestan (100). Los seres humanos responden de diferentes maneras ante situaciones puntuales como por ejemplo la enfermedad mental enmarcada en este contexto en la depresión, así mismo las mujeres por sus características propias a nivel emocional, cultural y social que hacen de este suceso vivido y experimentado de manera diferente por cada una y de acuerdo a sus mecanismo de afrontamiento, la duración del episodio y los aspectos que dependiendo del rol desempeñan en la sociedad y los cambios evidentes en la experiencia individual y colectiva de cada mujer.

Condiciones de transición: Son las circunstancias internas y externas que facilitan o dificultan la adaptación a la transición. Incluyen factores sociales, culturales, económicos, psicológicos, y la preparación del individuo para el cambio (100). En el caso de las mujeres con depresión, las prácticas espirituales y religiosas constituyen recursos relevantes que actúan como facilitadores de la transición, ya que proporcionan un sentido de vida, esperanza y fortaleza emocional (condiciones internas), además de generar apoyo social y comunitario (condiciones externas). Así, estas prácticas pueden contribuir a que el proceso de afrontamiento de la depresión se oriente hacia una transición saludable y a la reducción de los síntomas depresivos.

Patrones de respuesta: Son los comportamientos y sentimientos que el individuo experimenta durante una transición (100). Estos comportamientos están

directamente relacionados con la experiencia que cada mujer vive en el proceso de transición, como se adapta a los cambios y como interioriza y aplica la espiritualidad y religiosidad como herramienta útil.

Prácticas Espirituales y Religiosas como Condiciones Facilitadoras de Transición

Según la Teoría de Transiciones de Meléis, toda transición requiere condiciones facilitadoras: factores internos (características personales, creencias, fortalezas) y externos (apoyo social, recursos disponibles, entorno) que permiten a la persona pasar de un estado a otro de manera más adaptativa (101).

Afrontamiento como Proceso Central en la Transición

Meléis enfatiza que el afrontamiento es un proceso central en toda transición, definiéndolo como las estrategias que la persona utiliza para manejar los cambios y adaptarse a su nueva realidad. En el contexto de depresión, el afrontamiento no es pasivo sino activo: las mujeres no solo reciben intervenciones médicas, sino que participan activamente en construir estrategias de manejo basadas en sus propias creencias, recursos y contexto (104).

Las prácticas espirituales y religiosas representan estrategias de afrontamiento autónomas y culturalmente sensibles que las mujeres de Pitalito generan desde sus propios recursos. Según Meléis, reconocer y validar estas estrategias propias es fundamental para que Enfermería facilite transiciones exitosas (104). El afrontamiento espiritual-religioso permite a las mujeres:

- Reorganizar su comprensión del sufrimiento y la enfermedad.
- Mantener coherencia personal frente al cambio.
- Ejercer agencia sobre su propia salud mental.
- Integrar la adversidad en una narrativa vital con sentido.

Terapéutica de enfermería: Se refiere a las intervenciones que los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo para apoyar al paciente durante una transición (100).

De acuerdo con la Teoría de las Transiciones de Afaf Meléis, la depresión en mujeres constituye una transición de salud-enfermedad marcada por vulnerabilidad en momentos críticos, como las fases agudas del trastorno. En este proceso, las prácticas espirituales y religiosas pueden actuar como condiciones personales y comunitarias que facilitan la adaptación y promueven indicadores de transición saludable como la reducción de síntomas depresivos, la reconstrucción del sentido de vida y la integración de roles. En el contexto de Pitalito–Huila, el análisis de estas prácticas desde la mirada de enfermería permite comprender cómo las mujeres utilizan recursos espirituales para avanzar en su recuperación y cómo el cuidado profesional puede acompañar y potenciar dichas transiciones.

El papel de enfermería, desde la teoría de Meléis, es acompañar y potenciar estas prácticas para favorecer indicadores de transición saludable como la reducción de síntomas depresivos, el fortalecimiento del sentido de vida y la reintegración en roles familiares y comunitarios. De esta manera enfermería puede generar conocimiento sobre el cuidado a nivel espiritual y religioso de las mujeres con depresión en Pitalito y la creación de protocolos de cuidado y atención integral en salud mental, reforzando el rol de enfermería como facilitadora de transiciones saludables, incorporando la espiritualidad y religiosidad a través de su prácticas como una dimensión del cuidado, evaluando las necesidades espirituales y religiosas de mujeres con depresión para integrar este cuidado en los planes de atención, diseñando intervenciones basadas en la espiritualidad y la religiosidad.

La Teoría de las Transiciones conceptualiza la depresión en las mujeres como una transición compleja que involucra cambios en el estado de salud psicológico, la identidad personal, las relaciones y los roles sociales, generando vulnerabilidad. En este contexto, las prácticas espirituales y religiosas se configuran como condiciones internas facilitadoras que proporcionan sentido, esperanza y fortaleza emocional, mientras que su dimensión social y comunitaria aporta apoyo externo esencial para la adaptación positiva.

Los elementos claves de la teoría - la naturaleza de la transición, las condiciones que la afectan, los patrones de respuesta y la terapéutica de enfermería permiten entender cómo las mujeres experimentan la depresión y utilizan prácticas espirituales para afrontar y transitar hacia la salud y el bienestar. En este proceso, el rol de la enfermería es identificar estas transiciones, evaluar las condiciones de cada mujer y diseñar intervenciones que acompañen y potencialicen el uso de recursos espirituales como estrategia de afrontamiento.

Así, la Teoría de las Transiciones no solo permite describir el fenómeno, sino que también guía intervenciones centradas en facilitar experiencias de transición saludables, inclusión de la espiritualidad en el cuidado y reconocimiento del contexto cultural y social que influye en las vivencias individuales, fortaleciendo el enfoque holístico característico de la disciplina (101).

3. MARCO METODOLOGICO

Metodología

3.1. Enfoque de Investigación

Esta investigación utilizó una metodología cualitativa descriptiva para explorar y describir las vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas que utilizan las mujeres de Pitalito, Huila como recursos en el manejo de la depresión. Este enfoque permite acceder a la esencia de la experiencia vivida, capturando las vivencias, que las mujeres asignan a sus prácticas espirituales como recurso fundamental en su proceso de afrontamiento y bienestar emocional. La metodología cualitativa facilita un análisis contextualizado del fenómeno desde la perspectiva de las propias participantes, priorizando su voz y relato auténtico, lo que es esencial para

comprender fenómenos complejos ligados a la salud mental y la dimensión espiritual (105).

3.2. Tipo de Estudio

El diseño de esta investigación fue descriptivo-exploratorio, según Polit y Beck su propósito principal es describir fenómenos poco estudiados, identificar patrones y abrir camino a investigaciones futuras, útil para estudiar vivencias humanas, vivencias subjetivas o prácticas culturales (106). En el caso de esta investigación buscó identificar los tipos de prácticas espirituales adoptados por las mujeres de Pitalito, Huila para comprender el fenómeno y que pueda ser referente para el desarrollo de intervenciones en salud mental que permitan la reducción de los síntomas depresivos. Este referente en investigación cualitativa es indicado en la práctica de enfermería puesto que permite describir una realidad existente poco estudiada y utilizarse como insumo para la creación de nuevas intervenciones y formas de cuidado.

3.3. Participantes

La población participante de esta investigación incluyó mujeres mayores de 18 años, que desearon participar en el estudio de manera voluntaria y firmaron consentimiento informado previa socialización de este. Se seleccionaron las participantes mediante la inmersión en el campo por bola de nieve el cual consiste en la referencia entre participantes, iniciando con un pequeño grupo de mujeres que cumplen con ciertos criterios específicos relevantes para el estudio y ellas a su vez recomendaron a otras mujeres con características o vivencias clave propias del fenómeno investigado, en este caso la vivencia frente a las prácticas espirituales y religiosas profundizando en este fenómeno.

Estas mujeres que fueron recomendadas se contactaron para participar de manera voluntaria en el estudio y firmaron el consentimiento informado, así el número de participantes fue creciendo hasta llegar a la saturación de información. La saturación de los datos se alcanzó con la suficiencia de la información en la medida en que los datos proporcionados por las participantes del estudio se repetían y no se encontraba

novedad en los mismos, alcanzando la saturación con 9 participantes. Este tipo de muestro es útil en participantes que pertenecen a un grupo específico donde no se encuentra un registro claro de sus miembros, como es el caso de integrantes de comunidades que realicen prácticas espirituales y religiosas (107).

3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años.
- Mujeres con diagnóstico previo al inicio de la investigación de depresión.
- Mujeres que vivan en Pitalito Huila.
- Mujeres que hayan tenido una vivencia relacionada con las prácticas espirituales y religiosas en la reducción de los síntomas depresivos.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres con diagnóstico de depresión que se encuentren en estado agudo.

Se excluyeron mujeres con diagnóstico de depresión que se encontraban en un episodio agudo, definido por la presencia de síntomas severos y alta interferencia funcional según los criterios clínicos del DSM-5 y según criterio de equipo médico tratante, validando que su condición actual de salud mental impedía la participación en el estudio.

3.5. Instrumento de Recolección

Entrevistas Semiestructuradas

Se empleó una entrevista semiestructurada como principal herramienta de recolección de datos. Este tipo de entrevista permitió obtener información detallada y flexible sobre las vivencias de las mujeres frente las prácticas espirituales y como estas aportan en el manejo de la depresión.

Las entrevistas se realizaron previa invitación realizada a las participantes, la socialización del objetivo de la investigación, la manifestación de la participación voluntaria y la firma del consentimiento informado en donde se aclararon dudas y se resolvieron.

Las entrevistas semiestructuradas fueron guiadas por una serie de preguntas abiertas preestablecidas y con flexibilidad para formular otras durante el desarrollo de la entrevista, teniendo en cuenta que a través de unas preguntas origen se establecieron más cuestiones de acuerdo a las respuestas dadas por las participantes y como se desarrolló la interacción dentro de la entrevista, dando la libertad a la investigadora para explorar de manera más profunda los temas que surgieron, adaptando las preguntas según el contexto (107). Esto facilitó una exploración profunda de los temas que emergieron durante las conversaciones.

Las entrevistas a las diferentes participantes se realizaron de manera virtual según la preferencia de las participantes y el tiempo de la investigadora, utilizando medios de grabación de voz propios de la investigadora correspondiente a teléfono celular, grabadora, así como también la realización de notas de campo durante la entrevista. Esta forma de recolección de información fue notificada a cada participante y se encontró consignada en el contenido en el consentimiento informado.

De la misma manera se aclaró a cada participante sobre la posibilidad de nuevos encuentros en caso de requerirse una segunda entrevista para acceder a la información y profundizar en temas que pudiesen requerir de aclaraciones propias de las participantes.

Los encuentros virtuales se realizaron a través herramientas de conferencia, en plataformas como (MS TEAMS, GOOGLE MEET, ZOOM, WHATSAPP) según la

disponibilidad y el acceso de las participantes. Estas reuniones fueron grabadas en audio y video con previa autorización.

El resguardo y la confidencialidad de la información recolectada en estas entrevistas se encuentra almacenada en dispositivos electrónicos propios de la investigadora de manera local (ordenador portátil), una copia de seguridad en la nube (ONE DRIVE) y una copia de seguridad en medio de almacenamiento externo (disco duro portátil) por el tiempo en que dure la investigación, luego se eliminará. La información ha sido compartida únicamente con las tutoras de la investigación con fines académicos quienes cuentan con una copia de la información en sus computadoras personales.

Guía de Entrevista

La guía de entrevista incluyó temas relacionados con:

- Síntomas depresivos.
- Desencadenes de la depresión
- Experiencias de las prácticas espirituales y religiosas.
- Vivencias sobre prácticas espirituales y religiosas para afrontamiento de síntomas depresivos.

La entrevista se realizó en un espacio de total confianza, cómodo y aprobado por cada participante, garantizando la privacidad y creando una relación de confianza, respeto y comodidad entre la investigadora y cada participante, con sintonía y conexión y a su vez generando un ambiente cómodo, respetuoso y empático para la comunicación abierta, aplicando habilidades para una comunicación verbal y no verbal acorde para el desarrollo de la investigación. Lo que se reconoce según Polit y Beck como el rapport en la investigación cualitativa, facilitando así la expresión libre y auténtica de las experiencias de las participantes (107).

Para garantizar este rapport fue necesario de una preparación previa que incluyó conocimiento del contexto de la participante, uso de lenguaje apropiado garantizando la privacidad y la comodidad del lugar de la entrevista, así como también explicando claramente el propósito del estudio. En cuanto al primer contacto se garantizó una

fase de apertura cálida con cada participante según recomienda Taylor y Bogdan (108), que consiste en un saludo cordial con una clara presentación personal y aclarando la confidencialidad de la entrevista. Se construyó un clima de confianza que abarcó la escucha activa, el contacto visual y la empatía verbal, respetando cada espacio de la participante para la expresión de sus ideas.

Previo a la aplicación de las entrevistas directamente a las participantes se realizaron entrevistas de entrenamiento, llamadas entrevistas pruebas supervisadas y orientadas por las tutoras de la investigación para adquirir destreza y habilidad en el proceso, afinando la comunicación verbal y no verbal, así como también la manera de profundizar en la entrevista y la formulación de nuevas preguntas dentro de la misma. Es importante aclarar que las tutoras de la investigación participaron de algunas entrevistas con las participantes para garantizar el rigor dentro del proceso investigativo.

Durante el desarrollo de las entrevistas virtuales a través de plataformas de videoconferencia, se garantizó la intervención y el acompañamiento a las participantes que por alguna razón pudiesen desarrollar algún malestar emocional debido a la sensibilidad de algunas preguntas. Ya que la investigadora quien se encuentra capacitada para brindar atención y acompañamiento en crisis según su formación académica en contención emocional, evaluación del riesgo y orientación adecuada para asegurar la seguridad y bienestar de la participante. Así mismo se contó con un protocolo de intervención en crisis, el cual no fue necesario usar ya que ninguna de las participantes entró en algún estado de crisis.

De esta manera se garantizó que cualquier situación de malestar intenso que pudo haberse presentado durante las entrevistas pudiese ser atendido oportunamente, respetando las consideraciones éticas y protegiendo a las participantes de posibles daños psicológicos adicionales. Esta medida fue fundamental dada la sensibilidad del tema y la vulnerabilidad asociada a la depresión.

Ver anexo: Guía de entrevista semiestructurada

3.6. Análisis de la información

Para el análisis de la información recopilada en este estudio a través de las entrevistas semiestructuradas se siguió un enfoque secuencial y organizado propuesto por Braun y Clarke que permitió demostrar el rigor metodológico de la investigación como un proceso sistemático que va desde las transcripciones y notas hasta el análisis reflexivo de los hallazgos en una serie de pasos que se entrelazaron para la descripción del fenómeno a estudio (109).

Este proceso secuencial y organizado fue compuesto de las siguientes etapas:

Preparación de los Datos: Consistió en realizar una transcripción de las entrevistas de forma literal, conservando pausas, silencios y emociones relevantes, verificando la coherencia entre el audio, el video y el texto.

Para garantizar la anonimización, se asignaron códigos, suprimiendo los nombres y datos sensibles y por último una lectura preliminar completa de las transcripciones para identificar de manera inicial las ideas recurrentes (109).

Las transcripciones se realizaron inmediatamente terminada la entrevista o al siguiente día de realizada para garantizar la fidelidad de los datos. Se tuvo en cuenta la transcripción de palabra por palabra (verbatim), incluyendo lenguaje verbal y no verbal (como pausas, risas, suspiros, silencios significativos e interrupciones). No se realizaron interpretaciones ni arreglos de gramática, ni cambio de palabras a la hora de transcribir, de igual manera se señalaron elementos paralingüísticos como por ejemplo el cambio del tono de voz, el énfasis marcado en alguna temática y las pausas evidenciadas en la entrevista. Se respetó el orden y la coherencia del audio, sin reorganizar ideas. El audio se escuchó las veces que fueron necesarias para familiarizarse, transcribir y corregir información. Se conservaron las notas de audio y las notas de campo útil para la triangulación de información.

El manejo de la información fue de manera confidencial, única y exclusivamente compartida con el grupo investigador (investigadora principal, tutora y co-tutora) con fin netamente investigativo, la información se encuentra compartida en el computador portátil de las investigadoras, un archivo compartido en la nube y un disco extraíble y será eliminada dos años posteriores al terminal la investigación.

Organización inicial de material: Hace referencia a la gestión de archivo, creando carpetas por cada participante y guardando cada versión por fecha cronológica. Para este trabajo se generó una carpeta por cada participante codificada de manera anónima, se guardó en el computador principal de la investigadora, con copia de seguridad en la nube y en disco extraíble manejado solamente por la investigadora, información que se eliminará terminada la investigación para el garantizar el adecuado manejo de la información.

Análisis preliminar: Se realizó una lectura detallada de la transcripción, revisando línea por línea para marcar la expresiones significativas y relevantes. Identificación de núcleos relevantes de sentido con frases, relatos o vivencias relacionadas con la depresión, practicas espirituales y religiosas y afrontamiento (109).

Se aclara que se contactaron a algunas participantes para nuevas entrevistas con el objetivo de aclarar dudas o ahondar en temas relevantes para la investigación no abordados en el encuentro presencial, estos encuentros se dieron de manera virtual a través de medios tecnológicos como plataformas de videoconferencia según disponibilidad y acceso de la participante, se estableció un espacio y lugar adecuado, que contó con la privacidad necesaria para tal fin.

Codificación: Consiste según Braun y Clarke en asignar códigos al segmento del texto que deben ser cercanos al lenguaje de las participantes (109). En esta etapa se eliminaron los códigos redundantes y se unificaron los códigos similares para crear una lista de códigos a través de esquemas gráficos que permitieron la síntesis y organización de la información encontrada.

Agrupación y categorización: En esta etapa se relacionan códigos entre sí, buscando patrones y conexiones para construir categorías y subcategorías descriptivas de acuerdo con los hallazgos (109). Se revisaron los códigos previamente seleccionados para identificar relaciones y diferencias entre si con el fin de eliminar códigos duplicados, los códigos relacionados se agruparon según temas comunes, emociones compartidas o situaciones similares relacionadas con las prácticas espirituales y religiosas. Con este insumo se construyeron las categorías examinando y agrupando los códigos similares. A cada categoría se le dio un nombre representativo y al finalizar su construcción se verifico su coherencia interna con el apoyo del grupo investigativo (tutora- co-tutora). Adicional se compartió la transcripción de la información con cada participante (member checking) para evidenciar si refleja lo que quería comunicar.

Construcción de patrones y temas descriptivos: En esta fase se sintetiza, organiza e interpreta los datos encontrados con el fin de darle significado a las experiencias de las participantes integrando los códigos y categorías previamente definidas para una interpretación global y la comprensión del fenómeno estudiado (109). Para esto se identificaron los patrones según las categorías buscando similitudes para agrupación y unificando recurrencias para posteriormente identificar los temas de las categorías y formar conceptos más amplios para la descripción.

Integración y síntesis de los hallazgos: En este punto los resultados de la investigación dejaron de ser códigos, categorías o temas para explicar de manera completa el fenómeno de investigación (109). Se realizaron gráficos para sintetizar la información.

Elaboración del informe final: Se realizó la redacción de los hallazgos encontrados, incluyendo citas textuales representativas con una narración descriptiva por categoría y una interpretación moderada (según lo permitido por los datos encontrados) que esté relacionado con el objetivo a estudio (109).

3.7. Criterios de rigor metodológico

Los criterios de rigor metodológico para este estudio cualitativo descriptivo aplicado al fenómeno de las vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en la depresión garantizaron la calidad y validez del proceso investigativo con base en principios específicos de la investigación cualitativa que describe Salgado (110).

Primero, la credibilidad aseguró que los hallazgos fueran reconocidos como auténticos y verdaderos por las participantes y pares expertos (110). Esto se logró mediante las técnicas, la validación por los propios informantes (member checking) y el compromiso prolongado en el campo para obtener profundidad en la información. El desarrollo de este trabajo de investigación contó con la revisión de manera continua por el grupo investigador (tutora y co-cotura) en todas las fases del proceso para garantizar la credibilidad.

La transferibilidad o aplicabilidad implicó que los resultados fuesen útiles y contaran con sentido en otros contextos similares, lo que se favorece con descripciones detalladas y ricas del contexto y los participantes para permitir la comparación y extrapolación. Al culminar esta investigación se espera que sus resultados puedan aplicarse y explorarse en otras poblaciones en donde la temática sea relevante y genere aportes significativos.

La dependencia o consistencia se refiere a la transparencia rigurosa del proceso metodológico, documentando cada etapa para que otro investigador pueda comprender y evaluar la lógica seguida en la obtención y análisis de datos (110). La revisión continua por parte de las tutoras permitió tener una consistencia interna y externa de la investigación.

Finalmente, la confirmabilidad garantiza que los resultados estuvieron basados en los datos y no en sesgos de la investigadora, lo cual se apoya en auditorías metodológicas y reflexividad crítica constante, esto se llevó a cabo mediante constatación tutoría y asesoría metodológica con pares investigativos expertos en esta investigación (tutoras).

Estos criterios articularon el rigor metodológico necesario para describir fielmente las vivencias y significados que las mujeres asignan a sus prácticas espirituales frente a la depresión, aportando solidez científica y validez ética al estudio.

3.8. Consideraciones Éticas

En el desarrollo de esta investigación reconoce que las mujeres con depresión son consideradas vulnerables debido a su estado emocional, por lo que el estudio garantizó su bienestar físico y psicológico, evitando cualquier daño o malestar adicional.

Por tal razón esta investigación se rige bajo lo establecido en la Ley 911 del 2004 en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia donde el profesional que realiza investigación debe garantizar la protección de la dignidad, la vida y los derechos humanos, con la aplicación de un consentimiento informado, confidencialidad, manejo de la información y la revisión por comité de investigación de Ética institucional previo a su ejecución (111).

De la misma manera esta investigación aplicó la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud con seres humanos. Donde, según el artículo 11 de esta disposición, el estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, dado que implica entrevistas semiestructuradas, sin procedimientos invasivos ni intervenciones que puedan afectar la integridad física o psicológica de las mujeres participantes (112).

En esta investigación se actuó de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y demás normas sobre protección de datos personales y se garantizó que los datos recolectados fueran usados única y exclusivamente con fines académicos y científicos.

Esta normatividad junto con el Código deontológico de Enfermería y los principios bioéticos que rigen a nivel internacional orientaron las decisiones éticas de este estudio, garantizando la protección de las participantes como población vulnerable según la regulación a nivel nacional en tema de investigación (113).

La autonomía tiene que ver con reconocer y respetar la capacidad de decisión de cada mujer de participar en el estudio, así como el respeto por las personas, lo que implica que cada participante recibió información de manera clara y veraz acerca de los riesgos y beneficios de la investigación y poder otorgar así un consentimiento informado libre, claro y comprensible, asegurando que estas comprendieran el propósito, riesgos y beneficios del estudio, con especial atención a su autonomía y privacidad y tomar la decisión de participar o retirarse del estudio de manera libre respetando su dignidad, valores y creencias.

Al contar con la participación voluntaria de cada participante se entregó el consentimiento informado y se aclararon dudas e inquietudes y de manera autónoma y voluntaria el consentimiento. De igual manera la participante de manera libre contaba con la opción de retirarse del estudio en cualquier momento.

La beneficencia se refiere a la promoción del bienestar maximizando los beneficios del estudio para las participantes y la sociedad, ofreciendo a las mujeres un espacio seguro de expresión y reconocimiento de sus historias y vivencias particulares, así como también contribuyendo a la generación de conocimiento útil para mejorar los servicios existentes y promover políticas y estrategias en salud mental.

Se minimizaron los riesgos, con estrategias como la intervención y acompañamiento oportuno en las entrevistas de la investigación. Se permitieron pausas o interrupciones cuando la participante lo solicitó, evitando insistir en temas que generaron para ellas alguna incomodidad, de esta manera garantizando que su participación no afectara negativamente su bienestar. Se procuró por un lugar seguro y tranquilo para el desarrollo de la entrevista aplicando el respeto profundo por la dignidad humana.

La no maleficencia significa “no hacer daño” por lo que se evitó en la investigación cualquier daño físico, psicológico, social y cultural a las participantes, se veló por la confidencialidad y anonimato protegiendo la identidad y datos personales para evitar estigmatización y discriminación. Estos datos sensibles se manejaron mediante la anonimización de códigos que protegieron la información personal y el manejo de datos con absoluta confidencialidad.

Esta información reposará únicamente en las computadoras personales de las investigadoras una copia en el drive y una en un disco extraíble, la cual será eliminada después de 2 años de terminada la investigación. La guía para recolección de la información fue diseñada de manera cuidadosa con lenguaje sensible a la condición de las participantes, respetando la dignidad y el respeto a sus convicciones, en caso de algún malestar se contó con una atención individualizada con el fin de garantizar un acompañamiento oportuno.

El principio de justicia se aplicó asegurando la equidad en el trato a las participantes evitando la discriminación por su edad, estrato, pertenencia étnica o denominación religiosa.

Con el fin de garantizar el cumplimiento de estas consideraciones éticas se diseñaron documentos de consentimiento informado dirigidos a las mujeres participantes del estudio, fue firmado antes de iniciar la recolección de datos. Estos registros se encuentran en los anexos de este documento para garantizar la transparencia y respaldo de esta investigación.

En conclusión, el estudio se desarrolló bajo un compromiso ético que integra los principios bioéticos fundamentales y los valores propios de la profesión de enfermería, asegurando que la participación de las mujeres se lleve a cabo en un entorno de respeto, cuidado e integralidad.

4. RESULTADOS

El análisis del presente estudio se realizó bajo la metodología del Análisis Temático Reflexivo de Braun y Clarke (2006, 2019, 2022). Partiendo de un plan de análisis secuencial e iterativo que inició con la preparación y organización de los datos (Fase 1) por medio de la transcripción de las entrevistas y la gestión de archivo garantizando la anonimización de la siguiente manera: Se realizaron nueve entrevistas cuya codificación anónima corresponde a MUJ que quiere decir (Mujer), seguido de la numeración secuencial y PTL que corresponde a (Pitalito).

Se procede a la realización del análisis de entrevista individual que permitió la creación de códigos iniciales representando la voz de las participantes (Fase 2) que posteriormente se agruparon para formar las categorías descriptivas iniciales (Fase 3) que posteriormente fueron renombradas afinadas y en algunos casos ajustadas para darle sentido y coherencia al estudio, lo cual se realizó contando con la constante asesoría de las tutoras de investigación que permitió darle cumplimiento a los criterios de rigor metodológico adoptados para esta investigación. Estas categorías a su vez dieron origen a los temas candidatos (Fase 4) que representan los resultados de esta investigación (Fase 5) para finalmente integrar y sintetizar la información que permite describir este fenómeno de investigación (Fase 6).

4.1. Rigor metodológico y proceso de memos

El rigor metodológico de este estudio se sustentó en la elaboración sistemática de memos metodológicos y memos reflexivos a lo largo de todo el proceso analítico, siguiendo las orientaciones de Braun y Clarke (2019, 2021) sobre la reflexividad como componente central del Análisis Temático Reflexivo. Los memos metodológicos documentaron las decisiones analíticas relacionadas con la codificación, la construcción y el renombramiento de categorías y la consolidación de los temas, dejando registro trazable de los criterios utilizados para fusionar, ajustar o

redenominar unidades de sentido. Los memos reflexivos, por su parte, permitieron a las investigadoras examinar su propia posición frente a los datos, favoreciendo una lectura centrada en la voz de las participantes y evitando la imposición de categorías teóricas previas.

Como parte de los criterios de rigor metodológico, la credibilidad busca garantizar que los hallazgos del estudio sean auténticos, verídicos y reconocibles por las propias participantes como una representación fiel de su vivencia. En este sentido, una vez concluidas las entrevistas y finalizado el análisis temático en las últimas fases propuestas por Braun y Clarke (2006, 2019, 2022), correspondientes a la construcción de los temas, los resultados fueron presentados a tres de las nueve participantes del estudio.

Esta estrategia, conocida como member checking o verificación con las participantes, consistió en socializar con ellas los temas centrales identificados y el análisis temático reflexivo construido a partir de sus relatos, con el fin de confirmar que dichos hallazgos correspondían efectivamente a su experiencia vivida y no constituían una imposición externa o una distorsión del sentido original de sus palabras. De esta manera, se garantizó que el análisis reflexivo realizado por la investigadora estuviera anclado en el lenguaje y la vivencia real de las participantes, fortaleciendo así la validez interna del estudio y la coherencia entre los datos originales y su interpretación final.

Este ejercicio se acompañó de asesoría constante por parte de las tutoras de investigación, lo que posibilitó procesos de discusión analítica y verificación cruzada de las interpretaciones emergentes. Los criterios de rigor adoptados incluyeron la revisión iterativa de los códigos, la trazabilidad de las decisiones mediante la numeración secuencial de los memos y la fidelidad al lenguaje empleado por las participantes como principio orientador de todo el proceso, en coherencia con los criterios de calidad y credibilidad para la investigación cualitativa (114).

4.2. Características de las participantes

A partir de este análisis se identificaron inicialmente las características de las participantes que consiste en nueve mujeres con diagnóstico de depresión residentes en Pitalito, Huila, la mayoría del área urbana y 3 de ellas del área rural. Las entrevistas fueron realizadas entre abril y junio de 2026 de forma virtual, con una duración promedio de aproximadamente 57 minutos por sesión.

Las edades de las participantes oscilan entre 31 y 50 años, lo que las sitúa predominantemente en la mediana edad, etapa del ciclo vital caracterizada por la confluencia de múltiples roles a nivel familiar, laboral y personal que pueden constituir factores de vulnerabilidad frente a la depresión. En cuanto al estado civil, la mayoría se encontraba casada, tres de ellas solteras y una separada, lo que sugiere la pertinencia de considerar la dinámica de pareja y el apoyo afectivo en el hogar como variables que median la vivencia y el afrontamiento de la enfermedad.

El nivel educativo de las participantes es heterogéneo, la mayoría cuenta con bachillerato cursado, tres participantes tienen formación universitaria de pregrado, una ha alcanzado nivel técnico y una cursó únicamente primaria. Esta diversidad formativa evidencia que la depresión se distribuye a lo largo de todos los niveles educativos representados, trascendiendo las diferencias en escolaridad y afectando a las mujeres independientemente de su nivel de formación académica.

En estrecha relación con este hallazgo, el perfil socioeconómico de las participantes refuerza su condición de vulnerabilidad: la mayoría de las participantes pertenece al estrato 1, dos al estrato 3 y una al estrato 2. Esta característica se articula, a su vez, con las ocupaciones de las participantes, que reflejan una variedad de roles sociolaborales mujeres dedicadas a la confección, labores del hogar y actividades de carácter informal o independiente sin que ninguna ejerza actualmente en cargos de alta jerarquía o posiciones directivas.

En relación con el diagnóstico de depresión, el tiempo transcurrido desde su identificación varía entre 3 y 16 años, lo que evidencia una trayectoria de convivencia prolongada con la enfermedad: más de la mitad de las participantes reporta vivir con

esta condición desde hace más de seis años. Pese a este recorrido extenso, solo una participante refirió hospitalización por depresión, con la última internación registrada en 2015. Las ocho participantes restantes no reportan episodios que hayan demandado hospitalización a lo largo de sus historias de vida en relación con la depresión.

En cuanto al perfil religioso y espiritual, la mayor parte de las participantes se identifica con el catolicismo, seguidas de quienes profesan el cristianismo evangélico, una participante perteneciente a los Testigos de Jehová y una que declara no tener práctica religiosa formal. No obstante, todas reportan una práctica espiritual de carácter diario, incluida quien no se adscribe a ninguna religión institucional, lo que sugiere la presencia de una espiritualidad vivida en la cotidianidad. En coherencia con este involucramiento, la mayoría de las participantes pertenece a algún grupo apostólico o comunidad religiosa organizada dentro de su iglesia, con mayor presencia en grupos de renovación carismática de tradición católica, lo que representa un recurso potencial de apoyo colectivo en el afrontamiento de la depresión.

En conjunto las participantes se caracterizan por ser mujeres de mediana edad, con niveles socioeconómicos predominantemente bajos, trayectorias depresivas de larga duración y una vinculación activa con prácticas espirituales y religiosas de diverso orden. Estos rasgos configuran el contexto desde el cual se analiza la relación entre espiritualidad/religiosidad y vivencia de la depresión en el municipio de Pitalito, Huila.

Con el propósito de sintetizar estas características sociodemográficas se presenta la siguiente tabla.

Tabla 1 Características sociodemográficas de las participantes

Característica	Descripción
Edad	Entre 31 y 50 años, situando a las participantes predominantemente en la etapa de la mediana edad.
Estado civil	La mayoría casada, tres solteras y una separada.
Nivel educativo	Heterogéneo, la mayoría con bachillerato cursado, tres con formación universitaria de pregrado, una con nivel técnico y una con primaria.
Estrato socioeconómico	La mayoría en estrato 1, dos en estrato 3 y una en estrato 2.

Ocupación	Confección, labores del hogar y actividades de carácter informal o independiente, sin cargos de alta jerarquía.
Tiempo desde el diagnóstico	Entre 3 y 16 años, más de la mitad con más de seis años de convivencia con la enfermedad.
Hospitalización	Solo una participante con antecedente de hospitalización por depresión, registrada en 2015.
Perfil religioso y espiritual	Mayoría católica, seguida de cristianismo evangélico, una participante de los Testigos de Jehová y una sin adscripción religiosa formal, todas con práctica espiritual diaria.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis

Durante el proceso de análisis e interpretación surgen cuatro grandes temas alineados a los objetivos de este estudio.

4.3. Tema central. Transitar la depresión hacia la vida sostenida por la fe.

El análisis permitió conceptualizar el tema central como una transición de salud enfermedad (85) a saber, las participantes atravesaron desde el momento del diagnóstico hasta la consolidación de nuevas formas de sostener la vida. Esta transición se caracterizó por la conciencia progresiva del cambio, expresada en el reconocimiento paulatino de los síntomas y del diagnóstico como hito que reorganizó la propia narrativa de vida. Se caracterizó también por el compromiso activo de las participantes con nuevas prácticas de afrontamiento, entre ellas las de carácter espiritual y religioso, así como por un tiempo de duración prolongado que en varios casos superó los diez años.

La transición estuvo marcada además por puntos y eventos críticos, entre ellos duelos, enfermedades orgánicas y rupturas afectivas, que se identificaron como momentos que reorganizaron el curso de la experiencia. Los vínculos espirituales y comunitarios emergieron como condición facilitadora de este proceso, mientras que la soledad y la ausencia de apoyo se identificaron como condición inhibidora. De este modo, el tema central conceptualiza el tránsito de las participantes desde la vivencia de la depresión hacia formas de sostener la vida ancladas en la fe, entendido no como

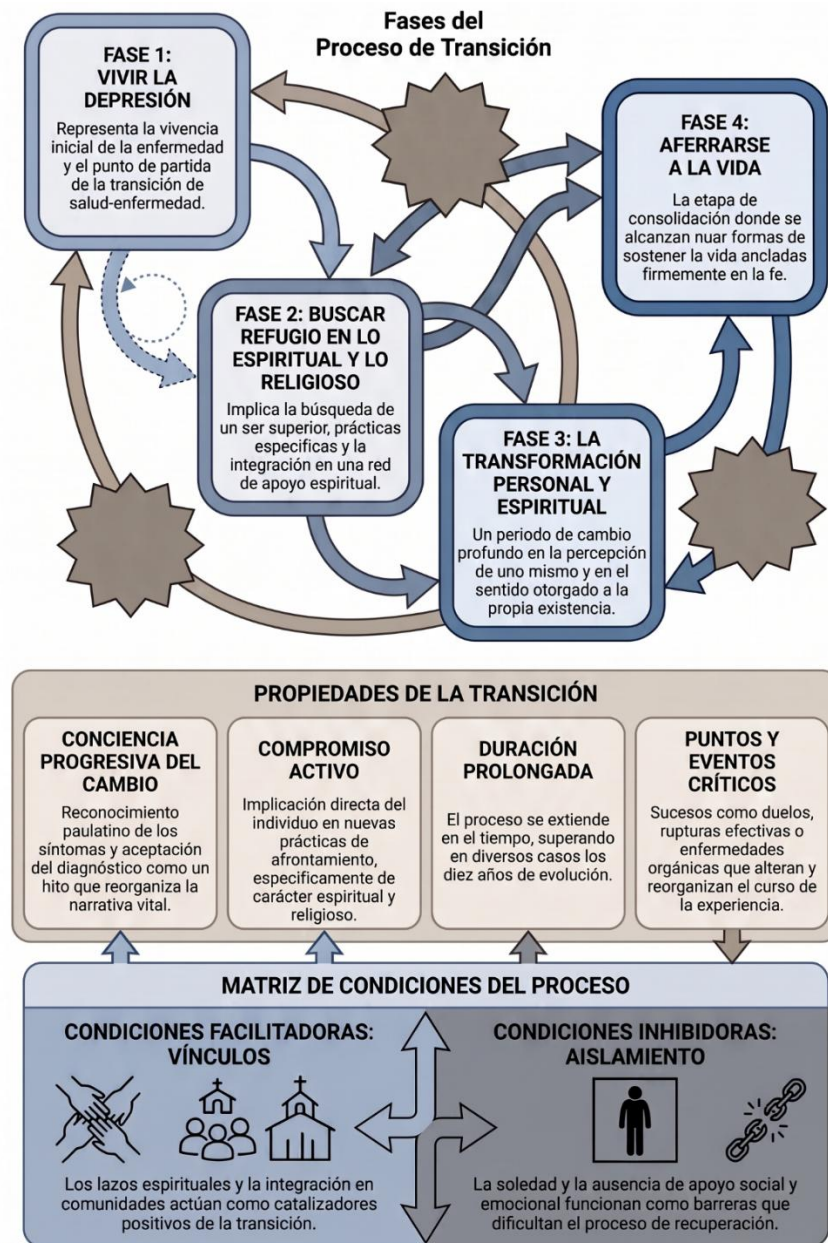
una progresión lineal sino como un proceso con avances, retrocesos y puntos críticos propios de toda transición vital. Cada uno de los cuatro temas que se presentan a continuación conceptualiza, de manera reflexiva, una fase de este tránsito, desde la vivencia inicial de la depresión (Tema 1), pasando por la búsqueda de refugio espiritual y religioso (Tema 2) y la transformación personal y espiritual que dicha búsqueda propició (Tema 3), hasta el acto de aferrarse a la vida (Tema 4). Ver figura 1

Figura 1. Tema central y fases de una transición vital



Fuente: elaboración propia a partir del análisis temático reflexivo de los datos del estudio.

Figura 2. Fases del proceso de transición



Fuente: (Bermeo D., 2026) mediante el uso de inteligencia artificial (NotebookLM), basada en el análisis temático reflexivo de los datos y fundamentada en la Teoría de las Transiciones.

4.4. Tema 1: Vivir la depresión

Retomando el tema central de tránsito, este primer tema conceptualizó la vivencia de la depresión como el punto de partida del proceso, entendido en términos de Meleis et al., (85) como la fase de conciencia inicial de un cambio no elegido en la vida cotidiana. El análisis permitió identificar que, para las participantes, vivir la depresión no correspondió a una categoría diagnóstica abstracta, sino a una experiencia encarnada que comprometió el cuerpo, las emociones, los vínculos y el sentido mismo de la existencia. Esta conceptualización se sostuvo en dos categorías que documentaron, respectivamente, los eventos que dieron inicio al malestar y las primeras formas mediante las cuales las participantes intentaron afrontarlo antes de acudir a lo espiritual o religioso.

Este tema muestra la vivencia subjetiva de la depresión en el cotidiano de las participantes. Está compuesto por las categorías 1.1. Vivir situaciones que dan inicio a la depresión y 1.2 Vivir y afrontar la depresión (síntomas + primeras formas de afrontarla). Dando respuesta a los objetivos de este estudio da cuenta de la vivencia personal y corporal de la depresión: lo que la desata y las primeras formas de hacerle frente. (Obj. específico 1)

Es así como la depresión se manifiesta en el cuerpo, tal como lo expresa MUJ-01-PTL *"Mi situación de depresión. Inclusive era tanto como ya sentirlo físicamente (...) que fue como la opresión en el pecho"* (Cod 2.2.) Lo que describe que la depresión se vive como un síntoma físico, de agotamiento o cansancio constante *"se siente uno agotado, uno se siente realmente agotado (...) uno se siente con el cuerpo súper pesado"* MUJ-04-PTL (Cod 6.3)

Ese agotamiento físico vacía las reservas de energía para continuar con la vida y la rutina diaria y está asociado a otros síntomas como el insomnio, la tristeza profunda y la falta de apetito (MUJ-02-PTL Cod 4.4; MUJ-05-PTL Cod 6.22; MUJ-07-PTL Cod 6.2) que agudizan cada vez más la depresión *".....Por muchos años lloré mucho, lloraba, lloraba, lloraba y me sentía sola"* MUJ-03-PTL (cod 12.1) En este caso el llanto y la soledad aparecen juntos durante años: no hay nadie que contenga ese sufrimiento, haciendo que cada vez se pierda el sentido de la vida y la motivación de

vivirla como lo menciona MUJ-05-PTL *"Llegó un momento donde realmente fue duro, fue duro porque de verdad le perdí el sentido a la vida, le perdí el sentido a todo"* (Cod 2.8)

Y así el llanto constante, el aburrimiento y la falta de sentido se entrelazan con manifestaciones corporales como el dolor en el pecho, mostrando cómo la depresión se vive como síntomas físicos, afectivos, emocionales y motivacionales atravesando cuerpo y emoción a la vez. El vacío de sentido aparece como el núcleo desde el cual se desprenden estas otras vivencias. *"Bueno pues los síntomas son un aburrimiento todo el tiempo, ganas de llorar y que no le encontraba sentido a las cosas y me da ansiedad, como en el pecho, algo en el pecho, muy feo, y sí, muchas ganas de llorar y aburrimiento"* (MUJ-07-PTL Cod 6.1).

Este aburrimiento muchas veces desencadena en las participantes pensamientos suicidas como es el caso de MUJ-03-PTL *"Muchos pensamientos suicidas siempre estuvieron de mi lado, pero pues nunca atenté literal contra mi vida, no"* (Cod 4.5) La participante describe los pensamientos suicidas como algo que siempre ha estado a su lado, como una presencia sostenida. Ella misma distingue entre pensarlo y actuar: dice que no atentó literalmente contra su vida. Las palabras "siempre ha estado de mi lado" dicen que no fue un momento aislado sino una compañía larga y pesada.

Esta vivencia típica y personal de la depresión altera la relación consigo mismas, con los otros y con el mundo. No se limita a la enumeración de síntomas, sino que da cuenta de cómo las mujeres narran y significan su malestar desde su propio lenguaje y marco de referencia, incluyendo los detonantes que ellas mismas identifican como el acontecimiento de eventos vitales estresantes que favorecen la aparición de los primeros síntomas depresivos y que identifican como periodo de inicio de la depresión; tales como el duelo descrito por MUJ-05-PTL *"pero a raíz de la muerte de mi mamá se detonó todo porque me diagnosticaron, empecé a enfermarme y empezaron a buscar enfermedades que no encontraban, que no tenía"* (Cod 2.4) y así la muerte de la madre actúa como detonante que desata todo: el diagnóstico, las enfermedades inexplicables, la crisis, tal como lo describe la MUJ-09-PTL *"Para ese año murió mi papá"* (Cod 4.4.).

La muerte del padre situada en el periodo del inicio de la depresión que da cuenta de un evento que marca la vida misma, como también lo marca una ruptura sentimental *"...estaba con una tuza tremenda (...) estaba con una decepción amorosa muy fuerte, entonces como que todo esto colapsó,"* (MUJ-02-PTL Cod 2.29) La palabra "tuza" describe una tristeza profunda mezclada con nostalgia o pena por amor, la participante elige el término de su propio registro cotidiano en lugar de una palabra más formal. El adjetivo "tremenda" refuerza la intensidad, igual que "muy fuerte" para la decepción amorosa, dos formas de subrayar la magnitud de lo que sentía y la afectación que este suceso estaba teniendo en su vida.

Del mismo modo la enfermedad orgánica en algunas de las participantes ha aparecido para representar un evento que ha marcado sus vidas y detonado sus síntomas como es el caso de MUJ-05-PTL *"para mi sorpresa, cuando llegaron los resultados, pues yo tenía cáncer (...) Claro, yo tenía cáncer y yo no, pues obviamente para mí fue un impacto muy tenaz porque vuelvo y digo, yo vivía sola, estaba sola,"* (Cod 12.3).

La participante dice que cuando llegaron los resultados tenía cáncer, que fue un impacto muy tenaz, y que ella vivía sola, estaba sola y se sostenía sola, apareciendo la falta de apoyo y la soledad misma como cuadros que agudizan los síntomas y la crisis misma, *"La enfermedad, pues sí, o sea, lo más duro que me dio fue cuando, pues cuando supe que me iban a hacer mastectomía, que me iban a quitar el seno. Eso fue muy, muy duro, lo más duro para mí (...) O sea, se me bajo la autoestima y sentía que yo ya, pues sí, que yo ya como mujer, como ya no iba a ser igual."* MUJ-07-PTL Cod 8.2) La pérdida de una parte del cuerpo se extiende más allá de lo físico, golpeando directamente la autoestima y el sentido de identidad como mujer, su cuerpo, valor propio y feminidad aparecen aquí como dimensiones entrelazadas, donde la pérdida material se traduce en una herida en la forma de verse y sentirse a sí misma.

Lo anterior da cuenta del impacto que la depresión tiene en el funcionamiento cotidiano de las mujeres (trabajo, relaciones, autocuidado) y como esto afecta la manera de vivir, su forma de ver la vida, incluso la desmotivación por algo que parece tan sencillo como el cuidado personal, *"...empecé a tener problemas laborales"* (MUJ-02-PTL Cod 2.24), y como lo manifiesta MUJ-04-PTL *"Me gradué. Ya después pude*

ejercer mi carrera a los tres años después, imagínate, a los tres años después pude ejercer mi carrera porque yo no podía conseguir trabajo porque si conseguía trabajo me enfermaba" (Cod 2.22). Adicional al malestar que afecta el trabajo es claro que las participantes describen como la cotidianidad de la depresión afecta sus relaciones personales más importantes como lo describe MUJ-06-PTL *"Incluso pues tenía a mis hijos pequeños cuando eso sucedió y no quería mucho que estuvieran ahí conmigo"* (Cod 4.2) La participante expresa un deseo de distancia frente a sus hijos, lo que puede señalar un peso percibido en el rol materno durante el periodo de malestar, sin que esto implique necesariamente una falta de afecto.

El autocuidado se ve fragmentado y difícil de realizar *".... Y ese día entonces me levanto, estaba muy sucia, estaba mi ropa sucia, mal peinada, mal arreglada, y me fui, cerré la casa y me fui con una monedita que encontré para el bus y caminé como cuatro con cinco cuadras y me subí a un bus"* (MUJ-03-PTL Cod 6.2)

De este modo la transición inicial de la depresión antes de llegar a lo espiritual o religioso como medio para transitar en la depresión, las participantes lo construyen como explicaciones propias de su malestar y vivencia personal directa con la depresión.

MUJ-01-PTL usa una metáfora personal: *"mi depresión fue como una balanza (...) cuando llegan esos episodios (...) esa balanza se baja"* (Cód. 10.10). MUJ-02-PTL describe el tránsito desde la negación *"...Pues al principio uno piensa o en mi caso yo pensaba que pues podía con todo"* (Cod 2.1) hasta recibir el nombre de lo que vivía como diagnóstico médico: *"...ella me dijo que lo que yo tenía era una depresión"* (Cod 2.52). Otras narran su paso por tratamiento médico y psicológico, muchas veces vivido con ambivalencia, como MUJ-04-PTL: *"Entonces me mandaban pastas para todo eso, me mandaron pastas para comer, para, para el apetito, para abrirme el apetito, para poder dormir, para los ánimos, un de pastas ahí que yo me tomaba"* (Cod 8.25).

En varios relatos, este período también se cruza con una crisis espiritual concreta: el distanciamiento de Dios, como en MUJ-02-PTL: *"...había dejado muchas cosas de lado, había dejado mi grupo, también la parte espiritual porque como no podía, pues*

no me quedaba tiempo," (Cod 4.24) dato que antecede y prepara narrativamente la búsqueda de refugio espiritual posterior.

En conjunto, las categorías y elementos de este tema muestran que, para las participantes, la depresión no es un concepto abstracto ni una etiqueta diagnóstica recibida, sino una experiencia vivida en el cuerpo, en las relaciones y en el sentido de la propia vida.

A modo de síntesis, la siguiente tabla presenta, las extracciones importantes y representativas de las categorías y códigos que compusieron este tema.

Tabla 2. Categorías y códigos representativos del tema 1

Categoría	Código/Participante	Descripción
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 2.1 (MUJ-01-PTL)	Depresión sentida físicamente como opresión en el pecho.
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 6.3 (MUJ-04-PTL)	Agotamiento físico y sensación de cuerpo pesado.
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 12.1. (MUJ-03-PTL)	Llanto prolongado asociado a la soledad.
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 2.8 (MUJ-05-PTL)	Pérdida del sentido de la vida.
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 6.1 (MUJ-07-PTL)	Experimentar aburrimiento en la depresión
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 4.5 (MUJ-03-PTL)	Presencia sostenida de pensamientos suicidas.
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 4.2 (MUJ-06-PTL)	Distanciamiento afectivo frente a los hijos durante el malestar.
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 6.2 (MUJ-03-PTL)	Descuido del cuidado personal en la crisis
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 10.10 (MUJ-01-PTL)	Describe la depresión como una balanza en desequilibrio
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 2.1 (MUJ-02-PTL)	Creencia inicial de poder con todo como antesala del colapso
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 2.52 (MUJ-02-PTL)	Recibir el Diagnóstico de depresión
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 8.25 (MUJ-04-PTL)	Tratamiento farmacológico vivido con ambivalencia.
1.2 Vivir y afrontar la depresión	Cód. 4.24 (MUJ-02-PTL)	Distanciamiento de la práctica espiritual previo a la búsqueda de refugio.
1.1 Vivir situaciones que dan inicio a la depresión	Cód. 2.4 (MUJ-05-PTL)	Percibir la muerte de la madre como un detonante de la depresión
1.1 Vivir situaciones que dan inicio a la depresión	Cód. 4.4 (MUJ-09-PTL)	La muerte del padre situada en el periodo del inicio
1.1 Vivir situaciones que dan inicio a la depresión	Cód. 2.2 (MUJ-02-PTL)	Pasar por una fuerte ruptura amorosa como detonante emocional
1.1 Vivir situaciones que dan inicio a la depresión	Cód. 12.3 (MUJ-05-PTL)	Diagnóstico de una enfermedad orgánica vivido en soledad.
1.1 Vivir situaciones que dan inicio a la depresión	Cód. 8.2 (MUJ-07-PTL)	Mastectomía asociada a la afectación de la autoestima y la identidad.
1.1 Vivir situaciones que dan inicio a la depresión	Cód. 2.24 (MUJ-02-PTL)	Afectación del desempeño laboral.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis

4.5. Tema 2: Buscar refugio en lo espiritual y lo religioso

Retomando el tema central de tránsito, este segundo tema conceptualizó la búsqueda de refugio espiritual y religioso como la fase de compromiso activo de la transición, entendida como el momento en que las participantes se involucraron con nuevas prácticas y vínculos como condiciones facilitadoras para transitar el malestar descrito en el Tema 1. El análisis permitió identificar que las participantes se orientaron hacia tres formas entrelazadas de sostén, documentadas en las categorías 2.1 las prácticas espirituales y religiosas, 2.2 la red de apoyo conformada por la comunidad, la iglesia y la familia, y 2.3 la relación personal con un ser superior.

Estas categorías dan cuenta, respectivamente, de los rituales y hábitos que las participantes incorporaron a su cotidianidad, de los vínculos humanos que acompañaron su proceso y de la experiencia relacional con Dios o con la divinidad como presencia percibida. Estos recursos espirituales y religiosos que movilizan las participantes: prácticas, comunidad y relación con Dios dan respuesta al Objetivo general y el objetivo específico 2 de esta investigación.

En cuanto a la categoría 2.1, las participantes describieron la oración como un espacio central de desahogo, tal como lo expresa MUJ-01-PTL *"En esos momentos de oración, uno siente como esa descarga de cosas que antes creías que ya estaban olvidadas"* (Cod 12.2).

La oración aparece asociada al llanto y al alivio corporal *"Yo sentía mucho alivio a la hora de entrar en oración. Lloraba demasiado, lloraba demasiado y se sentía mucho, mucho alivio"* (Cod 12.6). Otras prácticas como la música cristiana y la confesión se sumaron a este repertorio *"cuando hay mucha música en el ámbito cristiano que nos ayuda muchísimo a alivianar todo eso"* (Cod 14.1) y *"El acompañamiento de un sacerdote a la hora de confesarse también ayuda demasiado"* (Cod 14.2). MUJ-01-PTL describe además el inicio de estas prácticas durante la pandemia *"Yo llegue a estas prácticas desde la pandemia, para mí significó mucho porque yo tenía como el miedo, lo que todos temíamos"* (Cod 16.1), un periodo en que las redes sociales

funcionaron como puerta de entrada *"por medio de YouTube y por medio de que mucha gente empezó a evangelizar por estos medios, por las redes sociales, ahí empezó mi conversión"* (Cod 16.8).

La Eucaristía aparece como ritual propio de las mujeres católicas que alienta en el malestar, se ha descrito por MUJ-09-PTL *"La Eucaristía... fue un aliciente"* (Cod 12.1) y sentir como la Eucaristía transforma la vida *"...La Eucaristía donde consumimos el cuerpo vivo de Cristo, nos va transformando, nos va ayudando a salir de donde estamos"* (MUJ-02-PTL Cod 20.9) mostrando un cambio profundo que opera desde adentro, conecta con la creencia de que Dios está vivo en la Hostia y le da una consecuencia concreta: no solo está presente sino que al estar presente cambia algo dentro.

Cambio que se experimenta de manera similar con la visita al Santísimo como práctica característica de las participantes que profesan la religión católica como MUJ-05-PTL *"Sí, soy católica. Para mí el Santísimo es donde está el cuerpo y la sangre de Jesús. Es un lugar muy bonito donde tú no ves a Dios, pero sabes que está ahí porque está consagrado a través de las manos del sacerdote, que a través de esas manos se hace posible y se hace real que el cuerpo y la sangre de Jesús estén ahí en una hostia pequeña, algo pequeño, pero que uno no lo ve"* (Cod 6.1) y la relación personal con Dios fortalecida en el Santísimo *"aprendí a sentir la presencia de él en el Santísimo, en ir y colocarme de rodillas y empezar un diálogo con él. (Cod 6.3), luego la lectura bíblica ayuda a buscar la dirección que se necesita para enfrentar diversas situaciones como lo describe MUJ-03-PTL "...Cuando sucede algo Cuando hay un suceso, Cuando hay una situación, un evento, digamos un problema de alguien o mío, entonces bueno, entonces en mi caso me siento a pensar y analizar, busco un ejemplo bíblico, qué pasaría, cómo manejar este asunto. Entonces le oro a Jehová con la palabra"* (Cod 46.2) y es así como ellas sienten la voz de Dios a través de la lectura de la Biblia MUJ-06-PTL *"Muchas veces sentía que Dios me hablaba a través de los versículos de la palabra. Ahora, yo tomaba la Biblia, la leía y sentía que era lo mismo, o sea, Dios mismo hablándome, incluso de mí mismo tema. O sentía que toda esa palabra era para mí. Todas esas promesas, todas esas, o sea, Dios me las recordaba y decía, bueno, aquí está todo eso, lo que yo te hablé"* (Cod 18.3).

Hay participantes quienes describen la práctica de la danza carismática como una forma de adoración, sanación y también de refugio ante la depresión MUJ-01-PTL *"la alabanza, me encanta, me encanta la alabanza, me encanta, estoy en danza, hay un servicio que se llama servicio de danza, ahí se le está danzando a Dios y eso me sana cuando estoy mal"*. (Cod 38.1).

Las practicas marianas también forman parte de este abanico, como ayuda y respaldo en los momentos difíciles, el rezo del rosario como lo describe MUJ-05-PTL *"algo muy importante el santo rosario a la virgen me siento y hago el santo rosario y me levanto y sigo con mis cosas"* (Cod 56.7). La participante MUJ-01-PTL describe también la vivencia sensorial de un retiro mariano *"se estaba manifestando la Virgen, se siente el olor a rosas, lo sentí, se siente también, sentí como ese abrazo"* (Cod 29.1), una experiencia que ella misma asocia con alivio y sanación.

En varios casos, estas prácticas religiosas y espirituales se viven de una manera más personal, integrándolas al quehacer diario e incorporándolas a una rutina permanente como la participante MUJ-04-PTL integra la meditación, y las afirmaciones positivas aplicadas a su día a día como motivadores de cambio positivo *"Entonces, yo empecé con el, yo soy feliz, yo estoy sana, yo soy una mujer empoderada, yo soy una mujer próspera, yo, o sea, empecé con ese tipo de afirmaciones."* (MUJ-04-PTL Cod 10.1).

Las participantes MUJ-05-PTL y MUJ-04-PTL enfatizan la dimensión corporal y sanadora de estas prácticas: la primera relata procesos de "sanación desde el vientre" MUJ-05-PTL *"El proceso de sanar desde el vientre, porque el primer sacerdote me habló que tenía que empezar a cerrar ciclos y que eso era desde el vientre de mi mamá."* (Cod 24.1) y la importancia de la conexión sincera con la naturaleza y el beneficio emocional que esto trae MUJ-04-PTL *"y todos los beneficios que tiene cuando uno se conecta con esa naturaleza, con ese árbol, los animales, con el agua, con el río, con los elementos"* (Cod 48.4) como lo ratifica MUJ-08-PTL *"...el sentir uno el aire... el fresco de la mañana, mirar la creación, todo eso le ayuda a uno."* (Cód.52.1).

La categoría 2.2 documentó la red de apoyo conformada por la comunidad, la iglesia, el apoyo terapéutico y la familia. MUJ-01-PTL reconoce a la comunidad como un factor determinante *"la comunidad ha sido clave en ese proceso"* (Cod 18.5), percibiendo a

sus miembros como una familia espiritual *"los hermanos de comunidad, ellos vienen acá a la casa, todos somos como una familia"* (Cod 18.3). MUJ-02-PTL relata el acompañamiento de amistades cercanas *"Una de mis mejores amigas era la que pues estaba como más pendiente, estaba al tanto de que yo estaba mal"* (Cod 2.39) y de la oración compartida *"el apoyo de la oración de mi familia y de mi comunidad han sido las que me han levantado en muchos de estos momentos"* (Cod 6.9).

MUJ-03-PTL, perteneciente a los Testigos de Jehová, describe a su comunidad religiosa en términos similares *"los Testigos de Jehová tenemos hermanos, amigos cercanos, somos una gran familia y nos apoyamos"* (Cod 20.2). MUJ-06-PTL narra el acompañamiento constante de los pastores de su iglesia *"los pastores de la iglesia, muy pendientes, ahí, en todo ese proceso, estuvieron fue ellos, llamándome, acercándose, incluso colaborándome económicamente, orando por mí"* (Cod 16.1).

MUJ-08-PTL integra el acompañamiento profesional dentro de esta misma red de apoyo *"pedí la ayuda a mis hermanos de comunidad, que me ayudaran en la oración"* (Cód. 22.1) y *"me parece muy importante la ayuda psicológica, le agradezco a Dios por ponerme a la psicóloga, me acompañó tres años"* (Cód. 26.1). MUJ-09-PTL describe una red de apoyo que combinó lo espiritual y lo cercano, aunque también su desgaste con el tiempo *"al inicio estaban presentes, pero después se cansaron"* (Cod 20.1) y *"existe esa red a nivel espiritual, personas que oraban por mí"* (Cod 20.4).

La categoría 2.3 documentó la relación personal con un ser superior como recurso central de afrontamiento. MUJ-01-PTL describe esta cercanía como parte de su identidad *"esa cercanía a Dios que prácticamente es todo lo que nos lleva a ser lo que somos"* (Cod 10.3), y como presencia que hace más llevadera la depresión *"Cuando estamos de la mano de Dios, se sabe que no se le puede dar peso a estas situaciones"* (Cod 12.11). MUJ-02-PTL relata una relación personal e íntima con la figura de Jesús *"para mí es imaginarme que Jesús viene y se sienta conmigo en mi cama"* (Cod 6.12), incluso en momentos de mayor angustia *"Dios está como diciéndome aquí estoy, y quiero morirme es como el pensamiento en esos momentos, pero tú estás aquí y me ayudas y me siento mejor"* (Cod 6.15).

MUJ-03-PTL, desde su tradición como Testigo de Jehová, describe a Jehová como fuerza creadora *"es esa fuerza, es una fuerza, una energía que tiene la capacidad de*

manejar el sistema solar” (Cod 18.1). MUJ-05-PTL asocia la presencia de Dios con la confrontación de una crisis de salud física *“A través de mi enfermedad sentí a Dios” (Cod 12.1).* MUJ-08-PTL describe esta presencia como mitigadora de la soledad *“Nunca me sentí sola. Siempre sentí que en mi corazón había algo que no me hacía sentir sola” (Cód. 16.1)* y como un vínculo que ella misma asocia con su propio cuidado *“si yo no fuera estado pegada de la mano de Dios, yo hubiera tenido otras ideas, siempre me aferré a él” (Cód. 22.4).*

En conjunto, las tres categorías de este tema muestran que, para las participantes, la búsqueda de refugio espiritual y religioso no fue un episodio aislado sino un compromiso sostenido con prácticas, vínculos y una relación personal con lo trascendente, que representó la condición facilitadora central de su transición hacia nuevas formas de sostener la vida.

A modo de síntesis, la siguiente tabla presenta, las extracciones importantes y representativas de las categorías y códigos que compusieron este tema.

Tabla 3. Categorías y códigos representativos del tema 2.

Categoría	Código/Participante	Descripción
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod 1.2.(MUJ-01-PTL)	Oración vivida como espacio de descarga emocional.
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod12.6(MUJ-01-PTL)	Alivio corporal asociado al llanto en la oración.
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod14.1(MUJ-01-PTL)	Sentir alivio emocional en la música cristiana
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod14.2(MUJ-01-PTL)	Confesarse con un sacerdote y sentir su acompañamiento.
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod16.1(MUJ-01-PTL)	Inicio de las prácticas espirituales durante la pandemia.
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod16.8(MUJ-01-PTL)	Empezar su conversión en las redes como una práctica durante la pandemia
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod12.(MUJ-09-PTL)	La Eucaristía como aliciente
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod20.9(MUJ-02-PTL)	Sentir que la Eucaristía transforma la vida
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod 6.1 (MUJ-02-PTL)	Sentir la presencia de Dios, aunque no lo vea
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod 6.3 (MUJ-02-PTL)	Sentir la presencia de Dios que alivia en el Santísimo
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod46.2(MUJ-03-PTL)	Buscar en la biblia como manejar los asuntos del día al día
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod18.3(MUJ-06-PTL)	Sentir que Dios habla a través de la Biblia
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod38.1(MUJ-01-PTL)	Danzar y alabar a Dios como práctica de sanación
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod56.7(MUJ-05-PTL)	Hacer el rosario a la Virgen y sentir compañía

Categoría	Código/Participante	Descripción
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod29.1 (MUJ-05-PTL)	Experiencia sensorial de un retiro mariano vivida como alivio.
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod24.1(MUJ-05-PTL)	Sanar desde el vientre
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod48.4(MUJ-04-PTL)	Encontrar mucho beneficio al conectar con la naturaleza
2.1 Las prácticas espirituales y religiosas	Cod52.1(MUJ-04-PTL)	El contacto con la naturaleza ("la creación") como recurso espiritual y emocional
2.2 La red de apoyo	Cod18.5(MUJ-01-PTL)	La comunidad reconocida como clave en el proceso.
2.2 La red de apoyo	Cod18.3(MUJ-01-PTL)	Encontrar en los hermanos de comunidad una familia espiritual
2.2 La red de apoyo	Cod2.39(MUJ-02-PTL)	Recibir el apoyo de amistades que acompañan en el proceso
2.2 La red de apoyo	Cod 6.9(MUJ-02-PTL)	Oración familiar y comunitaria como sostén en la crisis.
2.2 La red de apoyo	Cod20.2(MUJ-03-PTL)	La comunidad de los Testigos de Jehová vivida como familia.
2.2 La red de apoyo	Cod16.1(MUJ-06-PTL)	Sentir el apoyo de los pastores de la iglesia
2.2 La red de apoyo	Cód.22.1(MUJ-08PTL)	Acompañamiento profesional integrado a la red de apoyo espiritual.
2.2 La red de apoyo	Cód26.1(MUJ-08-PTL)	La psicoterapia sostenida valorada como acompañamiento provisto por Dios
2.2 La red de apoyo	Cód20.1(MUJ-09-PTL)	El apoyo cercano que se agota con el tiempo
2.2 La red de apoyo	Cód20.4(MUJ-09-PTL)	La red de apoyo espiritual
2.3 La presencia de un ser superior	Cod10.3(MUJ-01-PTL)	La cercanía a Dios como parte de la identidad personal.
2.3 La presencia de un ser superior	Cód12.11(MUJ-01PTL)	Sentir que "De la mano de Dios" la depresión es más llevadera.
2.3 La presencia de un ser superior	Cod6.12(MUJ-02-PTL)	Relación personal e íntima con la figura de Jesús.
2.3 La presencia de un ser superior	Cod6.15(MUJ-02-PTL)	Sentir la protección de Dios cuando hay pensamientos suicidas
2.3 La presencia de un ser superior	Cod18.3(MUJ-03-PTL)	Reconocer a Jehová como ser creador
2.3 La presencia de un ser superior	Cod12.1(MUJ-05-PTL)	Sentir la compañía de Dios en la enfermedad
2.3 La presencia de un ser superior	Cód16.1(MUJ-08-PTL)	La presencia de Dios descrita como mitigadora de la soledad.
2.3 La presencia de un ser superior	Cód22.4(MUJ-08-PTL)	El vínculo con Dios descrito como recurso de cuidado personal.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis

4.6. Tema 3: La transformación personal y espiritual

Retomando el tema central, este tercer tema conceptualizó la transformación personal y espiritual como la fase en que las participantes, tras el compromiso con las prácticas y los vínculos descritos en el Tema 2, comenzaron a reconocer cambios estables en su manera de vivir, entendida como el momento en que la transición avanza hacia nuevos patrones de respuesta. El análisis permitió identificar que este tema documentó tanto cambios internos, en la forma de pensar, sentir y relacionarse

consigo mismas, como cambios externos, visibles en el entorno familiar, laboral y social de las participantes. Este tema lo representa la categoría 3.1 La vivencia de la transformación personal y espiritual describiendo los cambios que las participantes atribuyen a las prácticas: resignificación, sanación, nuevo sentido dando respuesta a los objetivos general y específico 2.

MUJ-01-PTL describe un cambio en la manera de vivir la depresión tras conocer a Dios *"ahora viví muy diferente la depresión porque en esa época yo no conocía a Dios, no estaba en los caminos de Dios, ahora si"* (Cod 8.1), y resignifica el sufrimiento como aprendizaje *"es algo que se pasa ya sea de aprendizaje o ya sea porque al final te va a traer algo bueno, yo lo llamo bendición"* (Cod 22.5). MUJ-02-PTL asocia su recuperación con la práctica sacramental sostenida en el tiempo *"sin yo darme cuenta al pasar de los meses estando en ese lugar, solo como en el ahora y en la hora como dice San Benito, fue que me fui recuperando sin darme cuenta"* (Cod 14.11) y con un cambio en el sentido atribuido a la existencia *"te ayuda a ver que tu existencia no es casualidad, de que tú has venido a aportar"* (Cod 30.4). MUJ-03-PTL describe un cambio en su relación con el pasado *"entendí que la vida es bella, entiendo que la vida es hermosa, que cada día es un día más maravilloso y que no vale la pena quedarse en el pasado"* (Cod 42.1).

MUJ-04-PTL relata una transformación marcada por la decisión de suspender la medicación *"Entonces dije, no, yo tengo que cambiar. Entonces, lo primero que hice fue dejar los medicamentos porque esos medicamentos me ponían peor"* (Cod 10.5), acompañada de nuevas prácticas de introspección *"Empecé a hacer yo, empecé a meditar"* (Cod 16.1) y de una afirmación personal de agencia *"mi primera palabra fue, yo puedo, yo puedo, quité el no puedo por el puedo"* (Cod 10.7). MUJ-05-PTL describe el perdón como un recurso de transformación *"ahí empieza a entender por qué les pasó, por qué sucedió la situación y a perdonarlos a ellos y eso te da descanso en el alma, te da amor, te da paz"* (Cod 30.3), así como la recuperación de la alegría perdida *"La alegría, esa alegría que se había perdido"* (Cod 32.1) y el abandono progresivo de la medicación *"después de ser un paciente medicado, ya poco a poco ir dejando los medicamentos y ya hoy en día yo no utilizo"* (Cod 52.1), llegando a

describir su relación con la fe en estos términos *"mi medicina hoy en día, cien por ciento, es Dios"* (Cod 54.1).

MUJ-06-PTL relata la recuperación de las ganas de vivir *"Sentía como que ese alivio, como que sí tenía ganas de vivir, de levantarme al otro día y decir, voy a seguir luchando por mis hijos"* (Cod 10.8), y describe su vinculación creciente con la vida comunitaria *"a través de estar ahí en la iglesia más metida, más de lleno, incluso ya estoy liderando en la iglesia, estoy ayudando a otras personas"* (Cod 32.7). MUJ-08-PTL describe el cambio como algo reconocido por su propio entorno *"las personas que me rodean me dicen que ha habido un cambio grande. Ya no me ven triste, reflejo alegría"* (Cód. 32.2), y como una comprensión adquirida sobre su propio proceso *"ya he podido comprender el porqué, el porqué de la depresión"* (Cód. 32.4). MUJ-09-PTL describe la transformación como un reencuentro consigo misma tras años de vivir para los demás *"Antes estaba para los demás solamente"* (Cod 18.1) y *"el encontrarme yo misma, esa luz sea aún más radiante, más equilibrada, sin egoísmo"* (Cod 18.3), aprendiendo también a poner límites emocionales *"no permitir que las emociones de los demás sean una carga en mí"* (Cod 18.4).

En conjunto, las categorías de este tema muestran que la transformación personal y espiritual no correspondió a un cambio repentino, sino a un proceso paulatino de resignificación de la depresión, del cuerpo, del vínculo con los otros y de la relación con la vida, coherente con lo que Meleis describe como la transición hacia patrones de respuesta más integrados.

A modo de síntesis, la siguiente tabla presenta, las extracciones importantes y representativas de las categorías y códigos que compusieron este tema.

Tabla 4. Categorías y códigos representativos del tema 3

Categoría	Código/Participante	Descripción conceptual
Transformación personal y espiritual	Cod 8.1 (MUJ-01-PTL)	Vivir la depresión de manera diferente tras conocer a Dios.
Transformación personal y espiritual	Cod 22.5 (MUJ-01-PTL)	La depresión resignificada como aprendizaje.
Transformación personal y espiritual	Cod 14.11 (MUJ-02-PTL)	Recuperarse de la depresión en el día a día
Transformación personal y espiritual	Cod 30.04 (MUJ-02-PTL)	Saber que la existencia tiene un propósito

Categoría	Código/Participante	Descripción conceptual
Transformación espiritual personal y	Cod 42.1 (MUJ-03-PTL)	Entender el sentido de la vida presente sin quedarse en el pasado
Transformación espiritual personal y	Cod 10.5 (MUJ-04-PTL)	La suspensión de la medicación como punto de cambio.
Transformación espiritual personal y	Cod 16.1 (MUJ-04-PTL)	Volver a ser ella misma
Transformación espiritual personal y	Cod 10.7 (MUJ-04-PTL)	Afirmaciones positivas en el proceso
Transformación espiritual personal y	Cod 32.1 (MUJ-05-PTL)	Recuperar la alegría
Transformación espiritual personal y	Cod 52.1 (MUJ-05-PTL)	El abandono progresivo de la medicación.
Transformación espiritual personal y	Cod 54.1 (MUJ-05-PTL)	Sentir que la medicina es Dios
Transformación espiritual personal y	Cod 10.8 (MUJ-05-PTL)	Recuperar las ganas de vivir
Transformación espiritual personal y	Cod 32.7 (MUJ-06-PTL)	La vinculación creciente con la vida comunitaria.
Transformación espiritual personal y	Cód. 32.2 (MUJ-08-PTL)	El cambio reconocido por el propio entorno de la participante.
Transformación espiritual personal y	Cód. 32.4 (MUJ-08-PTL)	La comprensión actual del "porqué" de la depresión como logro del proceso
Transformación espiritual personal y	Cód. 18.1 (MUJ-08-PTL)	El 'antes': existir solo para los demás
Transformación espiritual personal y	Cod 18.3 (MUJ-09-PTL)	El reencuentro consigo misma tras años de vivir para otros.
Transformación espiritual personal y	Cod 18.4 (MUJ-09-PTL)	límite emocional aprendido

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis

4.7. Tema 4: Aferrarse a la vida en medio de la depresión

Retomando el tema central, este cuarto y último tema conceptualizó el acto de aferrarse a la vida como el desenlace del proceso, entendido como el momento de mayor integración de la transición, en el cual las decisiones y los apoyos percibidos en los momentos más críticos permitieron a las participantes sostener la vida frente a la depresión. Integrado por la categoría 4.1. Aferrarse a la vida / recursos para enfrentar la depresión. Lo que sostiene a las participantes en el punto de mayor riesgo vital y complementa la respuesta a los objetivos de esta investigación.

MUJ-01-PTL describe la confianza en Dios como recurso para sostenerse en los momentos de mayor desánimo "*buscar a Dios y estar con él y confiar en él hace que nosotros podamos superar muchas cosas inclusive la depresión inclusive el desánimo*" (Cod 14.8).

MUJ-04-PTL relata su propia disposición activa a buscar soluciones *"Gracias a Dios soy tipo persona que me gusta buscar solución a las cosas. Esa soy yo, esa soy yo"* (Cod 8.12) y el hallazgo progresivo de alternativas *"las salidas las hay, las salidas, la verdad las salidas las hay, lo digo yo personalmente que estuve en ese proceso bastante difícil"* (Cod 8.19). MUJ-05-PTL describe el papel de su hija como motivo para buscar ayuda médica *"fue a través de mi hija, él se valió a través de mi última hija. Porque si no, tal vez no lo hubiese hecho y no lo hubiese encontrado"* (Cod 16.2).

MUJ-06-PTL relata una convicción religiosa que ella describe como límite personal frente a la idea de quitarse la vida *"como yo sabía también de Dios, entonces sabía que para mí eso era un pecado, o Dios me da la vida, yo no me la puedo quitar, hasta que Él decida"* (Cod 48.2).

MUJ-08-PTL describe el momento de mayor agotamiento como el punto de quiebre que la llevó a decidir buscar ayuda *"al mirarme físicamente cansada, ya desesperada. Tomé la decisión de buscar la ayuda psicológica"* (Cód. 36.1), integrando la búsqueda profesional y espiritual en un mismo movimiento *"entendí que de verdad yo necesitaba buscar ayuda. Tanto en lo profesional, como también en lo espiritual"* (Cód. 04.5). MUJ-09-PTL describe el reconocimiento del propio malestar como umbral hacia la ayuda *"cuando ya me hice consciente fue donde yo dije yo necesito ayuda"* (Cod 10.2), un proceso que también implicó aprender a poner límites *"me costaba mucho decirle a la gente no, aprendí a decir no, me dolió"* (Cod 10.18).

En conjunto, este último tema muestra que aferrarse a la vida no se sostuvo en un único recurso, sino en la confluencia de convicciones religiosas, vínculos cercanos y decisiones personales de buscar ayuda, las cuales marcaron el punto de mayor integración de la transición a lo largo de los cuatro temas.

A modo de síntesis, la siguiente tabla presenta, las extracciones importantes y representativas de las categorías y códigos que compusieron este tema.

Tabla 5. Categorías y códigos representativos del tema 4.

Categoría	Código/Participante	Descripción conceptual
Aferrarse a la vida	Cod14.8(MUJ-01-PTL)	La confianza en Dios como recurso frente al desánimo.
	Cod8.12(MUJ-04-PTL)	La disposición activa a buscar soluciones.
	Co 8.19(MUJ-04-PTL)	Encontrar la salida con sus recursos
	Cod16.2(MUJ-05-PTL)	El vínculo filial descrito como motivo para buscar ayuda médica.
	Cod48.2(MUJ-06-PTL)	La convicción religiosa descrita como límite personal.
	Cód36.1(MUJ-08-PTL)	El agotamiento como punto de quiebre que impulsa a buscar ayuda.
	Cód04.5(MUJ-08-PTL)	Búsqueda articulada de ayuda profesional y espiritual
	Cod10.2(MUJ-09-PTL)	El reconocimiento del propio malestar como umbral hacia la ayuda.
	Cod10.13(MUJ-09PTL)	El aprendizaje doloroso de poner límites

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis

El presenta análisis y la identificación de los cuatro temas, permitió describir la transición que viven las participantes, como un proceso con propiedades reconocibles (115). La conciencia del cambio se hizo visible en el paso de una vivencia corporal y emocional inicialmente no nombrada hacia el reconocimiento del diagnóstico y, más adelante, hacia la comprensión reflexiva de lo vivido (85).

El compromiso con nuevas prácticas se expresó en la incorporación progresiva de rituales, vínculos comunitarios y una relación personal con lo trascendente, que las participantes sostuvieron de manera cotidiana. Los puntos y eventos críticos, entre ellos los duelos, las enfermedades orgánicas, las rupturas afectivas y los momentos de mayor agotamiento, aparecieron de forma recurrente como los momentos donde el tránsito se reorganizó, ya fuera hacia la agudización del malestar o hacia la búsqueda de nuevas formas de sostener la vida.

Los patrones de respuesta documentados en el tercer y en el cuarto tema mostraron que la transición no sigue una progresión lineal ni uniforme entre las nueve participantes, sino que se expresó en distintos ritmos, recaídas y formas particulares de integración. En conjunto, los resultados describen un proceso donde la vivencia de

la depresión, la búsqueda de refugio espiritual y religioso, la transformación personal y el acto de aferrarse a la vida se entrelazaron como dimensiones de una transición, sostenida de manera central por los vínculos comunitarios y la relación con lo eminente, sin que ello implique una relación causal entre la práctica espiritual religiosa y la remisión clínica de la depresión.

5. DISCUSIÓN

La discusión de los resultados de esta investigación se aborda a partir del fenómeno central de este estudio, la vivencia de la depresión y la búsqueda de prácticas espirituales y religiosas en mujeres de Pitalito, Huila, entendido como un proceso en el que se integra las dimensiones física, emocional, social y espiritual de quienes viven la depresión. Este apartado articula las características sociodemográficas de las participantes, los temas identificados en el análisis y los objetivos específicos del estudio, tomando como marco referente para el análisis de este fenómeno la teoría de las transiciones de Meleis, la cual brinda un lente para describir la vivencia de la depresión y la búsqueda de la fe como una transición de salud enfermedad situada en el tiempo, con propiedades identificables y con condiciones que facilitan o inhiben su curso (116).

En relación con las características sociodemográficas de las nueve participantes constituyen las condiciones personales, comunitarias y sociales que se reconocen como determinantes del curso de una transición de salud enfermedad (116). La concentración de las participantes en la mediana edad, etapa marcada por la confluencia de roles familiares, laborales y personales, es coherente con la evidencia que señala a las mujeres de este grupo etario como una población con mayor exposición a síntomas depresivos asociados a la carga de roles múltiples (117).

El estudio poblacional de Wang et al. sobre mujeres chinas de mediana edad encontró una prevalencia considerable de síntomas depresivos en este grupo etario, asociada a factores como el estado civil, el estado de salud auto percibido y la calidad del

sueño, lo que ofrece un contraste útil frente al perfil de las participantes de Pitalito, en quienes convergen de forma semejante la mediana edad, la diversidad en el estado civil y la cronicidad del cuadro depresivo (117).

De manera similar, la predominancia del estrato socioeconómico bajo entre las participantes es consistente con la revisión sistemática de Jespersen et al., que sobre 162 estudios encontró que el bajo nivel socioeconómico se asocia de forma consistente con un mayor riesgo de depresión clínica, tanto al analizar el ingreso, la educación y el empleo por separado como al considerarlos de forma compuesta, y en poblaciones de culturas y grupos etarios diversos (118).

Este hallazgo profundiza la lectura de que la concentración de las participantes en el estrato socioeconómico bajo no es un dato aislado, sino un hallazgo coherente con un cuerpo amplio de evidencia internacional, que además se interpreta como una condición social que limita el acceso a recursos de cuidado y a redes de apoyo formal, reforzando la relevancia de las condiciones comunitarias y sociales que la teoría de las transiciones reconoce como determinantes del curso de la transición (116).

El tiempo prolongado transcurrido desde el diagnóstico, que en más de la mitad de las participantes supera los seis años, es coherente con el carácter progresivo y no lineal que la teoría de las transiciones atribuye a los procesos de salud enfermedad de larga duración (119), mientras que la baja frecuencia de hospitalización sugiere que el cuidado de estas mujeres se sostuvo mayoritariamente en el ámbito comunitario y familiar (120). Finalmente, la heterogeneidad religiosa de las participantes, que combina catolicismo, cristianismo evangélico, la tradición de los Testigos de Jehová y una práctica espiritual sin adscripción institucional, respalda la necesidad reconocida en la literatura de una valoración espiritual individualizada que no presuponga una única forma de vivir la fe (121).

Objetivo específico 1 y la identificación de las vivencias

El primer objetivo específico de este estudio buscó identificar las vivencias de las mujeres con depresión en Pitalito, lo cual se refleja principalmente en el Tema 1. Esta identificación corresponde a la fase de conciencia de la transición, entendida como el

reconocimiento que la persona hace de que algo ha cambiado en su vida (116). Los hallazgos mostraron que las participantes no describieron la depresión como una categoría diagnóstica abstracta, sino como una experiencia corporal, emocional y relacional, lo cual encuentra eco en el estudio colombiano de Parada Rico et al., que evidenció cómo la soledad actúa como predictor significativo de ansiedad y depresión durante una transición prolongada de cuidado, hallazgo que profundiza la comprensión de expresiones como la de la participante que describió el llanto y la soledad como una experiencia sostenida sin nadie que la acompañara (120).

La identificación de puntos y eventos críticos, como los duelos, las enfermedades orgánicas y las rupturas afectivas que las participantes situaron como el inicio de su malestar, corresponde a lo que la teoría de las transiciones describe como los puntos críticos que marcan el curso de toda transición de salud enfermedad (116), (119). El estudio de Tuthill et al. sobre mujeres en transición hacia la maternidad en contextos de enfermedad crónica documentó de forma empírica cómo las propiedades de conciencia y compromiso de la transición se manifiestan en el reconocimiento progresivo del cambio corporal y emocional antes de que la persona logre nombrar lo que le sucede, lo cual es coherente con el tránsito narrado por las participantes desde el malestar difuso hacia el reconocimiento del diagnóstico (119).

Objetivo específico 2 y la caracterización de las prácticas

El segundo objetivo específico se orientó a caracterizar las prácticas espirituales y religiosas utilizadas por las participantes, lo cual emerge principalmente en los Temas 2 y 3. La diversidad de prácticas identificadas, entre ellas la oración, la lectura de las escrituras, la pertenencia a comunidades religiosas y la relación personal con un ser superior, es consistente con la revisión integrativa de Badanta et al., que documentó que las personas recurren predominantemente a estrategias de afrontamiento espiritual y religioso positivas, como sostener una relación cercana con Dios o vivir la experiencia como una oportunidad de transformación personal, en contraste con

estrategias negativas como sentirse castigadas o distanciarse de la divinidad, las cuales se asocian con peores desenlaces emocionales (122).

Este hallazgo aporta profundidad a la lectura de los Temas 2 y 3, en los cuales las participantes describieron de forma predominante estrategias del primer tipo, sin que emergieran en los datos expresiones de afrontamiento religioso negativo. La caracterización de la comunidad, la iglesia y la familia como red de apoyo, documentada en la categoría 2.2, es coherente con el estudio cualitativo de Torres Contreras et al. con estudiantes de enfermería, que encontró que la relación con Dios es descrita como fuente de fortaleza y seguridad para enfrentar situaciones difíciles, lo que coincide con la manera en que las participantes de este estudio describieron su relación con lo trascendente (121).

Asimismo, la transformación personal y espiritual descrita en el Tema 3 respalda la evidencia según la cual la incorporación de la dimensión espiritual favorece procesos de afrontamiento sostenidos en el tiempo. Sin embargo, la revisión integrativa de Torres sobre competencia en cuidado espiritual documentó de forma reiterada una brecha formativa, los profesionales de salud reconocen la importancia de la dimensión espiritual, pero carecen de una preparación sistemática para abordarla, lo que profundiza la discusión al señalar que la fuerte presencia de la fe en la experiencia de las participantes no necesariamente encuentra un correlato en la manera en que el sistema de salud aborda esta dimensión (123). Lo que supone un reto importante para el ejercicio de la práctica de enfermería que consiste en fortalecer la formación de los profesionales en competencias relacionadas con el cuidado espiritual que incluyan una valoración integral de las necesidades espirituales de las personas y de los recursos a nivel religioso y espiritual con los que estas cuentan para incluirlos en planes de cuidado e intervenciones culturalmente pertinentes y centradas en la persona. La integración de estos conocimientos en la práctica de enfermería contribuiría a proporcionar un cuidado holístico como el que propone Meleís en la Teoría de las Transiciones, favoreciendo procesos de adaptación más efectivos y una atención integral de las mujeres que viven la depresión.

Esta caracterización encuentra un marco complementario en el enfoque salutogénico de Akerman et al., quienes retoman el Sentido de Coherencia de Antonovsky para explicar cómo la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad atribuidas a los eventos de vida se relacionan con una mejor salud percibida (124). Desde ahí, la red religiosa comunitaria descrita en la categoría 2.2 puede leerse como un activo para la salud, pues la cohesión social de los grupos religiosos ofrece certidumbre, propósito común y un sistema compartido de creencias para afrontar las pérdidas (124). Los autores advierten, sin embargo, que la evidencia no permite establecer una relación causal entre práctica religiosa y salud, sino solo una base teórica para comprenderla (124), lo que refuerza la decisión de este estudio de caracterizar estas prácticas sin inferir relaciones causales con la remisión clínica de la depresión.

Objetivo general y coherencia con el tema central

En conjunto con el objetivo general de describir las vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con depresión, el tema central de este estudio, que conceptualiza el conjunto de los cuatro temas como una transición entre la depresión y la vida sostenida por la fe, encuentra respaldo en estudios recientes que han aplicado la teoría de las transiciones de Meleis a procesos de salud igualmente prolongados y atravesados por el vínculo comunitario y espiritual (116), (119).

La evidencia colombiana reciente, que ha utilizado esta misma teoría para comprender procesos de adopción de nuevos roles frente a la enfermedad crónica, respalda la pertinencia de este marco conceptual para el contexto de Pitalito, Huila (120). La coherencia del tema central con la literatura se profundiza al considerar que las condiciones facilitadoras de una transición saludable, identificadas por Zhan et al. como los vínculos comunitarios y familiares, y las condiciones inhibidoras, como el aislamiento, no operan de forma abstracta sino que fueron documentadas empíricamente en los estudios revisados, en los cuales la soledad se asoció con peores desenlaces emocionales durante procesos de transición prolongados (116), (120).

El Tema 4, que documenta el acto de aferrarse a la vida a través de decisiones personales y apoyos percibidos en los momentos más críticos, encuentra además respaldo en el hallazgo de Tuthill et al., según el cual las mujeres que atraviesan transiciones de salud prolongadas y sostenidas por el vínculo comunitario logran, con el tiempo, consolidar una identidad más integrada y una sensación de dominio sobre su propio proceso, lo que la teoría reconoce como uno de los indicadores de resultado de una transición saludable (116), (119).

En conjunto, los cuatro temas y las características sociodemográficas de las participantes muestran coherencia con los dos objetivos específicos y con el objetivo general de este estudio, sin que ello suponga establecer una relación causal entre la práctica religiosa y la remisión clínica del cuadro depresivo.

6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, FORTALEZAS Y LIMITACIONES

6.1 Conclusiones

La presente investigación permitió describir a partir del análisis las vivencias de las participantes frente a las practicas espirituales y religiosas en su transición por la depresión. A continuación, se presentan las principales conclusiones de este estudio.

En relación con el objetivo general de esta investigación permitió describir las vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito, Huila, identificando que estas fueron percibidas de acuerdo con la vivencia de las participantes como recursos de apoyo que trasciende y marcan la vida de cada mujer. Las participantes narraron una trayectoria marcada por el sufrimiento físico, emocional e incluso espiritual, los recursos espirituales y religiosos como una condición que facilita el tránsito por la depresión y permite una transformación personal y el fortalecimiento de la capacidad para vivir y afrontar este

proceso para construcción nuevos significados y formas de ver y vivir la vida a la luz de su propia experiencia, como se describe en la teoría de las Transiciones de Meléis.

En relación con el primer objetivo específico, orientado a identificar la vivencia personal frente a las practicas espirituales y religiosas en relación con la depresión, se concluye que esta vivencia se experimenta desde la vivencia de las diferentes dimensiones humanas a nivel físico, emocional, familiar y social, percibida y narrada por las participantes a la luz de los diversos desencadenantes que acompañan la vida misma, la identidad personal y los diferentes roles que desempeñan las mujeres dentro de la sociedad y la comunidad. Esta vivencia se describe en un lenguaje propio relatado por las participantes que comprende en un primer momento el distanciamiento de la fe, pero que posteriormente se identifica con la búsqueda de sentido favoreciendo el reconocimiento progresivo de su condición y resignificando la experiencia depresiva con el desarrollo de estrategias sustentadas en la espiritualidad y la religiosidad.

Respecto al segundo objetivo, orientado a caracterizar las prácticas espirituales y religiosas, se concluye que las mujeres adoptan e implementan un repertorio activo y diverso de prácticas que van desde la oración personal y comunitaria, la vivencia de la Eucaristía/Culto, la experiencia en retiros, que se acompañan del apoyo activo de la comunidad religiosa, la familia, líderes religiosos e incluyo el direccionamiento profesional que funciona como espacio concreto de refugio y apoyo así como la relación personal con un ser superior como sostenes centrales, incluso en momentos de mayor vulnerabilidad.

De este modo las prácticas espirituales y religiosas desde la vivencia de las participantes sugieren determinados significados que aportaron a sus propios procesos de transformación personal descritos a partir de la recuperación de la esperanza, el fortalecimiento del sentido de vida, el perdón, la reconstrucción de la identidad, el establecimiento de límites saludables, la recuperación del deseo de vivir y una mayor participación comunitaria. Estos cambios fueron descritos por las propias mujeres como procesos graduales de resignificación de la experiencia en un proceso de transición hacia el bienestar personal.

En conjunto, este estudio aporta evidencia cualitativa sobre un fenómeno escasamente explorado en el contexto colombiano, mostrando que las prácticas espirituales y religiosas ocupan un lugar central en las vivencias de mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito, Huila. Estas prácticas contribuyen desde las voces de las participantes a fortalecer los procesos de adaptación durante la experiencia de la depresión. Este conocimiento amplía la comprensión del fenómeno y ofrece elementos relevantes para el desarrollo de intervenciones de enfermería y salud mental con un enfoque integral, comunitario y centrado en la persona.

6.2 Recomendaciones

En la práctica de enfermería en salud mental, se recomienda que los profesionales del cuidado incluyan en las valoraciones de salud mental la dimensión espiritual y religiosa dentro de la atención a mujeres con síntomas depresivos, permitiendo que esta sirva de insumo complementario en la creación del plan de cuidado enfocado en aquello que las mujeres reconocen como recursos de ayuda y apoyo en el tratamiento de la depresión.

En cuanto a la investigación se sugiere ampliar este tipo de estudios hacia poblaciones de mujeres con otras denominaciones religiosas y en aquellas sin filiación religiosa activa, así como realizar estudios que permitan observar la evolución de la relación entre depresión y espiritualidad a lo largo del tiempo, y no solo de manera retrospectiva.

En el ámbito de la docencia se recomienda incluir en la formación de profesionales de enfermería contenidos sobre la espiritualidad en el cuidado que permita reconocer y acompañar de manera respetuosa las creencias religiosas de los sujetos de cuidado y apoyarse en estas para brindar un cuidado más personalizado y significativo.

En cuanto a la construcción de políticas públicas se recomienda a las entidades territoriales de salud del Huila considerar alianzas con organizaciones religiosas y comunitarias locales como redes de apoyo complementarias en los programas de

salud mental, dado el papel protector que estas comunidades demostraron cumplir en la vivencia de las participantes.

6.3 Fortalezas

Una de las fortalezas de este estudio fue el uso del Análisis Temático Reflexivo de Braun y Clarke que permitió un abordaje propio desde el lenguaje de las participantes, evitando interpretaciones propias de la investigadora y garantizando la fidelidad de lo aportado por cada participante.

La construcción rigurosa y documentada de las fases analíticas (codificación semántica, memos reflexivos, generación y revisión de temas) permite la trazabilidad completa del proceso reflexivo.

La aplicación del member checking fortaleció la credibilidad como criterio de rigor metodológico garantizando que las interpretaciones fueran reconocidas por las participantes del estudio.

La diversidad de las características de las participantes (diferentes edades, trayectorias religiosas y tipos de detonantes) enriqueció la comprensión del fenómeno, mostrando su heterogeneidad dentro de un contexto sociocultural común como lo es el de Pitalito, Huila.

El estudio aborda una población y un contexto propio y particular en un municipio del sur del departamento del Huila del cual no se encuentran evidencia en la literatura colombiana, lo que constituye un aporte original y un punto de partida para investigar en otros lugares del departamento y el país.

6.4 Limitaciones

El reclutamiento de las participantes representó un desafío considerable, dado que el estudio convoca a hablar simultáneamente de dos ámbitos profundamente íntimos:

la vivencia de la depresión y la experiencia espiritual y religiosa. La disposición a narrar el propio sufrimiento y las creencias personales no es común.

El análisis temático reflexivo demanda un trabajo pausado de inmersión, codificación y reelaboración iterativa de los temas, propio de un proceso que madura con el tiempo. Los plazos institucionales en que se desarrolló esta investigación impusieron un ritmo acotado a ese despliegue; no obstante, se resguardaron los criterios de rigor mediante la codificación línea por línea, la memoria reflexiva sostenida y la revisión iterativa de los temas, de modo que la restricción temporal no comprometió la profundidad analítica alcanzada.

6.5. Reflexiones sobre el proceso de aprendizaje en el desarrollo de la investigación

Sobre el proceso metodológico

La aplicación del Análisis Temático Reflexivo de Braun y Clarke implicó un aprendizaje progresivo al reconocer que el análisis no "emerge" pasivamente de los datos, sino que es una construcción activa y reflexiva de la investigadora junto con el grupo investigativo de los testimonios de las mujeres participantes. Este tránsito desde una codificación inicial semántica hacia la identificación de categorías y finalmente, la construcción de temas centrales exigió revisar y ajustar categorías provisionales conforme la comprensión del fenómeno del fenómeno de investigación que se fue refinando, lo cual es consistente con el carácter iterativo y no lineal que Braun y Clarke atribuyen al método.

Uno de los desafíos y aprendizajes más significativos fue la exigencia de sostener un lenguaje descriptivo y cercano a las expresiones propias de las participantes, resistiendo la tentación frecuente en la formación clínica en enfermería de la utilización de terminología clínica para representar las vivencias de las participantes.

Este ejercicio representó un desarrollo reflexivo importante al contemplar el carácter literal y particular de cada relato antes de avanzar hacia la abstracción teórica, fortaleciendo la fidelidad del análisis.

La incorporación de la teoría de las transiciones de Meleís como anclaje teórico permitió comprender la depresión no como un estado fijo, sino como un proceso situado biográfica y socialmente, articulado con la búsqueda de sentido espiritual y religioso. Este marco ofreció una vía para interpretar los datos sin imponerles una lógica ajena a su lenguaje original, y su aplicación exigió un aprendizaje continuo sobre cómo tender puentes entre la teoría de enfermería y el análisis temático reflexivo.

En conjunto, el proceso investigativo representó un desarrollo tanto metodológico como personal: la transición desde una comprensión inicial más intuitiva del fenómeno hacia una sistematización analítica rigurosa, sostenida en nueve vivencias singulares, permitió construir una comprensión real de cómo la espiritualidad y la religiosidad operan como recursos de sentido frente a la depresión en el contexto específico de Pitalito, Huila.

REFERENCIAS

1. OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos [Internet]. [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
2. Fan Y, Fan A, Yang Z, Fan D. Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2021: results from the global burden of disease study 2021. *BMC Psychiatry*. 15 de mayo de 2025;25(1):486. doi:10.1186/s12888-025-06932-y
3. Chand SP, Arif H. Depression. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/> PubMed PMID: 28613597.
4. Edición [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2025]. COLPSIC reconoce a la depresión como un desafío global que requiere priorizarse en Colombia. Disponible en: <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/profesionales/colpsic-insta-a-priorizar-la-salud-mental-en-todos-los-frentes-incluyendo-a-los-profesionales-de-la-salud-4601>
5. Depression [Internet]. [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/depression>
6. Hablar abiertamente de depresión puede ser la diferencia [Internet]. [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hablar-abiertamente-de-depresion-puede-ser-la-diferencia.aspx>
7. Depresión: una enfermedad en aumento [Internet]. [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.radionacional.co/actualidad/salud/depresion-una-enfermedad-en-aumento>
8. Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos - Instituto Departamental de Salud [Internet]. 13 de octubre de 2021 [citado 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20251113081727/https://ids.gov.co/comunicados-de-prensa/minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos/>
9. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Médica Hondureña*. 3 de mayo de 2021;89(Supl.1):46-52. doi:10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047
10. J R, X W, P C, D L, D Z. Global, regional and national burden of depressive disorders and attributable risk factors, from 1990 to 2021: results from the 2021 Global Burden of Disease study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 15 de enero de 2025. doi:10.1192/bjp.2024.266 PubMed PMID: 39809717.
11. Morales Cristian. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. La Habana, Cuba: Revista Cubana de Salud Pública; 2017. 3 p.
12. Fernandez-Pujals AM, Adams MJ, Thomson P, McKechnie AG, Blackwood DHR, Smith BH, et al. Epidemiology and Heritability of Major Depressive Disorder, Stratified by Age of Onset, Sex, and Illness Course in Generation Scotland: Scottish Family Health Study

(GS:SFHS). Ebmeier K, editor. PLOS ONE. 16 de noviembre de 2015;10(11):e0142197. doi:10.1371/journal.pone.0142197

13. Lim GEH, Tang A, Chin YH, Yong JN, Tan D, Tay P, et al. A network meta-analysis of 12,116 individuals from randomized controlled trials in the treatment of depression after acute coronary syndrome. Abdelbasset WK, editor. PLOS ONE. 30 de noviembre de 2022;17(11):e0278326. doi:10.1371/journal.pone.0278326

14. Blume J, Douglas SD, Evans DL. Immune suppression and immune activation in depression. *Brain Behav Immun*. febrero de 2011;25(2):221-9. doi:10.1016/j.bbi.2010.10.008

15. Fuhrmann CM. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cuba Salud Pública*.

16. Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psychooncology*. marzo de 2004;13(3):211-20. doi:10.1002/pon.736 PubMed PMID: 15022156; PubMed Central PMCID: PMC2150738.

17. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, et al. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*. 1 de julio de 2018;175(7):631-48. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17111194 PubMed PMID: 29690792.

18. Arráez MMA, Castedo AL. El sentido de la vida: factor protector de ansiedad y depresión. 2018.

19. Fuentes L del C. Espiritualidad, Religiosidad y Empatía, factores promotores de salud mental. 2020. 2020.

20. Leung J, Li KK. Spiritual Connectivity Intervention for Individuals with Depressive Symptoms: A Randomized Control Trial. *Healthcare*. enero de 2024;12(16):1604. doi:10.3390/healthcare12161604

21. Universidad Marcelino Champagnat, Salgado AC. Review of empirical studies on impact of religion, religiosity and spirituality as protective factors. *Propósitos Represent*. 2014;2(1):141-59. doi:10.20511/pyr2014.v2n1.55

22. Pascoe MC, de Manincor M, Tseberja J, Hallgren M, Baldwin PA, Parker AG. Psychobiological mechanisms underlying the mood benefits of meditation: A narrative review. *Compr Psychoneuroendocrinology*. 10 de marzo de 2021;6:100037. doi:10.1016/j.cpnec.2021.100037 PubMed PMID: 35757358; PubMed Central PMCID: PMC9216450.

23. Camacho SEA, Maldonado EMV. EL PAPEL DE LA ESPIRITUALIDAD EN LA RESTAURACIÓN DE LA SALUD. 2016;93-5.

24. Angarita AT. Rol de la espiritualidad como factor protector de la salud mental, revisión documental. 2024.

25. VIVES VIVES, Eulalia. ESPIRITUALIDAD COMO FACTOR PROTECTOR EN LA SM. 2016.

26. Taha N, Florenzano U R, Sieverson R C, Aspillaga H C, Alliende L. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de

expertos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* diciembre de 2011;49(4):347-60. doi:10.4067/S0717-92272011000400006

27. Peselow E, Pi S, Lopez E, Besada A, IsHak WW. The Impact of Spirituality Before and After Treatment of Major Depressive Disorder. *Innov Clin Neurosci.* 2014;11(3-4):17-23. PubMed PMID: 24800129; PubMed Central PMCID: PMC4008297.

28. Thoresen CE. Spirituality and health: is there a relationship? *J Health Psychol.* mayo de 1999;4(3):291-300. doi:10.1177/135910539900400314 PubMed PMID: 22021598.

29. Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group: Multidimensional. Multidimensional Measurement of Religiousness/ Spirituality for Use in Health Research [Internet]. Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group: Multidimensional; 2003. Disponible en: https://fetzer.org/wp-content/uploads/2025/05/Multidimensional_Measurement_of_Religiousness_Spirituality.pdf

30. Silva YMP, Barbosa SCU, Pedraza RS. Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Av En Psicol Latinoam* [Internet]. [citado 30 de agosto de 2025];33(3):481-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/799/79940724009/html/>

31. Schaefer SM, Morozink Boylan J, Van Reekum CM, Lapate RC, Norris CJ, Ryff CD, et al. Purpose in Life Predicts Better Emotional Recovery from Negative Stimuli. Paterson K, editor. *PLoS ONE.* 13 de noviembre de 2013;8(11):e80329. doi:10.1371/journal.pone.0080329

32. E. M. Lloyd C, Reid G. Perceived God support as a mediator of the relationship between religiosity and psychological distress. *Ment Health Relig Cult.* 9 de agosto de 2022;25(7):696-711. doi:10.1080/13674676.2022.2116633

33. ¿Por qué la depresión es más común entre las mujeres que entre los hombres? | CoLab [Internet]. [citado 19 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://colab.ws/articles/10.1016%2FS2215-0366%2816%2930263-2>

34. González-Medina GA, Letelier-Fuentes NE, Aguirre-Iduya D. Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia. *Rev Psicol.* 15 de diciembre de 2020;29(2). doi:10.5354/0719-0581.2020.55335

35. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Salud mental de las mujeres en Bogota [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.; 2024. 66 p. Disponible en: https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2025/Salud_Mental.pdf

36. Mayo Clinic [Internet]. [citado 15 de agosto de 2025]. Mayor riesgo de depresión en las mujeres. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>

37. Santiago Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2022;20(2):173-7. doi:10.35366/104280

38. Mayo Clinic [Internet]. [citado 15 de agosto de 2025]. Mayor riesgo de depresión en las mujeres. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>

39. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. Br J Psychiatry J Ment Sci. diciembre de 2000;177:486-92. doi:10.1192/bjp.177.6.486 PubMed PMID: 11102321.
40. Mayo Clinic [Internet]. [citado 15 de agosto de 2025]. Mayor riesgo de depresión en las mujeres. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>
41. Campbell D, editor DCH policy. Abuse is main driver of mental ill health in women and girls, say psychiatrists. The Guardian [Internet]. 8 de marzo de 2024 [citado 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2024/mar/08/abuse-is-main-driver-of-mental-ill-health-in-women-and-girls-say-psychiatrists>
42. Milner K, Crawford P, Edgley A, Hare-Duke L, Slade M. The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020;29:e34. doi:10.1017/S2045796019000234
43. Depresión [Internet]. [citado 14 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
44. Major Depression - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [citado 14 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
45. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martín V, Peters M, et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. Lancet Public Health. octubre de 2021;6(10):e729-38. doi:10.1016/S2468-2667(21)00047-5 PubMed PMID: 33961802; PubMed Central PMCID: PMC8460452.
46. Major Depression - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [citado 14 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
47. Depresión [Internet]. [citado 14 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
48. Observatorio Nacional de Salud Instituto Nacional de Salud. Policy Brief Identificación de barreras de la depresión no atendida en Colombia y recomendaciones de política. 2020.
49. Minsalud. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá (D.C.): Minsalud; 2017. 16 p.
50. Ministerio nacional de Salud, colciencias. Encuesta nacional de salud mental. 2015.
51. Minsalud, Colciencias. C. SABE COLOMBIA 2015: ESTUDIO NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO. Bogotá, Colombia; 2015. 11 p.
52. Hilarión Liliana, Galves Silvia, Pineda Jean Carlo, Diaz Diana, Cotes Karol, Castañeda Carlos. Trastornos mentales y suicidio en Colombia. Colombia; 2020. 43 p.
53. Joven YL. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD PARTICIPATIVO CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD MUNICIPIO DE PITALITO HUILA 2023.

54. Alcaldía de Pitalito 2023. Boletín epidemiológico municipio de Pitalito, periodo epidemiológico IV (01enero a 22 abril) del año 2023 [Internet]. Pitalito, Huila: Alcaldía de Pitalito 2023. 27 p. Disponible en: <https://www.alcaldiapitalito.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=13382>
55. Delgado Hernández NA, Cubides Cárdenas L. Factores protectores y de riesgo de la religión y/o espiritualidad en estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia, campus Villavicencio. [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Villavicencio; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/28633>
56. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* octubre de 2015;45(14):2937-49. doi:10.1017/S0033291715001166
57. Kent BV. Religion/Spirituality and Gender-Differentiated Trajectories of Depressive Symptoms Age 13–34. *J Relig Health.* agosto de 2020;59(4):2064-81. doi:10.1007/s10943-019-00958-9
58. Kent BV, Pieper CM. To Know and Be Known: An Intimacy-Based Explanation for the Gender Gap in Biblical Literalism. *J Sci Study Relig.* 2019;58(1):231-50. doi:10.1111/jssr.12580
59. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* octubre de 2015;45(14):2937-49. doi:10.1017/S0033291715001166
60. Ross(née Waugh) L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud.* octubre de 1995;32(5):457-68. doi:10.1016/0020-7489(95)00007-K
61. Zamora-González MJ, Cano-Echeverry S. Prácticas espirituales: ritual, armonización y círculos de la palabra, una propuesta curricular desde la educación propia*. *Rev Latinoam Estud Educ Colomb* [Internet]. 2023 [citado 19 de agosto de 2025];19(1):33-52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1341/134176426003/html/>
62. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. *Depress Res Treat.* 2012;2012:1-8. doi:10.1155/2012/962860
63. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* octubre de 2015;45(14):2937-49. doi:10.1017/S0033291715001166
64. Depresión [Internet]. [citado 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
65. Depresión [Internet]. [citado 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

66. DSM Library [Internet]. [citado 15 de agosto de 2025]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | Psychiatry Online. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
67. Pérdida de apetito: causas, síntomas y tratamientos [Internet]. 2021 [citado 19 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/perdida-de-apetito>
68. Depression [Internet]. [citado 19 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/depression>
69. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. febrero de 2017;4(2):146-58. doi:10.1016/S2215-0366(16)30263-2 PubMed PMID: 27856392.
70. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. agosto de 2011;45(8):1027-35. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.006 PubMed PMID: 21439576; PubMed Central PMCID: PMC3135672.
71. El desafío de mejorar la salud mental en Colombia: un compromiso de país - ACHC | Revista Hospitalaria del sector salud [Internet]. 10 de enero de 2025 [citado 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://revistahospitalaria.org/enportada/el-desafio-de-mejorar-la-salud-mental-en-colombia-un-compromiso-de-pais/>
72. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev Salud Pública*. 1 de julio de 2014;16(4):534-46. doi:10.15446/rsap.v16n4.40673
73. Ramírez-Vélez R, Rincón-Pabón D. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev Salud Pública*. 6 de septiembre de 2014;16(4):534-46. doi:10.15446/rsap.v16n4.40673
74. Remes O, Mendes JF, Templeton P. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sci*. 10 de diciembre de 2021;11(12):1633. doi:10.3390/brainsci11121633
75. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. diciembre de 2004;16(6):378-86. doi:10.1590/S1020-49892004001200003
76. Lucette A, Ironson G, Pargament KI, Krause N. Spirituality and Religiousness are Associated With Fewer Depressive Symptoms in Individuals With Medical Conditions. *Psychosomatics*. 2016;57(5):505-13. doi:10.1016/j.psych.2016.03.005 PubMed PMID: 27156858.
77. Carrión DMR, Montalvo SS, Martínez-Taboas A. Contribución del manejo religioso a la calidad de vida y sintomatología depresiva en una muestra de hispanos que tienen un diagnóstico de cáncer.
78. Cano Garcia M, Quintero Nuñez H. Religiosidad, espiritualidad y salud mental. Corporación Universitaria Adventista - UNAC; 2020.

79. Quinceno JM, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas*. 31 de diciembre de 2009;5(2):321. doi:10.15332/s1794-9998.2009.0002.08
80. Marques A, Ihle A, Souza A, Peralta M, De Matos MG. Religious-based interventions for depression: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *J Affect Disord*. julio de 2022;309:289-96. doi:10.1016/j.jad.2022.04.126
81. Koenig HG MD, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health* [Internet]. Oxford University Press; 2001 [citado 19 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195118667.001.0001>
doi:10.1093/oso/9780195118667.001.0001
82. Penkett L. *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. By Kenneth I. Pargament. Pp. xvi, 384, NY, The Guilford Press, 2011, £16.99. Heythrop J. 1 de enero de 2014. doi:10.1111/HEYJ.12067_25
83. Arboleda G, Aguilar-Gaxiola S, Alarcón R, Arango V, Bangdiwala S, Berríos G, et al. Comité Científico Nacional.
84. Krohne Pombo AM. Ciencia y meditación. *PAPELES*. 2 de julio de 2018;10(20):30-8. doi:10.54104/papeles.v10n20.531
85. Syed Elias SM, Neville C, Scott T, Petriwskyj A. The effectiveness of spiritual reminiscence therapy for older people with loneliness, anxiety and depression in Malaysia. *J Relig Spiritual Aging*. 1 de octubre de 2020;32(4):341-56. doi:10.1080/15528030.2020.1765448
86. Diniz G, Korkes L, Tristão LS, Pelegrini R, Bellodi PL, Bernardo WM. The effects of gratitude interventions: a systematic review and meta-analysis. *Einstein Sao Paulo Braz*. 2023;21:eRW0371. doi:10.31744/einstein_journal/2023RW0371 PubMed PMID: 37585888; PubMed Central PMCID: PMC10393216.
87. Dean JH, Shanahan DF, Bush R, Gaston KJ, Lin BB, Barber E, et al. Is Nature Relatedness Associated with Better Mental and Physical Health? *Int J Environ Res Public Health*. julio de 2018;15(7):1371. doi:10.3390/ijerph15071371
88. Gunawan I, Huang XY. Prevalence of depression and its related factors among older adults in Indonesian nursing homes. *Belitung Nurs J*. 28 de junio de 2022;8(3):222-8. doi:10.33546/bnj.2075
89. Campos J, Bredemeier J, Trentini C. Meaning in Life as a Mediator of the Relationship Between Intrinsic Religiosity and Depression Symptoms. *Trends Psychol*. 1 de diciembre de 2020;28(4):560-8. doi:10.1007/s43076-020-00036-0
90. Jiménez Becerra A. El protestantismo e iglesias evangélicas en Colombia: sistema de creencia y práctica religiosa popular. *Methadods Rev Cienc Soc*. 16 de mayo de 2014;4(1). doi:10.17502/m.rcs.v2i1.41
91. Huila G del. *Gobernación del Huila* [Internet]. 2021 [citado 24 de noviembre de 2025]. En Pitalito iniciará caracterización del sector religioso. Disponible en: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/10708/en-pitalito-iniciara-caracterizacion-del-sector-religioso/>

92. Huila G del. Gobernación del Huila [Internet]. 2021 [citado 12 de noviembre de 2025]. En Pitalito iniciará caracterización del sector religioso. Disponible en: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/10708/en-pitalito-iniciara-caracterizacion-del-sector-religioso/>
93. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*. 16 de diciembre de 2012;2012:278730. doi:10.5402/2012/278730 PubMed PMID: 23762764; PubMed Central PMCID: PMC3671693.
94. Zou J, Huang Y, Maldonado L, Kasen S, Cohen P, Chen H. The efficacy of religious service attendance in reducing depressive symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. junio de 2014;49(6):911-8. doi:10.1007/s00127-013-0785-9 PubMed PMID: 24178134.
95. Ecclesia de Eucharistia (17 de abril de 2003) [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2025]. Disponible en: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_20030417_eccl-de-euch.html
96. Barton YA, Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Weissman MM. Religious attendance and social adjustment as protective against depression: a 10-year prospective study. *J Affect Disord*. 20 de marzo de 2013;146(1):53-7. doi:10.1016/j.jad.2012.08.037 PubMed PMID: 22959684; PubMed Central PMCID: PMC3582716.
97. Sánchez SLR. Wilhelm Dilthey Introducción a las ciencias del espíritu: en la que se trata de fundamentar el estudio de la sociedad y de la historia. 2024.
98. Husserl E, Kersten F, Husserl E, Husserl E. General introduction to a pure phenomenology. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ; 1982. 401 p. (Collected works / Edmund Husserl. Ed.: Rudolf Bernet Vol. 2, Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy; Book 1).
99. Nursology [Internet]. 2018 [citado 3 de septiembre de 2025]. Transitions Framework/ Transitions Theory. Disponible en: <https://nursology.net/nurse-theories/transitions-framework-transitions-theory/>
100. Meleis AI. Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company; 2009. 1 p.
101. Martins H, Caldeira S. Disclosing and discussing the role of spirituality in the transition theory of Afaf Meleis. *Nurs Philos Int J Healthc Prof*. abril de 2021;22(2):e12348. doi:10.1111/nup.12348 PubMed PMID: 33565709.
102. Durán de Villalobos MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2001.
103. Fawcett J. More Thoughts About the Evolution of the Metaparadigm of Nursing: Addition of Culture as Another Metaparadigm Concept and Definitions of All the Concepts. *Nurs Sci Q*. abril de 2024;37(2):183-4. doi:10.1177/08943184231224409
104. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*. 1994;42(6):255-9. doi:10.1016/0029-6554(94)90045-0 PubMed PMID: 7885855.

105. Mendoza MPR, Reyes JG. Qualitative Methodology in Public Mental Health: Program, Themes and Challenges. *Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res.* 31 de enero de 2008;9(1). doi:10.17169/fqs-9.1.343
106. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Principles and Methods.* Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 800 p.
107. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods.* 7. ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 758 p.
108. Taylor SJ. *Introduction to Qualitative Research Methods.*
109. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* enero de 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
110. Lévano ACS. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: DISEÑOS, EVALUACIÓN DEL RIGOR METODOLÓGICO Y RETOS.
111. SAS R. *www.redjurista.com* [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2025]. Ley 911 de 2004 Congreso de la República - Colombia. Disponible en: https://www.redjurista.com/Documents/ley_911_de_2004_congreso_de_la_republica.aspx
112. *Compilación Jurídica del Invima - Resolución 8430 de 1993 MS* [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://normograma.invima.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsalud_r8430_93.htm
113. *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre.* Primera edición. Pachuca, Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011.
114. Dahal N. Qualitative data analysis: reflections, procedures, and some points for consideration. *Front Res Metr Anal.* 30 de septiembre de 2025;10:1669578. doi:10.3389/frma.2025.1669578
115. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: a practical guide.* London; Thousand Oaks, California: SAGE; 2022. 338 p.
116. Zhan L, He Y, Liu Q, Pei M, Yu L, Liu X. Progress in the application of Meleis transition theory in the nursing field. *Nurs Commun.* 2022;6(0):e2022016. doi:10.53388/IN2022016
117. Wang X. Prevalence and risk factors for depressive and anxiety symptoms in middle-aged Chinese women: a community-based cross-sectional study. 2022.
118. Jespersen A, Madden R, Whalley HC, Reynolds R, Lawrie SM, McIntosh AM, et al. Socioeconomic Status and Depression – A Systematic Review [Internet]. *Psychiatry and Clinical Psychology*; 2023 [citado 7 de julio de 2026]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2023.12.04.23299380>
doi:10.1101/2023.12.04.23299380
119. Tuthill EL, Maltby AE, Odhiambo BC, Akama E, Dawson-Rose C, Weiser SD. Resilient mothering: An application of Transitions Theory from pregnancy to motherhood among women living with HIV in western Kenya. 2025.
120. Alonso-Rodríguez ML, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno S. Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol del cuidador de personas con enfermedad crónica en San Gil, Colombia. *Salud UIS.* 10 de agosto de 2023;55(1). doi:10.18273/saluduis.55.e:23056

121. Torres-Contreras CC, Vargas-Escobar LM, Triana-Rodríguez JY. Spiritual Care in Nursing Students: Qualitative Study.
122. Badanta B, Rivilla-García E, Lucchetti G, De Diego-Cordero R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nurs Crit Care*. mayo de 2022;27(3):348-66. doi:10.1111/nicc.12645
123. Torres Contreras CC, Vargas Escobar LM, Triana Rodríguez JY, Cañon-Montañez W. Competencia en cuidado espiritual en enfermería: Revisión integrativa de literatura. *Rev Cuid*. 14 de julio de 2023. doi:10.15649/cuidarte.2635
124. Akerman M, Mendes R, Lima S, Guerra HL, Silva RAD, Sacardo DP, et al. Religion as a protective factor for health. *Einstein São Paulo*. 21 de agosto de 2020;18:eED5562. doi:10.31744/einstein_journal/2020ED5562

ANEXOS

Anexo 1: Consentimientos informados de las participantes del estudio

Anexo 2: Tabla general de temas centrales de la investigación

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El cronograma de trabajo para el desarrollo de esta investigación contó con una duración aproximada de 12 meses y tendrá una proyección de 6 meses para divulgación de resultados y publicación de artículo científico. Este cronograma se desarrolló a través de un proceso consecutivo que permitió el cumplimiento de los objetivos de esta investigación. Dentro del cronograma se incluye las diferentes etapas del proceso que integraron la construcción de la propuesta investigativa, la recolección de la información, análisis de los datos, la construcción de los resultados y la divulgación de estos, conservando el diseño cualitativo y la logística del estudio.

Dentro de las actividades programadas se garantizó la transparencia y el cumplimiento de las consideraciones éticas para garantizar la protección emocional de las participantes y el análisis de la información.

A continuación, se presenta el cronograma de actividades para esta investigación.

Tabla 6. Cronograma de actividades

Actividades	Mes																		Duración
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Evaluación y ajuste metodológico de la propuesta de investigación por las tutoras de investigación.																			1 mes
Construcción de consentimientos, formato de entrevista y protocolo de intervención en crisis.																			15 días
Aval de comité institucional y de ética para ejecución del proyecto.																			1 mes
Entrenamiento para el desarrollo de entrevistas.																			1 mes
Reclutamiento de participantes iniciales y a través de bola de nieve.																			2 mes
Aplicación de entrevistas semiestructuradas a las participantes.																			
Transcripción de entrevistas.																			
Análisis de la información (organización de datos, codificación, categorización, construcción de patrones, síntesis de hallazgos).																			3 meses
Redacción de resultados.																			1 mes
Discusión, conclusiones y recomendaciones.																			15 días
Revisión y ajustes de documento.																			1 mes
Entrega de informe final.																			1 mes
Divulgación de resultados (Publicación de artículo científico).																			6 meses

Fuente: Elaboración propia

El inicio del proceso tuvo lugar con los ajustes metodológicos de la propuesta investigativa avalados por las tutoras de la investigación, seguido de la construcción de los consentimientos, la guía de entrevista y el protocolo de intervención en crisis.

Para el inicio de la aplicación del instrumento a las participantes se contó con la aprobación de los diferentes comités institucionales; comité ad hoc de investigación de facultad y comité institucional de ética. Posteriormente se recolectó la información a través de las entrevistas aplicadas a cada participante. Una vez obtenida la información se realizó la respectiva transcripción en los tiempos estipulados para garantizar el rigor metodológico. El análisis de la información siguió un proceso metodológico y secuencial en constante supervisión por las tutoras de la investigación y posteriormente la construcción de los apartados de discusión, conclusiones y recomendaciones para la entrega del informe final. Se proyecta además la divulgación de resultados con las participantes y en eventos académicos, así como también la publicación de un artículo científico.

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se ejecutó con recursos propios de la investigadora principal. El presupuesto global menciona los recursos mínimos necesarios que permitieron el desarrollo secuencial y ordenado del proceso investigativo desde la recolección y el análisis de la información hasta los resultados, el informe final y la divulgación de estos a través de un artículo científico.

El desarrollo de esta investigación no requirió equipos especializados ya que se usaron los propios de la investigadora como teléfono móvil, computador y grabadora de voz. No fue necesario la contratación de personal adicional, puesto que la investigadora principal fue la encargada de la recolección de la información y el análisis de esta con acompañamiento continuo y bajo supervisión de las tutoras de investigación, así como también el

acompañamiento continuo a las participantes. Es importante aclarar que en ninguna de las entrevistas se presentó casos de malestar emocional en las participantes.

De la misma manera el participar voluntario de las participantes en el estudio no contempló incentivos económicos o materiales para ellas, lo que se encontraba estipulado en el consentimiento informado.

1. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación.

El presupuesto global del proyecto hace referencia al utilizado en el proceso secuencial que se llevó a cabo en la investigación contemplando el uso adecuado de recursos correspondiente al trabajo de campo que involucró la realización de entrevistas.

Los costos globales correspondieron a equipos tecnológicos de propiedad de la investigadora.

La utilización de recursos propios por parte de la investigadora permite optimizar los costos sin afectar la calidad metodológica ni el rigor ético del estudio.

A continuación, se presenta el presupuesto global de la propuesta de investigación por fuentes de financiación.

Tabla 7. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación

Rubros	Institución Responsable	Recursos		Total
		En Especie	Dinero	
Personal	Tiempo de la investigadora	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 2.000.000
	Honorarios por disponibilidad de profesional en salud mental para manejo de intervención crisis (Investigadora: capacitada para el manejo de crisis)	\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000
Servicios técnicos	Servicios de internet – electricidad	\$ 100.000	\$ 0	\$ 100.000
Equipos -Software	Equipo de cómputo y celular propio de la investigadora. Grabadora de voz periodística.	\$ 3.000.000	\$ 150.000	\$ 3.840.000
Material bibliográfico	Según necesidad	\$ 0	\$ 500.000	\$ 500.000
Divulgación y publicación de resultados	Presentación en congresos y seminarios científicos. Revisión de estilo- traducción para publicación en revista científica	\$ 0	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000
TOTAL		\$ 6.100.000	\$ 3.340.000	\$ 8.940.000

Fuente: Elaboración propia

1.1. Personal

El personal encargado del desarrollo y la intervención en el proceso investigativo lo integran la investigadora principal como recurso humano en la recolección y el análisis de la información aplicando y analizando las entrevistas a las participantes, así como también en el acompañamiento continuo durante estas y el apoyo ante cualquier malestar.

A continuación, se presenta la relación del personal requerido en esta investigación

Tabla 8. Personal.

Nombre	Formación	Función en el proyecto	Institución responsable	Tipo de vinculación	Horas	Meses	Salario mensual	En especie	Dinero	Total
Investigador principal	Estudiante de Maestría	Diseño metodológico, entrevistas y análisis de datos	UNISANITAS	En especie	6	18	—	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 2.000.000
Profesional en Salud Mental en formación	Estudiante de Maestría	Intervención en crisis durante entrevistas	Proyecto	Honorarios	2	2	—	\$ 500.00	\$ 0	\$ 500.000
TOTAL								\$ 2.500.000	\$0	\$ 2.500.000

Fuente: Elaboración propia

1.2 Equipos

Para el desarrollo de esta investigación no se requieren equipos especializados ya que se utilizaron los recursos propios de la investigadora como lo son teléfono móvil, grabadora, computador personal con funciones de grabación en las entrevistas virtuales. Se empleó un software de cálculo: Hoja de cálculo de Excel para realizar el proceso de manera manual, lo que garantizó disminución en los costos para el estudio.

A continuación, se presenta la relación de los equipos tecnológicos requeridos para el desarrollo de esta investigación

Tabla 9. Equipos-Software y servicios técnicos

Equipo-Software.	Justificación	Institución Responsable	Recursos		Total
			En Especie	Dinero	
Equipo de cómputo y celular propio de la investigadora. Grabadora de voz periodística.	Se requiere dejar registro multimedia de las entrevistas realizadas para el posterior análisis y tratamiento de los datos haciendo uso de la grabadora periodística.	Investigadora	\$3.000.000	\$ 150.000	\$ 3.150.000
TOTAL			\$ 3.000.000	\$ 150.000	\$ 3.150.000

Fuente: Elaboración propia

1.3 Gastos de viaje

Aunque las entrevistas se realizaron de manera virtual, se contempló presupuesto de viajes desde Bogotá hasta Pitalito Huila donde se encuentran las participantes, evaluando la disponibilidad y el tiempo de las participantes y de la investigadora principal para algunos acercamientos.

A continuación, se presentan la relación de los gastos de viaje

Tabla 10. Gastos de viaje

Lugar	Institución Responsable	Justificación	Costo Pasaje por persona	Recursos		Total
				En Especie	Dinero	
Bogotá - Pitalito	Investigadora	Se requiere el desplazamiento de la investigadora al municipio de Pitalito (ida y vuelta) para recolectar la información (entrevistas) se contemplan 3 viajes.	\$ 330.000		\$ 330.000	\$ 330.000
Pitalito - Bogotá			\$ 330.000		\$ 330.000	\$ 330.000
TOTAL				\$ 0,00	\$ 660.000	\$ 660.000

Fuente: Elaboración propia

1.4. Materiales, suministros y servicios técnicos.

Los rubros usados en materiales hicieron referencia al proceso administrativo del manejo del consentimiento informado, esferos, libreta para consignar la información obtenida de las entrevistas a las participantes.

A continuación, se presenta en la siguiente tabla los materiales, suministros y servicios técnicos.

Tabla 11. Materiales, suministros y servicios técnicos.

Materiales	Justificación	Institución Responsable	Recursos		Total
			En Especie	Dinero	
Test, consentimientos y lapiceros.	Impresiones y papelería necesaria para el trabajo en campo.	Investigadora		\$ 30.000	\$ 30.000

Servicios técnicos	Servicio de internet y electricidad	Investigadora	\$100.000	\$0	\$100.000
TOTAL			\$ 100.000	\$ 30.000	\$ 130.000

Fuente: Elaboración propia

1.4. Material bibliográfico

Se contó con un recurso económico mínimo para la compra de material bibliográfico no disponible en las bases de datos de la universidad.

A continuación, se presenta la relación del material bibliográfico de apoyo según necesidad

Tabla 12. Material bibliográfico.

Tipo de Material	Justificación	Institución Responsable	Recursos		Total
			En Especie	Dinero	
Material bibliográfico	Según necesidad de apoyo	Investigadora	-	\$500.000	\$ 0
TOTAL			\$ 0	\$ 500.000	\$ 0

Fuente: Elaboración propia

1.5. Divulgación y publicación de resultados

Con el objetivo de dar a conocer los resultados de la investigación se proyecta la divulgación de los mismo a través de congresos y seminarios científicos, así como también la elaboración y publicación de un artículo científico que permita visibilizar los resultados obtenidos.

A continuación, se dan a conocer los recursos para la divulgación de resultados

Tabla 13. Divulgación y publicación de resultados.

Tipo de Material	Justificación	Institución Responsable	Recursos		Total
			En Especie	Dinero	
Divulgación de resultados	Presentación en congresos y seminarios científicos.	Unisanitas	-	\$500.000	\$ 500.000
Publicación de resultados en revista científica	Revisión de estilo-traducción para publicación en revista científica (convocatorias de investigación institucional)	Unisanitas	-	\$1500.000	\$ 1500.000
TOTAL			\$ 0	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000

Fuente: Elaboración propia

El presupuesto presentado garantiza la viabilidad del proyecto de investigación, asegurando el uso eficiente de los recursos y el cumplimiento de los objetivos propuestos, sin generar riesgos adicionales para las participantes, garantizando los principios éticos del estudio y el cumplimiento del cronograma propuesto para esta investigación.

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

TEMA: Vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito, Huila.

OBJETIVO: Describir las vivencias frente a las prácticas espirituales y religiosas en mujeres con diagnóstico de depresión en Pitalito- Huila.

Fecha y hora de realización de la entrevista: _____
Nombre: _____
Edad: _____
EPS: _____ Lugar de atención: _____
Lugar de residencia: _____
Estrato socioeconómico _____
Profesión: _____
Nivel de escolaridad: _____
Año de diagnóstico de depresión: _____
Ha estado hospitalizada por depresión: _____
Fecha de La última hospitalización: _____
Recibe tratamiento: _____ Farmacológico: _____ Terapéutico: _____
_____ alternativo _____ otro-----Cual?
Religión que profesa: _____
Practica espiritual que realiza: _____
Pertenece a algún grupo apostólico: _____ Cual: _____
Pertenece a alguna Etnia: _____ Cual: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. ¿Podría contarme un poco sobre su vivencia personal con la depresión?
2. ¿Cuáles practicas espirituales y/o religiosas ha utilizado durante momentos de depresión o tristeza profunda?
3. ¿Cómo llego a estas prácticas?

4. ¿Estas prácticas le han ayudado en la depresión? Puede describirme ¿cómo lo han hecho?
5. ¿Qué cambios ha notado en usted antes y después de realizar estas prácticas?
6. ¿Podría compartir un momento específico en que una práctica espiritual o religiosa le haya ayudado a sentir alivio en un momento difícil de la depresión?
7. ¿Considera que su espiritualidad y/o religiosidad han influido en el manejo de la depresión? ¿De qué manera?
8. ¿Con qué frecuencia acude a estas prácticas?
9. ¿Me puedes contar si para usted existe conexión entre las prácticas religiosas y/o espirituales y su salud emocional?