

**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN SACERDOTES CATÓLICOS DE LA
DIÓCESIS DE IPIALES EN EL AÑO 2022**

ERAZO REINA DIANA ALEJANDRA

GOMEZ PANTOJA BRIYITH ALEJANDRA

ROMERO HUERTAS LUIS MIGUEL

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA

SAN JUAN DE PASTO

2022

**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN SACERDOTES CATÓLICOS DE LA
DIÓCESIS DE IPIALES EN EL AÑO 2022**

ERAZO REINA DIANA ALEJANDRA

GOMEZ PANTOJA BRIYITH ALEJANDRA

ROMERO HUERTAS LUIS MIGUEL

Trabajo de tesis para optar por el título de Médico General

Dra. VIVIANA ALEJANDRA ARCOS RODRIGUEZ

Asesora Metodológica

Mag. ANDRES FERNANDO SUAREZ MOLINA

Estadístico

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA

SAN JUAN DE PASTO

2022

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado 1

Jurado 2

Jurado 3

San Juan de Pasto, Mayo de 2022

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a Dios, por haberme dado la vida, la fortaleza y sabiduría para llegar a este momento importante de mi vida. Al Señor de los Milagros de Puerres Nariño por acompañarme en cada paso trascendental y ser guía en mi camino de formación académica. A mis padres, quienes son el pilar fundamental en mi vida, los promotores de este sueño; por su sacrificio, su entrega y su amor incondicional.

A mi esposo Luis Miguel Romero Huertas, por brindarme su amor y su dulce compañía en los tiempos difíciles. Por ser luz cuando el camino se encontraba nublado, por ser el apoyo incondicional durante toda esta etapa de mi vida.

A mi abuela quien siempre me ha brindado un cálido consejo y una voz de aliento. A todos mis familiares quienes han sido parte de este proceso. Finalmente, a mi mejor amiga por estar presente en este proceso de formación académica, quien Dios puso en mi camino para compartir este sueño juntas y ser consuelo en los momentos difíciles además de compartir los triunfos y alegrías.

DIANA ALEJANDRA ERAZO REINA

DEDICATORIA

A Dios por su infinito amor, por ser fuente de esperanza, por ser la luz en mi camino y por brindarme la sabiduría y la fortaleza para alcanzar mis objetivos. A mi madre Guadalupe Pantoja por apoyarme incondicionalmente durante todos estos años, por sus consejos, su amor, dedicación y valores que me ha inculcado, por ser esa razón y el más grande estímulo para el cumplimiento de mis metas, que significan alegría y orgullo para mí, así como también para ella. A mis abuelos maternos, Edmundo Ortega, luz Aida Salazar por los consejos, el amor, el cariño y sobre todo el apoyo que me han brindado.

A mis hermanos, por estar siempre para mí apoyándome en todo. A ti Jorge Chamorro que eres una parte importante de mi vida, por tu apoyo y compañía, pero sobre todo por tu amor incondicional. Y a toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma, me acompañan en todos mis triunfos.

BRIYITH ALEJANDRA GÓMEZ PANTOJA

DEDICATORIA

Al señor de los Milagros de Puerres Nariño por ser mi guía, mi consuelo, mi apoyo, mi todo; a mis padres que forjaron mi carácter, disciplina y honor por el trabajo; a mis abuelos maternos Pedro Vicente Huertas q. e. p. d, Rosa Elvira Alomia q. e. p. d que me educaron con los principios y valores de un buen ciudadano; al Pbro. Luis Felipe Huertas por su invaluable guía espiritual, por su amistad, por su aporte en mi formación como profesional al servicio de los pueblos.

A mis Suegros que son parte fundamental en mi vida, que aportan cada día su experiencia y sus conocimientos; gracias por su amistad, amabilidad y confianza.

En especial a ti amor de mi vida Diana Alejandra Erazo que compartes conmigo cada momento, de la mano recorrimos senderos difíciles de cruzar; gracias por cumplir un sueño que finalmente se cumple.

LUIS MIGUEL ROMERO HUERTAS

AGRADECIMIENTOS

A ti Dios de nuestros padres te agradecemos porque nos has dado la fuerza y la sabiduría para afrontar los retos de la vida; a nuestras familias que con esfuerzo y sacrificio formaron los principios y los valores que nos acompañaran toda la vida, a su Excelencia Monseñor José Saúl Grisales y a su querida comunidad Sacerdotal de la Diócesis de Ipiales que nos permitieron compartir momentos inolvidables de academia y de amistad.

Un agradecimiento muy especial a nuestros asesores Viviana Arcos, Andrés Suarez que con su conocimiento y experiencia plasmaron en nuestra investigación sus aportes invaluable; A Mag. Eduardo Gonzales por su loable apoyo desde la coordinación para que nuestra investigación se llevaran a feliz término.

Finalmente, a ti Fundación Universitaria San Martín que nos recibiste como niños y nos entregas al mundo como hombres de bien; Ten por seguro que aportaremos nuestros conocimientos con verdad, honestidad y humildad como nuestro padre San Martín de Porres nos enseñó.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	17
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
3. JUSTIFICACIÓN.....	23
4. MARCO REFERENCIAL.....	25
4.1 MARCO CONTEXTUAL.....	25
4.2 MARCO TEÓRICO.....	29
4.2.1 DEPRESIÓN.....	29
4.2.1.1 Etiología.....	30
4.2.1.2 Tipos de depresión.....	30
4.2.1.3 Síntomas.....	30
4.2.1.4 Diagnóstico.....	31
4.2.1.5 Tratamiento.....	32
4.2.2 ANSIEDAD.....	33
4.2.2.1 Etiología.....	34
4.2.2.2 Síntomas.....	35
4.2.2.3 Diagnostico.....	35
4.2.2.4 Tratamiento.....	36
4.2.3 Estrés.....	36
4.2.3.1 Tipos de estrés.....	37
4.2.3.2 Etiología del estrés.....	37
4.2.3.3 Síntomas.....	38
4.2.3.4 Medidas y estrategias para controlar el estrés.....	38
4.3 MARCO DE ANTECEDENTES.....	41
5. OBJETIVOS.....	45
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	45
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
6. METODOLOGÍA.....	46
6.1 PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN.....	46
6.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	46

6.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	46
6.4.1 Población.....	46
6.5 CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN	46
6.5.1 Criterios de inclusión.....	46
6.5.2 Criterios de exclusión.....	46
6.6 CONTROL DE SESGOS.....	46
6.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	47
6.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	47
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	49
8. RESULTADOS.	50
8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....	50
8.1.1 Caracterización por grupo etario.....	50
8.1.2 Caracterización según nivel de formación académica.....	51
8.1.3. Caracterización según estrato socioeconómico.	51
8.2 EVALUACIÓN DE LA ESCALA DASS-21.....	52
8.2.1 Frecuencia y niveles de depresión.....	52
8.2.2 Frecuencia de los ítems para la variable depresión.....	53
8.3. Frecuencia y niveles de ansiedad.....	58
8.3.1 Frecuencia de los ítems para la variable ansiedad.	59
8.4. Frecuencia y niveles de estrés.	64
8.4.1 Frecuencia de los ítems para la variable ansiedad.	65
9. DISCUSIÓN.	72
10. CONCLUSIONES.....	75
11. RECOMENDACIONES.....	76
REFERENCIAS.....	78
ANEXOS.....	84

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Descripción de parroquias por ubicación en la diócesis de Ipiales.....	25
TABLA 2. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable edad.....	50
TABLA 3. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable nivel de formación académica.....	51
TABLA 4. Distribución de los sacerdotes según la variable estrato socioeconómico.....	51
TABLA 5. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación de la depresión.....	52
TABLA 6. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: No podía sentir ningún sentimiento positivo.....	53
TABLA 7. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.....	54
TABLA 8. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: He sentido que no había nada que me ilusionara.....	55
TABLA 9. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Me sentí triste y deprimido.....	55
TABLA 10. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: No me pude entusiasmar por nada.....	56
TABLA 11. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí que valía muy poco como persona.....	57
TABLA 12. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	57
TABLA 13. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación de la ansiedad.....	58

TABLA 14. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Me di cuenta que tenía la boca seca.....	59
TABLA 15. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Se me hizo difícil respirar.....	60
TABLA 16. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí que mis manos temblaban.....	60
TABLA 17. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.....	61
TABLA 18. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí que estaba al punto de pánico.....	62
TABLA 19. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.....	63
TABLA 20. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Tuve miedo sin razón.....	64
TABLA 21. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación del estrés.....	64
TABLA 22. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Me ha costado mucho descargar la tensión.....	65
TABLA 23. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.....	66
TABLA 24. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.....	67
TABLA 25. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Me he sentido inquieto.....	68
TABLA 26. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Se me hizo difícil relajarme.....	69

TABLA 27. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.....70

TABLA 28. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: He tendido a sentirme enfadado con facilidad.....71

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Instrumento recolección de información (escala DAS-21).....	84
ANEXO B. Artículo científico.....	88
ANEXO C. Matriz de operacionalización de variables.....	99

RESUMEN

Mediante un estudio de tipo empírico analítico cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, transversal (estudio de prevalencia, de corte prospectivo), se determinó la prevalencia y niveles de depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales en el año 2022, con el fin de ofrecer información actualizada a la Diócesis de los resultados de estas enfermedades en su comunidad sacerdotal; y por consiguiente sugerir cambios en estilo de vida saludable para los sacerdotes de la diócesis de Ipiales.

Para la recolección de la información se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), esta es una escala de autor reporté dimensional que fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond y Lovibond,1995), para el análisis se utilizó el paquete estadístico Excel 2016.

Se realizaron un total de 61 encuestas en los sacerdotes, en las cuales se encontró que el rango etario más prevalente estaba entre 38 y 47 años; en cuanto al estrato socioeconómico fue el 3 - medio bajo. De las tres variables analizadas a través de la escala DASS-21, la depresión tuvo una mayor prevalencia con 34,5%, seguida por la ansiedad con 36,1% y en menor grado el estrés con 28% de los sacerdotes encuestados. Concluyendo así que a pesar que los resultados de las variables mencionadas no son altas es claro que si se presentan y dan voz de alarma por lo tanto se debe realizar una intervención temprana para evitar que esos porcentajes sigan creciendo.

Palabras Clave: DASS 21, Ansiedad, Depresión, Estrés, Sacerdotes

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: La presente investigación se inscribe en la línea de salud mental.

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud - OMS, define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, consigue afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (1). En este sentido la salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. No obstante, la aparición de trastornos mentales puede llevar a la pérdida de una salud mental satisfactoria produciendo un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de dichos trastornos pueden ser tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica (2).

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad y es considerada un problema de salud pública, además es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4% (3). En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad relacionada con la pérdida de años de vida saludable. En Colombia este trastorno mental afecta al 4,7 por ciento de la población, valor superior al encontrado a nivel mundial que corresponde al 4,4% (4). Asimismo, de acuerdo a Botto y colabores (2014), se estima que para el año 2030, la depresión ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad (4).

De acuerdo a la OMS, la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. (5) Se calcula que 264 millones de personas en el mundo sufren de trastornos de ansiedad. En la región de las Américas, se estima que hasta 7,7% de la población femenina y 3,6% de la población masculina sufren trastornos de ansiedad. En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos

mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. (6)

El estrés es una parte normal de la vida de toda persona, y en dosis bajas puede resultar positivo, ya que motiva y puede ayudar a las personas a ser más productivas. Sin embargo, el exceso de estrés o una fuerte respuesta a este durante un largo período puede ser dañino para la mente y el cuerpo. Esto puede predisponer a la persona a tener una salud general deficiente, al igual que enfermedades físicas y psicológicas como infecciones, enfermedades cardiovasculares o depresión (7).

2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS (2017), la depresión es un trastorno mental frecuente y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, y la define como “un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (8). De igual forma es una enfermedad que puede volverse crónica y disminuir la capacidad de las personas en diferentes ámbitos como lo es el ámbito laboral y social, también puede afectar la ejecución de las diferentes actividades cotidianas impidiendo que la persona lleve una vida plena.

De la misma manera, la Organización Panamericana de la Salud - OPS (2017), describe que los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe y constituyen una elevada carga de enfermedad en cuanto a términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad; encontrando que dentro de este grupo de enfermedades, la depresión se ha convertido en un diagnóstico habitual en los servicios de atención primaria en salud y de acuerdo a datos de la OMS (2017), esta se ubica entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia (9).

De acuerdo a los informes presentados en el boletín de salud mental y enfermedades no transmisibles (2017), se encontró que la distribución de la depresión por grupos de edad aumentó a medida que incrementó la edad de las personas alcanzando su punto máximo en el rango de los 50 a 54 años de edad. Por otro lado, en cuanto al análisis del reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, se encontró que Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca ocupan los primeros lugares, independiente del tipo de depresión; otros departamentos como Quindío, Santander, Atlántico y Nariño tienen un número elevado de casos por encima del nivel nacional (9).

Dentro de los factores predisponentes o factores de mayor riesgo para sufrir depresión se encuentran: personas con historia previa de episodio depresivo; personas con historia familiar de depresión; personas con problemas psicosociales (pérdida del empleo, separación conyugal, privación de la libertad, ser habitante de calle); eventos vitales estresantes; abuso y dependencia de sustancias incluidos alcohol y cigarrillo; personas que consultan a menudo al sistema de salud; quienes tengan enfermedades médicas crónicas, especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, las que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos); personas con otros trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad); personas con historia de intentos de suicidio y quienes son sedentarios (10).

Por otro lado, de acuerdo a la OMS, la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. (5)

Se calcula que 264 millones de personas en el mundo sufren de trastornos de ansiedad. En la Región de las Américas, se estima que hasta 7,7% de la población femenina y 3,6% de la población masculina sufren trastornos de ansiedad. En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. (6)

En el perfil epidemiológico realizado en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN)-Clínica Montserrat, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2013, se encontró que del total de pacientes atendidos durante ese año en el Instituto (2950), 11.7% de los mismos presentaban al egreso de la atención un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado, ocupando el cuarto lugar de prevalencia entre los diez diagnósticos más frecuentemente atendidos. (9)

Las causas que pueden favorecer la presentación de un trastorno de ansiedad pueden ser biológicas (cualquier factor que altere los sistemas gabaérgicos y serotoninérgicos, alteraciones estructurales del sistema límbico), ambientales o psicosociales (situaciones

de estrés, ambiente familiar disfuncional, experiencias amenazantes de vida, preocupaciones excesivas por temas cotidianos, características de personalidad). Además, los factores de riesgo más importantes para presentar un trastorno de ansiedad son: eventos de vida estresantes o traumáticos, incluyendo el abuso sexual, comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión), presencia de una enfermedad médica o consumo de sustancias psicoactivas, historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales). (9)

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007) define el estrés como «el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción». En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia. (10)

Un determinado grado de estrés estimula el organismo y permite que éste alcance su objetivo, volviendo al estado basal cuando el estímulo ha cesado. El problema surge cuando se mantiene la presión y se entra en estado de resistencia. Cuando ciertas circunstancias, como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas o sociales, o un ambiente competitivo, se perciben inconscientemente como una «amenaza», se empieza a tener una sensación de incomodidad. Cuando esta sensación se mantiene en el tiempo, se puede llegar a un estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y orgánicas. (11)

En cuanto a las prácticas religiosas “Los sacerdotes católicos que pertenecen a una diócesis constituyen un grupo con características específicas; a pesar de que su ministerio es para servir a Dios están inmersos en el mundo e interactúan con el ambiente social que corresponde a los laicos. Además, desempeñan labores rutinarias y de confrontación con sus mismos feligreses lo que los lleva a un agotamiento físico y emocional.” (12)

Igualmente, los sacerdotes por su vida espiritual llevan consigo mismos las carencias y aspiraciones profundas universalmente humanas” (12). Lo que nos indica que son personas con debilidades y aspiraciones propias del ser humano que no están exentos de padecer depresión, ansiedad o estrés.

En este sentido la vida sacerdotal va a implicar que los sacerdotes católicos estén inmersos de forma activa en el ministerio sacerdotal, y se encuentren obligados a ejercer diversos roles, entre los cuales se encuentran los servicios pastorales, administrativos, docentes, etc., lo que puede exigir mucha energía y tiempo, de manera que pueden verse expuestos al riesgo de sufrir de agotamiento y de otros síntomas. Además, muchos de ellos viven en condiciones en las que se dan ciertas carencias económicas y afectivas, así como una excesiva exposición a la gente especialmente a los problemas que las personas sufren por lo que pueden presentar necesidades básicas no satisfechas que, de alguna manera, inciden en su equilibrio emocional, mental y físico.

Finalmente, los trastornos mentales al ser considerados por muchos como las enfermedades del siglo XXI, se han convertido en un problema de salud pública por el impacto que tiene en el individuo, su familia y la comunidad; de esta manera se hace necesario realizar el estudio para medir la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales-Nariño, debido a que es una población de estudio en la que no se ha realizado este tipo de investigación.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA: ¿Cuál es la prevalencia y niveles de depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales-Nariño durante el año 2022?

3. JUSTIFICACIÓN.

La depresión, ansiedad o estrés se relacionan con situaciones de desgaste emocional y/o físico especialmente en personas que trabajan al servicio de la comunidad, como profesionales en enfermería, educación, medicina, odontología y en nuestro caso el servicio ministerial sacerdotal

Hablar de estos trastornos mentales no solo compete a la psiquiatría, si no a la medicina en general y a la sociedad. Ninguna patología mental y muy pocas patologías médicas conllevan un grado de sufrimiento tan intenso como las patologías anteriormente nombradas. (13)

La salud sacerdotal católica se supone que es aceptable; su estilo de vida religioso, contemplativo, generoso y caritativo, su vida sencilla dedicada a la oración y el celibato son propios de su caminar hacia Dios y sus feligreses; pero se ven obligados a desempeñarse en otros campos como son la educación, servicios pastorales y administrativos que son factores de riesgo para agotamiento y otros síntomas. (14)

Además, su labor pastoral los encamina a una excesiva exposición a las personas y en especial aquellas que sufren, por ejemplo, la escucha de los pecados en el sacramento de la confesión, visita a los enfermos, y guía espiritual para su parroquia por lo que pueden presentar necesidades básicas no satisfechas que, de alguna manera, inciden en su equilibrio emocional, mental y físico.

Las consecuencias de depresión y otros trastornos asociados como la ansiedad y estrés en religiosos pueden ser de leves a graves como son los casos de suicidio; La iglesia Argentina argumenta que cuando el religioso está bajo una profunda depresión y que por tratarse de un problema de salud no está en condiciones de ejercer el Ministerio; existen casos de suicidio como por ejemplo el del sacerdote Juan Viroche hallado en ahorcamiento el 5 de octubre del 2016 en la parroquia La Florida en Tucumán; (15). O el caso del sacerdote Jaime Pinzón Pinzón de Algeciras, Huila encontrado en estado de ahorcamiento que según la comunidad los últimos días estaba triste por la pérdida de su madre y por dificultades económicas. (16); Partiendo de estos lamentables sucesos se debe indagar y detectar depresión, ansiedad o estrés en los

sacerdotes de la Diócesis de Ipiales con el fin de prevenir estos hechos, y buscar medios de intervención que sean aplicados en la Diócesis de Ipiales.

En el departamento de Nariño en especial en la diócesis de Ipiales no se tiene información sobre la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes, tampoco existe registro alguno sobre investigaciones que hayan indagado sobre este tema, lo cual dificulta el tratamiento y manejo adecuado de esta enfermedad tan importante.

En la presente investigación se determinará la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes de la Diócesis de Ipiales en el año 2022, a fin de ofrecer información actualizada a la Diócesis para que por medio de los resultados tengan el conocimiento si hay o no signos de depresión en su comunidad sacerdotal; de esta manera sugerir cambios en estilo de vida saludable para los sacerdotes.

4. MARCO REFERENCIAL.

4.1 MARCO CONTEXTUAL

La investigación se realizará en la diócesis de Ipiales en el departamento de Nariño, en cuya jurisdicción se encuentran 5 vicarías pastorales: Vicaria San Juan Bautista, Vicaría Espíritu Santo, Vicaria San Juan María Vianney, Vicaria San José, Vicaría Nuestra Señora de Las Lajas; de las cuales se conforman 45 Parroquias en cada una de ellas con sus respectivos párrocos y vicarios con presencia en 22 municipios. (Tabla I)

La casa episcopal de la diócesis de Ipiales, tiene como sede la ciudad de Ipiales en el departamento de Nariño, población situada a 80 kilómetros al sur de la capital San Juan de Pasto, en límites con la república del Ecuador.

Tabla No. 1 Descripción de parroquias por ubicación en la diócesis de Ipiales

Vicaría	Parroquias	Ubicación
1 nuestra Señora de las Lajas	1 San Pedro Mártir - La Catedral	Ipiales
	2 Medalla Milagrosa	Ipiales
	3 Nuestro Señor de Los Milagros	B. Centenario - Ipiales
	4 Nuestra Señora de Las Lajas	Corregimiento Las Lajas - Ipiales
	5 Nuestra Señora de Los Dolores	B. San Felipe - Ipiales
	6 Nuestra Señora de Las Mercedes	B. Puenes - Ipiales

	7 Niño Jesús	B. El Manzano - Ipiales
	8 Cristo Rey	B. Balcones de la Frontera - Ipiales
2 Espiritu Santo	1 San Pedro Apóstol	Túquerres
	2 San Pío X	Túquerres
	3 San Pedro Apóstol	Corregimiento Yascual - Túquerres
	4 San Nicolás de Torentino	Guaitarilla
	5 San Miguel Arcángel	Ospina
	6 Santiago Apóstol	Piedrancha - Mallama
	7 San Joaquín y Santa Ana	Corregimiento Santa Ana - Túquerres
	8 San Juan Bautista	Sapuyes
	9 Señor de Las Misericordias	Corregimiento Santander - Túquerres
	10 Santiago Apóstol	Imués
	11 San Pablo Apóstol	Ricaurte
	12 Jesús del Gran Poder	Corregimiento El Pedregal - Imués
3 San José	1 San Juan Bautista	Pupiales
	2 San Juan Bautista	lles
	3 Nuestra Señora del Rosario	Gualmatán

	4 Inmaculada Concepción	Contadero
	5 San Bartolomé	Córdoba
	6 San José Obrero	Corregimiento José María Hernández - Pupiales
	7 San José	Corregimiento La Victoria - Ipiales
	8 San Pedro Apóstol	Potosí
	9 Nuestra Señora de La Natividad	Puerres
	10 San Juan Bautista	Corregimiento San Juan - Ipiales
4 San Juan María Vianney	1 San Pedro Apóstol	Cumbal
	2 San Juan Bautista	Guachucal
	3 Nuestra Señora del Pilar	Aldana
	4 Inmaculada Concepción	Carlosama - Cuaspud
	5 San Diego	Corregimiento Muellamués - Guachucal
	6 Medalla Milagros	Corregimiento Chiles - Cumbal
5 San Juan Bautista	1 San Nicolás de Bari	Samaniego
	2 San Pedro Apóstol	Ancuya
	3 Nuestra Señora de La Visitación	Corregimiento Tabiles - Linares

	4 San Juan Bautista	Guachavés - Santacruz
	5 San Pedro Apóstol	Cumbitara
	6 San Juan Bosco	La Llanada
	7 Nuestra Señora del Rosario	Linares
	8 Santísima Trinidad	Providencia
	9 San Juan Bautista	Sotomayor - Los Andes

Fuente: Sitio web Diócesis de Ipiales

4.2 MARCO TEÓRICO

Los trastornos mentales son enfermedades que afectan a gran parte de la población, una parte de esta es la comunidad sacerdotal, debido a que son personas que por su vocación y servicio se encuentran a lo largo de su vida sumamente sumergidos en su labor pastoral, expuestos a la sociedad y a los conflictos que se manifiestan en esta, así como también por las grandes exigencias propias de su vocación, en donde se ven afectados tanto sus pensamientos, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Dichos trastornos, ocasionan la incapacidad para relacionarse y empatizar con los demás, además de dificultad para cumplir con las labores diarias que desempeñan los sacerdotes. (20)

Por lo anterior, el marco teórico de este estudio estará enfocado en la revisión de conceptos como son la depresión, ansiedad y estrés que pueden verse desencadenados por toda la carga laboral y emocional que enfrentan los sacerdotes entregados a su comunidad.

4.2.1 DEPRESIÓN.

La depresión se entiende como un síndrome o agrupación de síntomas que se relacionan con la esfera afectiva, es decir los sentimientos o emociones del individuo que involucran: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar o impotencia frente a las exigencias de la vida, sin embargo, también pueden estar presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. En síntesis, se podría hablar de la depresión como una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (21)

Se estima que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión; su prevalencia varía de un país a otro, dependiendo de varios factores: para el trastorno depresivo mayor se han registrado cifras que van desde 1,4% a 11,7%. En el 30% de los casos la depresión se vuelve crónica y su presencia aumenta la probabilidad de que se desarrollen algunas enfermedades o empeora el desenlace de

otras, como lo es el suicidio, en donde cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo. (8)

4.2.1.1 Etiología.

“Factores relacionados con la personalidad del paciente: Presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia)

Factores ambientales: Sufrir algún problema (económico, familiar, laboral o de salud).

Factores biológicos:

Alteraciones cerebrales. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo.

Alteraciones en neurotransmisores: Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona correctamente.” (22)

4.2.1.2 Tipos de depresión.

“Depresión mayor: Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (duran semanas o meses).

Distimia (o trastorno distímico): Los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes porque son crónicos (duran como mínimo dos años).

Trastorno adaptativo: Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente.” (22)

4.2.1.3 Síntomas.

- “Ánimo bajo, tristeza y sentimientos de desesperanza.

- Pérdida de interés por las actividades con las que antes se disfrutaba o reducción del placer al realizarlas, la mayoría de los días durante las últimas semanas.
- Irritabilidad, ansiedad, llanto fácil, problemas de sueño, cambios en el apetito, problemas cognitivos y deseos de muerte o ideas de suicidio.
- Síntomas físicos asociados: como cefaleas, palpitaciones o presión en el pecho, así como molestias abdominales o problemas digestivos.” (23)

4.2.1.4 Diagnóstico.

“La evaluación de un cuadro depresivo se realiza habitualmente mediante la clínica que permite apreciar multitud de signos y síntomas, siendo pocas veces necesario recurrir a los cuestionarios y pruebas diagnósticas. La evaluación sintomatológica debe tener en cuenta la presencia de síntomas cardinales (tristeza, anhedonia, enlentecimiento y, con menos frecuencia, agitación psicomotora). Algunos síntomas son evidentes (llanto, variación del peso corporal), mientras que otros requieren una búsqueda activa (la pérdida para la capacidad de disfrutar, las ideas de muerte). La empatía permite intuir por parte del profesional un probable cuadro depresivo. Las depresiones inhibidas pueden ser más difíciles de diagnosticar. Hay que tener en cuenta la frecuente constelación de sintomatología ansiosa acompañante. En las depresiones somatizadas o en las que sólo se manifiestan claramente los síntomas orgánicos el diagnóstico es más difícil. La evaluación funcional no puede sustituir a la exploración psicopatológica, pero permite realizar detecciones sistemáticas, complementar el diagnóstico y obtener indicadores de gravedad y de evolución del cuadro depresivo. La evaluación funcional se apoya en la aplicación de escalas, que deben cumplir varios requisitos. Deben explorar distintas áreas: humor depresivo, ansiedad, síntomas motores, síntomas cognitivos, funcionamiento social y síntomas vegetativos para poder tener validez de contenido. La validez de constructo significa que los ítems contenidos en una escala son estadísticamente adecuados para evaluar la información necesaria. Las escalas aplicadas deben presentar la misma puntuación cuando diversos profesionales las apliquen al mismo paciente.” (24)

4.2.1.5 Tratamiento.

El tratamiento inicial incluye diferentes modalidades de psicoterapia, antidepresivos o combinación de ambas terapias. La elección depende de la severidad de la enfermedad, de la presencia de comorbilidad u otra enfermedad psiquiátrica y la preferencia del paciente.

Tratamiento no farmacológico

- Se considera la psicoterapia como el tratamiento inicial de elección para la depresión leve a moderada.
- Se prefiere ante la presencia de estresores psicosociales, conflictos intrapsíquicos y dificultades interpersonales. Debe tomarse en consideración las preferencias del paciente y su duración debe ser de varias semanas (8 a 10 semanas de sesiones) para lograr eficacia. Puede reducir significativamente los síntomas, restaurar la funcionalidad psicosocial y ocupacional; además de prevenir las recaídas.
- La terapia cognitiva en grupos puede ser una opción para reducir las recaídas en pacientes con 3 o más episodios. Otras terapias como la familiar, Las sesiones en grupo parecen ser efectivas para diferentes tipos de psicoterapia. La terapia electroconvulsivante bilateral a altas dosis puede ser eficaz para una mejoría a corto plazo de la depresión en casos severos con síntomas psicóticos o catatónicos, o en aquellos que no responden a la psicoterapia y/o farmacoterapia, en los que se necesite una rápida respuesta ante intenciones suicidas o con compromiso nutricional, y con respuesta previa positiva a esta terapia.

Tratamiento farmacológico

Se prefiere este tipo de tratamiento cuando existe historia previa de respuesta positiva a los antidepresivos, se trata de una forma severa de la enfermedad, cuando se presentan trastornos importantes del sueño y del apetito, agitación severa. Se toma en consideración las preferencias del paciente y sus factores individuales. Es necesaria la evaluación de la aceptabilidad o tolerancia a los efectos adversos.

Los antidepresivos son modestamente efectivos con una reducción de un 25 a 50 % de la línea basal de los síntomas, sobre todo en los pacientes con enfermedad severa donde puede observarse una mejoría clínica relevante y en estos puede disminuir el riesgo de recaídas. Su efectividad se observa en las primeras dos semanas de tratamiento, no obstante, pueden tardar de 6 a 8 semanas en ejercer su efecto terapéutico completo. Tras el transcurso de estas 6 u 8 semanas, de no obtenerse mejoría, debe evaluarse cambio de dosis o de medicamento.

Aun cuando son los más empleados en la actualidad los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, desipramina, imipramina, nortriptilina, trimipramina) y los inhibidores de la monoaminooxidasa (moclobemida, isocarboxazida, fenelzina, tranilcipromina) se consideran segunda línea de tratamiento debido a su perfil de seguridad. Los de segunda generación, entre los que se encuentran los inhibidores de la recaptación de serotonina (sertralina, citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina); los inhibidores mixtos de la recaptación de serotonina y norepinefrina como venlafaxina, duloxetina y otro grupo de antidepresivos como el bupropión y la mirtazapina se prefieren por tener similar eficacia entre ellos y los ATC y por su mejor perfil de seguridad. (25)

4.2.2 ANSIEDAD.

Es un estado afectivo displacentero que se acompaña de cambios físicos y mentales, que se presenta como una reacción de adaptación ante un evento estresante o como un síntoma de enfermedades somáticas o psiquiátricas (26).

Se considera que la ansiedad es patológica cuando su presentación no obedece a razones lógicas, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo, o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de deterioro en la funcionalidad y la adaptación de la persona (26).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo. Dentro de la población adulta se encuentra una prevalencia del 12% para los

trastornos de ansiedad; esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son los que inician más temprano, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, siendo mayor en mujeres que en hombres. De acuerdo a otros estudios, se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4 y 28.8% (6).

4.2.2.1 Etiología.

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.

Factores biológicos: Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los trastornos de ansiedad. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de dichos trastornos, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo- compulsivo y la fobia social (27).

Factores psicosociales: Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales de los trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al trastorno de ansiedad en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello (27).

Factores traumáticos: Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad (28).

Factores psicodinámicos: La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada,

puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos (28).

Factores cognitivos y conductuales: Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (29).

4.2.2.2 Síntomas.

Síntomas motores: temblor, contracciones o sensación de agitación, tensión o dolorimiento de los músculos, inquietud, fatigabilidad fácil.

Síntomas de hiperactividad vegetativa: dificultad para respirar o sensación de ahogo, palpitaciones o taquicardia, sudoración o manos frías y húmedas, boca seca, mareos o sensación de inestabilidad, náuseas, diarrea u otras molestias abdominales, sofocos o escalofríos, micción frecuente, dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta".

Síntomas de hipervigilancia: sensación de que va a suceder algo, respuesta de alarma exagerada, dificultad para concentrarse o "mente en blanco", dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad (29).

4.2.2.3 Diagnóstico.

El diagnóstico de un trastorno de ansiedad se realiza mediante la entrevista clínica y la obtención de una historia clínica completa. Los síntomas presentados se pueden dividir en dos grupos, físicos y psicológicos.

La ansiedad de carácter patológico puede ser primaria o secundaria. La primaria es aquella que aparece en los trastornos de ansiedad propiamente dichos. La secundaria se presenta como síntoma causado o que acompaña a diversas enfermedades

orgánicas, al uso de medicamentos (simpaticomiméticos, anticonceptivos) o al uso o abstinencia de sustancias psicoactivas (6).

El diagnóstico hasta este momento es básicamente clínico. Para la tipificación del diagnóstico y del tipo de trastorno de ansiedad habitualmente se pueden utilizar los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2003) realizada por la Organización Mundial de la Salud. Los trastornos se clasifican en (6):

- Trastornos de Ansiedad Fóbica
- Agorafobia
- Fobia social
- Fobia Específica
- Otros Trastornos de Ansiedad
- Trastorno de Pánico
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica
- Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias

4.2.2.4 Tratamiento.

Para los trastornos de ansiedad existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Dependiendo del tipo de trastorno, hay evidencia que soporta el uso de la farmacoterapia, de la psicoterapia o del tratamiento combinado. En general, para la mayoría de los trastornos de ansiedad se ha demostrado que la mayor efectividad del tratamiento se consigue con el tratamiento combinado (6).

4.2.3 Estrés.

El estrés no se puede considerar, en principio, como una enfermedad, sino como la respuesta, tanto física como mental, a las adaptaciones y ajustes del ser humano a los diversos acontecimientos vitales. Esta respuesta, que en principio puede ser natural y

que surgiría para ayudar a afrontar nuevas situaciones, es muy posible que desencadene serios problemas físicos y psíquicos cuando se transforma en una reacción prolongada e intensa (7).

El estrés es la respuesta natural del ser humano ante situaciones de miedo, tensión o peligro, tan comunes en la sociedad moderna. Forma parte de la vida de toda persona, pero si su presencia es excesiva puede ser dañino para la mente y el cuerpo. Problemas en el trabajo, discusiones, atascos, exámenes, desequilibrios, variaciones emocionales y condiciones fisiológicas alteradas son realidades a las que el individuo debe adaptarse y que desencadenan una respuesta particular en el organismo (7).

4.2.3.1 Tipos de estrés.

Estrés Agudo: forma más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. Es fascinante y agotador en dosis pequeñas, pero cuando es demasiado es agotador.

Estrés agudo episódico: que surge de la preocupación incesante. Las personas con este tipo de estrés ven el desastre a la vuelta de la esquina y prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación.

Crónico: es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año (7).

4.2.3.2 Etiología del estrés

Cualquier situación que la persona perciba como una demanda o una amenaza o que exija un rápido cambio es productora de estrés. No obstante, debe recordarse que no todas las situaciones ni todos los factores estresantes son negativos. Además, dependiendo de la forma en que se perciban los diversos factores estresantes, se producen distintos impactos en las personas.

En general, puede decirse que existen dos grandes fuentes fundamentales del estrés:

- Los agentes estresantes que provienen de circunstancias externas como del ambiente, de la familia, del trabajo, del estudio, entre otras.

- El estrés producido por la persona misma, es decir, por sus propias características de personalidad y por su forma particular de enfrentar y solucionar los problemas.

Por otra parte, los factores de estrés no siempre son conocidos, y puede que sean desconocidos, subestimados, inconscientes y descubiertos solamente después de un diálogo o un análisis. Las angustias, las fobias y las obsesiones son causas de estrés.

Su origen es con frecuencia inconsciente y va unido a antiguos traumatismos físicos o psico-afectivos. Los trastornos mentales, las depresiones y la neurosis son a la vez una fuente de estrés y el resultado de situaciones causantes de este, las cuales pueden ser conscientes o generalmente inconscientes y se remontan hasta la infancia. La frustración, estar pendiente constantemente de un asunto, el temor, el recelo, el sentimiento de insatisfacción, la ausencia de motivación y de sentido de la vida son otras causas con frecuencia de origen inconsciente y responsables de una tensión psicológica constante (30).

4.2.3.3 Síntomas.

Conversación acelerada, cansancio, reducción del rendimiento escolar o laboral, trastornos del sueño, reducción de las defensas, trastornos gástricos, cefalea, tensiones musculares, trastornos de la concentración, inseguridad y miedo, aumento de la presión sanguínea, aceleración del pulso, sudoración, palpitaciones, temblor, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para deglutir, mareo, náuseas y escalofríos (7).

4.2.3.4 Medidas y estrategias para controlar el estrés

Respiración rítmica para disminuir la ansiedad: inspiración y espiración nasal y de forma lenta, con los ojos cerrados y esperando que la frecuencia cardiaca disminuya y el resto de los síntomas simpáticos (sudor, aceleramiento cerebral.) se reduzcan. Después la apertura de los ojos debe mantener la sensación de tranquilidad. Al iniciar cualquier actividad el ritmo respiratorio no debe perderse. Realizar un masaje del plexo solar, localizado en la “boca del estómago”, mediante inspiraciones muy profundas sobre la región costo abdominal provocando una gran expansión hacia fuera de la región

abdominal; se mantiene la apnea en inspiración durante 3 segundos; se permite la salida por la boca del aire de forma suave. Se repite el proceso por tres veces. Después de realizar este masaje se produce una gran bradicardia, gran tranquilidad e incluso un poco sensación de mareo (31).

Frenar con nuestra inteligencia, con autocontrol o control mental, la reacción de estrés, es decir, no preocuparse hasta que no llegue el momento. No hay que olvidar que la mayor parte de las veces, el estrés se controla mediante un ejercicio de nuestra razón: el control de cualquier comportamiento aprendido puede ser hecho mediante la activación de mecanismos inteligentes.

Este control mental debe apoyarse en estos principios:

- Interrumpir las cadenas de pensamiento destructivo: decir ¡STOP!
- Cambiar los pensamientos negativos a positivos.
- Abstraerse del marco estresante con escenarios futuros.
- Solución posible a los problemas en 5 pasos: análisis de la causa, análisis del efecto, buscar diversas soluciones, estudiar el efecto que produciría una solución, analizar resultados.

Control del estrés crónico:

- Se debe recurrir de forma rutinaria a:
- Practicar un deporte y/o realizar una mayor vida al aire libre.
- Fomentar las actividades culturales (leer, acudir a exposiciones).
- Salir de uno mismo: hablar con la gente, ser comunicativo, preocuparse por los demás.
- Hacer cambios frecuentes de actividad y de preocupaciones. Romper monotonías, volver a empezar.
- Rememorar imágenes mentales agradables de lugares, de personas, de sensaciones, de música (real o imaginaria) que disparan sensaciones placenteras y paran el ritmo de la actividad. Practicar la sonrisa tanto al hablar como al mirar.

- Controlar los pensamientos, las formas de ser, las actitudes
- Evitar la visión catastrófica de los acontecimientos
- Minimizar la presión social: lo que piensan de mí, lo que esperan de mí (31).

4.3 MARCO DE ANTECEDENTES

Las Sagradas escrituras revelan que diversos profetas, líderes y apóstoles experimentaron momentos de depresión, ansiedad, estrés, incluso angustia. En el libro de Números 11:11 se expresa lo siguiente “Moisés se afectó mucho por eso. Le dijo a Yavé: «¿Por qué tratas tan mal a tu servidor? ¡No me has hecho ningún favor al imponerme la carga de todo este pueblo! ¿Soy yo acaso quien lo dio a luz para que me digas: Llévalo en tu seno, como la nodriza lleva a su bebé, al país que prometiste bajo juramento a nuestros padres? Todo el pueblo viene a mí para decirme: ¡Danos carne, queremos comerla! Pero, ¿de dónde voy a sacar carne para dársela? Continúa con el relato de la siguiente manera ¡No puedo conducir solo a todo este pueblo, es demasiado peso para mí! Si así es como me quieres tratar, mejor mátame, te lo ruego; con eso me harías un favor y me vería libre de esta desgracia!» (Núm. 11:14-17). Otro ejemplo se encuentra en el libro de los Reyes refiriéndose al profeta Elías, los sagrados textos nos hablan que estaba completamente agotado, se sienta a descansar bajo un retamo pidiendo la muerte “Llegó a Berseba en el territorio de Judá y allí dejó a su sirviente. Se adentró en el desierto durante todo un día de camino, luego fue a sentarse bajo un retamo y pidió la muerte: «Basta, dijo. Yavé, toma mi vida, porque ya no valgo más que mis padres». Se acostó y se quedó dormido”. (I Reyes. 19:3,5) Fugitivo, alejado de su hogar, amenazado, desanimado por una amarga desilusión, desconfiado del accionar humano que lo llevo a no querer ver rostro humano alguno. Estos dos líderes Bíblicos probablemente presentaban síntomas de lo que hoy se conoce como síndrome de Burnout (17)

La Santa Biblia, así como hace alusión al síndrome de Burnout, también nos ofrece maneras de prevenirlo tal es el caso del libro de los números (Núm. 11:16-17), la respuesta de Yavé es clara y le dice a Moisés «Júntame setenta ancianos de Israel, hombres de los que sabes que son ancianos y escribas de su pueblo, y llévalos a la Tienda de las Citas. Que se paren a tu lado. Bajaré y hablaré contigo; luego tomaré de mi espíritu que está en ti y se lo pondré a ellos. Llevarán contigo la carga del pueblo y ya no tendrás que llevarla solo” (17), El sacerdote en su labor no puede recargarse de

trabajo pastoral, el Señor le enseña que debe delegar responsabilidades a sus semejantes.

En el caso del profeta Elías se habla de estilos de vida saludable para el restablecimiento de su salud por medio de Yavé. Como lo narra el I libro de los reyes, descanso al principio, ejercicio adecuado expresado en la caminata y una buena alimentación, con la compañía de Dios por medio del ángel fueron claves en la historia natural de la enfermedad de Elías y la resolución satisfactoria. (IRey. 19:6-8). (18)

El Mesías y el Apóstol Pedro también contribuyen a la prevención del síndrome de Bournout cuando manifiestan lo siguiente: por su parte Jesús invita a manejar adecuadamente la crisis “Vengan a mí los que van cansados, llevando pesadas cargas, y yo los aliviaré.” (Mat. 11:28). Pedro en su I carta lo reafirma cuando expresa “echando toda vuestra ansiedad sobre Él, porque Él tiene cuidado de vosotros” (IPed. 5:7). Invitando a eliminar la ansiedad generando ambientes de confianza y descanso, enseñanza propia de su Maestro. (17)

En un estudio realizado en Argentina por López H (2011), sobre Incidencia del Síndrome de Burnout en sacerdotes católicos latinoamericanos y su relación con la inteligencia emocional se encontró resultados que reflejan una presencia alta del síndrome de burnout en sacerdotes católicos, en los siguientes porcentajes: 60.38% de los sacerdotes sufren, en algún grado, del síndrome de burnout, y un 26% del total de sacerdotes manifiestan burnout en alto grado. Un 40% de los sacerdotes investigados presenta el grado más alto de agotamiento emocional: este porcentaje corresponde a 302 sacerdotes. El 52 % de este grupo con alto agotamiento emocional se encuentra también despersonalizado en grado alto, porcentaje que equivale a 181 sacerdotes. De estos, 69 manifiestan a su vez niveles bajos de realización personal. De acuerdo con estos datos, es evidente que el agotamiento emocional está correlacionado con la despersonalización en sus grados más altos. (14)

Por otra parte, en un estudio realizado en Italia por Pascal (2018), acerca de El «burn-out» o agotamiento, una urgencia pastoral; se encontró resultados que evidencian seis grupos de sacerdotes encuestados en donde dos de los primeros grupos aseguran que

«todo va bien» (los signos del «burnout» apenas son manifiestos) y quienes confiesan que están «quemados» (reconocen los tres síntomas). Los restantes cuatro grupos de sacerdotes presentaron algún signo de «burn-out»: tedio (un 19 %), despersonalización (un 4 %), baja realización personal (un 9 %), y dos signos: tedio y despersonalización (4 %). Además, dos de cada cinco sacerdotes de estos cuatro grupos se encontraban en riesgo de caer en el «burn-out». De igual forma en el estudio se determinaron algunos factores que influyen en el «burn-out» sacerdotal, tales como:

- El compartir casa con otros sacerdotes u otras personas, en donde se encontró que esta situación no tenía influencia en los dos primeros grupos, se evidenció que los sacerdotes para quienes todo va bien viven con frecuencia solos. Esto mismo ocurre con los fatigados (58 %), mientras que dos tercios de los «efectivos», pero que «sufren», viven con otros presbíteros. El 48 % de los sacerdotes de Padua consultados vivían con otros sacerdotes, 29 % con un hermano.
- La edad, dos tercios de los sacerdotes jóvenes (entre 25 y 29 años) se encontraban en el grupo de mayor riesgo. Los menos expuestos fueron sacerdotes en la quinta década de vida, la frecuencia se elevó de nuevo para los de setenta y más años.
- Los títulos, cuanto más instruida es una persona (o tiene más títulos) está más protegida. Sin embargo, se encontró una mayor cantidad de «cansados» e «insatisfechos» entre los sacerdotes que poseen un doctorado: el estudio manifiesta una probable frustración de la realización personal en la actividad pastoral. Dentro del estudio un tercio de los sacerdotes padovanos no tenía el bachillerato en teología, otro tercio tenía la diplomatura, un quinto tenía una licenciatura y otro un doctorado en teología o un título civil.
- La actividad, cuanto más disminuye la actividad pastoral y el compromiso en el ministerio, más aumenta el número de sacerdotes con «burnout»; inversamente, los sacerdotes para quienes «todo va sobre ruedas», son los más activos.

- La perseverancia en el ministerio. El «burn-out» aumenta en los sacerdotes que llevan ya una veintena de años en el ministerio, así como en los sacerdotes «funcionarios» y en los «eficaces, pero sufridores». (19)

5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia y niveles de depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales en el año 2022.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.

Estimar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en el grupo de estudio.

Establecer los niveles de depresión, ansiedad y estrés en el grupo de estudio.

6. METODOLOGÍA.

6.1 PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN: Empírico analítico

6.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo.

6.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN: Observacional, descriptivo, transversal (estudio de prevalencia, de corte prospectivo).

6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.4.1 Población: Sacerdotes que hacen parte de la diócesis de Ipiales durante el año 2022. (N=61). Se trabajará con la totalidad de la población por lo cual no se realizará muestreo.

6.5 CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN

6.5.1 Criterios de inclusión: Sacerdotes que hagan parte de la diócesis de Ipiales que deseen participar del estudio de forma libre y voluntaria.

6.5.2 Criterios de exclusión: Sacerdotes que no deseen participar del estudio.

6.6 CONTROL DE SESGOS.

SESGO DE INFORMACIÓN: Se trabajará con sensibilización previa de los sacerdotes al instrumento, y versión adaptada para el idioma español del instrumento.

SESGO DE SELECCIÓN: No se tendrá en cuenta debido a que se aplicará el instrumento a la mayor parte de la población. Además, no se tiene certeza de que las personas que desistan lo hagan por cuestiones relacionadas con variables concernientes a la investigación

SESGO DE MEMORIA: Se encuentra controlado debido a que el cuestionario pregunta cosas de un pasado cercano.

6.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para la recolección de la información se utilizará la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21)

La Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), es una escala de autorreporte dimensional que fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond y Lovibond, 1995). Cada una de las tres escalas tiene siete ítems con formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas, las que se ordenan en una escala de 0 a 3 puntos. El puntaje de cada escala se calcula con la suma de los puntajes de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos (32).

6.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el objetivo específico No. 1 Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio, se realizará un análisis univariado, en el cual los resultados se presentarán resumidas en tablas de distribución de frecuencias, respecto a las variables cuantitativas se incluirán como promedio y desviación estándar y las variables categóricas como frecuencia y porcentaje. Asimismo, los datos se representarán en histogramas de frecuencias, gráficas de barras y gráficos de sectores

Para el objetivo específico No. 2 Estimar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en el grupo de estudio, se realizará un análisis univariado, en el cual los resultados se presentarán resumidas en tablas de distribución de frecuencias, respecto a las variables cuantitativas se incluirán como promedio y desviación estándar y las variables categóricas como frecuencia y porcentaje. Asimismo, los datos se representarán en histogramas de frecuencias, gráficas de barras y gráficos de sectores.

Para el objetivo específico No. 3 Establecer los niveles de depresión, ansiedad y estrés en el grupo de estudio, se realizará un análisis univariado, en el cual los resultados se

presentarán resumidas en tablas de distribución de frecuencias, respecto a las variables cuantitativas se incluirán como promedio y desviación estándar y las variables categóricas como frecuencia y porcentaje. Asimismo, los datos se representarán en histogramas de frecuencias, gráficas de barras y gráficos de sectores.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Es importante para esta investigación promover y velar por la salud, bienestar y derechos del paciente en este caso los sacerdotes de la diócesis de Ipiales. La investigación estará sujeta a normas de ética con el fin de asegurar y promover el respeto por estos sacerdotes y proteger su salud y sobre todo sus derechos de tipo individual.

Este estudio será puesto a consideración de un comité de bioética de la Fundación Universitaria San Martín, para recibir el respectivo aval. Se hará uso de un consentimiento informado en el cual se solicitará la participación de los sacerdotes, con el fin de dar a conocer el propósito del estudio, cuáles son los beneficios, posibles riesgos, acceso a compensaciones y/o tratamientos, manejo, custodia, resguardo y confidencialidad de la información. (Anexo).

De acuerdo al artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, se considera la presente investigación como un estudio con riesgo mínimo, en el cual se estará dando cumplimiento a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, respetando los derechos e intereses de los participantes en la investigación sobre el interés propio de esta investigación y propendiendo por el derecho a la autodeterminación la intimidad y la confidencialidad de los sacerdotes.

8. RESULTADOS.

Para este estudio se realizaron un total de 61 encuestas en los sacerdotes católicos de la Diócesis de Ipiales, donde además de aplicar la escala DASS-21 se tomaron datos sociodemográficos. A continuación, se describen los datos obtenidos.

8.1 CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA.

8.1.1 Caracterización por grupo etario.

Tabla 2. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable edad.

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
Edad (años)	Entre 28 y 37 años	13 (21,3)
	Entre 38 y 47 años	28 (45,9)
	Entre 48 y 57 años	11 (18,0)
	58 años o más	9 (14,8)

En cuanto a la variable edad se clasifica a los sacerdotes católicos en grupos etarios. Los sacerdotes de 58 años o más presentan un 14,8 % del total de sacerdotes encuestados, los sacerdotes entre 48 y 57 años se encuentran en el 18% del total de encuestados, los sacerdotes entre 28 y 37 años se encuentran en el 21,3% y la mayoría de sacerdotes con un porcentaje del 45,9 % se encuentran en el rango entre 38 y 47 años.

8.1.2 Caracterización según nivel de formación académica.

Tabla 3. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable nivel de formación académica

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
Nivel de formación académica	Universitario	54 (88,5)
	Especialización	4 (6,6)
	Maestría	3 (4,9)

Para la variable nivel de formación académica se presentan tres niveles de formación en los sacerdotes católicos que son universitario, especialización y maestría. El 4,9% tiene una maestría, el 6,6 % posee una especialización y el 88,5% tienen el nivel de formación académico universitario representando a la mayoría de la población.

8.1.3. Caracterización según estrato socioeconómico.

Tabla 4. Distribución de los sacerdotes según la variable estrato socioeconómico.

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
Estrato socioeconómico	2 (Bajo)	11 (18,0)
	3 (Medio-Bajo)	32 (52,5)
	4 (Medio)	17 (27,9)
	5 (Medio-Alto)	1 (1,6)

Dentro de la variable estrato socioeconómico, se observa que el 1,6% de los sacerdotes católicos pertenece al estrato 5 (Medio-Alto), el 18% se encuentra en el estrato 2 (Bajo),

el 27,9% corresponde al estrato 4 (Medio). Por otra parte, el 52,5% que representa a la mayoría de la población pertenece al estrato 3 (Medio-Bajo).

8.2 EVALUCIÓN DE LA ESCALA DASS-21.

En las siguientes tablas se observa la prevalencia y niveles de depresión, ansiedad y estrés, así como los ítems que corresponden a cada variable, en los sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales.

8.2.1 Frecuencia y niveles de depresión.

Tabla 5. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación de la depresión.

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61
Clasificación Depresión	No	40 (65,6)
	Depresión leve	9 (14,8)
	Depresión moderada	8 (13,1)
	Depresión severa	2 (3,3)
	Depresión extremadamente severa	2 (3,3)

Con respecto a la depresión se identificó que el 34,5% de los sacerdotes católicos sufría algún tipo de depresión, en este sentido los niveles de depresión más frecuentes fueron la depresión leve en el 14,8% del total de los sacerdotes, seguido por la moderada, severa y extremadamente severa.

8.2.2 Frecuencia de los ítems para la variable depresión.

Tabla 6. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: No podía sentir ningún sentimiento positivo

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P3: No podía sentir ningún sentimiento positivo	No me ha ocurrido	33 (54,1)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	15 (24,6)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	8 (13,1)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	5 (8,2)

El 45,9% de los sacerdotes católicos manifestaron que les había ocurrido alguna vez, no poder sentir ningún sentimiento positivo.

Tabla 7. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P5: Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	No me ha ocurrido	25 (41,0)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	26 (42,6)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	8 (13,1)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	2 (3,3)

El 59% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez se les había hecho difícil tomar la iniciativa para hacer cosas y el 42,6% manifestó que les había ocurrido poco, o durante parte del tiempo dicho evento.

Tabla 8. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: He sentido que no había nada que me ilusionara.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P10: He sentido que no había nada que me ilusionara		
	No me ha ocurrido	38 (62,3)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	15 (24,6)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	6 (9,8)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	2 (3,3)

El 37,7% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, habían sentido que no había nada que los ilusionara.

Tabla 9. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Me sentí triste y deprimido.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P13: Me sentí triste y deprimido		
	No me ha ocurrido	19 (31.1)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	30 (49.2)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	9 (14.8)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	3 (4.9)

El 68,9% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez se habían sentido tristes y deprimidos, y el 49,2% manifestó que les había ocurrido poco, o durante parte del tiempo, dicho evento.

Tabla 10. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: No me pude entusiasmar por nada.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P16: No me pude entusiasmar por nada	No me ha ocurrido	38 (62,3)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	15 (24,6)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	8 (13,1)

El 37,7% de los sacerdotes católicos manifestaron que les había ocurrido alguna vez, que no se pudieron entusiasmar por nada.

Tabla 11. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí que valía muy poco como persona.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P17: Sentí que valía muy poco como persona	No me ha ocurrido	47 (77,0)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	12 (19,7)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	2 (3,3)

El 23% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, sintieron que valían poco como personas.

Tabla 12. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí que la vida no tenía ningún sentido.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P21: Sentí que la vida no tenía ningún sentido	No me ha ocurrido	50 (82,0)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	5 (8,2)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	4 (6,6)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	2 (3,3)

El 18,1% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, sintieron que su vida no tenía ningún sentido.

8.3. Frecuencia y niveles de ansiedad.

Tabla 13. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación de la ansiedad.

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
Clasificación Ansiedad	No	39 (63,9)
	Ansiedad leve	6 (9,8)
	Ansiedad moderada	9 (14,8)
	Ansiedad severa	4 (6,6)
	Ansiedad extremadamente severa	3 (4,9)

Con respecto a la ansiedad se identificó que el 36,1% de los sacerdotes católicos, sufría algún tipo de ansiedad, en este sentido los niveles de ansiedad más frecuentes fueron la ansiedad moderada en el 14,8% del total de los sacerdotes, seguido por la leve, severa y extremadamente severa.

8.3.1 Frecuencia de los ítems para la variable ansiedad.

Tabla 14. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Me di cuenta que tenía la boca seca.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P2: Me di cuenta que tenía la boca seca	No me ha ocurrido	44 (72,1)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	9 (14,8)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	5 (8,2)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	3 (4,9)

El 27,9% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez habían tenido la boca seca.

Tabla 15. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Se me hizo difícil respirar.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P4: Se me hizo difícil respirar	No me ha ocurrido	45 (73,8)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	10 (16,4)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	5 (8,2)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	1 (1,6)

El 26,2% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, habían sentido que se les hizo difícil respirar.

Tabla 16. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí que mis manos temblaban.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P7: Sentí que mis manos temblaban	No me ha ocurrido	46 (75,4)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	10 (16,4)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	3 (4,9)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	2 (3,3)

El 24,6% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, habían sentido que sus manos temblaban.

Tabla 17. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P9: Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	No me ha ocurrido	28 (45,9)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	24 (39,3)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	8 (13,1)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	1 (1,6)

El 54% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, se habían encontrado preocupados por situaciones en las cuales podían tener pánico o en las que podrían hacer el ridículo.

Tabla 18. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí que estaba al punto de pánico.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P15: Sentí que estaba al punto de pánico	No me ha ocurrido	43 (70,5)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	13 (21,3)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	3 (4,9)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	2 (3,3)

El 29,5% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, habían sentido que estaban a punto de pánico.

Tabla 19. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.

Ítem	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P19: Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	No me ha ocurrido	34 (55,7)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	22 (36,1)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	3 (4,9)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	2 (3,3)

El 44,3% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, sintieron los latidos de su corazón, a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.

Tabla 20. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Tuve miedo sin razón.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P20: Tuve miedo sin razón	No me ha ocurrido	35 (57,4)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	17 (27,9)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	8 (13,1)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	1 (1,6)

El 42,6% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, habían tenido miedo sin razón.

8.4. Frecuencia y niveles de estrés.

Tabla 21. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación del estrés.

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
Clasificación Estrés	No	44 (72,1)
	Estrés leve	7 (11,5)
	Estrés moderado	4 (6,6)
	Estrés severo	4 (6,6)
	Estrés extremadamente severo	2 (3,3)

Con respecto al estrés se identificó que el 28% de los sacerdotes católicos sufría algún tipo de estrés, en este sentido los niveles de estrés más frecuentes fueron estrés leve en el 11,5% del total de los sacerdotes, seguido por la moderado, severo y extremadamente severo.

8.4.1 Frecuencia de los ítems para la variable ansiedad.

Tabla 22. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Me ha costado mucho descargar la tensión.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P1: Me ha costado mucho descargar la tensión	No me ha ocurrido	16 (26,2)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	35 (57,4)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	8 (13,1)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	2 (3,3)

El 73,8% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez les ha costado mucho descargar la tensión y el 57,4% manifestó que les ha ocurrido poco, o durante parte del tiempo, dicho evento.

Tabla 23. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P6: Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	No me ha ocurrido	16 (26,2)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	29 (47,5)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	13 (21,3)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	3 (4,9)

El 73,7% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, habían reaccionado exageradamente en ciertas situaciones, y el 47,5% manifestó que les ha ocurrido poco, o durante parte del tiempo, dicho evento.

Tabla 24. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P8:He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	No me ha ocurrido	23 (37,7)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	22 (36,1)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	11 (18,0)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	5 (8,2)

El 62,3% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, habían sentido que estaban gastando una gran cantidad de energía.

Tabla 25. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Me he sentido inquieto.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P11: Me he sentido inquieto	No me ha ocurrido	11 (18,0)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	41 (67,2)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	5 (8,2)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	4 (6,6)

El 88% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez se han sentido inquietos y el 67,2% manifestó que les ha ocurrido poco, o durante parte del tiempo dicho evento.

Tabla 26. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: Se me hizo difícil relajarme.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P12: Se me hizo difícil relajarme	No me ha ocurrido	19 (31,1)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	29 (47,5)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	9 (14,8)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	4 (6,6)

El 68,9% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, se les hizo difícil relajarse y el 47,5% manifestó que les ha ocurrido poco, o durante parte del tiempo, dicho evento.

Tabla 27. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P14: No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	No me ha ocurrido	33 (54,1)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	23 (37,7)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	4 (6,6)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	1 (1,6)

El 45,9% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, habían sentido que no toleraron nada que les permitiera continuar con lo que estaban haciendo.

Tabla 28. Distribución de los sacerdotes católicos según el ítem: He tendido a sentirme enfadado con facilidad.

Item	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
P18: He tendido a sentirme enfadado con facilidad		
	No me ha ocurrido	14 (23,0)
	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	36 (59,0)
	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	7 (11,5)
	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo	4 (6,6)

El 77,1% de los sacerdotes católicos manifestaron que alguna vez, se habían tendido a sentirse enfadados con facilidad y el 59% manifestó que les ha ocurrido poco, o durante parte del tiempo, dicho evento.

9. DISCUSIÓN.

Debido a que la salud mental forma parte esencial e inherente de la salud integral del ser humano, ya que contribuye de manera importante al goce de una buena calidad de vida y una plena participación social, se planteó analizar la existencia de alteraciones del estado de ánimo como lo son la depresión, ansiedad y estrés a través de la escala DASS-21 en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales.

Durante la investigación no se encontraron estudios similares en población sacerdotal en los que se haya aplicado la escala DASS-21, sin embargo, se tomó en cuenta estudios enfocados en este fenómeno de estudio aplicados a diferentes poblaciones a la estudiada que permitieron comparar los resultados obtenidos.

Si bien es cierto, no es posible comparar directamente los resultados de la presente investigación con estudios similares; es importante compararla con otras comunidades seculares ya que podría dar indicios de cómo se encuentra la comunidad sacerdotal en depresión, ansiedad y estrés, frente a otras comunidades en especial el sector salud que es una población de las más afectados por la prevalencia de estas alteraciones del estado de ánimo.

En la presente investigación al analizar la población de sacerdotes encuestados de acuerdo a su grupo etario, se observó que la mayoría de la población se encontraba en un rango de adultez, mientras que en otras comunidades este rango correspondía a poblaciones más jóvenes. De igual manera en esta población de estudio se identificó una baja frecuencia de alta escolaridad en relación a maestría entre los sacerdotes encuestados en comparación con el estudio de López H en sacerdotes católicos latinoamericanos (2009), de igual manera la formación universitaria de pregrado en esta investigación fue menor a lo reportado por el autor anteriormente mencionado.

La prevalencia de depresión identificada en la comunidad sacerdotal de la diócesis de Ipiales de la presente investigación fue inferior a la reportada en el estudio de Montenegro y Yumiseva en Quito (33) y a la reportada por Puga y Quiroga en Cuenca (34) en profesionales de la salud en los años 2016 y 2020 respectivamente. Esto podría indicar que los sacerdotes tienen unos niveles de depresión inferiores a los que se presentan en

los profesionales de la salud, no obstante, es importante realizar intervenciones tempranas para evitar que se aumente la prevalencia de depresión en los sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales.

En este estudio se encontraron niveles de prevalencia de ansiedad similares a los reportados por Montenegro y Yumiseva en Quito en el 2016 (33) en profesionales de la salud, lo cual significa que la ansiedad no necesariamente podría estar relacionada con la profesión en específico, sino que también podría estar asociada con factores como la carga laboral, el ambiente de trabajo, inseguridad laboral, así como un ritmo excesivo de trabajo y el desempeño propio de su profesión; además de situaciones relacionadas con su entorno social y familiar.

Asimismo, en esta población de estudio se encontró una prevalencia de estrés en la comunidad sacerdotal de la Diócesis de Ipiales inferior en comparación con la investigación de Puga y Quiroga en Cuenca en 2020 realizado en profesionales de la salud (34). Sin duda, la prevalencia de este estudio es mayor que la de esta investigación, sin embargo, resultaría importante intervenir de forma temprana a la población sacerdotal, para que no sigan aumentando estos porcentajes en dicha población.

Durante el desarrollo de este estudio se buscaron referencias que presentaran los niveles de depresión, ansiedad y estrés de diferentes profesiones o tipos de población, sin embargo, estas no fueron encontradas, por lo cual la presente investigación marca al menos una pauta en la que posiblemente los sacerdotes tienen unos niveles de depresión más bajos en comparación con los reportados en los profesionales de la salud. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, la presente investigación podría ser punto de partida para nuevas investigaciones ya que no se ha realizado exploraciones suficientes en esta población de estudio, por lo que además se podría realizar una revisión de la literatura en la que se pueda recopilar los niveles de depresión, ansiedad y estrés que se han reportado en diferentes profesiones en comparación con lo encontrado en este estudio.

Al finalizar este estudio, se observan prevalencias menores a las reportadas por otros estudios en diferentes comunidades, por lo que es importante generar medidas estratégicas de intervención, con el fin de evitar que estas psicopatologías puedan aumentar con el transcurso del tiempo y convertirse en trastornos crónicos u originar otras patologías asociadas, de igual forma contribuir a que dichos niveles de depresión, ansiedad y estrés presenten una disminución en la comunidad sacerdotal para generar una mejor calidad de vida en dicha población.

10. CONCLUSIONES.

- Respecto a las variables sociodemográficas los hallazgos identificaron que el rango etario entre 38 y 47 años fue un común denominador en los encuestados, de igual forma quienes participaron del estudio tenían formación académica universitaria siendo esta la más prevalente. Asimismo, se encontró que la mayoría de la población encuestada pertenecía al estrato socioeconómico 3 - medio bajo.
- Dentro de la investigación realizada se encontró que de las tres variables analizadas a través de la escala DASS-21, la depresión tuvo una mayor prevalencia, seguida por la ansiedad y en menor grado el estrés.
- Se identificó que los niveles correspondientes para la variable depresión se encontraban en un grado leve siendo este el de mayor prevalencia, seguido del nivel moderado. Por otro lado, con respecto a la variable ansiedad, el nivel más prevalente fue el moderado continuado por el nivel leve. De igual forma, para la variable de estrés el nivel leve fue el más prevalente, seguido del nivel moderado.

11. RECOMENDACIONES.

- Es importante mencionar que la depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales en el año 2022. Al ser una investigación única en Colombia, en Latinoamérica, y en el Mundo sobre todo por la dificultad que existe en ingresar a estas comunidades religiosas, y sobre todo develar problemáticas en este caso de tipo mental, es muy importante iniciar conversaciones y empezar a articular la Fundación Universitaria San Martín con estas comunidades con el fin de realizar futuras investigaciones en sacerdotes católicos, pastores de iglesias cristianas, en fin comunidades religiosas ya que su investidura eclesial no los aparta de la realidad propia del mundo, la vulnerabilidad del ser humano y sus necesidades no satisfechas en este caso salud mental aplicada a la medicina.
- Una recomendación especial es continuar con el trabajo con los sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales, si es verdad que no se encontraron altos porcentajes de depresión, ansiedad y estrés medidos por la escala Dass-21, es claro que sí se presenta estas psicopatologías y el estudio lo revela. Por lo tanto, el ideal de este trabajo es dar una voz de alerta temprana para evitar que estos porcentajes se sigan incrementando; se deja abierta la posibilidad que semilleros de investigación de la Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto continúe con el proyecto con esta comunidad religiosa y otras en las cuales se pueda ingresar y en las que se puede encontrar investigaciones interesantes.
- La Fundación Universitaria San Martín está comprometida con la comunidad y el aporte desde su academia a la sociedad colombiana, por lo se recomienda realizar futuros convenios entre la universidad y estas comunidades, en los que se realice prácticas de tipo pedagógico y académico en especial con los sacerdotes de la diócesis de Ipiales, y comunidades religiosas que quieran participar; no solamente

en salud mental qué fue el campo de investigación escogido, sino en todas las actividades relacionadas en salud comunitaria en la que la fundación universitaria es emblema.

REFERENCIAS.

1. Cuellar Rivas LX. La Salud Mental, un verdadero problema de salud pública. rcslibre [Internet]. 2019 [citado 4 de Noviembre de 2020] Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/4985>
2. Posada José A. La salud mental en Colombia. Biomédica [Internet]. 2013. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en
3. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry [Internet] 2007; 6 (3): 168-176. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>
4. Botto Alberto, Acuña Julia, Jiménez Juan Pablo. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887201400100010
5. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C. [Internet] 2017. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005spa.pdf>
6. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN). Guía de Práctica Clínica Ansiedad. Clínica Montserrat. [Internet]. 2015. [citado 4 de Noviembre de 2020] Disponible en:

<https://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Guias%20de%20practica%20clinica/GPC%20ANSIEDAD.pdf>

7. Capdevila N, Segundo MJ. Estrés. Elseiver. [Internet]. 2005. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-13078580>
8. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia - MINSALUD. Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de enfermedades no transmisibles. [Internet] 2017. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y Colciencias. Guía de Práctica Clínica, Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Bogotá. [Internet] 2013. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GP_C_Comple_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GP_C_Comple_Depre%20(1).pdf)
10. Fernández López Odalis, Jiménez Hernández Bárbara, Alfonso Almirall Regla, Sabina Molina Darelys, Cruz Navarro Julia. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Medisur [Internet]. 2012. [citado 4 de Noviembre de 2020] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2012000500019&lng=es.
11. Torrades S. Estrés y burn out. Definición y prevención [Internet]. Elsevier.es. 2021 [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896>

12. Herrera H. Incidencia del síndrome de Burnout en sacerdotes católicos latinoamericanos y su relación con la inteligencia emocional [Internet]. Dialnet. 2009 [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=91446>
13. Pérez Martínez Víctor T., Arcia Chávez Nora. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000300002&lng=es
14. López Herrera H. Incidencia del síndrome de Burnout en sacerdotes católicos latinoamericanos y su relación con la inteligencia emocional. Universidad de Salamanca. Departamento de estadística. [Internet]. 2009 [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/2a2c/574d3ad13da071bdef971219bcea6f6d98fc.pdf>
15. Landra M. ¿Qué piensa hoy la iglesia del suicidio de uno de sus fieles y cómo actúa?. AMBITO [Internet]. 2020. [citado 4 de Noviembre de 2020] Disponible en: <https://www.ambito.com/informacion-general/iglesia/que-piensa-hoy-la-del-suicidio-uno-sus-fieles-y-como-actua-n5071784>.
16. LA N. Párroco de Algeciras fue hallado sin vida en el interior de la Casa Cural. LA NACION [Internet]. 2020. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.co/parroco-de-algeciras-fue-hallado-sin-vida-en-el-interior-de-la-casa-cural/>.

17. Caraballo M. Síndrome de Burnout en sacerdotes de una Diócesis de Argentina. Dyh [Internet]. 20 de noviembre de 2019 [citado 4 de Noviembre de 2020];3(2):042. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/DyH/article/view/7434>
18. Sudupe Jesus,Taboada Oscar, Dono Carlos, Ventosos Carlos. Depresión. Guías clínicas. [Internet]. 2006. [citado 4 de Noviembre de 2020] Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
19. Gasto. C, Navarro. V. La depresión. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración. Hospital Clínic de Barcelona. [Internet]. 2007. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
20. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO. Depresión Información para el paciente, familiares y personas interesadas. [Internet]. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_424_Dep_Adult_paciente.pdf
21. R. Casquero Ruiz. Diagnóstico de la depresión. Foco en la clínica. Elsevier [Internet]. 2006. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5680513>
22. Ministerio de Salud Pública de Cuba-MINSAP. Boletín de información terapéutica para la Atención Primaria de Salud (APS). La depresión. [Internet] 2014. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/cdfc/files/2015/03/boletinaps-septiembre2014-web.pdf>
23. CENETEC. Guía de Práctica Clínica: Diagnostico y Tratamiento de los Trastornos de ansiedad en el adulto. México; Secretaría de Salud. [Internet]. 2010. [citado 23 de Abril de 2021] Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/GRR_IMSS_392_10.pdf

24. Navas, W; Vargas, M. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. [Internet]. 2012. [citado 23 de Abril de 2021]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
25. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España. [Internet]. [citado 23 de Abril de 2021] Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf>
26. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [Internet]. [citado 23 de Abril de 2021]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
27. Ministerio de Salud Gobierno del Salvador Manejo del estrés: talento humano en salud. [Internet]. 2016. [citado 23 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion09082016/manejo-del-estres-talento-humano-en-salud.pdf
28. Barrio, J.; García, M.; López, M.; Bedia, M. Control del estrés International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 2, núm 1, [Internet]. 2006, pp. 429-439. [citado 23 de Abril de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312036.pdf>
29. Aguirre M. El Síndrome de burnout: presencia silenciada en los que cuidan el rebaño. [Internet]. 2015 [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/29678610/TESIS_EL_S%C3%8DNDROME_DE_BU

RNOUT PRESENCIA SILENCIADA EN LOS QUE CUIDAN EL REBA%
%91O

30. Biblia Latinoamericana. Chile: San Pablo; 1972
31. Ide P. El «burn-out» o agotamiento, una urgencia pastoral. RS [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 4 de Noviembre de 2020];64(224):65-0. Disponible en: <https://seminariosdigital.es/index.php/RevistaSeminarios/article/view/46>
32. Antúñez, Z.;Vinet, E V. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. Terapia psicológica. [Internet]. 2012 [citado 23 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005
33. Montenegro B, Yumiseva S. "Aplicación de la escala dass-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del hospital de especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio-Agosto del 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina [Internet]. 2016 [citado 27 Abril 2022] Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13926/TESIS%20APLICACION%20ESCALA%20DASS_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Puga E, Quiroga J. "Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés mediante la escala DASS-21 en médicos posgradistas del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2020" Universidad de Cuenca. Facultad de ciencias médicas. [Internet]. 2020 [citado 27 Abril 2022] Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35653/1/Proyecto%20de%200investigaci%C3%B3n.pdf>

ANEXOS.

A. DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

ITEM	PREGUNTA	0	1	2	3
1	Me ha costado mucho descargar la tensión				
2	Me di cuenta que tenía la boca seca				
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4	Se me hizo difícil respirar				
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
7	Sentí que mis manos temblaban				
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía				
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10	He sentido que no había nada que me ilusionara				
11	Me he sentido inquieto				
12	Se me hizo difícil relajarme				
13	Me sentí triste y deprimido				
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15	Sentí que estaba al punto de pánico				

16	No me pude entusiasmar por nada				
17	Sentí que valía muy poco como persona				
18	He tendido a sentirme enfadado con facilidad				
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20	Tuve miedo sin razón				
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

INVESTIGACIÓN: Depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes Católicos de la Diócesis de Ipiales en el año 2021

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Recolectar datos por medio de una encuesta en la cual se incluye la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) , se trata de una escala de autorreporte dimensional que fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond y Lovibond,1995). Cada una de las tres escalas tiene siete ítems con formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas, las que se ordenan en una escala de 0 a 3 puntos. El puntaje de cada escala se calcula con la suma de los puntajes de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, [se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos en salud con un enfoque biopsicosocial de la comunidad sacerdotal de la Diócesis de Ipiales.](#)
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Fundación Universitaria San Martín bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, organizaciones religiosas, medios de comunicación, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mis compañeros de trabajo, a miembros de mi familia y a mis superiores.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella:

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN SACERDOTES CATÓLICOS DE LA DIÓCESIS DE IPIALES EN EL AÑO 2021

OBJETIVO GENERAL: Determinar la prevalencia y niveles de depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales en el año 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio.
- Estimar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en el grupo de estudio
- Establecer los niveles de depresión, ansiedad y estrés en el grupo de estudio

JUSTIFICACION: La depresión, ansiedad o estrés se relacionan con situaciones de desgaste emocional y/o físico en profesionales con contacto social, en especial el servicio ministerial sacerdotal, ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas, conllevan un grado de sufrimiento tan intenso.

El sacerdote no solo se desempeña en su labor espiritual si no también en educación, servicios pastorales en los cuales se expone al sufrimiento de su comunidad, como lo es la confesión, visita a los enfermos, guía espiritual del sufriente, por lo que pueden presentar necesidades básicas no satisfechas que, de alguna manera, inciden en su equilibrio emocional, mental y físico sin nombrar las actividades administrativas que son factores de riesgo para agotamiento,

Las consecuencias de depresión y otros trastornos asociados como la ansiedad y estrés en religiosos pueden ser de leves a graves que incluso pueden llevar al suicidio como se ha evidenciado en los últimos años; por lo tanto, se debe indagar y detectar depresión, ansiedad o estrés en los sacerdotes de la Diócesis de Ipiales con el fin de prevenir estos hechos, y buscar medios de intervención que sean aplicados en la Diócesis de Ipiales.

PROCEDIMIENTO: La recolección de los datos se realizara por medio de una encuesta en la cual se incluye la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) , se trata de una escala de autorreporte dimensional que fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond y Lovibond,1995).

RIESGOS ESPERADOS: Al ser un estudio prospectivo con registro de datos por medio de una encuesta el riesgo es mínimo (artículo 11 de la resolución 8430 de 1993), en el cual el riesgo físico es nulo, aunque podría generar una estigmatización social de los participantes.

BENEFICIOS: Los beneficios son múltiples, en especial la detección temprana de depresión, ansiedad o estrés en los sacerdotes de la Diócesis de Ipiales con el fin de prevenir morbilidad y hechos lamentables , otro beneficio seria buscar medios de intervención que sean aplicados en la Diócesis de Ipiales que podrían incluir cartillas, talleres, actividades pedagógicas que creen conciencia sobre estas enfermedades que son menospreciadas en la valoración en salud, Incluso el estudio puede ser origen de otras investigaciones que acorde a la filosofía de la Diocesis de Ipiales sean aplicables en búsqueda del mejoramiento en salud de esta comunidad sacerdotal.

Gracias por su colaboración

“Querido hermano, oro para que te vaya bien en todos tus asuntos y goces de buena salud, así como prosperas espiritualmente.” 3 Juan 1:

B. ARTÍCULO CIENTÍFICO

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN SACERDOTES CATÓLICOS DE LA DIÓCESIS DE IPIALES EN EL AÑO 2022

Diana Alejandra Erazo, Briyith Alejandra Gómez, Luis Miguel Romero

RESUMEN: Mediante un estudio de tipo empírico analítico cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, transversal (estudio de prevalencia, de corte prospectivo), se determinó la prevalencia y niveles de depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes católicos de la diócesis de IpiALES en el año 2022, con el fin de ofrecer información actualizada a la Diócesis de los resultados de estas enfermedades en su comunidad sacerdotal; y por consiguiente sugerir cambios en estilo de vida saludable para los sacerdotes de la diócesis de IpiALES.

Para la recolección de la información se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) es una escala de autorreporte dimensional que fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond y Lovibond,1995), Para el análisis se utilizó el paquete estadístico Excel 2016.

Se realizaron un total de 61 encuestas en los sacerdotes, en las cuales se encontró que el rango etario más prevalente estaba entre 38 y 47 años; En cuanto al estrato socioeconómico fue el 3 - medio bajo. De las tres variables analizadas a través de la escala DASS-21, la depresión tuvo una mayor prevalencia con 34,5%, seguida por la ansiedad con 36,1% y en menor grado el estrés con 28% de los sacerdotes encuestados. Concluyendo así que a pesar que los resultados de las variables mencionadas no son altas es claro que si se presentan y dan voz de alarma por lo tanto se debe realizar una intervención temprana para evitar que esos porcentajes sigan creciendo.

Palabras Clave: DASS 21, Ansiedad, Depresión, Estrés, Sacerdotes.

ABSTRACT: Using a quantitative analytical empirical study of an observational, descriptive, cross-sectional type (prospective prevalence study), the prevalence and levels of depression, anxiety and stress were determined in Catholic priests of the diocese of Ipiales in the year 2022. in order to offer updated information to the Diocese of the results of these illnesses in its priestly community; and therefore suggest changes in healthy lifestyle for the priests of the diocese of Ipiales.

For data collection, the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS - 21) was used. It is a dimensional self-report scale that was designed to measure negative emotional states of depression, anxiety and stress (Lovibond and Lovibond, 1995). The statistical package Excel xlstat 2019 was used for the analysis.

A total of 61 surveys were carried out on priests, in which it was found that the most prevalent age range was between 38 and 47 years; Regarding the socioeconomic stratum, it was 3 - medium low. Of the three variables analyzed through the DASS-21 scale, depression had a higher prevalence with 34.5%, followed by anxiety with 36.1% and to a lesser extent stress with 28% of the priests surveyed. so despite the fact that the results are not high, they are presented and sound the alarm, therefore an early intervention must be carried out to prevent these percentages from continuing to grow.

Key words: DASS 21 , Anxiety, Depression, Stress, Priests

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud - OMS, define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, consigue afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (1).

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad y es considerada un problema de salud pública, además es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4% (2).

De acuerdo a la OMS, la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. (3) El estrés es una parte normal de la vida de toda persona, y en dosis bajas puede resultar positivo, ya que motiva y puede ayudar a las personas a ser más

productivas. Sin embargo, el exceso de estrés o una fuerte respuesta a este durante un largo período puede ser dañino para la mente y el cuerpo. Esto puede predisponer a la persona a tener una salud general deficiente, al igual que enfermedades físicas y psicológicas como infecciones, enfermedades cardiovasculares o depresión (4).

La salud sacerdotal católica se supone que es aceptable; su estilo de vida religioso, contemplativo, generoso y caritativo, su vida sencilla dedicada a la oración y el celibato son propios de su caminar hacia Dios y sus feligreses; pero se ven obligados a desempeñarse en otros campos como son la educación, servicios pastorales y administrativos que son factores de riesgo para agotamiento y otros síntomas. (5)

Las consecuencias de depresión y otros trastornos asociados como la ansiedad y estrés en religiosos pueden ser de leves a graves como son los casos de suicidio; por ejemplo el del sacerdote Juan Viroche hallado en ahorcamiento el 5 de octubre del 2016 en la parroquia La Florida en Tucumán; (6). O el caso del sacerdote Jaime Pinzón Pinzón de Algeciras, Huila

encontrado en estado de ahorcamiento que según la comunidad los últimos días estaba triste por la pérdida de su madre y por dificultades económicas. (7); Partiendo de estos lamentables sucesos se debe indagar y detectar depresión, ansiedad o estrés en los sacerdotes de la Diócesis de Ipiales con el fin de prevenir estos hechos, y buscar medios de intervención que sean aplicados en la Diócesis de Ipiales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio empírico analítico cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, transversal (estudio de prevalencia, de corte prospectivo).

Los criterios de inclusión fueron sacerdotes que hacen parte de la diócesis de Ipiales que desearon participar del estudio de forma libre y voluntaria y los criterios de exclusión fueron los sacerdotes que no quisieron participar del estudio.

Se aplicó la encuesta a 61 sacerdotes y posterior a esta se realizó una conferencia en Ansiedad, Depresión y Estrés por parte de una profesional en Psicología.

La encuesta aplicada en los sacerdotes se dividió en preguntas sociodemográficas y propias de la escala DASS-21 la cual consta de tres escalas, tiene siete ítems con formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas, las que se ordenan en una escala de 0 a 3 puntos. El puntaje de cada escala se calcula con la suma de los puntajes de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos (8).

Posterior a la recolección de datos se hizo el procesamiento de los mismos en Microsoft Office Excel 2016 y se procedió al análisis univariado, en el cual los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias, respecto a las variables cuantitativas se incluyeron como promedio y desviación estándar y las variables categóricas como frecuencia y porcentaje.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Frecuencia y niveles de depresión.

Tabla 1. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación de la depresión.

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61
Clasificación Depresión	No	40 (65,6)
	Depresión leve	9 (14,8)
	Depresión moderada	8 (13,1)
	Depresión severa	2 (3,3)
	Depresión extremadamente severa	2 (3,3)

Fuente: Presente Investigación

Con respecto a la depresión se identificó que el 34,5% de los sacerdotes católicos sufría algún tipo de depresión, en este sentido los niveles de depresión más frecuentes fueron la depresión leve en el 14,8% del total de los sacerdotes, seguido por la moderada, severa y extremadamente severa.

Frecuencia y niveles de ansiedad.

Tabla 2. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación de la ansiedad.

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
Clasificación Ansiedad	No	39 (63,9)
	Ansiedad leve	6 (9,8)
	Ansiedad moderada	9 (14,8)
	Ansiedad severa	4 (6,6)
	Ansiedad extremadamente severa	3 (4,9)

Fuente: Presente Investigación

Con respecto a la ansiedad se identificó que el 36,1% de los sacerdotes católicos, sufría algún tipo de ansiedad, en este sentido los niveles de ansiedad más frecuentes fueron la ansiedad moderada en el 14,8% del total de los sacerdotes, seguido por la leve, severa y extremadamente severa.

Frecuencia y niveles de estrés.

Tabla 3. Distribución de los sacerdotes católicos según la variable clasificación del estrés.

Variable	Categoría	n (%)
Todos		61 (100)
Clasificación Estrés	No	44 (72,1)
	Estrés leve	7 (11,5)
	Estrés moderado	4 (6,6)
	Estrés severo	4 (6,6)
	Estrés extremadamente severo	2 (3,3)

Fuente: Presente Investigación

Con respecto al estrés se identificó que el 28% de los sacerdotes católicos sufría algún tipo de estrés, en este sentido los niveles de estrés más frecuentes fueron estrés leve en el 11,5% del total de los sacerdotes, seguido por la moderado, severo y extremadamente severo.

DISCUSIÓN:

Debido a que la salud mental forma parte esencial e inherente de la salud integral

del ser humano, ya que contribuye de manera importante al goce de una buena calidad de vida y una plena participación social, se planteó analizar la existencia de alteraciones del estado de ánimo como lo son la depresión, ansiedad y estrés a través de la escala DASS-21 en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales.

Durante la investigación no se encontraron estudios similares en población sacerdotal en los que se haya aplicado la escala DASS-21, sin embargo, se tomó en cuenta estudios enfocados en este fenómeno de estudio aplicados a diferentes poblaciones a la estudiada que permitieron comparar los resultados obtenidos.

Si bien es cierto, no es posible comparar directamente los resultados de la presente investigación con estudios similares; es importante compararla con otras comunidades seculares ya que podría dar indicios de cómo se encuentra la comunidad sacerdotal en depresión, ansiedad y estrés, frente a otras comunidades en especial el sector salud que es una población de las más afectados por la prevalencia de estas alteraciones del estado de ánimo.

En la presente investigación al analizar la población de sacerdotes encuestados de acuerdo a su grupo etario, se observó que la mayoría de la población se encontraba en un rango de adultez, mientras que en otras comunidades este rango correspondía a poblaciones más jóvenes. De igual manera en esta población de estudio se identificó una baja frecuencia de alta escolaridad en relación a maestría entre los sacerdotes encuestados en comparación con el estudio de López H en sacerdotes católicos latinoamericanos (2009), de igual manera la formación universitaria de pregrado en esta investigación fue menor a lo reportado por el autor anteriormente mencionado.

La prevalencia de depresión identificada en la comunidad sacerdotal de la diócesis de Ipiales de la presente investigación fue inferior a la reportada en el estudio de Montenegro y Yumiseva en Quito (9) y a la reportada por Puga y Quiroga en Cuenca (10) en profesionales de la salud en los años 2016 y 2020 respectivamente. Esto podría indicar que los sacerdotes tienen unos niveles de depresión inferiores a los que se presentan en los profesionales de la salud, no obstante, es importante realizar

intervenciones tempranas para evitar que se aumente la prevalencia de depresión en los sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales.

En este estudio se encontraron niveles de prevalencia de ansiedad similares a los reportados por Montenegro y Yumiseva en Quito en el 2016 (9) en profesionales de la salud, lo cual significa que la ansiedad no necesariamente podría estar relacionada con la profesión en específico, sino que también podría estar asociada con factores como la carga laboral, el ambiente de trabajo, inseguridad laboral, así como un ritmo excesivo de trabajo y el desempeño propio de su profesión; además de situaciones relacionadas con su entorno social y familiar.

Asimismo, en esta población de estudio se encontró una prevalencia de estrés en la comunidad sacerdotal de la Diócesis de Ipiales inferior en comparación con la investigación de Puga y Quiroga en Cuenca en 2020 realizado en profesionales de la salud (10). Sin duda, la prevalencia de este estudio es mayor que la de esta investigación, sin embargo, resultaría importante intervenir de forma temprana a la población

sacerdotal, para que no sigan aumentando estos porcentajes en dicha población.

Durante el desarrollo de este estudio se buscaron referencias que presentaran los niveles de depresión, ansiedad y estrés de diferentes profesiones o tipos de población, sin embargo, estas no fueron encontradas, por lo cual la presente investigación marca al menos una pauta en la que posiblemente los sacerdotes tienen unos niveles de depresión más bajos en comparación con los reportados en los profesionales de la salud. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, la presente investigación podría ser punto de partida para nuevas investigaciones ya que no se ha realizado exploraciones suficientes en esta población de estudio, por lo que además se podría realizar una revisión de la literatura en la que se pueda recopilar los niveles de depresión, ansiedad y estrés que se han reportado en diferentes profesiones en comparación con lo encontrado en este estudio.

Al finalizar este estudio, se observan prevalencias menores a las reportadas

por otros estudios en diferentes comunidades, por lo que es importante generar medidas estratégicas de intervención, con el fin de evitar que estas psicopatologías puedan aumentar con el transcurso del tiempo y convertirse en trastornos crónicos u originar otras patologías asociadas, de igual forma contribuir a que dichos niveles de depresión, ansiedad y estrés presenten una disminución en la comunidad sacerdotal para generar una mejor calidad de vida en dicha población.

CONCLUSIONES

Respecto a las variables sociodemográficas los hallazgos identificaron que el rango etario entre 38 y 47 años fue un común denominador en los encuestados, de igual forma quienes participaron del estudio tenían formación académica universitaria siendo esta la más prevalente. Asimismo, se encontró que la mayoría de la población encuestada pertenece al estrato socioeconómico 3 - medio bajo.

Dentro de la investigación realizada se encontró que de las tres variables analizadas a través de la escala DASS-21, la depresión tuvo una mayor

prevalencia, seguida por la ansiedad y en menor grado el estrés.

Se identificó que los niveles correspondientes para la variable depresión se encontraban en un grado leve siendo este el de mayor prevalencia, seguido del nivel moderado. Por otro lado, con respecto a la variable ansiedad, el nivel más prevalente fue el moderado continuado por el nivel leve. De igual forma, para la variable de estrés el nivel leve fue el más prevalente, seguido del nivel moderado.

RECOMENDACIONES

Es importante mencionar que la depresión, ansiedad y estrés en sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales en el año 2022. Al ser una investigación única en Colombia, en Latinoamérica, y en el Mundo sobre todo por la dificultad que existe en ingresar a estas comunidades religiosas, y sobre todo develar problemáticas en este caso de tipo mental, es muy importante iniciar conversaciones y empezar a articular la Fundación Universitaria San Martín con estas comunidades con el fin de realizar futuras investigaciones en sacerdotes católicos, pastores de iglesias cristianas,

en fin comunidades religiosas ya que su investidura eclesial no los aparta de la realidad propia del mundo, la vulnerabilidad del ser humano y sus necesidades no satisfechas en este caso salud mental aplicada a la medicina.

Una recomendación especial es continuar con el trabajo con los sacerdotes católicos de la diócesis de Ipiales, si es verdad que no se encontraron altos porcentajes de depresión, ansiedad y estrés medidos por la escala Dass-21, es claro que sí se presenta estas psicopatologías y el estudio lo revela. Por lo tanto, el ideal de este trabajo es dar una voz de alerta temprana para evitar que estos porcentajes se sigan incrementando.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuellar Rivas LX. La Salud Mental, un verdadero problema de salud pública. rcslibre [Internet]. 2019 [citado 4 de Noviembre de 2020] Disponible en:
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/4985>
2. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry [Internet] 2007; 6 (3): 168-176. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>
3. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C. [Internet] 2017. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005spa.pdf>
4. ICapdevila N, Segundo MJ. Estrés. Elseiver. [Internet]. 2005. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-13078580>

5. López Herrera H. Incidencia del síndrome de Burnout en sacerdotes católicos latinoamericanos y su relación con la inteligencia emocional. Universidad de Salamanca. Departamento de estadística. [Internet]. 2009 [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/2a2c/574d3ad13da071bdef971219bcea6f6d98fc.pdf>
6. Landra M. ¿Qué piensa hoy la iglesia del suicidio de uno de sus fieles y cómo actúa?. AMBITO [Internet]. 2020. [citado 4 de Noviembre de 2020] Disponible en:
<https://www.ambito.com/informacion-general/iglesia/que-piensa-hoy-la-del-suicidio-uno-sus-fieles-y-como-actua-n5071784>.
7. LA N. Párroco de Algeciras fue hallado sin vida en el interior de la

Casa Cural. LA NACION [Internet]. 2020. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.lanacion.com.co/parr-oco-de-algeciras-fue-hallado-sin-vida-en-el-interior-de-la-casa-cural/>.

8. Antúnez, Z,;Vinet, E V. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. Terapia psicológica. [Internet]. 2012 [citado 23 de Abril de 2021]. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005
9. Montenegro B, Yumiseva S. "Aplicación de la escala dass-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del hospital de especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio-Agosto del 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina [Internet]. 2016 [citado

27 Abril 2022] Disponible en:
http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13926/TESES%20APLICACION%20ESCALA%20DASS_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Puga E, Quiroga J. "Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés mediante la escala DASS-21 en médicos posgradistas del hospital

Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2020" Universidad de Cuenca. Facultad de ciencias médicas. [Internet]. 2020 [citado 27 Abril 2022] Disponible en:
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35653/1/Proyecto%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf>

C. TABLA DE OPERACIONALIZACION VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL	DATO	FUENTE
Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio	Raza	Grupos étnicos en que se suele dividir la especie humana teniendo en cuenta ciertas características físicas distintivas	Cualitativa	Nominal	Blanco Mestizo Indígena Afrocolombiano	Encuesta sociodemográfica
	Procedencia	Lugar de donde proviene el participante	Cualitativa	Nominal dicotómica	Urbana Rural	Encuesta sociodemográfica
	Nivel de escolaridad	Máximo nivel de educación alcanzado	Cualitativa	Ordinal polinómica	Bachiller Universitario Posgrado	Encuesta sociodemográfica

	Edad en años cumplidos	Tiempo transcurrido entre el momento del nacimiento y un periodo de tiempo definido	Cuantitativa	Discreta	Todos los posibles valores que pueda tomar la variable edad	Encuesta sociodemográfica
	Estrato social	Nivel socioeconómico de los distintos sectores de la sociedad	Cualitativa	Ordinal politmica	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5	Encuesta sociodemográfica
Estimar la prevalencia de depresión en el grupo de estudio	Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de	Cualitativa	Ordinal politmica	Depresión leve Depresión moderada Depresión severa Depresión extremadamente severa.	Escala DASS- 21

		interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS)				
Establecer la prevalencia de ansiedad en los participantes del estudio.	Ansiedad	La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como	Cualitativa	Ordinal polítonica	Ansiedad leve Ansiedad moderada Ansiedad severa Ansiedad extremadamente severa.	Escala DASS-21

		síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.(OMS)				
Identificar la prevalencia de estrés en la población de estudio	Estrés	Conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción.(OMS)	Cualitativa	Ordinal polinómica	Estrés leve Estrés moderado Estrés severo Estrés extremadamente severo.	Escala DASS-21