UFLO UNIVERSIDAD

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Resiliencia y Espiritualidad en Médicos Residentes

Estudiante: Lombardo, Julieta

Legajo: 30364

Directora: Drach, Maria Cecilia

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

2026

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [X]

Lugar y fecha: 26/08/2026

Firma y aclaración del autor: Julieta Lombardo



Agradecimientos

A mi mamá, por darme siempre aliento, por confiar en que podía lograrlo y por motivarme a seguir adelante. Este título también es tuyo.

A mi hermana, Camila, y a mi cuñado, Jona, por ser mi segundo hogar, por acompañarme y estar siempre presentes.

A Cecilia, mi tutora, por su paciencia, su aguante, sus consejos, su dedicación y su constante impulso para que pudiera finalizar esta etapa tan importante.

A la Universidad de Flores, por brindarme una formación profesional basada en el rigor científico, ético y humano.

A Dios, por darme la fortaleza necesaria para superar cada piedra en el camino y por guiarme para cumplir mi propósito.

Gracias infinitas a todos aquellos que, de una u otra manera, me acompañaron en este camino, porque sin ustedes este logro no habría sido posible. Este título es también un poco de cada uno.

Índice

Resumen 7

Introducción 8

Delimitación del objeto de estudio 8

Planteo del problema 10

Objetivos 12

Objetivo general 12

Objetivos específicos 12

Hipótesis de la investigación 12

Justificación 13

Estado del Arte 14

Marco Teórico 18

Residencias Médicas en Argentina 18

Espiritualidad 20

Conceptualización de la Espiritualidad 20

Espiritualidad, Religión y Religiosidad 25

Dimensiones de la Espiritualidad 26

Espiritualidad como factor protector de la salud 26

Espiritualidad en profesionales de la salud 28

Resiliencia 30

Conceptualización de la Resiliencia 30

Factores que favorecen la resiliencia 33

La resiliencia en profesionales de la salud 37

Relación entre Espiritualidad y Resiliencia en profesionales de la salud 38
Método 40
Diseño de estudio 40
Participantes 40
Instrumentos 42
Procedimiento 45
Análisis de datos 45
Utilización de consentimiento informado 46
Resultados 47
Análisis sociodemográfico de la muestra 47
Descripción de los niveles de resiliencia 49
Descripción de los niveles de espiritualidad 50
Relación entre espiritualidad y resiliencia 51
Sentimientos religiosos y resiliencia 52
Trascendencia Espiritual y resiliencia 52
Comparación de resiliencia y espiritualidad según especialidad médica 54
Análisis según adscripción religiosa 54
Resiliencia según adscripción religiosa 55
Espiritualidad según adscripción religiosa 55
Discusión 56
Conclusión 62
Aportes y contribuciones 64
Propuestas de intervención 65

Limitaciones de la Investigación 66

Líneas de investigaciones futuras 67

Referencias 69

Anexos 74

Resiliencia y Espiritualidad en Médicos Residentes

Resumen

La práctica médica en las residencias se caracteriza por elevados niveles de estrés, alta demanda emocional y exposición continua a situaciones críticas. Frente a estas exigencias, la resiliencia y la espiritualidad emergen como recursos psicológicos potencialmente protectores para el bienestar de los profesionales en formación. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la espiritualidad y la resiliencia en médicos residentes de diferentes especialidades en hospitales privados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se empleó un diseño cuantitativo, transversal, no experimental y correlacional. La muestra estuvo compuesta por 45 médicos residentes en actividad, quienes completaron la Escala de Resiliencia RS-25 (Wagnild y Young, 1993), en su versión adaptada a la población argentina por Rodríguez et al. (2009), y la Escala ASPIRES de espiritualidad y sentimientos religiosos (Piedmont, 2004), en su versión adaptada a la población argentina por Simkin (2017), junto con un cuestionario sociodemográfico. Los datos fueron recolectados mediante un formulario digital previo consentimiento informado. Los resultados mostraron niveles predominantemente moderados de resiliencia y una espiritualidad caracterizada por baja religiosidad formal y niveles moderados a altos de trascendencia espiritual. Se halló una correlación positiva y significativa entre la trascendencia espiritual y la resiliencia (rs = .316, p = .034), siendo la realización en la oración la dimensión con las asociaciones más fuertes y consistentes. Asimismo, los residentes con adscripción religiosa presentaron niveles significativamente más altos de resiliencia y trascendencia espiritual que quienes no profesaban ninguna religión. No se hallaron diferencias significativas según la especialidad médica. Se concluye que la espiritualidad, particularmente en su dimensión trascendente y contemplativa, constituye un

recurso psicológico asociado positivamente a la capacidad de afrontamiento resiliente en médicos residentes.

Palabras clave: espiritualidad, religiosidad, resiliencia, médicos residentes.

Keywords: spirituality, resilience, resident physicians.

Introducción

Delimitación del objeto de estudio

El presente estudio abordó la interacción entre la resiliencia y la espiritualidad en médicos residentes de los servicios de tocoginecología, cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, cardiología, clínica médica, pediatría, terapia Intensiva, anestesiología, y bioquímica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En adelante, se utilizará el término médicos residentes para referirse a los profesionales que conforman la muestra del presente estudio. El enfoque estará limitado a la medición cuantitativa transversal, sin intervención ni manipulación experimental de variables (Hernández Sampieri et al., 2014). Se examinará cómo las variables espiritualidad y resiliencia influyen en el bienestar psicológico y la capacidad para afrontar el estrés inherente a la formación de los participantes. La investigación busca profundizar en cómo estas capacidades permiten a los profesionales de la salud mantener su entereza y optimismo frente a la adversidad, contribuyendo a su salud mental y calidad de vida.

El sistema de residencias médicas constituye un escenario formativo fundamental, pero también un contexto altamente estresante. Esta formación exige largas jornadas laborales, toma de decisiones rápidas, responsabilidad sobre la vida de los pacientes y un continuo contacto con situaciones traumáticas o emocionalmente intensas (Silberman, 2023).

En los últimos años ha crecido el interés por identificar recursos personales que favorezcan una adaptación saludable a estas demandas. La resiliencia puede entenderse como un proceso dinámico que permite a las personas afrontar, superar y transformarse a partir de situaciones adversas. Desde una perspectiva psicológica, implica recursos personales y contextuales que favorecen la adaptación positiva frente al estrés, el trauma o la dificultad (Wagnild y Young, 1993). En la misma línea, Cyrulnik (2001) la concibe como la capacidad de reconstruir el sentido de la propia vida después del sufrimiento, integrando la experiencia dolorosa en una trayectoria de crecimiento.

Por otra parte, la espiritualidad ha comenzado a recibir creciente atención dentro de la psicología y la salud. Piedmont (2004) la conceptualiza como una dimensión humana independiente de la religión institucional, vinculada a la búsqueda de propósito, sentido de conexión y trascendencia. Este autor propone dos grandes componentes: los sentimientos religiosos, ligados a la práctica religiosa formal, y la trascendencia espiritual, entendida como la motivación profunda para encontrar sentido en un mundo finito. Numerosos estudios sugieren que la espiritualidad puede funcionar como un factor protector ante el sufrimiento, promover mayor bienestar y favorecer la resiliencia en poblaciones sometidas a estrés elevado.

A pesar de estos aportes, son escasos los estudios que examinan simultáneamente espiritualidad y resiliencia en médicos residentes, cuyas condiciones laborales pueden implicar niveles particularmente altos de demanda emocional y presión asistencial. Esto hace necesario profundizar en la identificación de recursos que puedan favorecer el afrontamiento saludable durante la formación profesional.

En este marco, el presente estudio se propone analizar la relación entre espiritualidad y resiliencia en médicos residentes mediante el empleo de la Escala de Resiliencia (RS-25) desarrollada por Wagnild y Young (1993) utilizada en su versión adaptada a la población argentina por Rodríguez et.al (2009) y la Escala de Evaluación de

Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES), elaborada por Piedmont (2004) y utilizada en su versión adaptada a la población argentina por Simkin (2017), con el fin de aportar evidencia empírica que permita comprender mejor los factores que contribuyen al bienestar y la adaptación positiva en este grupo profesional.

Planteo del problema

Los médicos residentes se desempeñan en un entorno profesional de alta exigencia, caracterizado por largas jornadas laborales, guardias frecuentes y una alta demanda emocional. Estas condiciones de trabajo constituyen fuentes relevantes de estrés y riesgo de desgaste profesional, lo que podría afectar no solo su desempeño, sino también su bienestar psicológico a largo plazo.

A pesar de la gravedad de esta situación, existe escasa evidencia local sobre recursos psicológicos que puedan proteger a los residentes frente a estas tensiones. En particular, no se ha investigado en profundidad la relación entre espiritualidad y resiliencia en médicos residentes en Argentina. Este vacío epistémico es relevante porque, si bien estudios internacionales han explorado estos constructos en estudiantes de medicina o profesionales de la salud, pocos han centrado su análisis específicamente en residentes argentinos. Por ejemplo, estudios en Brasil han mostrado que estudiantes de medicina con alta espiritualidad reportan mejor resiliencia y empatía (Moura et al., 2024), y en España se halló que la espiritualidad se relaciona con mayor “florecimiento” entre residentes de medicina (Martínez-Sellés & VanderWeele, 2025). Sin embargo, dichos estudios no necesariamente capturan las singularidades operativas, de carga de trabajo y de responsabilidad clínica que tienen los médicos residentes en Argentina.

Epidemiológicamente, aunque no existen estadísticas nacionales específicas sobre prevalencia de agotamiento en médicos residentes argentinos vinculadas a espiritualidad o resiliencia, informes previos muestran que las horas de trabajo mensual de residentes

pueden superar ampliamente los estándares formales: una investigación local (Viñas, 2017) reporta hasta 286 horas mensuales en guardias y tareas asistenciales, lo cual es un claro indicador de la sobrecarga laboral. Esta magnitud de carga laboral es consistente con la literatura que asocia la exposición prolongada al estrés con un deterioro de la salud mental de los médicos en formación (Akbayram y Keten, 2024; Gómez Baños et al., 2022; Kunzler et al., 2020).

Dado este escenario, la investigación de la relación entre espiritualidad y resiliencia en médicos residentes argentinos tiene una relevancia tanto académica como práctica. Académicamente, permitirá llenar un vacío del conocimiento, ya que no existen estudios locales que examinen de forma sistemática estas variables en este grupo específico. Además, podría aportar un enfoque novedoso: nunca se ha estudiado este vínculo en médicos residentes argentinos usando instrumentos validados localmente (como la versión en español de la RS-25 y la ASPIRES).

Desde el punto de vista de la intervención, los hallazgos podrían informar el diseño de programas de promoción del bienestar para residentes, orientados a fortalecer su capacidad de afrontamiento y reducir el riesgo de burnout a través de estrategias vinculadas a la espiritualidad y el sentido de trascendencia.

En términos de viabilidad, este estudio fue factible: se contó con acceso a los residentes mediante los coordinadores de residencia en diferentes hospitales, se dispuso de instrumentos psicométricos estandarizados y validados para la población argentina y se utilizó un método cuantitativo no experimental que no requirió intervención clínica ni recursos excesivamente costosos. Asimismo, el formato de encuesta online y la participación voluntaria garantizó un proceso logísticamente viable y ético.

En este contexto, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se relaciona la espiritualidad y la resiliencia en médicos residentes?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre espiritualidad y resiliencia en médicos residentes.

Objetivos específicos

1. Describir los niveles de espiritualidad y resiliencia que presentan los médicos residentes de los servicios de tocoginecología, cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, cardiología, clínica médica, pediatría, terapia intensiva, anestesiología, y bioquímica, sin establecer comparaciones ni relaciones entre variables.
2. Comparar los niveles de espiritualidad y resiliencia entre los médicos residentes de especialidades quirúrgicas (cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, tocoginecología, anestesiología) y de especialidades clínicas (clínica médica, cardiología, pediatría, bioquímica, terapia intensiva).
3. Establecer la dirección y la magnitud de la asociación entre los niveles de espiritualidad y los niveles de resiliencia en médicos residentes.
4. Comparar los niveles de resiliencia y espiritualidad de médicos residentes según su adscripción religiosa.

Hipótesis de la investigación

1. Los niveles de espiritualidad y resiliencia en los médicos residentes se ubicarán en rangos moderados a altos.
2. Los residentes de especialidades quirúrgicas (cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, tocoginecología, anestesiología) presentan niveles significativamente más altos de resiliencia que los residentes de especialidades clínicas (clínica médica, cardiología, pediatría, bioquímica, terapia intensiva).

3. Las dimensiones de la espiritualidad, especialmente la conectividad, la universalidad y la realización en la oración, se asocian positivamente con niveles más altos de resiliencia en médicos residentes.

4. Los participantes que declaran tener una religión presentarán mayores niveles de resiliencia y de espiritualidad que quienes no se adscriben a ninguna religión.

Justificación

La justificación de este estudio radica en su aporte de evidencia empírica respecto de la interacción entre espiritualidad y resiliencia, dos constructos psicológicos centrales para comprender el bienestar y la adaptación profesional. Analizar esta relación en médicos residentes permite profundizar en los recursos personales que favorecen su desempeño y su salud mental.

Asimismo, comprender cómo se vinculan la espiritualidad y la resiliencia en este grupo puede contribuir al diseño de estrategias orientadas a la promoción del bienestar, la prevención del burnout y el fortalecimiento de la salud integral dentro de los programas de residencia médica.

La relevancia social y profesional del estudio se sustenta en que los médicos residentes constituyen una población especialmente vulnerable al estrés y al desgaste emocional. Durante su formación deben afrontar extensas jornadas laborales, asumir simultáneamente tareas asistenciales y de aprendizaje, y responder a evaluaciones continuas. A ello se suma la responsabilidad derivada de la atención directa de pacientes, lo que incrementa las demandas cognitivas, emocionales y éticas propias del ejercicio médico en esta etapa.

En el contexto argentino, estas exigencias adquieren particularidades asociadas a los recursos institucionales y a las demandas del sistema de salud. Por ello, resulta pertinente identificar variables que funcionen como factores protectores. Aunque existen

estudios internacionales que abordan estos constructos por separado o en otras poblaciones, no se registran antecedentes locales que analicen su relación en el ámbito específico de la residencia médica. Esta ausencia de investigaciones respalda la necesidad de generar conocimiento situado y aplicable a la realidad nacional.

Finalmente, el estudio es viable desde el punto de vista técnico, dado que se cuenta con acceso a instrumentos estandarizados para la medición de resiliencia y espiritualidad. La investigación se llevó a cabo respetando los principios éticos vigentes, garantizando la voluntariedad, confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Estado del Arte

La evidencia empírica sobre resiliencia y espiritualidad en profesionales de la salud proviene, en su mayoría, de investigaciones internacionales, con escasos antecedentes centrados específicamente en médicos residentes.

Respecto de la resiliencia en el ámbito de la formación médica, Ixta Paque et al. (2025) evaluaron este constructo en residentes de un hospital de gineco-obstetricia en México mediante un diseño cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo, con una muestra de 136 residentes de diferentes especialidades, utilizando la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson. Los resultados variaron según la especialidad: mientras que urología ginecológica presentó el mayor porcentaje de residentes con nivel bajo de resiliencia (62,5 %), ginecología oncológica y biología de la reproducción alcanzaron un 50 % en nivel alto, y gineco-obstetricia se distribuyó entre nivel intermedio (50 %) y alto (29,8 %). En términos globales, la muestra mostró un nivel de resiliencia medio a alto, y los autores concluyeron que los programas con mayor exigencia académico-asistencial tienden a asociarse con niveles más elevados de resiliencia.

En relación con la espiritualidad y la práctica clínica, Nogueira et al. (2024) analizaron, en un hospital universitario en Brasil, cómo 128 médicos residentes percibían la

importancia de la religiosidad y la espiritualidad en su labor profesional, así como su vínculo con las actitudes éticas, humanísticas y la atención centrada en el paciente. Para ello administraron el Inventario de Religiosidad de Duke, la Escala Multidimensional de Reactividad Interpersonal y un cuestionario sociodemográfico sobre religión y espiritualidad en la práctica clínica. Los resultados mostraron una correlación positiva entre religiosidad, espiritualidad y empatía: el 85 % de los participantes manifestó interés en abordar la fe con sus pacientes, aunque el 48,4 % señaló el temor a imponer sus creencias y la falta de entrenamiento como principales barreras. Estos hallazgos sugieren que una mayor participación religiosa y espiritual se asocia con una mayor capacidad empática, funcionando como recurso para afrontar el sufrimiento en la práctica médica.

Un aporte relevante en contextos de crisis sanitaria proviene de Mader et al. (2025), quienes en Israel investigaron cómo la religiosidad contribuye a la resiliencia de 89 trabajadores de la salud del Hospital Escuela Emek Medical Center expuestos a altos niveles de estrés durante la pandemia de COVID-19. El estudio combinó medidas de autoinforme, entre estas, la Escala de Resiliencia Personal de Connor-Davidson, una versión adaptada de la Medida de Evaluación Conjunta de la Resiliencia Comunitaria, el Cuestionario de Religiosidad de Hamada, la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh con una medida fisiológica, la Prueba de Atención Sostenida Auditiva, que permite detectar desregulaciones emocionales y atencionales con mayor sensibilidad que los cuestionarios autoadministrados. Los resultados evidenciaron que el personal de unidades COVID-19 presentaba mayor desregulación emocional y atencional expresada en respuestas de sobresalto más intensas y patrones de hiperalerta, aun sin diferencias significativas en los niveles de ansiedad autoinformados. La baja religiosidad se vinculó con peores resultados fisiológicos, mientras que una religiosidad moderada o alta pareció operar como factor protector, asociado a una mayor resiliencia.

En la misma línea, Shaikh et al. (2022) evaluaron, en India, el bienestar psicológico, la resiliencia y la espiritualidad de 90 médicos asignados a salas COVID-19 positivas, así como la correlación entre estas variables, mediante la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson y la Escala de Evaluación de la Salud Espiritual. Más de la mitad de los participantes presentó niveles altos de bienestar psicológico (52%), resiliencia (59%) y espiritualidad (59%), y se halló una correlación positiva entre las tres variables

Fuera del ámbito médico específico, pero dentro de las profesiones sanitarias, Tuñoque Becerra (2022) examinó el tipo y grado de relación entre espiritualidad y resiliencia en 114 practicantes preprofesionales peruanos de medicina, enfermería, odontología, farmacia y bioquímica, psicología, estomatología, nutrición y tecnología médica, mediante un diseño cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. Utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning. A diferencia de los estudios anteriores, este trabajo encontró niveles bajos en ambas variables: el 51,7% de los participantes mostró baja disposición hacia la espiritualidad, y el 55,2% evidenció niveles bajos de resiliencia, lo que los autores interpretaron como una limitación en la capacidad de adaptación y afrontamiento de esta población

En Brasil, Moura et al. (2024) estudiaron la relación entre espiritualidad, resiliencia y empatía en 1370 estudiantes de primero a cuarto año de medicina de distintas facultades, indagando además posibles diferencias según género y año de formación. Para medir resiliencia emplearon la versión abreviada de la escala de Wagnild y Young, la espiritualidad se evaluó a partir de la definición de Koenig (1999), solicitando a los estudiantes que se ubicaran en un continuo de ninguna a alta espiritualidad; y la empatía se midió con la Jefferson Empathy Scale y la escala de Reactividad Interpersonal de Davis, ambas también traducidas al portugués. Los resultados mostraron que, a mayor espiritualidad, mayores puntajes de empatía y resiliencia. En cuanto al género, las mujeres obtuvieron mayores puntajes en empatía y espiritualidad, sin diferencias significativas en resiliencia.

Un patrón similar se observó en Turquía, donde Akbayram y Keten (2024) analizaron la relación entre creencias religiosas y espirituales, bienestar psicológico, resiliencia y satisfacción con la vida en 399 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Gaziantep (84,2% musulmanes, 5,5% ateos, 3,3 % deístas y 3,5% sin especificar). Mediante el Inventario de Religión Individual, la Escala de Bienestar Psicológico, la Escala Breve de Resiliencia Psicológica y la Escala de Satisfacción con la Vida, encontraron que quienes otorgaban mayor importancia a las prácticas religiosas y espirituales reportaban mejor salud física y psicológica percibida, así como un menor consumo de tabaco y alcohol. Entre los estudiantes musulmanes, el puntaje de religiosidad individual se correlacionó positivamente con el bienestar psicológico, la resiliencia y la satisfacción con la vida; sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en bienestar y resiliencia entre musulmanes y no musulmanes, aunque estos últimos mostraron una menor satisfacción con la vida. Los autores concluyen que la religión y la espiritualidad podrían funcionar como factores protectores frente al estrés académico prolongado propio de la formación médica.

Resultados en la misma dirección se hallaron en Indonesia, donde Hilmy et al. (2024) realizaron un estudio observacional analítico transversal con 100 estudiantes de medicina de la Sebelas Maret University, empleando la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson y la Escala de Experiencias Espirituales Diarias. Se confirmó una correlación positiva y significativa entre espiritualidad y resiliencia, aunque la primera explicó solo el 19,2% de la varianza de la segunda, lo que sugiere la incidencia de otros factores no contemplados en el modelo.

Con relación específica a médicos residentes, Martínez-Sellés y VanderWeele (2025) evaluaron en España la salud mental, la espiritualidad y el florecimiento (entendido como una evaluación multidimensional del bienestar) en 743 residentes de nuevo ingreso, así como su asociación con la depresión, mediante un cuestionario sobre salud mental, vocación, espiritualidad, familia y religión, y el Secure Flourish Index, que evalúa felicidad y satisfacción con la vida, salud física y mental, significado y propósito, carácter y virtudes, y

relaciones sociales significativas. El 21,1% de los residentes reportó haberse sentido deprimido y el 3,0% refirió ideación suicida. Si bien la vocación y la familia fueron los dominios más valorados, la religión y la espiritualidad (valoradas de forma intermedia) se correlacionaron significativamente con el florecimiento, y los residentes con depresión mostraron una devaluación particularmente marcada en el dominio religioso, lo que subraya el papel protector de estas variables ante las dificultades propias de la residencia.

Finalmente, en El Salvador, Menjivar et al. (2025) estudiaron la relación entre espiritualidad y resiliencia en 106 trabajadores de la salud dedicados a cuidados paliativos, entre ellos médicos, enfermeras y psicólogos, utilizando la Escala RS-14 y el Cuestionario de Parsian y Dunning. Hallaron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables, presente en todas sus dimensiones, y observaron que la autoconciencia como dimensión de la espiritualidad, se relacionaba más fuertemente con la resiliencia que las necesidades, creencias y prácticas espirituales, de modo que a mayor autoconciencia, mayor competencia personal y aceptación de la propia vida.

En conjunto, estos antecedentes muestran de manera consistente una asociación positiva entre espiritualidad, religiosidad y resiliencia en poblaciones de profesionales y estudiantes de la salud, en contextos culturales y metodológicos diversos. Sin embargo, ninguno de estos estudios fue realizado en médicos residentes argentinos, lo que constituye el vacío que la presente investigación busca comenzar a abordar.

Marco Teórico

Residencias Médicas en Argentina

El sistema de residencias médicas en Argentina tuvo su inicio en 1944 con la implementación de la primera residencia impulsada por el Dr. Tiburcio Padilla. Sin embargo, fue hacia finales de la década de 1950 cuando este modelo formativo comenzó a

expandirse en distintas cátedras y hospitales, adoptando una estructura más organizada y similar a la que se mantiene en la actualidad (Borrel Bentz, 2005).

Este modelo reemplazó a los antiguos practicantados, en los cuales la formación se desarrollaba en el ámbito hospitalario a través de la atención directa de pacientes y bajo la supervisión constante de médicos con mayor experiencia. Tradicionalmente, la especialización concluía tras un período aproximado de cinco años de práctica en un servicio. Con la implementación de las actualizaciones, la formación médica adquirió un carácter más formal y estructurado, incorporando además un equipo docente conformado por un coordinador del programa, un jefe de residentes y un instructor (Ministerio de Salud, 2011).

En la actualidad, las residencias médicas en Argentina son el principal sistema de formación de posgrado para médicos que buscan obtener una especialización. Este modelo se distingue por ser una capacitación intensiva y de dedicación exclusiva que se realiza en servicio dentro de hospitales acreditados (Silberman, 2023). Es un sistema formal de capacitación de posgrado para profesionales recién graduados, con el objetivo de formar especialistas mediante la práctica supervisada y remunerada. Se trata de un modelo de formación activa en el cual el residente combina el trabajo asistencial con el aprendizaje teórico, desarrollando las competencias propias del ejercicio profesional (Ministerio de Salud, 2012). El acceso se realiza mediante concursos públicos y abiertos que varían según la jurisdicción (nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o institucional), siendo el Examen Integrado del Sistema Nacional de Residencias de la Salud (EI) el principal mecanismo de selección para las residencias de medicina, coordinado por el Ministerio de Salud junto con la Nación y varias provincias (Ministerio de Salud de la Nación, 2026).

Por tratarse de una capacitación de dedicación exclusiva, los residentes no pueden ejercer otra actividad rentada. Su duración suele ser de cuatro años en las especialidades básicas (como medicina interna, pediatría o cirugía general), aunque algunas, como cirugía

cardiovascular o neurocirugía, requieren cinco años o más El programa combina la capacitación en servicio con actividades académicas (ateneos, clases teóricas, seminarios, participación en investigación) y la permanencia en el sistema depende de una evaluación continua, que incluye exámenes periódicos, evaluaciones de desempeño y una evaluación final para acceder al título de especialista (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

De manera reglamentaria la jornada laboral es de nueve (9) horas diarias durante cuatro días hábiles en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Adicionalmente, el residente debe de realizar guardias médicas de 24 horas, con un límite de no más de ocho guardias por mes (Ministerio de Salud de la Nación, 2012). Pese a la normativa vigente, diversas investigaciones y experiencias evidencian que la combinación de la carga horaria habitual con las guardias puede superar las 55 horas semanales, llegando en promedio a unas 286 horas mensuales, situación que contribuye al deterioro de la salud y al aumento del riesgo de agotamiento profesional (burnout) entre los médicos residentes (Viñas, 2017).

La residencia médica se caracteriza por ser una trayectoria profundamente vinculada con la formación de un habitus profesional. La misma tiene un valor y reconocimiento el cual replica los patrones y cultura específicos de lo que significa ser médico o médica, siendo estos patrones reproducidos tanto en modo implícito como explícito, trascienden los límites del ámbito nacional y se reproducen a escala mundial (Silberman, 2023).

Espiritualidad

Conceptualización de la Espiritualidad

Desde un punto de vista etimológico, el término “espíritu” proviene de diversas lenguas antiguas: en hebreo *ruah*, en latín *spiritus* y en griego *pneuma*. En todas ellas comparte un significado común vinculado al “soplo”, “aliento” o movimiento del aire (Grün, 2013).

El término *spiritualis* proviene de la traducción del vocablo griego *pneumatikos*, que alude a aquello “conforme al espíritu” o “colmado de espíritu”. Hacia comienzos del siglo XX, en el ámbito del catolicismo francés, comenzó a emplearse el concepto *spiritualité* para referirse a la enseñanza y práctica de la vida espiritual. En síntesis, la espiritualidad puede entenderse como la vivencia orientada por el espíritu o por la fuente del Espíritu Santo (Grün, 2013).

Más allá de su origen religioso, la espiritualidad se define hoy como una búsqueda individual de respuestas y significado frente a las grandes preguntas de la existencia. Aunque implica una conexión con lo trascendente o sagrado, esta búsqueda no necesariamente culmina en la adopción de rituales, creencias religiosas organizadas ni en la pertenencia a una comunidad (Koenig, 2005). Se trata de una experiencia individualista, subjetiva y centrada en las emociones y la introspección, cuyos límites difusos dificultan su medición; puede desarrollarse totalmente al margen de la religión y de la creencia en un dios, orientándose por ejemplo hacia el arte, la naturaleza o valores humanistas (Koenig, 2005).

Esta dimensión adquiere relevancia particular frente a la conciencia humana de la finitud: los seres humanos son la única especie consciente de los límites de su existencia y de formas de sufrimiento, dolor y pérdida como componentes inevitables de la vida, a lo que se suman interrogantes sobre el propósito vital y el modo de afrontar un mundo que reúne belleza y carencia por igual. Ello explica que las tradiciones espirituales conserven un sentido profundo y vigente para gran parte de las personas (Rosmarin y Koenig, 2021).

En la misma línea, diversos autores coinciden en que la espiritualidad se concibe hoy como una experiencia fundamentalmente personal, ligada a la búsqueda de significado y propósito vital y a una conexión individual con lo sagrado o con una verdad trascendente, más que a la pertenencia institucional (Yi et al., 2006). Kaye y Raghavan (2002) la describen como un eje filosófico central que orienta el accionar de las personas e integra dimensiones físicas, emocionales, intelectuales, sociales, éticas y volitivas. Por su parte,

Salgado Lévano (2012) la define como un conjunto de características cuya base es la relación del individuo con lo divino, de la cual emergen el propósito, el sentido y la misión personal; comprende un sistema de creencias sobre la vida, la muerte y otros temas trascendentales, y promueve valores como el amor, la compasión, el altruismo y el respeto, con manifestaciones que varían entre personas y culturas y que suelen intensificarse en momentos críticos de dolor, pérdida, sufrimiento o enfermedad.

Piedmont (2004) aporta un modelo influyente en este campo: si bien reconoce la estrecha relación entre espiritualidad y religiosidad, sostiene que son constructos diferenciados, e identifica un componente amplio al que denomina trascendencia espiritual (ST), entendido como una motivación fundamental que impulsa a las personas a otorgar significado a su existencia dentro de la conciencia de su propia finitud. Esta capacidad implica tomar distancia de la inmediatez de la experiencia cotidiana y del marco espacio-temporal habitual, permitiendo observar la vida desde una perspectiva ampliada en la que la naturaleza y los acontecimientos se perciben como parte de una continuidad que trasciende la muerte (Piedmont, 2009). Asimismo, el autor sostiene que la espiritualidad constituye una experiencia humana universal cuyo núcleo común, la trascendencia espiritual, la cual varía en su expresión según la cultura, y funciona como una motivación orientada a construir un sentido vital amplio frente a la certeza de la mortalidad (Piedmont, 2012). Según esta perspectiva, las respuestas de las personas ante interrogantes existenciales como la muerte pueden agruparse según la amplitud temporal con la que conciben su vida: quienes se centran en las demandas del presente inmediato, quienes la entienden en relación con las generaciones cercanas, y quienes se perciben como parte de una continuidad eterna que los vincula con quienes los precedieron y quienes vendrán. Cuanto mayor es esta amplitud temporal, sostiene el autor, mayores son las posibilidades de generar un sentido profundo de bienestar.

Dentro de este marco, la trascendencia espiritual constituye una visión holística e interrelacionada de la existencia, asociada a un mayor compromiso interpersonal y a la

sensación de sincronicidad vital. Se trata de la capacidad de tomar distancia de la experiencia cotidiana y adoptar una cosmovisión amplia. Piedmont (1999) distingue tres facetas de la trascendencia espiritual: la conectividad, entendida como la creencia en formar parte de una comunidad amplia cuya existencia requiere la participación personal; la universalidad, que implica sentirse integrado a un orden global que une a todos los seres; y la realización en la oración, referida al bienestar experimentado a partir de la conexión con una entidad trascendente o superior.

Piedmont et al. (2014) plantea que la religiosidad y la espiritualidad deberían estudiarse dentro del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad (Costa y McCrae, 1980), proponiendo a la espiritualidad como un sexto factor de dicho modelo. Concebir la trascendencia como una dimensión adicional de la personalidad permitiría comprender mejor el modo en que las personas se relacionan consigo mismas y con los demás, interpretan su entorno y construyen sus metas. Este esfuerzo por construir modelos que expliquen la naturaleza y la función de la espiritualidad se prolongó en trabajos posteriores del autor (Piedmont y Wilkins, 2020) elaboró un modelo orientado a examinar el origen físico de estos constructos y a analizar su relevancia psicológica para el funcionamiento humano, a partir de tres premisas centrales. En primer lugar, la espiritualidad y la religiosidad constituirían dimensiones universales del funcionamiento humano, presentes en todas las culturas y momentos de la vida. En segundo lugar, existirían diferencias individuales en la sensibilidad de las personas hacia estos factores, lo que evidenciaría que se trata de dimensiones propias del ser humano, con propiedades de diferencia individual comparables a las de otros constructos psicológicos. Por último, la dinámica entre espiritualidad y religiosidad sería exclusiva de la especie humana sin correlatos en modelos animales, lo que situaría a estas cualidades en el núcleo mismo de la condición humana.

En una formulación posterior, Piedmont (2012;2020) denominó a estos constructos motivaciones numinosas, entendidas como una construcción estrictamente psicológica que, si bien puede abarcar fenómenos como el misticismo o la trascendencia, remite a

cualidades psicológicas que se postulan como definitorias de la especie humana, con origen en la neocorteza. El autor identificó tres motivaciones numinosas centrales: la infinitud, entendida como la necesidad de dotar de durabilidad a los propios esfuerzos vitales; el significado, referido a la necesidad de construir un propósito y una dirección para la propia vida; y la dignidad, vinculada a la posibilidad de alcanzar una aceptación personal de uno mismo desde una perspectiva trascendente.

En síntesis, estas tres cualidades comparten una naturaleza estrictamente psicológica, y son precisamente estos motivadores los que explican la relevancia que la espiritualidad y la religiosidad adquieren para el conjunto de la especie humana (Piedmont, 2012; Piedmont y Wilkins, 2020).

El tema adquiere una mayor complejidad cuando la espiritualidad se relaciona con el ámbito médico. Desde sus orígenes, la medicina ha mantenido una estrecha conexión con funciones de carácter religioso y sacerdotal, muchas de ellas vinculadas a fenómenos clínicos que en la actualidad se interpretarían como manifestaciones psiquiátricas o psicológicas (Rosmarin y Koenig, 2021).

En la modernidad, tanto la medicina como la psiquiatría se han desarrollado bajo los principios y valores propios del método científico. Dado que las cuestiones espirituales suelen situarse fuera de los límites de la ciencia o no pueden abordarse plenamente mediante sus procedimientos, pueden percibirse en tensión con los criterios de la práctica médica. A ello se suma que vivimos en una sociedad pluralista, donde conviven múltiples tradiciones religiosas y espirituales. En este contexto, resulta difícil recurrir a una única tradición dominante como referencia común (Rosmarin y Koenig, 2021). Pese a ello, en los últimos años, su asociación con diversas disciplinas y su abordaje más allá de los marcos religiosos tradicionales o institucionalizados se ha incrementado de forma notable. En el ámbito de los profesionales de la salud, se ha dado el reconocimiento de la espiritualidad y

la religiosidad como recursos que contribuyen al afrontamiento del dolor y del sufrimiento, tanto físico como psicológico y ha cobrado una importancia creciente (Koenig, 2012)

Espiritualidad, Religión y Religiosidad

Desde una perspectiva etimológica, el término religión proviene del latín *religionem* o *religio* vinculados a la idea de "veneración o respeto hacia los dioses" e incluso al "temor reverencial" que estos inspiraban. Con la llegada del cristianismo, el concepto comenzó a asociarse con un "modo de vida" o una forma particular de conducta hasta adquirir posteriormente el sentido contemporáneo de "creencia". De acuerdo con el filósofo Marco Tulio Cicero (106 a. C.- 43 a. C.) el término tendría su origen en el prefijo "re" que significa "de nuevo" y "legere" lo que refiere a la tradición de realizar una nueva lectura de los textos sagrados; otras hipótesis lo vinculan con "*ligare*" ("unir, ligar"), aludiendo a la función de unir a las personas con la divinidad, o con "*religiens*" ("cuidadoso"), en oposición a "*negligens*" (Okutsu, 2012).

Mientras que la religión puede comprenderse como una estructura social organizada que incluye rituales, prácticas y creencias compartidas por una comunidad cuya función es ofrecer un camino de conexión con lo divino y establecer normas de convivencia social (Koenig, 2005), distinguirla conceptualmente de la espiritualidad resulta complejo, ya que ambas comparten características, aunque su significado profundo difiere (Fuentes, 2018). Rivera Ledesma y Montero López Lena (2007, citado en Fuentes, 2018) señalan que la religiosidad se expresa principalmente en el ámbito social, mediante rituales, normas, prácticas, creencias y valores que orientan la vida de los fieles y facilitan su acercamiento a lo sagrado, aunque no siempre impliquen una experiencia directa de este. La espiritualidad, en cambio, se asocia a una realidad inmaterial centrada en la trascendencia, la orientación hacia algo más allá de uno mismo, y se vive de manera personal e individual, mientras que la religiosidad posee elementos definibles y concretos: una teología, un conjunto de tradiciones, normas de conducta y rituales colectivos (Shafranske y Sperry, 2005, citado en

Fuentes, 2018). García Alandete (2002, citado en Fuentes, 2018) añade que la religiosidad también puede comprenderse a través de la conducta individual y del vínculo que la persona establece con lo divino dentro de un marco histórico, social y cultural específico, y Pargament et al. (2013, citado en Rosmarin y Koenig, 2021) sostienen que, para la mayoría de las personas, la espiritualidad incluye de manera implícita aspectos propios de la religión, entendida como los modos institucionales o culturalmente configurados de relacionarse con lo sagrado.

En síntesis, la religiosidad implica la adhesión a un sistema estructurado de creencias y prácticas propias de una institución religiosa, mientras que la espiritualidad constituye una dimensión más amplia, que abarca la reflexión sobre una cualidad divina, el sentido y el propósito de la vida, y la conexión con los demás, con la naturaleza o con lo divino pudiendo incluir o no elementos religiosos (Fuentes, 2018).

Dimensiones de la Espiritualidad

Espiritualidad como factor protector de la salud

El psiquiatra e investigador Koenig (1999) encabezó el Centro para el Estudio de la Religión, la Espiritualidad y la Salud de la Universidad de Duke, en Estados Unidos. Lideró más de cincuenta proyectos orientados a explorar los vínculos entre la fe y el bienestar, de los cuales se derivaron más de setenta publicaciones en revistas científicas y médicas revisadas por pares. Entre los hallazgos más relevantes de este centro se destacan:

- Las personas con una fe sólida muestran mayor resistencia frente a los eventos vitales estresantes y, en caso de desarrollar depresión, presentan una recuperación más rápida que las menos religiosas.
- Una fe más profunda se asocia con menor vulnerabilidad a la depresión, tanto durante como después de un proceso de hospitalización por enfermedad física.

- Las personas con mayor religiosidad tienden a mantener estilos de vida más saludables, evitando el consumo de alcohol y drogas, las conductas sexuales de riesgo y otros hábitos nocivos.
- En la población adulta mayor, la religiosidad intrínseca se vincula con mayor bienestar subjetivo y satisfacción vital, posiblemente asociada a relaciones familiares y matrimoniales más estables.
- Quienes poseen una fe firme y enfrentan una enfermedad física presentan mejores resultados de salud en comparación con quienes tienen menor implicación religiosa.
- La participación constante en actividades religiosas se asocia con una mejor función inmunológica, reflejada en niveles reducidos de interleucina-6 (IL-6), marcador que aumenta ante el estrés crónico y la debilidad del sistema inmune.
- Finalmente, las personas religiosas tienden a vivir más tiempo y conservar mejor salud en la vejez, mostrando menor incidencia de enfermedades cardiovasculares y cáncer.

El afrontamiento religioso puede entenderse como la utilización de prácticas y convicciones religiosas con el propósito de reducir el impacto emocional negativo de experiencias estresantes y favorecer la capacidad para afrontar y resolver dichas situaciones. Koenig (1999) señala que las personas con creencias religiosas afrontan los eventos altamente estresantes de manera más efectiva que quienes no cuentan con el sostén de una fe firme ni con el acompañamiento emocional de una comunidad religiosa ya que los principios que otorgan sentido y dirección a la vida de los creyentes suelen mantenerse estables, incluso frente a situaciones críticas como crisis económicas, enfermedades graves propias o de familiares, o la pérdida de seres queridos. Al no percibir que las tensiones cotidianas amenacen sus valores fundamentales, estas personas experimentan menores niveles de estrés. Asimismo, la fe cumple un papel protector al

reducir el desánimo y la desesperanza inicial que suelen acompañar las experiencias adversas y que, de no ser contenidas, pueden deteriorar el bienestar emocional.

En este sentido, un estudio realizado por el equipo de Kenneth Pargament presentó resultados que mostraron que el 78% de los participantes recurría a la fe religiosa como estrategia de afrontamiento ante las dificultades. Muchos de ellos encontraban fortaleza emocional y sentido en sus experiencias negativas al integrarlas dentro de un marco espiritual más amplio, como el plan divino o el propósito de Dios en sus vidas (Koenig, 1999). Asimismo, se observó que reconocer los límites del propio control y “dejar en manos de Dios aquello que no se puede cambiar” actuaba como un factor protector frente al impacto emocional del estrés. El estudio también destacó que la participación en prácticas religiosas como la asistencia a servicios, la oración, la lectura de textos sagrados, o la búsqueda de apoyo espiritual en la comunidad o el clero favorecía una mejor adaptación emocional. Uno de sus aportes más relevantes fue la comparación entre estrategias de evitación religiosas y no religiosas: a diferencia de la psicología tradicional de raíz freudiana, que consideraba la religión una forma de evasión o negación de la realidad, Pargament halló que quienes recurrían a la religión para afrontar el estrés obtenían mejores resultados emocionales que quienes empleaban estrategias de evitación sin contenido religioso (Koenig, 1999).

Espiritualidad en profesionales de la salud

En el contexto de los profesionales de la salud, la espiritualidad adquiere una doble función: por un lado, opera como recurso interno que fortalece el bienestar del propio profesional; por otro, orienta la calidad y el enfoque del cuidado que este brinda a sus pacientes. Investigaciones realizadas con personal de enfermería y medicina evidencian que las creencias y prácticas espirituales están asociadas a un afrontamiento más exitoso de situaciones estresantes, lo cual resulta especialmente relevante dado que la sobrecarga de trabajo, el contacto permanente con el dolor y la muerte, y las exigencias del entorno

sanitario configuran condiciones de alta tensión emocional En este sentido, la espiritualidad se presenta como una forma de promover la salud mental de los profesionales sanitarios, pudiendo ser utilizada como estrategia de afrontamiento ante las situaciones adversas características de estas profesiones (Mesquita et al., 2014). En concordancia, un estudio realizado en enfermeros de unidades de cuidados intensivos durante la pandemia por COVID-19 encontró que altos niveles de bienestar espiritual actuaron como fortaleza para mantener la salud mental y optimizando la capacidad de respuesta en situaciones críticas (Ruiz Roa, 2021).

Junto con el optimismo, el locus de control interno, el humor y los estilos de afrontamiento centrados en el problema, la espiritualidad ha sido identificada como una variable interna que contribuye a consolidar el compromiso laboral y la capacidad de resistencia y recuperación frente al síndrome de burnout (Greifer, 2004); en profesiones cuya vocación implica un compromiso ético y humano profundo con la vida ajena, contar con un objetivo de vida claro que ofrezca desafíos permanentes incide de manera significativa en la salud general (Mesquita et al., 2014).

Desde la perspectiva del cuidado holístico, la atención a la dimensión espiritual del paciente no puede disociarse del desarrollo espiritual del propio profesional. El enfoque holístico en salud sostiene que el bienestar integral se alcanza cuando el cuerpo, la mente y el espíritu son considerados de manera conjunta, lo que trasciende la enfermedad misma como objeto de intervención (Sánchez, 2004). Desde este marco, se espera que el profesional de la salud sea capaz de identificar las necesidades espirituales de sus pacientes y de movilizar recursos propios para ofrecer un cuidado comprensivo y humanizado. En consonancia, una revisión integrativa de la literatura publicada entre 2001 y 2021 identificó evidencia sobre intervenciones educativas orientadas al desarrollo de competencias en cuidado espiritual en el personal sanitario, concluyendo que la espiritualidad individual del profesional constituye un predictor de su capacidad para brindar atención espiritual de calidad a sus pacientes (Torres Contreras et al., 2023). Todo ello sitúa

a la espiritualidad como una variable de creciente relevancia teórica y práctica en la comprensión del bienestar y el desempeño de los profesionales de la salud.

Resiliencia

Conceptualización de la Resiliencia

El origen etimológico de la palabra resiliencia proviene del latín *resilire,* el cual se traduce como rebotar, saltar hacia atrás o volver a saltar (Real Academia Española, s.f.). El concepto de resiliencia proviene originalmente de las ciencias físicas y químicas, donde se utilizaba para describir la propiedad de ciertos materiales, como el acero, de recuperar su forma inicial tras haber sido sometidos a presiones o deformaciones. En este sentido, el término alude a la capacidad de resistir el impacto de fuerzas externas y retornar al estado o estructura original sin llegar a romperse (Martínez Torralba y Vásquez Bronfman, 2006). El primer autor en utilizar este término fue Bowlby, quien la definió como resorte moral, cualidad de una persona que no se desalienta ni se deja vencer por las circunstancias (Bowlby, 1992)

Desde ese entonces la resiliencia se define como la capacidad para vivir y alcanzar un desarrollo positivo que permita un bienestar a pesar de haber atravesado experiencias traumáticas. Es el potencial de superación y de sobreponerse a los eventos adversos que generan impactos emocionales profundos difíciles de procesar. Las personas resilientes enfrentan estas secuelas recurriendo a sus recursos internos y a sus habilidades para sobrellevar y superar las dificultades. Incluye la posibilidad de transformarse y crecer personalmente a partir del enfrentamiento a dichos eventos (Ceberio y Anaya, 2021). La actitud resiliente es la tendencia conductual de determinadas personas frente a situaciones difíciles. Confluyen factores epigenéticos, interaccionales, inconscientes, emocionales,

cognitivos, neurobiológicos y bioquímicos que se articulan en esta actitud hacia la vida, mediante la cual el sujeto intenta sortear la situación traumática (Ceberio y Anaya, 2021).

Diferentes autores coinciden que la clave del concepto radica en que más allá de reconocer la existencia de circunstancias problemáticas, el interés está en abordarse de modo constructivo mediante una movilización de los recursos de las personas afectadas por tales motivos (Manciaux et. al, 2005). Desde esta perspectiva la resiliencia no constituye una condición fija ni completamente alcanzada, sino una capacidad dinámica y en permanente construcción. Su desarrollo depende de un proceso evolutivo en el que la magnitud del trauma puede, en ciertos casos, superar los recursos internos del individuo. Esta capacidad es producto de la interacción entre individuo y su entorno, articulando las huellas de experiencias pasadas con las condiciones actuales del contexto político, económico, social y humano (Manciaux et. al, 2005).

Werner (1993) define el concepto como una aptitud esencialmente humana para lidiar, sobrellevar y recomponerse al enfrentarse a una situación penosa, lo que implica un proceso adaptativo y de desarrollo en momentos de dificultad. La resiliencia es un proceso dinámico en constante movimiento que nace de la interacción entre factores personales, familiares y situacionales. Es la puesta en marcha de un conjunto de recursos internos, entre los cuales se destacan como clave la habilidad para resolver problemas, una autoestima positiva, redes sólidas de apoyo y una visión optimista del futuro. Vanistendael (1995) por su parte, la define como la habilidad de prosperar y alcanzar el éxito de forma socialmente aceptable, incluso cuando se enfrenta a un estrés o adversidad significativos que normalmente llevarían a resultados perjudiciales. Esta capacidad no debe entenderse como un simple retorno al estado previo al sufrimiento ni como una recuperación total sin huellas. Por el contrario, implica una apertura hacia un nuevo crecimiento, en el cual las heridas se integran como parte de la historia vital, otorgándole un sentido más profundo a la existencia.

El autor utiliza la metáfora de la casa pequeña para representar los diferentes componentes que favorecen el desarrollo de la resiliencia, donde cada parte de la misma simboliza un factor que contribuye al proceso resiliente, empezando por los cimientos hasta ascender de manera progresiva al techo. El suelo representa las necesidades fisiológicas básicas que sostienen toda posibilidad de desarrollo, como la nutrición, salud, reposo, recreación. Es menester que estas necesidades estén satisfechas para que se pueda comenzar la construcción de la resiliencia. Sobre él se asientan los cimientos, que corresponden a las redes sociales de apoyo tales como la familia, amistades, vínculos laborales y comunitarios, estos son fundamentales para amortiguar el impacto de la adversidad. En el primer piso se ubica el sentido de vida, vinculado con los valores y metas personales que orientan la acción. Es posible descubrir un sentido de la vida mediante una perspectiva filosófica que promueva la valoración total de la vida o mediante una experiencia religiosa. El segundo piso comprende las habilidades personales y sociales, tales como la creatividad, el sentido del humor, la autoestima y la capacidad de relativizar los problemas. Finalmente, el tejado simboliza la apertura a nuevas experiencias, elemento que coronan el proceso resiliente y permiten proyectarse hacia el futuro con confianza (Vanistendael y Lecomte, 2002).

En una línea convergente, Walsh (2004) refiere que las cualidades inherentes a la resiliencia posibilitan a las personas sanar sus traumas, tomar el control de su propia vida, establecer vínculos afectivos y alcanzar una existencia plena. La construcción de esta resiliencia requiere que el individuo se muestre receptivo a lo nuevo y que interactúe y colabore con los demás. Entre los factores que inciden en la resiliencia, Mandelbaum (2024) distingue los internos como el temperamento, habilidades emocionales, actitudes personales, de los externos entre los que se encuentran el apoyo familiar, comunitario y vínculos significativos con el entorno, entendiendo la resiliencia como un mecanismo complejo resultante del intercambio entre el individuo y su ambiente.

Las redes de apoyo tienen un gran impacto en el mecanismo resiliente, podría decirse que en la vida adulta los tutores de resiliencia son equivalentes a las figuras de apego en la infancia. Se denomina así a aquellas personas que facilitan un renacer emocional y actitudinal del desarrollo psicológico posterior a la experiencia traumática. Representan el punto de partida para emprender un nuevo camino, al posibilitar que, en su contexto afectivo y social, se establezcan vínculos donde la persona pueda sentirse querida incondicionalmente, desarrollarse y sobreponerse (Ceberio y Anaya, 2021). Los tutores pueden ser tanto imaginarios o no humanos, como personajes de películas, libros, frases como humanos tales como seres queridos, familia, profesores y hasta profesionales de la salud. Basta palabras de confianza, apoyo o una sonrisa que constituyan una muestra de afecto y motive al individuo a no rendirse (Cyrulnik, 2003). Los tutores son aquellas personas que, ante un individuo en situación adversa, ofrecen un acompañamiento incondicional, configurándose como un sostén y promoviendo simultáneamente la confianza y la autonomía durante el proceso de resiliencia, sin tener certeza acerca del impacto significativo o transformador de dicho vínculo en el otro (Rubio, 2015).

Factores que favorecen la resiliencia

Al estudiar la resiliencia, los investigadores se centran en los factores protectores, es decir, en las condiciones o entornos que favorecen el desarrollo de las personas o grupos y disminuyen los efectos de situaciones adversas. Estos factores se clasifican en internos y externos: los internos corresponden a características propias del individuo, como la autoestima, la seguridad y la confianza en sí mismo; mientras que los externos se refieren a elementos del entorno que reducen el riesgo de daño, por ejemplo, la familia ampliada, el apoyo de un adulto significativo y la integración social o laboral (Giordano et. al, 2007)

Los atributos que suelen observarse en niños considerados resilientes se han denominado pilares de la resiliencia e incluyen: la introspección, que implica cuestionarse a sí mismo y responder con honestidad; la independencia, que permite establecer límites con el entorno problemático sin aislarse; la capacidad de relacionarse, que facilita la

construcción de vínculos; la iniciativa, que se refleja en el gusto por desafiarse y probarse; el humor, que permite encontrar lo cómico incluso en la adversidad; la creatividad, que consiste en generar orden y propósito a partir del caos; la empatía, entendida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro (Ceberio y Anaya, 2021). Giordano et. al (2007) establecen que la moralidad es otro pilar de resiliencia, el cual implica extender el bienestar propio a los demás y comprometerse con valores universales. Además, una autoestima consistente constituye la base sobre la cual se apoyan los demás pilares, desarrollándose a partir de sentirse valorado y querido por otros (Melillo y Suárez Ojeda, 2008).

Henderson y Milstein (2003) señalan que lo relevante de estos pilares de la resiliencia es que se pueden aprender. Los autores proponen seis pasos para desarrollar la resiliencia, considerando que familias, escuelas y comunidades pueden proporcionar factores protectores ambientales y condiciones que favorezcan los factores protectores individuales. Los tres primeros pasos están orientados a reducir el impacto de los riesgos en la vida de los niños, promoviendo así su resiliencia, mientras que los tres últimos se enfocan en fortalecer la resiliencia en el entorno:

1. Enriquecer los vínculos: fortalecer las conexiones entre los individuos y con actividades psicosociales.
2. Fijar límites claros y coherentes: establecer políticas y expectativas de conducta explícitas.
3. Enseñar habilidades para la vida: desarrollar cooperación, resolución de conflictos, asertividad, comunicación, toma de decisiones y manejo saludable del estrés para afrontar los desafíos de la adolescencia.
4. Brindar apoyo y afecto: ofrecer respaldo incondicional que puede provenir de familiares, docentes, vecinos, trabajadores sociales o incluso mascotas.
5. Transmitir expectativas elevadas y realistas: establecer objetivos que funcionen como motivadores efectivos.

6. Proporcionar oportunidades de participación significativa: dar responsabilidades que permitan a niños, familias y educadores planificar, fijar metas, resolver problemas y colaborar con otros.

Desde otra perspectiva, Richardson (2002) postula que, al enfrentarse a acontecimientos disímiles, el individuo genera una carga energética que repercute en sus factores protectores y su entorno. Este impacto ocasiona el proceso de reintegración, que según la disponibilidad y eficacia de los recursos internos puede desembocar en diferentes respuestas por parte del sujeto. La reintegración disfuncional ocurre cuando el impacto del evento supera el umbral de contención de los recursos internos, lo que ocasiona respuestas inadecuadas como comportamientos de riesgo o autolesivos. Otra posible respuesta es la reintegración con pérdida, en la cual se restablece un equilibrio a expensas del bienestar del individuo, la cual puede manifestarse como disminución de su autoestima o confianza. Por otra parte, la puesta en marcha de los recursos protectores lleva hacia una reintegración al bienestar, lo que conlleva un restablecimiento del equilibrio previo a la crisis, sin que implique una consecuencia negativa importante. Por último, la reintegración resiliente el individuo no solo se sobrepone ante las dificultades, sino que logra un nuevo aprendizaje, competencias personales que derivan en un crecimiento personal global. Así, el mecanismo de la resiliencia se define por un restablecimiento a un nivel superior de funcionamiento.

En esta línea, González y Guinart (2011) sostienen que la resiliencia no tiene como objetivo último superar los hechos traumáticos, sino que implica rearmarse y ponerse al servicio de una nueva vida, al encontrar un nuevo sentido luego de los acontecimientos desfavorables. Cyrulnik (2007) señala que la resiliencia supone que en el desarrollo como individuos y en sociedad, se articulen las decisiones valientes asumidas diariamente, el placer de interactuar con otros, la expresión de afecto, la pasión en el quehacer, la voluntad de continuar aprendiendo, la iniciativa y la actitud positiva ante las circunstancias vitales puede reorientar el curso de la propia trayectoria. A nivel cerebral, se generan reacciones

químicas que aumentan las sensaciones de placer y bienestar, favoreciendo una mayor percepción de felicidad.

En referencia a la escala utilizada para medir resiliencia en el presente estudio, puede destacarse que la misma fue desarrollada por Wagnild y Young (1993) con el propósito de detectar aquellas características individuales que facilitan la adaptación resiliente de las personas. Sus creadores concibieron la resiliencia como un rasgo positivo de la personalidad que contribuye al ajuste personal. A través de su investigación, identificaron dos dimensiones: por un lado, la competencia personal, vinculada al reconocimiento de capacidades propias como la autonomía, la persistencia y las habilidades; y por otro, la aceptación de uno mismo y de la vida, relacionada con la capacidad de adaptarse y la flexibilidad ante las circunstancias.

Pesce et al. (2005) llevaron a cabo la validación del instrumento en portugués, aplicándolo a una muestra diversa de estudiantes en Brasil. Los resultados del análisis factorial revelaron una estructura de tres factores: realización personal, autodeterminación y adaptación asertiva. Al replicar este análisis factorial en el contexto argentino, Rodríguez et al. (2009) coincidieron en la presencia de tres factores. No obstante, en esta versión se los denominó de manera distinta: capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de vida, y evitación cognitiva. Los dos primeros factores presentan correlación entre sí y pueden interpretarse como atributos, habilidades o disposiciones positivas que permiten a las personas afrontar situaciones traumáticas de manera efectiva. El tercer factor, en cambio, operaría como un mecanismo defensivo orientado a amortiguar el impacto emocional de los eventos traumáticos, favoreciendo el autocontrol y una expresión emocional apropiada. En otras palabras, este factor cumpliría una función protectora frente al agotamiento emocional, permitiendo canalizar la energía en contextos de adversidad (Rodríguez et al., 2009).

La resiliencia en profesionales de la salud

El ejercicio de la medicina y las profesiones sanitarias implica una exposición continua y sostenida a situaciones de alta demanda emocional, física y cognitiva. Los profesionales de la salud enfrentan cotidianamente el dolor ajeno, la muerte, la sobrecarga laboral, la presión asistencial y la responsabilidad sobre la vida de terceros, condiciones que los sitúan en una posición de especial vulnerabilidad psicológica (Arrogante, 2015). En este contexto, la resiliencia se ha consolidado como un constructo de creciente interés en la literatura científica sanitaria, dado su potencial para explicar de qué manera los profesionales logran sostener su bienestar y desempeño ante la adversidad. Ya desde la crisis del ébola de 2014, la Organización Mundial de la Salud reconoció la resiliencia como una competencia esencial para afrontar los elevados riesgos psicosociales propios de la práctica sanitaria (Comas Armangué y Crespo, 2021), lo que vuelve fundamental explorar los mecanismos mediante los cuales esta actúa como factor protector de la salud mental en este colectivo.

Uno de los problemas más estudiados en relación con el bienestar de los profesionales sanitarios es el síndrome de burnout, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción de la realización personal. Investigaciones recientes evidencian que la resiliencia cumple un papel protector significativo frente a este síndrome. En una muestra de 120 enfermeros de la India, se encontró una correlación negativa entre el agotamiento emocional y la resiliencia, destacando la función amortiguadora que esta última ejerce sobre la salud mental de los trabajadores (Sinu et al., 2020).

En concordancia, distintas revisiones bibliográficas identifican a la resiliencia, junto con la empatía y la asertividad, como una de las variables clave para incrementar la resistencia de los profesionales de enfermería frente al estrés laboral (Morales Rodríguez et al., 2021). Los factores que inciden en el desarrollo de la resiliencia en los profesionales de

la salud son de naturaleza tanto individual como contextual. A nivel personal, se han identificado como relevantes: una adecuada autoestima, la creencia en la propia eficacia, el locus de control interno y la flexibilidad cognitiva. Desde una perspectiva socioambiental, las relaciones interpersonales saludables, tanto dentro como fuera del ámbito laboral, la espiritualidad, los factores culturales y el apoyo comunitario también contribuyen al potencial resiliente del individuo (Comas Armangué y Crespo, 2021). Investigaciones en el campo de la medicina familiar han señalado, además, que programas diseñados para médicos con el objetivo de optimizar habilidades en resiliencia y calidad de vida protege a los profesionales del estrés, angustia y el agotamiento, reforzando la idea de que tanto el estrés como la resiliencia son estados modificables mediante técnicas psicológicas efectivas (Gómez Baños et al., 2022).

El contexto de la pandemia por COVID-19 puso de manifiesto, de manera particularmente aguda, la relevancia de la resiliencia en los trabajadores de la salud. Diversas investigaciones realizadas durante ese período encontraron que la resiliencia fue uno de los factores clave para que los profesionales sanitarios pudieran laborar en primera línea sin verse afectados psicológicamente de manera severa, ante el elevado índice de contagios y muertes suscitados en el contexto de salud (Aguirre Pluas et al., 2022).

Frente a este escenario, la comunidad científica ha enfatizado la importancia de desarrollar programas de intervención orientados a fortalecer la resiliencia en los profesionales de la salud. Una revisión Cochrane que analizó 44 ensayos controlados aleatorizados concluyó que las intervenciones psicológicas diseñadas para promover la resiliencia en personal sanitario producen efectos beneficiosos sobre su salud mental, reducido síntomas de depresión y estrés (Kunzler et al., 2020).

Relación entre Espiritualidad y Resiliencia en profesionales de la salud

La asociación positiva entre espiritualidad, religiosidad y resiliencia en profesionales y estudiantes del ámbito de la salud ha ganado creciente atención en la literatura científica

reciente. En términos generales, los profesionales con mayor espiritualidad tienden a mostrar una mejor capacidad para enfrentar el estrés laboral y las crisis emocionales: la espiritualidad les permite encontrar un propósito en su trabajo, afrontar el sufrimiento y mantener la esperanza, factores fundamentales para desarrollar resiliencia, funcionando como un mecanismo de afrontamiento interno que brinda sentido, fortalece la motivación intrínseca y favorece el bienestar emocional al ofrecer un marco para comprender las dificultades, lo que contribuye a la percepción de control ante situaciones estresantes (Shaikh et al., 2022).

En esta línea, el estudio realizado por Menjivar et. al (2025) concluye que, a mayor espiritualidad, mayor resiliencia, y que la capacidad del profesional de observar y reflexionar sobre su vida, reconocerla como plena de sentido y coherente con sus valores, se asocia directamente con una mayor aptitud para superar la adversidad en la práctica clínica. Otro estudio realizado por Martínez Sellés y VanderWeele (2025) en médicos residentes resalta que la espiritualidad puede funcionar como recurso protector frente a la depresión y como promotora del florecimiento en un período formativo de alta exigencia.

De modo convergente, en una población de estudiantes universitarios de medicina encontraron que la mayor importancia otorgada a las prácticas religiosas y espirituales se asoció de forma significativa con puntuaciones más altas en bienestar psicológico, resiliencia y satisfacción con la vida. Los autores concluyen que las prácticas religiosas y espirituales actúan como un potencial de poder interno que protege y sostiene la psicología del estudiante de medicina frente al estrés crónico derivado de la formación clínica (Akbayram y Keten, 2024).

En síntesis, la confluencia de evidencia empírica proveniente de distintos contextos culturales, poblaciones y diseños metodológicos permite afirmar que la espiritualidad, en sus dimensiones de autoconciencia, sentido de propósito, creencias, prácticas y

necesidades espirituales, actúa como factor protector de la resiliencia en profesionales y estudiantes de la salud.

Método

Diseño de estudio

El presente estudio se enmarca en el enfoque cuantitativo dado que recurre a la medición numérica de las variables y el análisis estadístico de los datos con el propósito de responder a la pregunta de investigación y las hipótesis planteadas. Asimismo, adopta un diseño no experimental, ya que las variables se observan y analizan tal como se presentan en su contexto natural, sin que exista manipulación deliberada ni control directo por parte del investigador. El estudio es de corte transversal, puesto que la recolección de datos se realiza en un único momento temporal. Finalmente, presenta un alcance correlacional, dado que procura analizar la magnitud y dirección de la asociación existente entre las variables estudiadas, sin que ello implique establecer relaciones de causalidad (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Participantes

El universo de referencia estuvo constituido por médicos residentes en formación en hospitales privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La muestra estuvo conformada por 45 médicos residentes en actividad al momento del estudio, quienes se encontraban realizando su formación en las áreas de tocoginecología, cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, cardiología, clínica médica, pediatría, terapia intensiva, anestesiología y bioquímica, durante el período comprendido entre diciembre de 2025 y febrero de 2026. La muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por accesibilidad.

A los fines del análisis comparativo, los servicios se agruparon en dos categorías según el tipo de práctica profesional. El grupo de especialidades quirúrgicas quedó

conformado por cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, tocoginecología y anestesiología; el grupo de especialidades clínicas, por clínica médica, cardiología, pediatría, terapia intensiva y bioquímica. Anestesiología se incluyó en el primer grupo por desarrollarse su práctica en el ámbito quirúrgico, mientras que terapia intensiva se ubicó en el segundo por corresponder al manejo clínico del paciente crítico, sin intervención quirúrgica directa. Bioquímica se incorporó al grupo clínico dado que su ejercicio se desarrolla en el ámbito del diagnóstico y seguimiento clínico del paciente, sin práctica quirúrgica.

Como marco muestral se utilizó la nómina de residentes activos de los servicios mencionados en ambas instituciones, a la que se accedió por intermedio de los jefes de residencia de cada servicio, quienes difundieron entre sus residentes el enlace al cuestionario autoadministrado alojado en Google Forms. Dado que el muestreo fue no probabilístico por accesibilidad, la participación dependió de la disponibilidad y voluntad de respuesta de cada residente, por lo que la muestra obtenida no puede considerarse representativa del universo de referencia.

Se establecieron como criterios de inclusión los siguientes:

(a) Ser profesional médico en formación dentro de alguna de las especialidades consideradas: tocoginecología, cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, cardiología, clínica médica, pediatría, terapia intensiva, anestesiología y bioquímica.

(b) Encontrarse cursando una residencia activa al momento de la recolección de datos.

(c) Haber firmado el consentimiento informado.

(d) Haber completado la totalidad del instrumento de recolección de datos.

Criterios de exclusión

Se consideraron criterios de exclusión:

(a) Negativa a participar o ausencia de consentimiento informado firmado.

(b) No encontrarse en residencia activa al momento del estudio.

(c) Profesionales pertenecientes a especialidades no contempladas en la muestra.

(d) Cuestionarios incompletos o respuestas parciales que impidieran su análisis.

Instrumentos

En primer lugar, se aplicó un cuestionario sociodemográfico diseñado para recopilar información básica sobre los participantes. Este cuestionario incluyó las siguientes variables:

- Edad
- Sexo (femenino, masculino, otro)
- Año de residencia (primer, segundo, tercer, cuarto o jefe de residencia según corresponda)
- Especialidad médica (tocoginecología, cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, cardiología, clínica médica, pediatría, terapia intensiva, anestesiología y bioquímica

Para evaluar los niveles de resiliencia de los participantes del estudio, se utilizó la Escala de Resiliencia (RS-25), desarrollada originalmente por Wagnild y Young (1993). Para la presente investigación se empleó la versión traducida al español y adaptada a la población argentina por Rodríguez et al. (2009). Esta herramienta consta de 25 ítems diseñados para identificar la capacidad de los individuos de adaptarse positivamente ante situaciones adversas. La adaptación de la escala se realizó en una muestra de 222 participantes argentinos de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 70 años (M = 30.93; DE = 12.12), provenientes de las provincias de San Luis, Mendoza y La Pampa. En cuanto a la confiabilidad, la consistencia interna de la escala total, evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue de α = .72. A nivel factorial, el Factor 1 (capacidad de

autoeficacia) obtuvo α = .73, el Factor 2 (capacidad de propósito y sentido de vida) α = .60, y el Factor 3 (evitación cognitiva) α = .50.

Respecto de la validez de constructo, el análisis factorial exploratorio mediante componentes principales con rotación Varimax permitió identificar tres factores que explican el 32.63% de la varianza total. Si bien la estructura bifactorial original de Wagnild y Young (1993) no fue replicada, la solución trifactorial obtenida resultó concordante con la validación portuguesa del instrumento (Pesce et al., 2005). Los autores concluyen que la versión argentina presenta propiedades psicométricas aceptables para su empleo en población general del país.

La aplicación de esta escala permite obtener una puntuación total que indica el nivel general de resiliencia, así como puntajes específicos en las tres dimensiones evaluadas: capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de vida y evitación cognitiva.

La primera dimensión, denominada capacidad de autoeficacia, explora aspectos como la autoconfianza, la independencia, la toma de decisiones, la perseverancia y la capacidad de enfrentar desafíos. La segunda dimensión, capacidad de propósito y sentido de vida, analiza la adaptabilidad, la flexibilidad y la actitud positiva frente a la adversidad, reflejando la aceptación de la vida tal como se presenta. La tercera dimensión, evitación cognitiva, podría interpretarse como un recurso defensivo necesario que permite atenuar el impacto emocional de un evento traumático y facilitar el autocontrol junto con una expresión emocional más adaptativa. En este sentido, contribuiría a prevenir el desgaste emocional y a dirigir de manera adecuada la energía afectiva en contextos de alta exigencia o dificultad.

El cuestionario se presentó en formato autoaplicado, por lo que los participantes lo completaron de manera individual. La escala de respuesta utilizada es de tipo Likert de 7 puntos, donde 1 indica “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”, permitiendo reflejar el grado de acuerdo con cada ítem.

Para evaluar los niveles de espiritualidad y sentimientos religiosos, se utilizó la Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES), desarrollada por Piedmont (2004). La versión utilizada en este estudio corresponde a la adaptación al español y validación para la población argentina (Simkin, 2017). Esta herramienta consta de 35 ítems, cuyo propósito es identificar tanto la dimensión espiritual como la religiosa en los individuos y su relación con el bienestar personal. En cuanto a la confiabilidad, Simkin (2017) reportó índices de consistencia interna aceptables para todos los dominios de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach: realización en la oración (α = .91), universalidad (α = .76), religiosidad (α = .84), crisis religiosa (α = .68) y conectividad (α = .57). Estos valores son coherentes con los reportados por el autor original del instrumento en versiones previas (Piedmont, 2010, 2012). Cabe señalar que la faceta conectividad presenta consistentemente los valores más bajos en distintas validaciones, lo cual ha sido reconocido en la literatura especializada (Piedmont, 2012).

Respecto de la validez de constructo, el análisis factorial confirmatorio (AFC) verificó el modelo propuesto por Piedmont (1999, 2004), evidenciando un buen ajuste a los datos tanto para la Escala de Trascendencia Espiritual (ST: *NNFI* = .94, *CFI* = .95, *IFI* = .95, *RMSEA* = .069 [IC 90%: .062–.076]) como para la Escala de Sentimientos Religiosos (RS: *NNFI* = .98, *CFI* = .99, *IFI* = .99, *RMSEA* = .037 [IC 90%: .000–.060]). Todos los parámetros estimados resultaron estadísticamente significativos ($p < .05$). En conjunto, estos resultados indican que la versión en español de ASPIRES presenta propiedades psicométricas adecuadas para su empleo en población hispanohablante (Simkin, 2017).

La aplicación de esta escala permite obtener un puntaje total, así como puntajes específicos por las dos dimensiones evaluadas: sentimientos religiosos y trascendencia espiritual. La primera dimensión, denominada sentimientos religiosos, explora la participación activa en rituales y prácticas religiosas, así como la importancia de la religión en la vida personal teniendo en cuenta la presencia de conflictiva con Dios o la comunidad religiosa (subescalas Religiosidad y Crisis Religiosa). La segunda dimensión, trascendencia

Espiritual, analiza la capacidad de los individuos para experimentar un sentido de conexión con algo más grande que ellos mismos, así como la búsqueda de significado más amplio sobre la existencia y la conexión con otros seres vivos, y el sentimiento de pertenencia a una realidad trascendental que atraviesa a las personas (subescalas realización en la oración, universalidad y conectividad) (Simkin, 2017).

El cuestionario se presenta en formato autoaplicado, y la escala de respuesta es de tipo Likert de 7 puntos, donde 1 indica “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”, reflejando el grado de acuerdo con cada afirmación incluida en el instrumento.

Los tres cuestionarios fueron unificados y administrados por medio de Google Forms.

Procedimiento

Se contactó a los residentes mediante los jefes de residencia. Se les proporcionó información sobre el objetivo del estudio y se les invitó a completar el cuestionario de manera voluntaria y anónima, en formato digital (Google Forms). Luego de recopilar los datos, los mismos fueron analizados para poder arribar a las correspondientes conclusiones.

Análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo mediante el Software Jamovi (The jamovi project, 2024). En una primera instancia, se realizó un análisis estadístico descriptivo con el objetivo de caracterizar las variables sociodemográficas de la muestra y describir los niveles de resiliencia y espiritualidad de los participantes. Para ello, se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, mínimo y máximo).

Previo a la selección de los estadísticos inferenciales, se evaluó el supuesto de normalidad de las distribuciones mediante la prueba de Shapiro-Wilk, recomendada para muestras de tamaño reducido ($n < 50$; Field, 2018). Los resultados indicaron que algunas variables no cumplieron el supuesto de distribución normal en al menos uno de los grupos analizados ($p < .05$), lo que determinó la utilización de pruebas estadísticas no paramétricas para los análisis subsiguientes.

Para examinar la relación entre las dimensiones de la espiritualidad y la resiliencia, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (rs), estadístico no paramétrico apropiado para variables ordinales y distribuciones que no se ajustan a la normalidad (Field, 2018).

Con el fin de comparar los niveles de resiliencia y espiritualidad según la adscripción religiosa de los participantes, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes. Esta prueba estadística no paramétrica resulta adecuada para comparar dos grupos cuando no se puede asumir normalidad en los datos (Field, 2018).

Para comparar los niveles de resiliencia y espiritualidad entre residentes de especialidades quirúrgicas y clínicas, las especialidades se agruparon en dos categorías. Se consideraron quirúrgicas: cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, tocoginecología y anestesiología, y clínicas: clínica médica, cardiología, pediatría, terapia intensiva y bioquímica. Este agrupamiento permitió incluir en el análisis a la totalidad de los participantes y evitar la fragmentación de la muestra en subgrupos de muy pocos casos, que habría reducido la potencia estadística. La comparación se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Utilización de consentimiento informado

Los participantes recibieron un documento de consentimiento informado que incluyó:

- Objetivo del estudio y relevancia académica.

- Procedimiento de participación (responder cuestionarios).
- Voluntariedad y derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- Garantía de confidencialidad y anonimato de los datos.
- Información de contacto del investigador para consultas.
- Los participantes aceptaron digitalmente el consentimiento antes de responder el cuestionario.

Resultados

En función de los objetivos del presente estudio, se detallan los resultados encontrados.

Análisis sociodemográfico de la muestra

La muestra estuvo conformada por 45 participantes. En relación con el rango etario, la mayoría de los residentes tenía entre 25 y 30 años, representando el 66,7% (*n* = 30) de la muestra. El 31,1% tenía entre 30 y 35 años (*n* = 14), mientras que el 2.2% (*n* = 1) se ubicó entre los 35 y 40 años.

Respecto del género, el 82,2% (*n* = 37) de los participantes se identificó con el género femenino y el 17,8% (*n* = 8) con el género masculino. En cuanto al año de residencia, el grupo más numeroso correspondió a residentes de primer año, con el 31,1% de la muestra. Luego se ubicaron los residentes de cuarto año, con el 24,4%; los de tercer año, con el 20%; los jefes de residentes, con el 13,3%; y los residentes de segundo año, con el 11,1%.

En relación con la especialidad médica, se unificaron las denominaciones equivalentes registradas en el formulario. La especialidad con mayor representación fue tocoginecología/ginecología, con el 48,9% de la muestra. Luego se ubicaron clínica médica, con el 13,3%; cirugía general, traumatología y otorrinolaringología, cada una con el 8,9%.

Las especialidades bioquímica, cardiología, anestesiología, pediatría y terapia Intensiva estuvieron representadas por un caso cada una, equivalente al 2,2% respectivamente.

En cuanto a las horas mensuales de guardia, se obtuvo una media de 130,5 hs mensuales, con una desviación estándar de 76,6 hs . La mediana fue de 100 hs, con valores que oscilaron entre 0 y 384 horas mensuales.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

Variable	**Categoría**	***n***	**%**
Edad	25 a 30 años	30	66,7
	30 a 35 años	14	31,1
	35 a 40 años	1	2,2
Género	Femenino	37	82,2
	Masculino	8	17,8
Año de residencia	R1	14	31,1
	R2	5	11,1
	R3	9	20,0
	R4	11	24,4
	Jefe de residentes	6	13,3
Religión	Sí, tiene una religión	31	68,9
	No tiene religión	14	31,1
Especialidad médica	Tocoginecología/Ginecología	22	48,9
	Clínica Médica	6	13,3
	Cirugía General	4	8,9
	Traumatología	4	8,9
	Otorrinolaringología	4	8,9
	Cardiología	1	2,2
	Anestesiología	1	2,2
	Bioquímica	1	2,2
	Pediatría	1	2,2
	Terapia Intensiva	1	2,2

Nota. $N = 45$.

Tabla 2
Horas mensuales de guardia

Estadístico	Valor
Media	130,5
Desviación estándar	76,6
Mediana	100
Mínimo	0
Máximo	384

Nota. N = 44. Un participante proporcionó una respuesta no cuantificable (“hago de acuerdo a la disponibilidad”), por lo que fue excluido del análisis. Las respuestas en formato textual se convirtieron a valores numéricos equivalentes cuando fue posible (p. ej., “6 guardias de 24 h” = 144 horas). La elevada desviación estándar indica una amplia variabilidad en la carga de guardias entre los participantes, posiblemente asociada a diferencias en el año de residencia y la especialidad médica.

Descripción de los niveles de resiliencia

Respecto de la resiliencia total, medida a través de la Escala de Resiliencia RS-25, los participantes obtuvieron una media de 128,40 puntos, con una desviación estándar de 17,95. El puntaje mínimo observado fue de 80 y el máximo de 157, con una mediana de 129. Estos valores indican una tendencia general hacia niveles moderados a altos de resiliencia en la muestra.

Al analizar las dimensiones de la escala, la dimensión autoeficacia presentó una media de 74.69 puntos, con una desviación estándar de 11,01. La dimensión propósito y sentido de vida obtuvo una media de 26,22, con una desviación estándar de 4,30. Por último, la dimensión evitación cognitiva presentó una media de 18,53, con una desviación estándar de 6,01.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos de resiliencia

Variable	*M*	*DE*	*Mdn*	Mín.	Máx.
Resiliencia total	128,40	17,95	129	80	157
Autoeficacia	74,69	11,01	76	49	98
Propósito y sentido de vida	26,22	4,30	27	16	35
Evitación cognitiva	18,53	6,01	19	6	30

Nota. N = 45. *M* = media; *DE* = desviación estándar; *Mdn* = mediana.

Con el fin de caracterizar los niveles de resiliencia de la muestra, los puntajes totales fueron clasificados en tres categorías según los rangos de referencia de la escala.

Tabla 4
Distribución de participantes por nivel de resiliencia

Categoría	Rango	*n*	%
Resiliencia baja	25 – 121	9	20,0
Resiliencia moderada	122 – 147	30	66,7
Resiliencia alta	148 – 175	6	13,3

Nota. N = 45. Los rangos de categorización se establecieron de acuerdo con los criterios de corrección del instrumento RS-25.

Los resultados muestran que la mayoría de los participantes (*n* = 30; 66,7 %) se ubicó en el nivel de resiliencia moderada (122–147), seguidos por quienes presentaron resiliencia baja (*n* = 9; 20 %) y resiliencia alta (*n* = 6; 13,3 %).

Descripción de los niveles de espiritualidad

En relación con la espiritualidad, se analizaron los puntajes correspondientes a la Escala ASPIRES. La dimensión sentimientos religiosos obtuvo una media de *M* = 28,47, con una desviación estándar de 4,42. Estos valores se ubican por debajo del punto medio teórico de la subescala, lo que indica un nivel bajo de sentimientos religiosos en la muestra. Dentro de esta dimensión, la subescala religiosidad presentó una media de 20,07 y una desviación estándar de 5,01. Por su parte, la subescala crisis religiosa presentó una media de 8,40 y una desviación estándar de 3,33.

La dimensión trascendencia espiritual obtuvo una media de *M* = 79,13 y una desviación estándar de 9,88. La media se ubica levemente por encima del punto medio teórico (69), lo que indica un nivel moderado-alto de trascendencia espiritual en la muestra. La subescala realización en la oración, fue la más elevada de las tres subescalas

espirituales con una media de 31,38 y una desviación estándar de 4,72. Con un rango teórico de 10 a 50, la media observada supera el punto medio teórico (30), indicando que los participantes experimentan, en promedio, una conexión espiritual de carácter moderado-alto a través de prácticas contemplativas o de recogimiento. La escala de universalidad obtuvo una media de 25,78 con una desviación estándar de 5,15. Dado que el rango teórico es de 7 a 35, la media observada se sitúa claramente por encima del punto medio (21), reflejando una orientación moderada-alta hacia la búsqueda de significado universal. La subescala conectividad presentó una media de 21,98 y una desviación estándar de 3,99. El rango teórico es de 6 a 30, y la media observada supera el punto medio (18), indicando un nivel moderado de sentido de conexión.

Tabla 5
Estadísticos descriptivos de espiritualidad y sus dimensiones

Escala / Dimensión	*M*	*DE*	*Mdn*	Mín.	Máx.	Rango obs.
Sentimientos religiosos	**28,47**	**4,42**	**27,00**	**20**	**42**	**20–42**
Religiosidad	20,07	5,01	19,00	14	38	14–38
Crisis religiosa	8,40	3,33	8,00	4	17	4–17
Trascendencia espiritual	**79,13**	**9,88**	**81,00**	**57**	**95**	**57–95**
Realización en la oración	31,38	4,73	32,00	22	40	22–40
Universalidad	25,78	5,15	26,00	13	35	13–35
Conectividad	21,98	3,99	22,00	12	29	12–29

Nota. N = 45. *M* = media; *DE* = desviación estándar; *Mdn* = mediana. Las puntuaciones corresponden a la suma directa de ítems. Los ítems 12, 25 y 27 (universalidad) y los ítems 19, 26 y 35 (conectividad) fueron invertidos previamente a la suma. Las filas sombreadas corresponden a puntuaciones dimensionales totales.

Relación entre espiritualidad y resiliencia

Con el fin de determinar la distribución de los datos y seleccionar las pruebas estadísticas apropiadas, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk a las variables espiritualidad y resiliencia. Los resultados evidenciaron que las variables no se ajustaron a una distribución normal, por lo que no se cumplió el supuesto de normalidad requerido para

las pruebas paramétricas. En consecuencia, se optó por el uso de pruebas no paramétricas para el análisis de los datos como el Coeficiente de correlación de Spearman y la prueba de U de Mann-Whitney.

Se analizaron las correlaciones entre la resiliencia total y sus dimensiones (capacidad de autoeficacia, propósito y sentido de vida, y evitación cognitiva) con las dos dimensiones del ASPIRES (sentimientos religiosos y trascendencia espiritual) y sus respectivas subescalas. Para ello, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (*rs*) como estadístico principal.

Sentimientos religiosos y resiliencia

La dimensión sentimientos religiosos no presentó correlaciones estadísticamente significativas con ninguna de las variables de resiliencia (*rs* = .146 con resiliencia Total; *p* = .337). Al analizar sus subescalas, la religiosidad mostró una correlación positiva, pequeña y significativa con la resiliencia Total (*rs* = .298, *p* = .047), siendo la única asociación significativa dentro de esta dimensión. Este resultado sugiere que una mayor participación en prácticas religiosas se asocia levemente con mayores niveles de resiliencia global, aunque la magnitud del efecto es pequeña.

La subescala crisis religiosa mostró correlaciones negativas con todas las variables de resiliencia, aunque ninguna alcanzó significación estadística (*rs* = −.167 con resiliencia Total, *p* = .273). Esta tendencia sugiere que la presencia de conflicto con lo sagrado o con la comunidad religiosa podría asociarse inversamente con la resiliencia, aunque los datos no permiten afirmarlo con certeza estadística en esta muestra.

Trascendencia Espiritual y resiliencia

La dimensión trascendencia espiritual presentó una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa con la Resiliencia Total (*rs* = .316, *p* = .034), lo que indica que mayores niveles de trascendencia espiritual se asocian con mayores niveles de resiliencia en esta muestra.

Dentro de la trascendencia espiritual, la subescala realización en la oración fue la que mostró las asociaciones más fuertes y consistentes. Correlacionó significativamente con la resiliencia Total (*rs* = .432, *p* = .003), con autoeficacia (*rs* = .398, *p* = .007) y con propósito y sentido de vida (*rs* = .337, *p* = .024). Estos resultados sugieren que la capacidad de crear un espacio personal de conexión con una realidad trascendente, expresada a través de la experiencia de la oración u otras prácticas contemplativas, se relaciona de manera consistente con la eficacia personal percibida, el sentido de propósito vital y la resiliencia global.

La subescala universalidad también mostró correlaciones positivas y significativas con la resiliencia total (*rs* = .373, *p* = .012) y con autoeficacia (*rs* = .338, *p* = .023). La creencia en un sentido más amplio de la existencia y en la interconexión de los seres vivos parece operar como un recurso psicológico que potencia la capacidad de afrontamiento y la percepción de eficacia personal.

La subescala conectividad no presentó correlaciones significativas con ninguna variable de resiliencia (*rs* = −.124 con Resiliencia Total, *p* = .417).

Tabla 6

Correlaciones de Spearman (rs) entre las dimensiones del ASPIRES y las dimensiones de la RS-25

Variable ASPIRES	Resiliencia total	Autoeficacia	Propósito y sentido de vida	Evitación cognitiva
Sentimientos religiosos	.146	.118	.113	.018
Religiosidad	.298*	.276	.150	.201
Crisis religiosa	−.167	−.182	−.032	−.196
Trascendencia espiritual	.316*	.243	.214	.121
Realización en la oración	.432**	.398**	.337*	.238
Universalidad	.373*	.338*	.186	.114
Conectividad	−.124	−.214	−.026	−.133

Nota. N = 45. *rs* = coeficiente de correlación de Spearman. * *p* < .05. ** *p* < .01.

Comparación de resiliencia y espiritualidad según especialidad médica

Con el objetivo de comparar los niveles de espiritualidad y resiliencia entre médicos residentes de especialidades quirúrgicas y clínicas, las especialidades se agruparon en dos categorías. Se consideraron quirúrgicas, cirugía general, traumatología, otorrinolaringología, tocoginecología y anestesiología (n = 35), y clínicas clínica médica, cardiología, pediatría, terapia intensiva y bioquímica (n = 10). Este agrupamiento permitió además evitar la fragmentación de la muestra en subgrupos de muy pocos participantes, lo que habría reducido la potencia estadística del análisis.

Para la comparación se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Es una prueba no paramétrica adecuada para comparar dos grupos independientes cuando no puede asumirse la normalidad de las distribuciones, condición especialmente relevante dado el tamaño reducido y desigual de los grupos (Field, 2018).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre residentes de especialidades quirúrgicas y clínicas en resiliencia total (U = 116,0; Z = −1,61; p = ,107; r = ,24) ni en trascendencia espiritual (U = 138,5; Z = −1,00; p = ,319; r = ,15) (Tabla 7). En resiliencia, los residentes de especialidades quirúrgicas presentaron una mediana algo más elevada (*Mdn* = 131) que los de especialidades clínicas (*Mdn* = 122,5). En trascendencia espiritual la tendencia fue inversa: *Mdn* = 79 en quirúrgicas y *Mdn* = 87 en clínicas.

Análisis según adscripción religiosa

Del total de 45 participantes, 31 (68,9 %) indicaron tener una religión y 14 (31,1 %) declararon no tener ninguna. Ambos grupos contaron con tamaños suficientes para la aplicación de estadísticos no paramétricos de comparación entre dos grupos

independientes. La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 7

Resiliencia y trascendencia espiritual según tipo de especialidad

Variable	Grupo	*n*	*M*	*DE*	*Mdn*	Mín.	Máx.	Rango promedio
Resiliencia total	Quirúrgicas	35	130,4	17,9	131,0	82	157	24,69
	Clínicas	10	121,3	17,0	122,5	80	141	17,10
Trascendencia espiritual	Quirúrgicas	35	78,7	15,2	79,0	51	102	21,96
	Clínicas	10	84,5	13,3	87,0	65	105	26,65

Nota. $N = 45$. *DE* = desviación estándar; *Mdn* = mediana. Trascendencia espiritual: puntuación por suma de ítems, rango teórico 23–115. Prueba U de Mann-Whitney: resiliencia total, $U = 116{,}0$, $Z = -1{,}61$, $p = ,107$, $r = ,24$; trascendencia espiritual, $U = 138{,}5$, $Z = -1{,}00$, $p = ,319$, $r = ,15$.

Resiliencia según adscripción religiosa

Los participantes con religión presentaron una resiliencia total significativamente mayor que quienes no tienen religión ($M = 132{,}39$ vs. $M = 119{,}57$; $U = 307.5$, $p = .027$), con un tamaño del efecto moderado ($d = 0{,}75$). Al analizar las dimensiones de la resiliencia, se encontraron diferencias significativas en autoeficacia ($M = 76{,}94$ vs. $M = 69{,}71$; $U = 301{,}5$, $p = .039$, $d = 0{,}68$) y evitación cognitiva ($M = 20{,}03$ vs. $M = 15{,}21$; $U = 320{,}5$, $p = .011$, $d = 0{,}85$), siendo esta última la única dimensión de resiliencia con tamaño del efecto grande. En cambio, la subescala de propósito y sentido de vida no mostró diferencias significativas entre ambos grupos ($M = 26{,}32$ vs. $M = 26{,}00$; $p = .961$, $d = 0{,}07$), siendo prácticamente idénticas entre sí.

Espiritualidad según adscripción religiosa

La dimensión sentimientos religiosos no mostró diferencias significativas a nivel total entre ambos grupos (*M* = 29,00 vs. *M* = 27,29; *U* = 264,5, p = .247). Sin embargo, al analizar sus subescalas, se encontraron diferencias altamente significativas con efectos grandes en ambas. La subescala religiosidad fue notablemente más alta en el grupo con religión (*M* = 21,52 vs*. M* = 16,86; *U* = 354,0*, p* = .001, *d* = 1,02), lo cual resulta esperado dado que esta subescala evalúa la participación activa en prácticas e instituciones religiosas. En sentido inverso, la subescala crisis religiosa fue significativamente más alta en el grupo sin religión (*M* = 10,43 vs. *M* = 7,48; *U* = 108,5, *p* = .008, *d* = -0,96).

La dimensión trascendencia espiritual mostró las diferencias más marcadas del análisis, con el tamaño del efecto más grande de todas las variables estudiadas. El grupo con religión presentó una media significativamente mayor (*M* = 82,55 vs. *M* = 71,57; *U* = 350,5, *p* = .001, *d* = 1,29). A nivel de subescalas, tanto la universalidad (*M* = 27,65 vs. *M* = 21,64; *U* = 352,0, *p* = .001, *d* = 1,38) como la realización en la oración (*M* = 32,71 vs. *M* = 28,43; *U* = 317,5, *p* = .014, *d* = 0,99) mostraron diferencias altamente significativas con efectos grandes. La subescala conectividad, en cambio, no difirió significativamente entre grupos (*M* = 22,19 vs. *M* = 21,50; *U* = 245,0, *p* = .498, *d* = 0,17).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la espiritualidad y la resiliencia en médicos residentes de distintas especialidades médicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. A partir de cuatro hipótesis de trabajo, se exploraron los niveles de ambos constructos, las posibles diferencias según especialidad médica, las asociaciones entre las dimensiones específicas de la espiritualidad y la resiliencia, y las diferencias en ambas variables según la adscripción religiosa de los participantes. Los resultados obtenidos ofrecen una contribución empírica relevante para comprender el rol de

la espiritualidad como recurso psicológico en un grupo profesional caracterizado por una alta demanda emocional y laboral.

La primera hipótesis del estudio planteaba que los niveles de espiritualidad y resiliencia en los médicos residentes se ubicarían en rangos moderados a altos. Esta hipótesis se confirmó parcialmente. En cuanto a la resiliencia, la mayoría de los participantes se ubicó en un nivel moderado, mientras que una proporción menor alcanzó niveles altos o presentó niveles bajos. En conjunto, la muestra se sitúa predominantemente en una zona de resiliencia moderada.

Este hallazgo es consistente con el estudio de Ixta Paque et al. (2025), realizado en México con residentes de un hospital de Gineco Obstetricia, donde los resultados globales también mostraron un nivel medio a alto de resiliencia. Del mismo modo, Shaikh et al. (2022), en un estudio realizado en India con médicos en contexto de pandemia, hallaron que más de la mitad de los participantes presentaba alta resiliencia, lo que en aquel caso puede atribuirse al impacto particular del contexto sanitario de crisis. En el presente estudio, la distribución más centrada en niveles moderados podría reflejar la exposición crónica al estrés laboral durante la formación de residencia, sin el efecto movilizador extremo de una emergencia sanitaria global. Esta interpretación se alinea con la perspectiva de Richardson (2002), quien sostiene que la reintegración al bienestar, sin crecimiento adicional, es el resultado más frecuente cuando los recursos protectores están disponibles, pero no son suficientes para producir una reintegración resiliente de nivel superior.

En relación con la espiritualidad, se observó un patrón diferenciado según la dimensión analizada. La dimensión sentimientos religiosos se ubicó por debajo del punto medio teórico, lo que indica un nivel bajo de participación en prácticas religiosas formales en la muestra. En contraste, la trascendencia espiritual se situó por encima del punto medio teórico, lo que señala un nivel moderado-alto de espiritualidad en su sentido más amplio y existencial.

Esta distinción entre religiosidad baja y trascendencia espiritual moderada-alta es teóricamente relevante. En los médicos residentes, cuya formación profesional implica un contacto cotidiano con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, podría activarse una búsqueda existencial de sentido que no necesariamente se canaliza a través de prácticas religiosas formales. Esta observación es coherente con lo señalado por Koenig (2005), quien plantea que la espiritualidad puede existir totalmente separada de la religión organizada, orientándose hacia la búsqueda de propósito y conexión con algo más grande que uno mismo.

El presente hallazgo también es congruente con el estudio de Moura et al. (2024) realizado en Brasil, en el que los estudiantes de medicina mostraron niveles variables de espiritualidad, y aquellos con mayor trascendencia espiritual reportaron mayor resiliencia y empatía. En conjunto, la primera hipótesis se confirma para la resiliencia y para la dimensión de trascendencia espiritual, aunque no para la religiosidad, que resultó baja. Esto sugiere que en esta población predomina una espiritualidad de tipo existencial y relacional por sobre una de tipo devocional-institucional.

La segunda hipótesis postulaba la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de espiritualidad y resiliencia según la especialidad médica de pertenencia. Esta hipótesis no se confirmó, ya que no se hallaron diferencias entre las especialidades en ninguna de las dos variables. Cabe señalar que el reducido tamaño de varios subgrupos limita la potencia estadística del análisis, por lo que este resultado debe considerarse con cautela.

El estudio de Ixta Paque et al. (2025), con una muestra considerablemente mayor y más diversa en cuanto a especialidades, sí logró identificar diferencias significativas. Allí, la especialidad de urología ginecológica presentó el mayor porcentaje de residentes con baja resiliencia, mientras que ginecología oncológica y biología de la reproducción mostraron niveles altos. Estos autores también concluyeron que los programas de mayor exigencia académico-asistencial tienden a asociarse con niveles más elevados de resiliencia, lo cual

podría interpretarse como una adaptación progresiva a la adversidad crónica. La diferencia entre ambos hallazgos podría deberse, al menos en parte, a las limitaciones de tamaño muestral del presente estudio, que se abordan en el apartado correspondiente.

La ausencia de diferencias en espiritualidad según especialidad también puede comprenderse a la luz del modelo de Piedmont (2004), quien propone que la trascendencia espiritual es una dimensión relativamente estable de la personalidad, de naturaleza transversal a los contextos laborales específicos. En este sentido, es posible que la especialidad médica influya más en las estrategias de afrontamiento situacionales que en los niveles basales de espiritualidad. Futuras investigaciones con muestras representativas por especialidad permitirán clarificar esta cuestión.

La tercera hipótesis postulaba que las dimensiones de espiritualidad, especialmente la conectividad, la universalidad y la realización en la oración, se asociarían positivamente con niveles más altos de resiliencia. Esta hipótesis se confirmó parcialmente.

La subescala realización en la oración fue la que mostró asociaciones más consistentes con la resiliencia. Se relacionó positivamente con la resiliencia total, con la autoeficacia y con el propósito y sentido de vida. Esto sugiere que la capacidad de crear un espacio personal de recogimiento y conexión con una realidad trascendente se vincula con la percepción de eficacia personal, el sentido de propósito vital y la resiliencia global. Este hallazgo es coherente con la conceptualización de Piedmont (1999) sobre la realización en la oración y con los planteos de Koenig (1999) sobre el afrontamiento religioso como estrategia que reduce el impacto emocional del estrés al integrar las experiencias difíciles dentro de un marco de sentido más amplio.

La subescala universalidad también se asoció positivamente con la resiliencia total y con la autoeficacia. Estos resultados sugieren que la creencia en la interconexión de los seres vivos y en un orden que trasciende la comprensión humana podría operar como un recurso que potencia la capacidad de afrontamiento. En el contexto de la medicina, donde el

profesional se enfrenta cotidianamente con el sufrimiento y la muerte, una visión ampliada de la existencia que reconoce la vida como parte de un continuo más vasto podría funcionar como un amortiguador cognitivo y emocional frente a la adversidad. Esta interpretación se apoya en la metáfora de la casa de Vanistendael y Lecomte (2002), quienes ubican el sentido de vida como uno de los pilares fundamentales de la resiliencia.

Sin embargo, contrariamente a lo anticipado, la subescala conectividad no se asoció con ninguna de las variables de resiliencia. Una posible explicación es que las condiciones propias de la residencia dificulten que el sentido de comunidad se experimente como un recurso disponible: el trabajo fragmentado en guardias, la rotación entre servicios y la alta carga horaria pueden obstaculizar la construcción de vínculos comunitarios sólidos y duraderos. Investigaciones futuras podrían indagar en qué medida las condiciones organizacionales de la residencia médica intervienen en la relación entre conectividad y resiliencia.

En cuanto a los sentimientos religiosos, la dimensión global no se asoció con la resiliencia. No obstante, su subescala religiosidad mostró una asociación positiva, aunque de magnitud pequeña, con la resiliencia total, lo que sugiere que la participación en prácticas religiosas formales se vincula levemente con mayores niveles de resiliencia.

En conjunto, los hallazgos indican que la trascendencia espiritual como dimensión global se asocia positivamente con la resiliencia, en línea con estudios previos como el de Hilmy et al. (2024) en Indonesia, que encontraron una relación positiva entre espiritualidad y resiliencia en estudiantes de medicina, aunque la espiritualidad explicaba solo una parte acotada de la variabilidad en resiliencia. De manera similar, Menjivar et al. (2025), en trabajadores de salud de El Salvador, hallaron que a mayor espiritualidad, mayor resiliencia, con la autoconciencia como la dimensión más fuertemente asociada. El presente estudio añade especificidad a este panorama al identificar que, en médicos residentes argentinos, la realización en la oración es la dimensión que se asocia de manera más consistente con la resiliencia.

La cuarta hipótesis postulaba que los médicos residentes con adscripción religiosa presentarían mayores niveles de resiliencia y espiritualidad que aquellos sin adscripción religiosa. Esta hipótesis se confirmó parcialmente. En cuanto a la resiliencia, quienes declararon tener una religión presentaron mayor resiliencia total, así como mayor autoeficacia y evitación cognitiva, siendo esta última la dimensión con la diferencia más marcada. En cambio, no se hallaron diferencias en propósito y sentido de vida.

La mayor evitación cognitiva en el grupo con religión podría interpretarse de manera complementaria a la teoría del afrontamiento religioso propuesta por Pargament (citado en Koenig, 1999). El reconocimiento de los límites del propio control y la capacidad de "entregar" lo incontrolable a una instancia superior puede funcionar como un mecanismo adaptativo que regula la carga emocional, permitiendo al profesional canalizar su energía hacia lo que sí está en su mano. En este sentido, la evitación cognitiva no implicaría una negación de la realidad sino una forma de regulación emocional funcional, coherente con la noción de afrontamiento centrado en el significado propuesta por Folkman (1997).

En cuanto a la espiritualidad, el grupo con religión mostró niveles más altos de trascendencia espiritual, universalidad y realización en la oración, con diferencias de gran magnitud. Estos resultados son consistentes con la conceptualización de Piedmont (2004), que reconoce a los sentimientos religiosos como facilitadores del desarrollo de la trascendencia espiritual, aunque ambos constructos sean teóricamente independientes. En la dimensión sentimientos religiosos, si bien no se hallaron diferencias a nivel global, el grupo con religión presentó mayor religiosidad, mientras que el grupo sin religión presentó mayor crisis religiosa. Este patrón resulta esperable, dado que la religiosidad remite a la participación en prácticas e instituciones religiosas, mientras que la crisis religiosa refleja el conflicto o distanciamiento respecto de lo religioso. Por último, la conectividad no difirió entre grupos, lo cual es coherente con la idea de que esta dimensión responde más a factores interpersonales y contextuales que a la afiliación religiosa en sí misma.

Estos hallazgos son convergentes con los de Akbayram y Keten (2024) en Turquía, quienes hallaron que los estudiantes de medicina que otorgaban mayor importancia a las prácticas religiosas y espirituales reportaron mayor bienestar psicológico, resiliencia y satisfacción con la vida, y concluyeron que la religión y la espiritualidad pueden considerarse factores protectores frente al estrés académico. También se alinean con el estudio de Martínez-Sellés y VanderWeele (2025) en España, quienes encontraron que la religión y la espiritualidad actuaron como factores protectores asociados a mayores niveles de bienestar y florecimiento en residentes de medicina, y que el dominio religioso diferenciaba a quienes reportaban depresión de quienes no.

Finalmente, es importante señalar que los resultados deben interpretarse con cautela dado el diseño transversal y correlacional del estudio, que no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables. No es posible determinar si la espiritualidad promueve la resiliencia, si las personas más resilientes tienden a desarrollar una vida espiritual más activa, o si ambas variables son expresión de una tercera variable subyacente, como la capacidad de regulación emocional o la madurez psicológica. Esta limitación fundamental, junto con otras de carácter metodológico, se aborda en el apartado correspondiente.

Conclusión

El presente estudio se propuso analizar la relación entre la espiritualidad y la resiliencia en médicos residentes de distintas especialidades médicas en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, utilizando instrumentos validados para la población local. Los resultados obtenidos permiten arribar a las siguientes conclusiones.

En primer lugar, los médicos residentes de la muestra presentaron niveles predominantemente moderados de resiliencia, acorde a la Escala RS-25. En cuanto a la espiritualidad, se observó una distinción importante: mientras que la religiosidad formal resultó baja, la trascendencia espiritual (entendida como búsqueda de sentido, conexión y

propósito más allá de lo inmediato) alcanzó niveles moderados a altos. Este perfil es consistente con la noción de que, en contextos de alta demanda emocional como la residencia médica, puede emerger una espiritualidad de tipo existencial, no necesariamente vinculada a prácticas religiosas institucionales.

En segundo lugar, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de resiliencia ni de espiritualidad según la especialidad médica. No obstante, el reducido tamaño de varios subgrupos limita la potencia del análisis, por lo que este resultado debería examinarse en muestras más amplias.

En tercer lugar, en relación con el objetivo central del estudio, se identificó la asociación positiva y significativa entre la trascendencia espiritual y la resiliencia. Dentro de las dimensiones de la espiritualidad, la realización en la oración fue la que mostró las correlaciones más consistentes y de mayor magnitud con la resiliencia total, la autoeficacia y el propósito y sentido de vida. La universalidad también se asoció significativamente con la resiliencia total y la autoeficacia. En contraste, la conectividad no mostró asociaciones con la resiliencia, lo que podría vincularse con las condiciones organizacionales propias de la residencia médica, aspecto que requiere ser explorado en futuras investigaciones.

Finalmente, los residentes con adscripción religiosa presentaron mayores niveles de resiliencia y de trascendencia espiritual que quienes no profesaban ninguna religión, con tamaños del efecto de magnitud moderada a grande, aunque no se observaron diferencias en propósito y sentido de vida ni en conectividad. Estos resultados, coherentes con la literatura internacional, sugieren que la adscripción religiosa podría constituir un recurso asociado a un mejor afrontamiento en poblaciones de alta exigencia profesional.

En síntesis, los resultados de este estudio aportan evidencia empírica sobre el rol de la espiritualidad, en particular en su dimensión trascendente y contemplativa, como recurso psicológico que se asocia positivamente con la capacidad de afrontamiento resiliente en médicos residentes argentinos. Este conocimiento resulta relevante tanto para la

comprensión teórica del bienestar profesional en salud como para el diseño de estrategias de apoyo y promoción del bienestar en los programas de residencia médica.

Aportes y contribuciones

El presente estudio realiza aportes tanto a nivel conceptual como empírico en el campo de la psicología de la salud y el bienestar profesional.

Desde el punto de vista de la originalidad, este trabajo constituye uno de los primeros antecedentes locales que examina simultáneamente la espiritualidad y la resiliencia en médicos residentes de Argentina, utilizando instrumentos validados específicamente para la población argentina: la versión adaptada de la Escala de Resiliencia RS-25 (Rodríguez et al., 2009) y la versión española de la ASPIRES (Simkin, 2017). Esta combinación instrumental, hasta donde se tiene conocimiento no empleada previamente con esta población en el contexto nacional, permite una medición más precisa y culturalmente situada de ambos constructos.

En términos de contribución conceptual, el estudio aporta evidencia sobre la distinción entre religiosidad y trascendencia espiritual en el contexto de la salud profesional. Los hallazgos muestran que, en médicos residentes, la espiritualidad que se asocia con la resiliencia no se limita a la de tipo institucional-devocional, sino que incluye de manera destacada aquella orientada a la búsqueda de sentido, la conexión con lo trascendente y la experiencia contemplativa. Esta distinción tiene implicaciones importantes para el diseño de intervenciones que no presupongan la adscripción religiosa de los participantes, sino que incorporen componentes de mindfulness, reflexión existencial y sentido de propósito accesibles a personas con y sin afiliación religiosa.

Desde una perspectiva aplicada, los resultados de este estudio podrían ser el puntapié para realizar el diseño de programas de promoción del bienestar y prevención del burnout en residentes médicos. La identificación de la realización en la oración y la

universalidad como las dimensiones de espiritualidad más asociadas a la resiliencia permite focalizar las intervenciones en el desarrollo de espacios de recogimiento, reflexión sobre el sentido del trabajo médico y cultivo de una perspectiva existencial amplia, incluso dentro de la estructura de los programas de residencia.

Propuestas de intervención

A partir de los hallazgos del presente estudio, se plantean algunas propuestas orientadas a promover la resiliencia y el bienestar de los médicos residentes. Dado el carácter transversal y correlacional de la investigación, estas propuestas se presentan como líneas de acción tentativas, cuya efectividad deberá ser evaluada en estudios posteriores.

En primer lugar, considerando que la realización en la oración fue la dimensión de la espiritualidad que se asoció de manera más consistente con la resiliencia, se propone la creación de espacios institucionales de pausa y recogimiento dentro de la jornada de residencia. Estos espacios podrían incluir prácticas contemplativas como la meditación, la atención plena (mindfulness) o momentos de silencio y reflexión personal. Deberían diseñarse de modo que resulten accesibles tanto para residentes con adscripción religiosa, que podrían vivirlos como espacios de oración, como para quienes no la tienen.

En segundo lugar, dado que la universalidad se asoció con la resiliencia y la autoeficacia, se sugiere implementar grupos de reflexión sobre el sentido del trabajo médico. En estos espacios, coordinados por profesionales de la salud mental, los residentes podrían elaborar las experiencias vinculadas al sufrimiento, la enfermedad y la muerte de los pacientes, e integrarlas dentro de un marco de sentido más amplio.

En tercer lugar, si bien la conectividad no se asoció con la resiliencia en esta muestra, una posible hipótesis interpretativa, que deberá ser explorada en futuras investigaciones, es que las condiciones organizacionales de la residencia dificulten la construcción de vínculos comunitarios. En este sentido, se propone fortalecer las redes de apoyo entre pares mediante sistemas de tutoría entre residentes de distintos años, espacios

de encuentro fuera del ámbito asistencial y una organización de las rotaciones y guardias que favorezca la continuidad de los equipos de trabajo.

Por último, se propone incorporar contenidos sobre autocuidado, afrontamiento del estrés y dimensión espiritual del cuidado en la formación curricular de las residencias médicas. Esto permitiría que los residentes reconozcan sus propios recursos de afrontamiento, fortalezcan su percepción de autoeficacia y comprendan la dimensión espiritual como parte del cuidado integral, tanto de los pacientes como de sí mismos. Asimismo, se recomienda que cualquiera de estas intervenciones incluya una evaluación de la resiliencia y la espiritualidad antes y después de su implementación, a fin de valorar su impacto.

Limitaciones de la Investigación

El presente estudio presenta diversas limitaciones metodológicas que deben ser consideradas al momento de interpretar y generalizar los hallazgos obtenidos.

En primer lugar, el tamaño muestral reducido (N = 45) constituye la principal limitación del estudio.

En segundo lugar, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones de causalidad entre la espiritualidad y la resiliencia. Las correlaciones halladas no permiten determinar si la espiritualidad favorece el desarrollo de la resiliencia, si los profesionales más resilientes tienden a desarrollar una vida espiritual más activa, o si ambas variables están explicadas por factores terceros no medidos.

En tercer lugar, la marcada predominancia femenina en la muestra (82,2% de género femenino) limita la representatividad de los hallazgos y dificulta la realización de análisis por género. Si bien esta distribución puede reflejar parcialmente la composición real de ciertos servicios, especialmente tocoginecología que concentró casi la mitad de la muestra, la imposibilidad de controlar el efecto del género sobre las variables estudiadas

constituye una limitación relevante, dado que la literatura señala diferencias de género en espiritualidad y estrategias de afrontamiento (Moura et al., 2024).

Finalmente, el uso exclusivo de instrumentos de autoinforme introduce el riesgo de sesgo de deseabilidad social, particularmente en dimensiones vinculadas a la espiritualidad y la religiosidad, que pueden estar sujetas a valoraciones sociales en el entorno médico-científico. La ausencia de medidas objetivas o comportamentales complementarias es una limitación a considerar.

Líneas de investigaciones futuras

Los hallazgos del presente estudio, junto con sus limitaciones, abren múltiples líneas de investigación que podrían enriquecer y ampliar el conocimiento sobre la relación entre espiritualidad y resiliencia en médicos residentes y otros profesionales de la salud en Argentina.

En primer lugar, resulta prioritario replicar este estudio con muestras más amplias y balanceadas por especialidad médica, de manera que sea posible realizar comparaciones estadísticamente potentes entre grupos.

En segundo lugar, sería valioso incorporar diseños longitudinales que permitan analizar la evolución de la resiliencia y la espiritualidad a lo largo de los años de residencia. Dado que la residencia médica es un proceso formativo de varios años de duración, resulta de interés investigar si la espiritualidad aumenta, disminuye o se transforma en función de la acumulación de experiencias clínicas, particularmente aquellas vinculadas al sufrimiento y la muerte.

En tercer lugar, sería de particular interés examinar la relación entre espiritualidad y resiliencia en función del género, dado que la muestra del presente estudio no permitió este análisis por la marcada predominancia femenina.

Asimismo, sería de interés profundizar en el análisis según adscripción religiosa, distinguiendo entre distintas confesiones y entre la mera afiliación y la práctica religiosa activa, con el fin de precisar qué aspectos de la vida religiosa se vinculan con la resiliencia.

Finalmente, el diseño de intervenciones basadas en los hallazgos de este tipo de investigaciones representa una línea de gran valor práctico. Programas de promoción del bienestar que incorporen componentes de desarrollo espiritual podrían ser evaluados en términos de su impacto sobre los niveles de resiliencia y la prevención del burnout en residentes. El diseño de estudios controlados que evalúen la efectividad de dichos programas es una necesidad clara en el campo.

Referencias

Aguirre Pluas, C. M., Cordero Alvarado, N., Castro Jaramillo, W. E., y Arcos Andrade, A. A. (2022). Resilience in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies, 3*(1), 1071–1086. https://doi.org/10.51798/sijis.v3i1.286

Akbayram, H. T., y Keten, H. S. (2024). The relationship between religion, spirituality, psychological well-being, psychological resilience, and life satisfaction of medical students in the Gaziantep, Turkey. *Journal of Religion and Health, 63*, 2847–2859. https://doi.org/10.1007/s10943-024-02027-2

Arrogante, Ó. (2015). Resiliencia en enfermería: Definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería, 24*(4), 232–235. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300009

Borrel Bentz, M. R. (2005). *La educación médica de posgrado en Argentina: El desafío de una nueva práctica educativa.* Organización Panamericana de la Salud.

Bowlby, J. (1992). Continuité et discontinuité: Vulnérabilité et résilience. *Devenir, 4*(1), 7–31.

Ceberio, M. R., y Anaya, S. M. (2021). Vulnerabilidad, resiliencia y familia. En S. M. Anaya y M. C. Drach (Eds.), *Prevención al alcance de todos: El sentido común al rescate* (pp. 31–62). Psicolibro Ediciones.

Comas Armangué, A., y Crespo, J. L. (2021). Resiliencia de profesionales sanitarios en la emergencia COVID-19: Ejes de intervención. *Index de Enfermería, 30*(4), 292–296. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000300004

Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1980). Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age. En P. B. Baltes y O. G. Brim Jr. (Eds.), *Life span development and behavior* (Vol. 3, pp. 65–102). Academic Press.

Cyrulnik, B. (2001). *Los patitos feos: La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.* Gedisa.

Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: Volver a la vida después de un trauma.* Gedisa.

Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma.* Gedisa.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5.ª ed.). Sage.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine, 45*(8), 1207–1221. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00040-3

Fuentes, L. C. (2018). La religiosidad y la espiritualidad: ¿Son conceptos teóricos independientes? *Revista de Psicología, 14*(28), 109–119.

Giordano, S., Nogués, S., y Eroles, C. (2007). *Educación, resiliencia y diversidad: Un enfoque pedagógico y social de intervención con niños, escuela, familia y comunidad.* Espacio.

Gómez Baños, R., Saldaña-Barrientos, S., Orozco-Arellano, M. A., y Rivas-Vega, B. A. (2022). Correlación entre estrés laboral y resiliencia en los médicos residentes de medicina familiar. *Revista Mexicana de Medicina Familiar, 9*(3), 78–85. https://doi.org/10.24875/rmf.21000149

González, J., y Guinart, D. (2011). *Resiliencia: El arte de superar los traumas.* Paidós.

Greifer, A. N. (2004). *Occupational resilience: Protective factors among clinical social workers* [Tesis doctoral, Michigan State University].

Grün, A. (2013). *Las fuentes de la espiritualidad.* Editorial Verbo Divino. https://elibro.net/es/lc/uflo/titulos/62197

Henderson, N., y Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela.* Paidós.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Hilmy, F., Wiyono, N., Hastami, Y., y Munawaroh, S., (2024). Spirituality and resilience in medical students: A cross-sectional study. *International Journal of Interdisciplinary Community Medicine, 5*(1), 41–55. https://doi.org/10.55116/IJICM.v5i1.71

Ixta Paque, A., Hernández-Hernández, M. J., y Roldán-Carrillo, B. E. (2025). Resiliencia en residentes de un hospital de ginecoobstetricia. *Ginecología y Obstetricia de México, 93*(3), 76–85. https://doi.org/10.24245/gom.v93i3.157

The jamovi project. (2024). *jamovi* (Versión 2.6) [Software]. https://www.jamovi.org

Kaye, J., y Raghavan, S. K. (2002). Spirituality in disability and illness. *Journal of Religion and Health, 41*(3), 231–242. https://doi.org/10.1023/A:1020284819593

Koenig, H. G. (1999). *The healing power of faith: How belief and prayer can help you triumph over disease.* Simon & Schuster.

Koenig, H. G. (2005). *Faith and mental health: Religious resources for healing.* Templeton Press.

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry, 2012*, Artículo 278730. https://doi.org/10.5402/2012/278730

Kunzler, A. M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., y Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020*(7), Artículo CD012527. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2

Mader, E., Punski-Hoogervorst, J. L., Kosovsky, H., Pinkhasov, A., Peltier, M., Bloch, B., y Avital, A. (2025). Physiological and psychological resilience among healthcare workers in COVID-19 units—The protective role of religious beliefs. *International Journal of Psychology, 60*(3), e70047. https://doi.org/10.1002/ijop.70047

Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., y Cyrulnik, B. (2005). La resiliencia: Estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: Resistirse y rehacerse* (pp. 15–40). Gedisa.

Mandelbaum, M. (2024). *Bienestar psicológico, resiliencia, espiritualidad y sentido en la vida en adultos mayores* [Tesis doctoral, Universidad de Flores]. Repositorio UFLO. https://hdl.handle.net/20.500.14340/1991

Martínez-Sellés, M., y VanderWeele, T. J. (2025). Mental health, spirituality, and flourishing in new medical residents. *Journal of Clinical Medicine, 14*(20), Artículo 7147. https://doi.org/10.3390/jcm14207147

Martínez Torralba, I., y Vásquez-Bronfman, A. (2006). *La resiliencia invisible: Infancia, inclusión social y tutores de vida.* Gedisa.

Melillo, A., y Suárez Ojeda, E. (Eds.). (2008). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas.* Paidós.

Menjivar, M., Rodríguez, M., López, W., Sarmiento, A., y Feng, A. (2025). Spirituality and resilience in health professionals who provide palliative care. *Palliative Medicine in Practice.* https://doi.org/10.5603/pmp.103982

Mesquita, A. C., Avelino, C. C. V., Barreto, M. N., Nogueira, D. A., Terra, F. de S., y Chaves, É. de C. L. (2014). El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. *Index de Enfermería, 23*(4), 219–223. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006

Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. (2011). *Residencias del equipo de salud: Documento marco.*

Ministerio de Salud, Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. (2012). *Guía para la elaboración de programas de residencia.* https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_elaboracion_de_programas_de_residencia_0.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2026). *Examen integrado 2026.* Argentina.gob.ar. https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/examen-integrado-2026-0

Morales Rodríguez, A. M., Cobos López, G., y Ramos Galindo, E. (2021). Prevención del burnout en enfermería. *SANUM, 5*(1), 62–77.

Moura, A. T., Coriolano, A. M., Kobayasi, R., Pessanha, S., Cruz, H. L., Melo, S. M., Pecly, I. M., Tempski, P., y Martins, M. A. (2024). Is there an association among spirituality, resilience and empathy in medical students? *BMC Medical Education, 24*(1), Artículo 704. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05687-6

Nogueira, E. F., Fernandes, J. P. M., Camargo, G. D., de Assis, V. T., y Scalia, L. A. M. (2024). Spirituality and religiosity in medical practice at a university hospital. *Revista Bioética, 32*(1), Artículo e3695. https://doi.org/10.1590/1983-803420243695en

Okutsu, M. (2012). *Bienestar espiritual y religiosidad: Su relación con la personalidad y apoyo social percibido en pacientes con cáncer de mama. Un estudio exploratorio* [Tesis de maestría, Universidad Favaloro].

Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., y Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(2), 436–448.

Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality, 67*(6), 985–1013. https://doi.org/10.1111/1467-6494.00080

Piedmont, R. L. (2004). *Assessment of spirituality and religious sentiments (ASPIRES): Technical manual* (2.ª ed.). Autor.

Piedmont, R. L. (2009). The contribution of religiousness and spirituality to subjective well-being and satisfaction with life. En M. de Souza, L. J. Francis, J. O'Higgins-Norman y D. Scott (Eds.), *International handbook of education for spirituality, care and wellbeing* (pp. 89–105). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9018-9

Piedmont, R. L. (2012). Overview and development of a measure of numinous constructs: The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) scale. En L. J. Miller (Ed.), *The Oxford handbook of psychology and spirituality* (pp. 104–122). Oxford University Press.

Piedmont, R. L., Magyar-Russell, G. M., DiLella, N., y Matter, S. (2014). Sense of coherence: Big five correlates, spirituality, and incremental validity. *Current Issues in Personality Psychology, 2*(1), 1–9. https://doi.org/10.5114/cipp.2014.43096

Piedmont, R. L., y Wilkins, T. A. (2020). *Understanding the psychological soul of spirituality: A guidebook for research and practice.* Routledge.

Real Academia Española. (s.f.). Resiliencia. En *Diccionario de la lengua española* (edición del tricentenario). Recuperado el 25 de agosto de 2026, de https://dle.rae.es/resiliencia

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307–321. https://doi.org/10.1002/jclp.10020

Rodríguez, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M., y Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Revista Evaluar, 9*(1), 72–82.

Rosmarin, D. H., y Koenig, H. G. (Eds.). (2021). *Handbook of spirituality, religion, and mental health* (2.ª ed.). Academic Press.

Rubio, J. L., y Puig, G. (2015). *Tutores de resiliencia.* Gedisa.

Ruiz-Roa, S. L. (2021). Bienestar espiritual de enfermeros de las unidades de cuidado intensivo en pandemia. *Revista Ciencia y Cuidado, 18*(2), 8–18. https://doi.org/10.22463/17949831.2849

Salgado Lévano, A. C. (2012). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis UNMSM. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3293

Sánchez, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. *Aquichan, 4*(4), 6–9.

Shaikh, T., Dadarwala, D., y Mehta, R. Y. (2022). Correlation of psychological well-being with spirituality and resilience in doctors posted in COVID positive wards: An observational study. *International Journal of Medical Science and Current Research, 5*(4), 95–106. https://www.ijmscr.com/asset/images/uploads/16576034231484.pdf

Silberman, P. (2023). *Residencias médicas en Argentina: Características y desempeño de aspirantes en el examen único y en la adjudicación de plazas durante los años 2020-2022 en Argentina* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de La Plata]. SEDICI. http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/160090

Simkin, H. (2017). Adaptación y validación al español de la Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES): La trascendencia espiritual en el modelo de los cinco factores. *Universitas Psychologica, 16*(2), 1–12.

Sinu, J., Manju, D., y Maneesha, C. (2020). Burnout and resilience among frontline nurses during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in the emergency department of a tertiary care center, North India. *Indian Journal of Critical Care Medicine, 24*(11), 1081–1088. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23667

Torres Contreras, C. C., Vargas-Escobar, L. M., Triana-Rodríguez, J. Y., y Cañon-Montañez, W. (2023). Competencia en cuidado espiritual en enfermería: Revisión integrativa de literatura. *Revista Cuidarte, 14*(2), Artículo e2635. https://doi.org/10.15649/cuidarte.2635

Tuñoque Becerra, J. L. (2022). *Espiritualidad y resiliencia en practicantes pre-profesionales de ciencias de la salud de Lambayeque, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio de Tesis USAT. https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/4351

Vanistendael, S. (1995). *Cómo crecer superando los percances: Resiliencia. Capitalizar las fuerzas del individuo.* Oficina Internacional Católica de la Infancia (BICE).

Vanistendael, S., y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible: Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: Construir la resiliencia.* Gedisa.

Viñas, N. M. (2017). *Las condiciones laborales de los médicos residentes en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires* [Ponencia]. XII Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Wagnild, G. M., y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165–178.

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su afrontamiento* (1.ª ed.). Amorrortu.

Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 5*(4), 503–515. https://doi.org/10.1017/S095457940000612X

Yi, M. S., Mrus, J. M., Wade, T. J., Ho, M. L., Hornung, R. W., Cotton, S., Peterman, A. H., Puchalski, C. M., y Tsevat, J. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine, 21*(Suppl. 5), S21–S27. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00643.x

Anexos

Espiritualidad y Resiliencia en Médicos Residentes

Gracias por tomarte el tiempo para participar de esta encuesta. Dicho formulario forma parte de mi Trabajo Final Integrador (TFI) para la Licenciatura en Psicología en la Universidad de Flores (UFLO).

Consentimiento informado

Me ha sido explicado por los miembros de la Facultad de Psicología y Cs. Sociales de UFLO Universidad, que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre Espiritualidad y Resiliencia en Médicos Residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

Mi participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha explicado que las respuestas que proporcione serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad, y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha expresado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Cs. Sociales de UFLO Universidad y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservando siempre su identidad, conforme a la ley 25.326

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaria de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

¿Confirmas tu consentimiento para dar uso de tus respuestas para la realización del mencionado trabajo? *

- ○ Si

Edad *

- 25 a 30 años
- 30 a 35 años
- 35 a 40 años

Género *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Año de residencia *

- R1
- R2
- R3
- R4
- Jefe de residentes

Especialidad *

Texto de respuesta breve

Horas mensuales de guardia *

Texto de respuesta breve

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Sección 2 de 6

ASPIRES con derechos de autor © 2020 del Center for Professional Studies, LLC. Se prohíbe su reproducción adicional sin la autorización del editor.

Instrucciones: Este cuestionario le preguntará sobre diversas percepciones que usted tiene acerca del mundo y su lugar en él. Conteste cada pregunta en la escala proporcionada marcando la casilla que mejor expresa sus sentimientos. Si no está seguro de su respuesta o cree que la pregunta no es relevante para usted, marque la categoría "Neutral". Por favor trabaje con rapidez, no invierta mucho tiempo pensando acerca de su respuesta a cada ítem. Por lo general la primera respuesta es la mejor respuesta, así que conteste de acuerdo a su primera reacción a cada ítem.

¿Tiene alguna religión? Marque lo que corresponda. *

- Sí, tengo una religión
- No tengo ninguna religión.

¿Cuál es su religión?

Texto de respuesta breve

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección

Sección 3 de 6

Sección I

Descripción (opcional)

1. ¿Con qué frecuencia lee la Biblia, Torá, Corán o las sagradas escrituras de su religión? *

- Nunca
- Una o dos veces al año
- Varias veces al año
- Una vez al mes
- 2 o 3 veces al mes
- Casi todas las semanas
- Varias veces por semana

2. ¿Con qué frecuencia lee otros textos religiosos además de la Biblia, Torá, Corán o las sagradas escrituras de su religión? *

- Nunca
- Una o dos veces al año
- Varias veces al año
- Una vez al mes
- 2 o 3 veces al mes
- Casi todas las semanas
- Varias veces por semana

3. ¿Con qué frecuencia reza? *

- Nunca
- Una o dos veces al año
- Varias veces al año
- Una vez al mes
- 2 o 3 veces al mes
- Casi todas las semanas
- Varias veces por semana

4. ¿Con qué frecuencia concurre a Misa o a las ceremonias propias de su religión? *

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

5. ¿En qué medida tiene usted una relación personal y cercana con Dios? *

- No la tengo
- La tengo poco
- Algo
- Mucho
- Muchisimo

6. ¿Tiene experiencias en las que se siente muy unido a Dios y eso lo fortalece espiritualmente? *

- ○ Nunca
- ○ Casi nunca
- ○ A veces
- ○ Frecuentemente
- ○ Casi siempre

7. ¿Cuán importante son sus creencias religiosas? *

- ○ Extremadamente importantes
- ○ Muy importantes
- ○ Bastante importantes
- ○ No muy importantes
- ○ Casi no tienen importancia
- ○ No son importantes

8. Durante los últimos 12 meses, su interés por la religión y su participación en ella... (4 equivale a "No han cambiado") *

	1	2	3	4	5	6	7	
Han aumentado	○	○	○	○	○	○	○	Han disminuido

9. Siento que Dios me está castigando. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

10. Siento que Dios me abandonó. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

11. No me siento integrado dentro de mi grupo religioso. *

- Muy en desacuerdo
- En desacuerdo
- Neutral
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

12. No quiero incluir a Dios en las decisiones que tomo en mi vida. *

- ○ Muy en desacuerdo
- ○ En desacuerdo
- ○ Neutral
- ○ De acuerdo
- ○ Muy de acuerdo

Sección 4 de 6

Sección II

Por favor, lea las siguientes afirmaciones . A continuación, se le solicita que seleccione la opción que mejor represente su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones presentadas, de acuerdo con la siguiente escala de respuesta: **Muy en desacuerdo (1), En desacuerdo (2), Neutral (3), De acuerdo (4) y Muy de acuerdo (5)**.

1. Cuando rezo y/o medito no siento una profunda felicidad y plenitud. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

2. No me siento conectado con un ser o entidad superior. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

3. No creo que mi vida esté, en algún sentido, conectada íntimamente a toda la humanidad. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

4. Rezo y/o medito para alcanzar un mayor nivel de espiritualidad. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

5. Creo que todas las formas de vida están interconectadas. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

6. Hay un orden en el universo que está por encima del entendimiento humano. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

7. La muerte realmente pone fin a la proximidad emocional con otro. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

8. En la tranquilidad de mis oraciones y/o meditaciones me siento completo, en plenitud. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

9. He hecho cosas en mi vida porque creí que le gustaría a mis seres queridos muertos (abuelo, padre, pareja, amigo fallecido). *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

10. El recuerdo de mis seres queridos muertos siguen influyendo en mi vida actual. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

11. La espiritualidad no es el centro de mi vida. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

12. Encuentro fuerza y/o paz interior en mis oraciones y/o meditaciones. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

13. Aunque hay personas buenas y malas, creo que en general, la gente es mala. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

14. No me siento fuertemente unido a alguien que haya fallecido. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

15. Creo que no existe un plano más elevado de espiritualidad que una a todas las personas. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

16. Aunque algunas personas son difíciles, siento una unión muy especial con toda la humanidad. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

17. Mis oraciones y/o meditaciones me ayudan a crecer como persona. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

18. Rezar y/o meditar no tiene mucho atractivo para mí. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

19. Mis oraciones y/o meditaciones me brindan consuelo. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

20. Siento que en un nivel superior todas las personas tenemos un vínculo en común. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

21. Quiero acercarme cada vez más Dios. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

22. Cuando los otros me elogian por mis éxitos mi satisfacción es mayor. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

23. No me importa demasiado lo que mis seres queridos esperan de mí. *

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	○	○	○	○	○	Muy de acuerdo

Sección 5 de 6

Sección III

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A continuación, se le solicita que seleccione la opción que mejor represente sus sentimientos acorde a cada una de las afirmaciones presentadas, de acuerdo con la siguiente escala de respuesta: **Totalmente en desacuerdo (1), Muy en desacuerdo (2), En desacuerdo (3), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4), De acuerdo (5), Muy de acuerdo (6) y Totalmente de acuerdo (7)**. Por ejemplo, si usted está totalmente en desacuerdo con una afirmación encierre el 1. si usted es neutral encierre 4; y si usted está totalmente de acuerdo encierre 7, etc.

1. Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

2. Usualmente manejo los problemas de distintos modos. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

3. Soy capaz de hacer las cosas por mi mismo sin depender de los demás. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

4. Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mi. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

5. Me basto a mi mismo si lo creo necesario *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

6. siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

7. Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

8. Soy amigable conmigo mismo. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

9. Siento que puedo manejar varias cosas a la vez. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

10. Soy decidido. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

11. Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

12. Hago las cosas de a una por vez. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

13. He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

14. Soy auto-disciplinado *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

15. Mantengo interés por las cosas. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

16. Usualmente encuentro cosas de que reírme. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

17. La confianza en mi mismo me permite pasar los tiempos difíciles. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

18. En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

19. Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

20. A veces yo hago cosas quiera o no. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

21. Mi vida tiene sentido. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

22. No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

24. Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

25. Me siento cómodo si hay gente que no me agrada. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	○	○	○	○	○	○	○	Totalmente de acuerdo

Sección 6 de 6

Sección sin título

Muchas gracias por dedicar su tiempo a completar esta encuesta. Su participación es fundamental y constituye un valioso aporte para el desarrollo de este estudio. La información brindada será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, y permitirá profundizar en la comprensión del tema abordado. Agradecemos sinceramente su colaboración y disposición para participar.

CENTER FOR PROFESSIONAL STUDIES

9603 Deereco Road
#5334
Timonium, MD 21094
Telephone: (410) 929-8178
E-Mail: drralph@thecfps.com

PERMISSION AGREEMENT

Dear Ms. Lombardo:

In response to your recent request, permission is hereby granted to you, Julieta Lombardo, to use the *Spanish Version of the ASPIRES* in your study entitled, "***Spirituality and Resilience in Medical Residents***" subject to the following restrictions: (1) Any and all materials used will contain the following credit line:

"ASPIRES copyrighted 2020 by the Center for Professional Studies, LLC. Further reproduction is prohibited without permission of the Publisher." This line **must appear** before the initial presentation of the items in the survey

(2) None of the materials may be sold or used for purposes other than those described above.

(3) You are permitted to perform 50 administrations of the Spanish version of the ASPIRES Short Form electronically.

(4) A licensing fee for this study will be waved.

(5) Items will be presented in the same order as they appear in the paper version of the instrument.

(6) You will provide Dr. Piedmont with a copy of any publications emerging from this study

(7) This agreement will expire on ONE YEAR FROM DATE OF PURCHASE

Please make two copies of this Permission Agreement. One should be signed and returned to me to indicate your agreement with the above conditions. Keep the other copy for your records.

ACCEPTED AND AGREED:

BY:
Ralph L. Piedmont, Ph.D.

Date: November 23, 2025

BY:
Julieta Lombardo