

La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos

Spirituality and religiosity as a protective factor in depressive women with suicidal risk: expert consensus

Nicole Taha^{3,a}, Ramón Florenzano U.^{2,5,a}, Catalina Sieverson R.^{3,b}, Carolina Aspillaga H.^{3,6}, Lucía Alliende^{3,4}

This document presents the expert consensus produced by a working meeting in Santiago de Chile during 2010 about “The Spirituality and Religiosity as a protective factor in depressive women with Suicidal Risk”. The consensus followed the steps suggested by Delphi methodology. Its results are organized in five areas referent to spiritual/religious interventions: a) setting, b) counselor training, c) elements, d) subjects covered, e) stages. The experts consulted concluded that spiritual and religious aspects need to be considerate in each case, and that in believers can improve progress and prevent relapses at suicidal risk. However in some cases religious can increase the amounts of fault, amplifying the severity and complicating the evolution.

Key words: Depression, suicidal risk, spiritual intervention.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (4): 347-360

Introducción

La depresión es el trastorno afectivo más frecuentemente informado por los sistemas de registro del Ministerio de Salud de Chile (MIN-SAL). El intento suicida, en estos casos, tiene una

alta tasa de reincidencia; un 16,6% del total de pacientes tratados en servicios psiquiátricos por actos para-suicidas, repiten la conducta dentro doce meses siguientes¹. El trastorno depresivo presenta una prevalencia del 7% en mujeres y el 98% de las mujeres atendidas por patologías mentales, inclui-

Recibido: 27/07/2011

Aprobado: 29/12/2011

Proyecto N° 1100731 financiado con un subsidio del Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile (FONDECYT).

¹ Médico.

² Psiquiatra.

³ Psicólogo.

⁴ Tesista.

⁵ Magister en Salud Pública.

⁶ Becaria Conicyt de Doctorado

^a Hospital del Salvador

^b Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo.

das dentro de GES (Garantías Explícitas de Salud^a), presenta un cuadro depresivo². Este trastorno es el que conlleva con mayor frecuencia a conductas suicidas³.

De acuerdo a la Encuesta Bicentenario PUC –Adimark (2010)– la mayoría de los chilenos profesan alguna religión, y las mujeres presentan un porcentaje mayor de creencias religiosas⁴. En el caso de los profesionales chilenos de salud mental, un 66% de los psicólogos y un 58% de los psiquiatras se declara creyente. El porcentaje mayor de profesionales católicos se encuentra entre los psicólogos, y el menor entre los psicoanalistas⁵.

La literatura señala que la espiritualidad y religiosidad pueden prevenir las conductas suicidas en muchos casos, aunque en algunos puede representar un factor de riesgo^{6,7}. Este posible rol protector de la espiritualidad y la religiosidad (ER) en la disminución de conductas suicidas fue conceptualizada por Durkheim y durante la última década se ha convertido en un área de interés para la psicología académica⁸. De hecho la Asociación Psicológica Americana (APA) creó un grupo especial (División 36) centrada en la llamada *Psicología de la Religión*, que tiene reuniones anuales, un boletín y realiza eventos internacionales al respecto.

La investigación actual ha documentado vías biológicas que intermedian la utilidad de las aproximaciones espirituales a diversas condiciones médicas, lo que abre la posibilidad de que el acompañamiento espiritual sea una intervención psicosocial en el tratamiento de patologías tanto médicas como mentales⁹.

Comstock y Partridge¹⁰, encontraron que la tasa de suicidio en aquellas personas que asisten semanalmente a oficios religiosos era del 11%, en comparación con el 29% en aquellas que asistían con menor frecuencia. Bainbridge¹¹, comparó la tasa de suicidio en 120 áreas norteamericanas donde había participación en alguna comunidad religiosa y encontró una correlación negativa -0,40 en personas que participan en la iglesia. Identificó que

las tasas de suicidio se correlacionan también con las tasas de divorcio, sugiriendo que el efecto de la participación religiosa puede explicarse, en parte, por las bajas tasas de divorcio de los miembros de la Iglesia. Kay and Frances¹², trabajaron con una base de datos de 33.135 jóvenes entre 13 y 15 años de edad en Inglaterra y Gales, que habían hecho intentos suicidas y que participaban de la Iglesia, encontrando que la asistencia a oficios protegía significativamente del suicidio. Cotton, Zebracki et al, en su revisión de la literatura¹³ se refirieron al *coping* (religiosidad proximal) y a la asistencia a servicios religiosos (religiosidad distal), observando que ambas estaban positivamente correlacionados con los resultados en salud.

Los resultados del consenso de expertos aquí presentado, respecto del rol de la ER en el tratamiento de mujeres depresivas con riesgo suicida, son uno de los componentes del proyecto Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Chile N° 1100731 “La Espiritualidad y Religiosidad como Factor Protector en Mujeres Depresivas con Riesgo Suicida”. La hipótesis es que al agregar un componente ER dentro de una intervención integral disminuiría el riesgo de nuevas conductas suicidas. El objetivo del proyecto es diseñar una intervención con un componente religioso o espiritual, dirigida a mujeres depresivas con riesgo suicida (ideación y/o intento) que consulten en un Hospital General de Santiago de Chile y que acepten recibirla.

Esta publicación presenta el consenso elaborado por los expertos convocados, que establece el rol de las creencias y prácticas religiosas en la salud mental, como también, informar del diseño de una intervención espiritual/religiosa (ER) con foco en la prevención secundaria.

Metodología

Se convocó a un grupo de expertos, que asistió a dos reuniones presenciales e interactuaron por me-

^aEl Sistema de Salud de Chile cuenta con un sistema que garantiza, a todos los afiliados al sistema público o privado, el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, en caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud listados por el Ministerio de Salud para este sistema de garantías.

dio de correos electrónicos, con el objetivo de generar un debate trans-profesional e inter-disciplinario para llegar a un consenso que represente su punto de vista en depresión, suicidalidad, temas de género y creencias y prácticas espirituales y religiosas. Este documento se plantea como una contribución al conocimiento del tema para los profesionales de la salud mental y agentes religiosos.

Se utilizó el *Método Delphi*^b siguiendo sus cuatro fases: 1) Formulación del problema; 2) Elección del grupo de expertos; 3) Construcción y aplicación de cuestionarios para obtener la opinión de los expertos; 4) Resultados consensuados por interacción entre ellos. Así, primero se seleccionó al comité de expertos, conformado por cuatro a cinco expertos en las siguientes temáticas: *trastornos afectivos, comportamiento suicida, género y creencias y prácticas espirituales y religiosas*.

El formato de las dos reuniones fue semejante: se comenzaba con breves presentaciones del equipo de investigación y de algunos de los miembros del grupo de expertos. Después de un descanso, se abría un debate amplio acerca de los temas expuestos, y formulaban conclusiones. El debate era registrado por un grupo de investigadores que luego redactaba las conclusiones de la sesión, que eran enviados a cada miembro del panel de expertos. En total cada sesión duraba tres horas. En la primera reunión^c, se convocó a 16 expertos, de los cuales asistieron 12 (el anexo 1 lista sus características profesionales). Durante esta convocatoria se discutió y aprobó el método que se utilizaría para dirigir los trabajos. Dentro de los temas tratados en esta sesión, se encuentra:

- a) Presentación del proyecto: resultados preliminares de las investigaciones en curso: análisis retrospectivo de una base de datos del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, de mujeres tratadas entre los años 2004 y 2009 (n = 2.000).
- b) Presentación de la metodología y pasos a seguir en la reunión:

- La organización del panel y la función de los expertos convocados y del equipo de investigadores.
- El tipo de investigación y los métodos utilizados para la obtención de datos.
- El plan de trabajo del proyecto, la organización de los próximos cuestionarios y reunión con el panel de expertos.

- c) Grupos de discusión y primeros lineamientos: los participantes se agruparon según área de experticia (comportamiento suicida, depresión, género, religiosidad/espiritualidad) para discutir y desarrollar lineamientos según preguntas entregadas.
- d) Plenario: exposición de los primeros lineamientos. Un representante por grupo expuso los primeros consensos sobre el aporte de la espiritualidad y religiosidad a la prevención de la repetición de intentos o ideación suicida.

En base a esta primera reunión, el equipo de investigadores elaboró dos cuestionarios que fueron respondidos por los participantes de la reunión inicial por correo electrónico. El primero fue diseñado con preguntas abiertas para recoger opiniones e inquietudes expresadas en la primera reunión y el segundo se construyó en base a escala Likert. En una segunda reunión^d se revisó el pre-informe de la reunión anterior. Se entregó el informe de resultados de los cuestionarios (anexo 2) respondidos por los expertos. Después cada subgrupo estuvo integrado por un representante de cada área de experticia y tuvo que responder a preguntas entregadas por el equipo del proyecto (anexo 3). Posteriormente, los dos grupos expusieron el consenso de recomendaciones para el diseño de una intervención religiosa/espiritual. Finalmente, se envió un borrador del consenso a los expertos, quienes enviaron a su vez, correcciones y comentarios al documento.

^bMetodología de investigación multidisciplinar destinada a realizar pronósticos y predicciones a través de un consenso basado en la discusión entre expertos.

^cRealizada el 27 de Febrero de 2010.

^dRealizada el 17 de Enero de 2011

Resultados

La opinión de los expertos acerca del diseño de una intervención ER en casos de depresión con riesgo suicida, consideró que la espiritualidad y religiosidad son elementos adicionales útiles y complementarios a las intervenciones psicosociales habituales.

Aspectos éticos y encuadre de la intervención

Se subraya que al realizar una intervención ER es necesario resguardar aspectos éticos y determinar el encuadre. Las pacientes deben conocer componentes tales como: voluntariedad de participación, consentimiento informado, tratamiento médico y farmacológico, terapia y acompañamiento ER. Esta debe plantearse como una invitación para que la paciente decida si desea acceder a ella. Debe proporcionar una acogida, que es muy necesaria para estas pacientes, a causa de la frecuencia de sentimientos de vacío, de inferioridad y la pérdida de la confianza en sí mismas. La persona que realiza el acompañamiento ER debe trabajar en conjunto con el equipo clínico, de manera de llevar a cabo un trabajo colaborativo y multidisciplinario.

Antes de comenzar la intervención ER, dada la frecuencia de los trastornos depresivos, ya señalada por la OMS¹⁴, se debe confirmar el diagnóstico de trastorno depresivo, su tipo y evaluar la presencia de algún trastorno de personalidad, ya que ambos complejizan la intervención y permiten, a su vez, definir estrategias de abordaje y modos específicos de relacionarse con la paciente.

Es fundamental evaluar las características socio-demográficas, clínicas y la historia vital de la paciente y de su familia. En base al entorno familiar y de la red de apoyo más cercana, se pueden distinguir tanto factores protectores como de riesgo. Brown & Harris¹⁵, demostraron que hay factores sociales que contribuyen a la depresión y construyeron el *modelo del estrés y vulnerabilidad*, que distingue factores patógenos, de vulnerabilidad y de la formación de síntomas depresivos. Estos factores de riesgo se pueden complementar con dos tipos de factores protectores; aquellos que

mitigan directamente el efecto del estrés y aquellos que actúan independientemente y que tienen un efecto mayor, ya que contrarrestan los efectos de los factores de vulnerabilidad de larga data¹⁶.

Debido a la evolución conocida de la sintomatología de los cuadros depresivos, es fundamental considerar el momento en que se realiza cada intervención. Las pacientes depresivas describen un estado de profunda oscuridad, un estado parecido a la muerte, donde es importante una mirada existencial¹⁷. Existen momentos de urgencia en los cuadros depresivos donde los expertos aconsejan aún no intervenir, así como existen diferencias en la intervención con pacientes hospitalizados y ambulatorios. En el primer caso, es posible monitorear la evolución del cuadro depresivo permanentemente. En el segundo, se debe manejar con cautela, dado que el seguimiento de la paciente es menos continuo.

Es importante considerar la frecuencia de altos montos de culpa y de sentimientos de inferioridad que presentan algunos pacientes depresivos y tomar en cuenta siempre la posibilidad de que el acompañamiento religioso pueda aumentar estos sentimientos. Hay estudios que demuestran que los síntomas de trastornos del ánimo pueden estar acompañados por descontento religioso que se manifiestan en sentimientos negativos hacia Dios o la sensación de haber sido abandonado por la divinidad¹⁷.

Hackney & Sanders¹⁸, distinguen tres dimensiones de la religiosidad: la institucional (por ejemplo: asistir a la iglesia), la ideológica (por ejemplo: teologías) y la devoción personal (por ejemplo: motivación intrínseca religiosa). Observaron que la dimensión institucional se relacionaba con mayores niveles de angustia y que la devoción personal se asociaba a grados menores de ella. En este sentido, se debe indagar cuáles son las creencias, conceptos y expectativas en torno a lo ER y determinar si es el momento adecuado para intervenir y trabajar en el cambio de las cogniciones asociadas a estos sentimientos.

Características y formación del interventor

Es importante que el equipo multidisciplinario conozca la disponibilidad de las redes de apoyo y

los recursos espirituales locales: grupos de apoyo parroquiales, pastoral hospitalaria, congregaciones, comunidades religiosas, familiares creyentes, lecturas disponibles, entre otras. Se ha evidenciado que cerca de un cuarto de las personas con diagnóstico psiquiátrico han buscado ayuda religiosa y/o espiritual antes de solicitar ayuda con profesionales de la salud¹⁹. En este sentido, los agentes pastorales pueden contribuir informando a los clínicos acerca de la evolución de los pacientes. El comité de expertos insiste en explicitar la necesidad de una capacitación integral por parte del equipo.

Generalmente, los agentes espirituales no están entrenados para proveer servicios de salud mental, pero sí para dar cuidados pastorales²⁰ y por eso, quien realiza la intervención ER debe estar capacitado para llevar a cabo el acompañamiento^e, así como debe estar en conocimiento de criterios los clínicos y la conveniencia de realizar la intervención. Una persona que participa de algún grupo religioso y que es entrenada en salud mental puede establecer una relación especial con la paciente²¹. Por tanto, quienes acompañen espiritualmente, deben ser capacitados para ello, ya que de esta manera se aseguran criterios uniformes y estandarizados. Estos aspectos se deben tener en cuenta en selección de las personas que realizarán el acompañamiento ER, como también la necesidad de supervisión del proceso.

Quien muchas veces lidera al equipo de intervención y orienta acerca de la pertinencia de la intervención ER, es el médico tratante, configurando “la puerta de entrada” para un acompañamiento ER en el trabajo individual. Por tanto, debe primar el criterio clínico. El acompañante espiritual, idealmente, debe compartir creencias religiosas con la paciente y ser miembro de una comunidad religiosa y no ser un clínico, de manera de evitar posibles mediaciones o intervenciones que no son propias de un acompañamiento ER, que puedan interferir el tratamiento paralelo.

Los conocimientos de quien realiza la intervención ER deben versar acerca de: a) prácticas y creencias espirituales y religiosas en general, independientemente de las propias; b) estrategias de acercamiento e intervenciones específicas desde la propia religión; c) trastornos afectivos, fases y sintomatología de la depresión; d) Suicidio: características, intervenciones preventivas y post-preventivas; e) diferencias por género.

En relación a las capacidades y habilidades del interventor éste debe contar con la capacidad de vincularse con distintas intervenciones, conocerlas y ser capaz de precisar la estructura de intervención más adecuada a la paciente. Además, debe saber establecer el inicio, el desarrollo y el cierre del proceso, para diferenciar claramente los momentos de vinculación y desvinculación de la paciente. Independientemente de la religión o creencias del interventor, las características con las que éste debe contar son transversales:

- *Capacidad de escucha activa*²², tal como las han definido Hill y O'Brien, a fin de lograr una comunicación efectiva y entender al paciente desde su propio punto de vista, identificando también los sentimientos, ideas y pensamientos subyacentes en su discurso y así lograr una relación de ayuda. Para esto es necesaria la *empatía* que contribuye a su vez a no imponer contenidos en el discurso, a no confrontar en momentos en que necesita sentirse acogida y evitar conductas defensivas.
- *El conocimiento de los fundamentos de su propia tradición y seguridad en ellos*²², tenderá a producir seguridad en la paciente. La inseguridad del acompañante respecto de su fe motivaría conductas defensivas y podría sostener visiones contrastantes como si éstas fueran enriquecedoras.
- *Flexibilidad* ante las distintas creencias y/o prácticas ER. Es decir, “*firme en el fondo y flexible en la forma*”. La flexibilidad se incrementa

^eEn el Ministerio de Salud de Chile existe una Unidad de Acompañamiento Espiritual, que se ha enfocado en la *Humanización del Servicio* intentando brindar una atención integral en Salud. Esta unidad es de carácter inter-denominacional y capacita a nivel nacional a las personas que realizan este tipo de trabajo.

con los conocimientos y la seguridad acerca de las diferentes creencias y prácticas ER y con la seguridad que tenga el acompañante en relación a las propias, centrándose en la dignidad de la persona independiente de sus creencias y prácticas ER y el compromiso absoluto de confidencialidad.

- *Habilidades y prácticas contemplativas*, es decir, habilidad para la meditación y oración, la asertividad para seleccionar las herramientas y estrategias pertinentes para llevarlas a cabo y la periodicidad con que realice las prácticas ER²², permitirán al interventor escoger para cada paciente el mejor modo de acompañamiento.
- *No transmitir verdades como si fueran absolutas*, debido a que la depresión puede volver frágiles las creencias y prácticas ER en la paciente y promover angustia en algunas personas o incluso alejarlas de sus creencias.

Formato y foco de la intervención ER

Se plantea que las intervenciones con pacientes depresivas deben ser individuales y se aplica la misma aseveración a las intervenciones ER al menos en un nivel inicial ya que deben tener una connotación de acogida y contención personalizadas. Una intervención de carácter grupal puede ser iatrogénica por el contagio emocional que se produce entre este tipo de pacientes. Los expertos plantean que debe ser individual, ya que una grupal en la fase inicial del cuadro depresivo no permite contención, ni el diseño de una intervención de las particularidades de cada paciente. Si se decidiera hacer una intervención grupal, se aconseja que ésta comience después de un diagnóstico acabado de cada paciente.

Para el diseño de la intervención ER es necesario: a) contar con el antedicho equipo multidisciplinario, diferenciando el rol de cada uno de los interventores; b) definir claramente los objetivos de la intervención, tiempos e indicadores para evaluar cómo progresa la intervención; c) delimitar el encuadre (*setting*) para evitar situaciones de riesgo: qué hacer, a quién acudir, etc., por ej.: mantener un contacto fluido entre tratante y la persona que realiza el acompañamiento espiritual; y d) contar con

un tratamiento integral: farmacoterapia, terapia y acompañamiento ER.

En relación al paciente, es necesario a) evaluar los recursos con los que cuenta y las estrategias de abordaje, considerando los tiempos (*timing*), la capacidad de contacto, la empatía y las defensas; b) trabajar sobre la base de experiencias de éxito en la resolución de problemas y recursos personales que le han permitido enfrentar adecuadamente los conflictos en la paciente.

Para una adecuada construcción de una intervención ER se debe considerar a) la estrategia de intervención que se utilizará, ya sea acompañamiento mediante presencia, oración y/o contención, ajustado a las necesidades de la paciente; b) la frecuencia, que puede ser semanal, quincenal o mensual; c) previo a la intervención, se debe precisar qué momento de la evolución de la enfermedad está cursando la paciente para determinar el modo de intervención; d) especificación y encuadre de la intervención, y los participantes de ella para que ésta no se transforme en una intervención psicosocial o psicoterapéutica; e) especificación del nivel de desarrollo espiritual que tiene el interventor; y f) cuidar aspectos de “religiosidad patológica” que pueda tener quien realiza la intervención ER.

Contenidos a tratar en la intervención

- Cuadro depresivo y sus posibles repercusiones*: se debe conocer en qué consiste el cuadro de los trastornos depresivos incluyendo los deseos de muerte y/o ideación suicida, intento suicida y también probabilidades de recuperación. En este sentido, se debe insistir en la necesidad de compartir las ideas suicidas y evitar que la paciente esté sola, clarificando que su ideación suicida es parte de un proceso patológico y que por lo tanto debe buscar ayuda médica y de otro tipo para poder mejorar. Se debe hablar sobre aquellos pensamientos y sentimientos recurrentes de culpa que aquejan a la persona, así como delirios de hipocondría o ruina.
- Futuro sano*: la intervención religiosa debe apuntar a la recuperación del sentido de vida y lo trascendente. Sobre todo, es necesario devolver la esperanza, pues la persona depresiva se

caracteriza por su desesperanza y una visión negativa del futuro. Al apuntar hacia el sentido de vida, se debe explorar el significado de la vida, de la muerte en ella y aumentar la fortaleza a la hora de enfrentar el cuadro depresivo, como también dejarse ayudar en ese aspecto.

- c) *La pregunta por el sentido, el para qué*: el acompañamiento espiritual brinda contención mediante la búsqueda del sentido de vida. Así como las personas depresivas tienen una visión negativa acerca del futuro, la tienen también acerca del mundo y acerca de ellos mismos²³. El acompañamiento ER aborda estas visiones trabajando, en primera instancia, el “por qué” seguir viviendo y, en segunda, “para qué” seguir viviendo. Al abordar el “por qué” y el “para qué”, se pueden reforzar los lazos afectivos y la necesidad que otras personas tienen de ella. El interventor debe ir descubriendo y desarrollando los factores protectores y de autocuidado, como también desarrollar estrategias cognitivas, emocionales y conductuales en la paciente.
- d) *El deber*: las pacientes depresivas pueden tener un marcado sentido del deber acerca de sus roles, prácticas y costumbres, como muestran los estudios sobre el carácter melancólico de Tellenbach²⁴. Cuando este deber se torna severo e inflexible se generan sentimientos profundos de culpa y se debe trabajar en disminuir estos

sentimientos, al mismo tiempo que se va descubriendo y construyendo el sentido de vida. Se recomienda plantear el período de vida en el que se encuentra la paciente con sus implicancias, necesidades y desafíos, a la vez que plantear aquellas cosas que la paciente considera “pendientes” o no realizadas, y acompañarle en su proceso de realización.

- e) *Género*: en mujeres con ideación o intento suicida, el abandono, los problemas de pareja, con figuras masculinas, son frecuentes. El riesgo suicida da cuenta de una pérdida, de falta de amor, de protección y seguridad. Muchas mujeres necesitan ser contenidas, amadas y no sentirse solas. Las temáticas de género que se deben abordar son: manejo del poder, sumisión, autoestima, auto-concepto como mujer, proyecto personal, conciliación entre las distintas áreas de la vida, manejo de los sentimientos de culpa y énfasis en la búsqueda de la felicidad. Es de importancia plantear el sufrimiento como parte de la vida y no como constitutivo de su condición de mujer.

Fases de la intervención

Se proponen tres fases para realizar una intervención ER, y no un número de sesiones determinado, a propósito de la personalización del diseño de la intervención.

Tabla 1. Características de una intervención espiritual

Fase	Características
a) Fase de contención	<ul style="list-style-type: none"> • Individual • Identificación de conflictos principales • Escucha empática • Aceptación incondicional y apoyo
b) Fase de acompañamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Individual o grupal • Trabajo con los aspectos más críticos que generan culpa • Trabajo en conflictos más específicos • Inclusión de elementos religiosos como lecturas guiadas, meditación y oración • Énfasis en ayudar a la persona a recuperar su sentido de la vida y personalizar el proceso de fe
c) Fase de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar y ampliar redes de apoyo espiritual para la paciente, ya sea Iglesias o congregaciones religiosas donde pueda seguir desarrollándose, si así lo quiere • Motivar y empoderar a la paciente para una búsqueda espiritual

Conclusiones

Los expertos consideran la espiritualidad y religiosidad como elementos adicionales y complementarios a las intervenciones psicosociales tradicionales, para un mejor manejo de los cuadros depresivos con riesgo suicida.

Existe un creciente interés en la psicología de la religión y hay evidencia que destaca el rol protector de la espiritualidad y religiosidad en la salud y bienestar en general, sea físico o mental. Se enfatiza la integración de estos elementos y no sólo el reconocimiento de una interfase y mutua influencia, si no que se propone un trabajo interdisciplinario y de cooperación.

Paradójicamente, el entrenamiento habitual para aquellas personas dedicadas especialmente al acompañamiento de enfermos –en general– y a los cuidados paliativos –en particular– se centran en un acompañamiento a personas que no quieren morir, para lograr el mayor bienestar posible en el último tiempo y preparar la muerte. Sin embargo, en los casos de depresión y riesgo suicida, el acompañamiento cobra otra forma y sentido, al centrarse en enfrentar y trabajar con aquellos sentimientos y circunstancias que pudieran haber llevado a una persona a intentar quitarse la vida, es decir, el acompañamiento se centra en devolver las ganas de vivir.

Se señala también que la persona que realiza el acompañamiento ER no debiera ser un profesional de la salud, para evitar que se superpongan intervenciones. El acompañamiento ER debiera ser realizado por una persona diferente a quien realiza las intervenciones clínicas y farmacológicas, debe estar calificada y entrenada para este tipo de acompañamientos. La depresión con riesgo suicida tiene un determinado curso y las personas, generalmente, cargan con altos montos de culpa, sumada una profunda desesperanza. Es por esto que, quien realiza el acompañamiento ER debe tener tanto un entrenamiento teórico acerca de la patología, su

desarrollo, factores de riesgo y protectores, como también uno práctico sobre qué estrategias utilizar y cómo llevar a cabo un trabajo interdisciplinario en estos casos.

El formato del acompañamiento ER debe ser diseñado especialmente para cada persona (sin descartar que pueda haber sesiones de acompañamiento grupal). En primer lugar, porque permite que la misma persona sea la que busque el apoyo. En segundo, porque si bien existe evidencia de que los elementos ER contribuyen a la mejoría de pacientes depresivos con riesgo suicida, hay elementos ER que pudieran actuar como factores de riesgo, dependiendo de cada caso (por ejemplo, generando o aumentando la culpa o desesperanza). En tercer lugar, porque las creencias y prácticas ER pueden describirse como relaciones personales con *lo trascendente*. El diseñar una intervención para cada paciente, pudiera traer mayores beneficios si se centra en las características de esa relación personal con lo trascendente.

Debido a los altos montos de culpa, sentimientos de tristeza, vacío e inferioridad que generalmente presentan las pacientes depresivas, los expertos ponen énfasis en que la intervención ER tenga carácter de invitación y acogida. Se propone incorporar en los contenidos las características de un cuadro depresivo y las características propias del cuadro de la paciente, con el objetivo de que se sienta aceptada en su condición de vida actual. Asimismo, se propone integrar temáticas relacionadas con el deber y género, ya que se observa que guardan relación con los sentimientos de culpa asociados al cuadro depresivo.

Otro tipo de contenidos a abordar en la intervención tienen relación con los sentimientos de desesperanza acerca de ellas mismas, del mundo y del futuro, motivando a la paciente hacia la espiritualidad hablándole de un futuro sano en relación con lo trascendente, como también en el sentido de vida en base a experiencias exitosas, que den cuenta del por qué y para qué seguir viviendo.

Resumen

Se presenta un consenso de expertos sobre “La Espiritualidad y Religiosidad como Factor Protector en Mujeres Depresivas con Riesgo Suicida”, que se obtuvo utilizando una metodología Delphi. Sus resultados se han organizado en cinco áreas enfocadas en aspectos referentes al diseño de una intervención espiritual/religiosa: a) encuadre; b) características y formación del interventor, c) elementos a resguardar, d) contenidos y e) fases. Se concluye que los aspectos espirituales y religiosos deben considerarse en cada caso, y que un acompañamiento en pacientes creyentes puede mejorar su evolución y prevenir nuevos episodios de de riesgo suicida. En algunos casos la religiosidad pudiera aumentar los montos de culpa, aumentando la severidad y complejidad del cuadro clínico.

Palabras clave: Depresión, riesgo suicida, intervención espiritual.

Referencias

1. Smith TB, Bartz J, Richards PS: Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A metaanalytic review. *Psychotherapy Research* 2007; 17 (6): 643-55.
2. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson F, Grant BF. Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Epidemiological Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1097-106.
3. Salvo, L. y Melipillán, A. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2008; 46 (2): 115-23.
4. Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile y CEP Adimark. Encuesta Nacional Bicentenario 2010 PUC Adimark.
5. Florenzano R, Cataldo E, Ojeda H, Taha N, Prado M, Hirmas C. (Noviembre, 2010) Religiosity of psychotherapists in Santiago de Chile: results of a survey International Symposium on Psychiatry & Religious Experience. Ávila, España.
6. Girard G. (Agosto, 2010). Espiritualidad y suicidio en adolescencia y juventud ¿Factor protector o factor de riesgo? II Congreso Iberoamericano y del Caribe de Adolescencia y Juventud. Lima, Perú.
7. Dervic K, Oquendo M, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious Affiliation and Suicide Attempt. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2303-8.
8. Smith TB, Bartz J, Richards PS. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research* 2007; 17 (6): 643-55.
9. Seeman TE, Fagan Dubin L, Seeman M. Religiosity/Spirituality and Health: a critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist* 2003; 58: 53-63.
10. Comstock GW, Partridge KB. Church attendance and health. *J Chronic Diseases* 1972; 25: 662-72.
11. Bainbridge WS. *The Sociology of Religious Movements*. New York, Routledge, 1997(44).
12. Kay WK, Frances LJ. Suicidal Ideation among young people in the UK: Church Going as an inhibitory influence. *Mental Health, Religion and Culture* 2006; 9 (2): 127-40.
13. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL, Tsevat J, Drotar D. Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *J Adolescent Health* 2006; 38472-80.
14. Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 2001. Burden of mental and behavioral disorders*. Cap. Génova, Suiza: OMS: 2001.
15. Brown GH, Harris T. *Social Origins of Depression; A Study of Psychiatric Disorder in Woman*. Londres: Tavistock; 1978.
16. Cohen S, Wills, TA. Stress, social support, and the bufferinf hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98: 310-57.
17. Braam A. (2007) *Religion/Spirituality and Mood*

Disorders. En: P. Huguelet & H. Koenig (Eds.) Religion and Spirituality in Psychiatry (pp. 97-113). Cambridge University Press.

18. Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. *J Sci Study Reig* 2003; 42: 43-55.

19. Wang PS, Berlung PA, Kessler RC. Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Serv Res* 2003; 38 (2): 647-73.

20. Moore T. Care for the soul-A guide for cultivating depth and sacredness in everyday life. Nueva York: Harper Paperbacks; 1994.

21. McKinney, M. (2007) Community Psychiatry and Religion. En: P. Huguelet & H. Koenig (Eds.) Religion and Spirituality in Psychiatry (pp. 97-113). Cambridge University Press.

22. Hill C, O'Brien K. Helping skills. Facilitating Exploration, Insight, and Action. Washington DC: American Psychological Association; 2003.

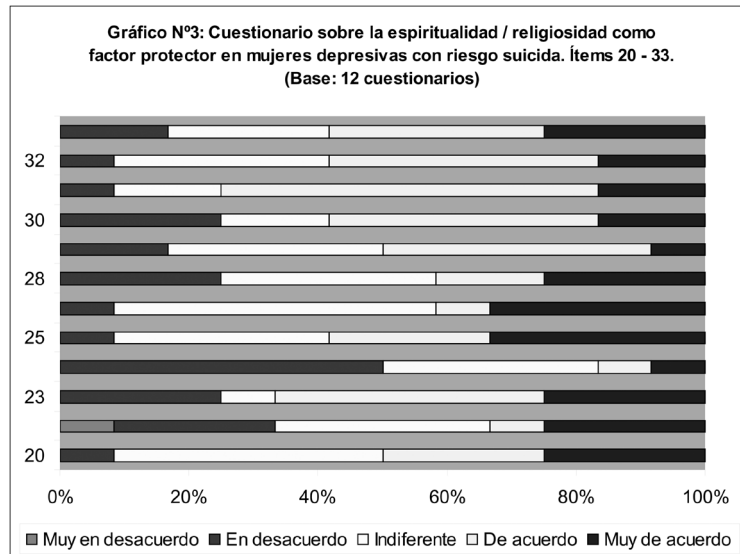
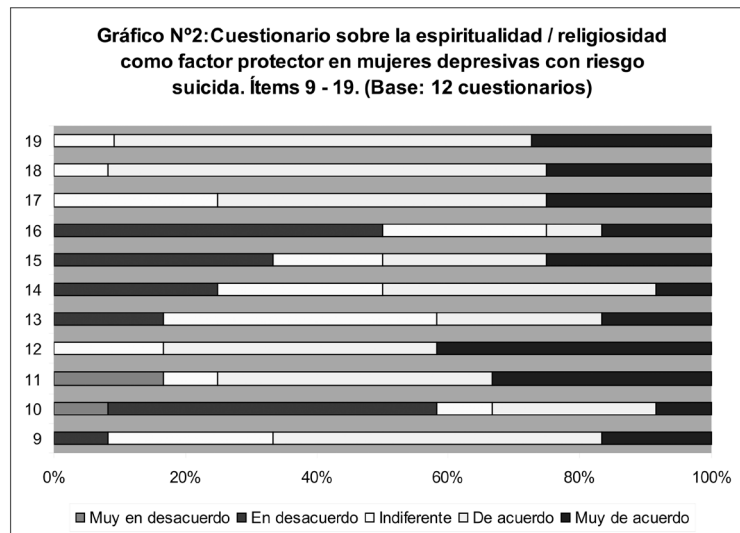
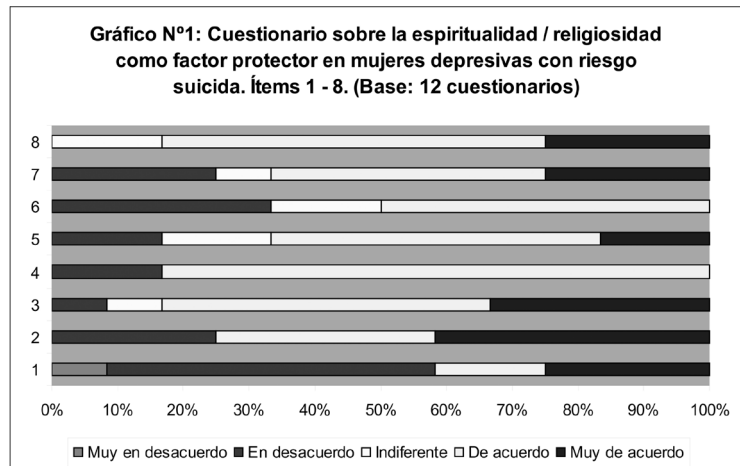
23. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. (1983) Terapia Cognitiva de la depresión. Segunda Edición. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer. Bilbao: España.

24. Tellenbach, H. La melancolía. Madrid: Morata; 1976.

Anexo 1. Miembro del grupo de expertos

Área	Profesión	Institución
Depresión	Psiquiatra	Universidad de Chile
Depresión	Psiquiatra	Universidad de Los Andes
Depresión	Psiquiatra	Hospital Del Salvador
Comportamiento Suicida	Psicóloga	Dialectical Behavioral Therapy DBT
Comportamiento Suicida	Psicólogo	Universidad del Desarrollo
Comportamiento Suicida	Psiquiatra	Universidad de Chile
Comportamiento Suicida	Salud Pública	Universidad Católica de Chile
	Psicóloga	Universidad de Chile
Género-Salud Mental	Socióloga	Universidad de Chile
Género	Psicóloga	Universidad del Desarrollo
Género	Psicóloga	Universidad Diego Portales
Religión	Pastor Presbiteriano Psiquiatra	Iglesia Presbiteriana
Religión	Delegado Episcopal para la Pastoral de la Salud	Arzobispado de Santiago
Religión	Rabino	Círculo Israelita
Religión	Sacerdote	Arzobispado de Santiago
Religión	Socióloga	Universidad Católica de Chile
	Psiquiatra	Programa Nacional de Acompañamiento Espiritual, MINSAL
	Enfermera	Universidad de Chile

Anexo 2.



Anexo 3

No hay diferencias entre observancia y práctica religiosa: ambas son acciones concretas de cumplimiento de lo que se manda a ejecutar, como una ley, un estatuto o una regla (La observancia religiosa significa que se es un creyente que practica su religión)					1
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
La observancia religiosa corresponde a la adquisición de una fe como creencia dentro del desarrollo espiritual de una persona. (Asumir las creencias de determinada religión e intentar vivir de acuerdo a esos valores.)					2
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
La práctica religiosa refiere a la asistencia a servicios religiosos en lugares especiales, la pertenencia a una comunidad específica o congregación, la práctica de devoción privada y actividades comunitarias. (El cumplimiento riguroso de los mandatos, ritos y conductas, preceptos que promueve la religión específica.)					3
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
¿El tiempo de observancia religiosa es un aspecto a considerar?					4
1 Muy Impertinente	2 Impertinente	3 Indiferente	4 Pertinente	5 Muy Pertinente	
A mayor tiempo de observancia religiosa es más fácil compartir elementos que favorezcan la aceptación de un acompañamiento.					5
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
El paralelo entre tiempo de observancia y el nivel de desarrollo de la fe puede señalar si se trata de una mera práctica de ritos y costumbres o de una fe genuina como opción de vida					6
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
Dentro de la observancia religiosa se presupone un proceso educativo, esto implica que una persona que ha tenido más tiempo de formación puede llegar a tener convicciones más arraigadas que influyan en sus decisiones.					7
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
Para medir el nivel de compromiso con cierta religión la periodicidad de cumplimiento de leyes, rituales y valores puede ser un indicador.					8
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
Las manifestaciones externas de la religiosidad no dan garantía de una auténtica espiritualidad. Sin embargo, la observancia de las normas y formas de vida propias de la religión entregan un indicador confiable.					9
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	

Teniendo en consideración que el apoyo espiritual refiere “a los valores humanos y pone el acento en aquello que fomenta la dignidad de la persona, su realización personal y la alegría de vivir”. En cambio, el apoyo religioso “busca dar respuesta, a partir de las creencias religiosas de cada uno, a las preguntas existenciales del hombre, especialmente en relación al sufrimiento, la muerte y el destino definitivo del ser humano.” ¿Qué tipo de acompañamiento recomendaría desde su experiencia?

El apoyo religioso ya que es más fácil de definir operacionalmente y hay mayor consenso en su significado.					10
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
No son excluyentes. En una primera aproximación el apoyo espiritual puede ser parte de la psicoterapia estandarizada y luego profundizar en el acompañamiento religioso en función del momento de la evolución del cuadro clínico.					11
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
El apoyo espiritual y religioso se complementan: uno da un marco estructurado de apoyo basado en la religión (apoyo religioso) y el apoyo espiritual sería más libre, de acuerdo al contenido.					12
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	

La intervención religiosa/espiritual debería ser individual ya que el grupo puede limitar la participación personal en temas más íntimos y por otra parte se podría favorecer la generación de sentimientos de culpa en algunos casos al escuchar otros testimonios.					13
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
La intervención religiosa/espiritual debería ser grupal ya que es primordial la sensación de cobijo que entrega el grupo.					14
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
La intervención religiosa/espiritual debería ser grupal ya que una de las bondades de la religión es que entrega comunidad y sentido de pertenencia, siendo un factor protector según la Organización Mundial de la Salud.					16
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
La intervención religiosa/espiritual debería ser grupal ya que garantiza que a todas las personas se le está entregando lo mismo: se puede controlar el efecto del grupo de apoyo control.					16
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
¿La oración personalizada es un medio de acompañamiento recomendable para mujeres con trastorno depresivo con riesgo suicida?					17
1 Muy impertinente	2 Impertinente	3 Indiferente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	
Si el paciente ha sido practicante de alguna religión la oración personalizada es recomendable en el contexto de un acompañamiento religioso					18
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
Si el paciente ha sido practicante de alguna religión la oración personalizada permite fomentar la práctica desde la perspectiva de la psicoterapia rescatando el sistema de creencias de cada paciente.					19
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
La oración personalizada es recomendable en la medida en que sea conducente y no catártica: que conduzca a entender su situación y mejorarla a través de la oración					20
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	

¿Quién debiera realizar el acompañamiento religioso/espiritual: intervención con religiosos o laicos capacitados?

Es necesario estandarizar la intervención espiritual religiosa para no caer en el proselitismo, por tanto se hacen necesarios laicos capacitados para realizar el acompañamiento. Se propone exponer a los pacientes a las distintas religiones en un trabajo grupal.					21
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
¿Qué recomendación específica considera que sería necesario tener en cuenta para desarrollar este tema?					22
Para un paciente religioso lo recomendable sería una intervención con un religioso, dado que sería el contexto habitual en que esa persona realiza las prácticas propias de su fe.					23
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
Religiosos porque evita las mediaciones					24
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	

¿Qué factores debiera incluir una capacitación para el acompañante?

Actividades grupales con las distintas religiones donde se puedan transmitir las principales creencias y valores en general, y en particular respecto de la vida, el dolor y el sufrimiento.					25
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
Capacitar en lecturas bíblicas, salmos y oraciones que puedan decir junto a los pacientes.					26
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
¿Qué recomendación específica considera que sería necesario tener en cuenta para desarrollar este tema?					27

¿Qué terapia se debe incluir en el tratamiento de un trastorno depresivo con riesgo suicida?

¿Cuándo es recomendable comenzar la intervención religiosa/espiritual?

La primera intervención es farmacológica e individual y una vez actuando los medicamentos puede comenzar una psicoterapia y una intervención religiosa/espiritual					28
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
Es recomendable comenzar con la intervención religiosa/espiritual una vez en curso y con efectos del tratamiento farmacológico.					29
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
La intervención religiosa/espiritual debe estar desde el comienzo de la intervención					30
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	

¿Qué tipo de terapia recomienda usted en el caso de un trastorno depresivo con intento suicida? (individual, grupal, farmacológica, religiosa/espiritual)

La intervención religiosa/espiritual debe ser un reforzativo.					31
La terapia grupal requiere cierto nivel de evolución del cuadro.					32
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	
Al comienzo individual y farmacológico, paulatinamente se agrega el manejo psicoterapéutico y religioso/espiritual.					33
1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 En acuerdo	5 Muy de acuerdo	

(P 34) **¿Cómo se puede incorporar las variables de género en la intervención con mujeres depresivas con riesgo suicida?**

(P 35) **¿Qué temáticas considera usted que debieran abordarse en esta intervención? ¿De qué forma? (Escriba en orden de importancia)**

(P 36) **¿Qué otras recomendaciones específicas considera Ud. sería necesario tener en cuenta? (Escriba 2 en orden de importancia descendente)**

Correspondencia:

Dr. Ramón Florenzano U.

Dirección de Investigación,

Universidad del Desarrollo.

Av. La Plaza 680, Las Condes, Santiago, Chile.

Tel: 3279443.

E-mail: rflorenzano@gmail.com