

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Salud mental y espiritualidad: abordaje de enfermería desde la recuperación de personas con conducta suicida

Mental health and spirituality: nursing approach from the recovery of people with suicidal behavior

Daniel Ricardo Zaraza Morales¹  [CvLAC](#), Oscar Javier González Hernández²  [CvLAC](#)

¹ Enfermero, Magíster en Salud Mental. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Grupo de Investigación Políticas Públicas y Servicios en Salud.

² Enfermero, Magíster en Enfermería. Docente Universidad Antonio Nariño (Sede Neiva) - Facultad de Enfermería. Grupo Innovación y Cuidado.

Forma de citar: Zaraza-Morales D, González Hernández O. Salud mental y espiritualidad: abordaje de enfermería desde la recuperación de personas con conducta suicida. CES Enferm [Internet]. 2023; 4(2), 42-50: <https://doi.org/10.21615/cesenferm.7260>

Resumen

La espiritualidad como apoyo en los procesos de recuperación cuando se presenta una alteración de la salud mental, ha sido reconocida no solo por su aporte al bienestar de la persona que presenta la situación problemática, sino también por el papel que juega en la tranquilidad de su núcleo familiar y cuidadores. El objetivo de este texto es reconocer intervenciones de enfermería (NIC), basadas en el modelo de Recuperación de la salud mental CHIME (Conecteness/Conexiones, Hope/Esperanza, Identity/Identidad, Meaning/Significado y Empowerment/Empoderamiento) de Leamy, que pueden ser desarrolladas para favorecer la recuperación de personas que presentan conducta suicida. Se utilizaron los descriptores esperanza, identidad, espiritual, trascendencia, suicidio, autoconocimiento y empoderamiento. Se encontraron 6 intervenciones y entre todas ellas 49 actividades que pueden apoyar la recuperación de una persona con conducta suicida. Se puede concluir que mediante el modelo de Recuperación CHIME se pueden desarrollar acciones articuladas con la clasificación de intervenciones de enfermería (en inglés NIC), útiles en el proceso terapéutico de personas que han presentado conducta suicida.

Palabras claves: salud mental; espiritualidad; cuidado de enfermería; conducta suicida.

Abstract

Spirituality as a support in the recovery processes when a mental health problem arises, has been recognized not only for its contribution to the well-being of the person who presents the problematic situation, but also for the role it plays in the tranquility of its family nucleus and caregivers. The objective of this text is to recognize nursing interventions (NICs), based on Leamy's CHIME Mental Health Recovery model (Connectness/Connections, Hope/Hope, Identity/Identity, Meaning/Meaning and Empowerment/Empowerment), which can be developed to favor the recovery of people who present suicidal behavior. The descriptors hope, identity, spiritual, transcendence, suicide, self-knowledge and empowerment were used. We found 6 interventions and among them 49 activities that can support the recovery of a person with suicidal behavior. It can be concluded that through the CHIME Recovery Model, actions articulated with the classification of nursing interventions (NIC) can be developed, useful in the therapeutic process of people who have presented suicidal behavior.

Keywords: mental health; spirituality; nursing care; suicidal behavior.

Introducción

Luego de la pandemia por COVID-19, se presentó un incremento en el número de intentos de suicidio en Colombia. Dentro de las posibles causas que se asocian a este comportamiento, se encuentra el incremento de la ansiedad derivada del confinamiento, problemas a nivel familiar y el empeoramiento de síntomas psiquiátricos en enfermedades no tratadas de forma oportuna ⁽¹⁾. A nivel mundial el panorama parece no ser más alentador, diversas investigaciones muestran que cuando se presentan casos de ansiedad no tratada, insomnio y complicaciones derivadas de trastornos psiquiátricos, el riesgo de intento de suicidio aumenta en estados de cuarentena o confinamiento ^(2,3). Incluso este tipo de situaciones empeoran si se encuentra en los grupos vulnerables como los profesionales de salud o la población adulta mayor ^(4,5).

Si bien el tratamiento y las intervenciones realizadas para minimizar esta problemática no son completamente efectivas, se ha encontrado que algunas logran disminuirla. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que los estados fortalezcan en sus sistemas de salud acciones como la información responsable por parte de los medios de comunicación o las intervenciones realizadas de forma temprana para reducir el impacto de los problemas o trastornos mentales ⁽⁶⁾. Estas intervenciones están enfocadas a disminuir las brechas de atención y así mismo prevenir de forma temprana en colegios e instituciones donde se encuentre población infante y adolescente, promocionando en estos últimos las llamadas habilidades para la vida.

Es así, como investigaciones realizadas en las últimas dos décadas, han mostrado que aspectos como la falta de esperanza o la pérdida de sentido de vida se asocian fuertemente con el inicio de la conducta suicida ⁽⁷⁾. Además, muchas de estas situaciones se asocian a la historia personal, la cultura y las creencias religiosas que tenga la persona ⁽⁸⁾. Así mismo, es necesario decir que los tratamientos se han ido modificando en la medida que se han encontrado diversas causas por las cuáles las personas empiezan a involucrarse en estas conductas, como aquellas relacionadas con los retos que se gestan en redes sociales como TikTok o Youtube.

Algunos modelos de atención o servicio a personas con sufrimiento psíquico o enfermedad mental son abordados desde aspectos diferentes a los tradicionales, como es el modelo biomédico especialmente, desde la medicina oriental. Solo unos pocos han incorporado elementos diferentes a los tradicionales, como es el caso del Mindfulness, donde existe un fuerte componente de meditación y también de ejercicios de introspección hacia la vida ^(9,10). Otras estrategias terapéuticas han optado por incluir elementos como la aromaterapia ⁽¹¹⁾, arteterapia ⁽¹²⁾, musicoterapia ⁽¹³⁾ o diversas actividades físicas para establecer una conexión entre lo físico y lo metafísico ^(14,15).

Sin embargo, el fenómeno del suicidio es bastante complejo de abordar; esto sucede porque a través de la historia la conducta suicida se permea de lo que ocurre socialmente. Por ello, es necesario revisar y analizar diversos sectores o dimensiones, como el espiritual, en los cuáles se pueda trabajar este asunto tan importante para el cuidado de las personas y de la vida.

La conducta suicida como problema de salud pública

La conducta suicida es un fenómeno que se ha incrementado en los últimos años y que hace alusión a un proceso complejo, donde se puede presentar ideación de muerte, intento suicida y llegando en casos más fatales al suicidio consumado. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan aproximadamente 800.000 personas a nivel mundial ⁽⁶⁾. Este dato es más relevante aun cuando se afirma que es la segunda causa de muerte en la población joven, entre 15 y 29 años. En Colombia, entre los principales factores desencadenantes encontrados del intento de suicidio, han sido los conflictos de pareja o expareja, los problemas económicos, problemas escolares y el maltrato físico, psicológico o sexual ⁽¹⁶⁾. Cada una de estas situaciones hace referencia a causas identificadas como probables, pues la conducta suicida es multicausal y debe analizarse desde diversas perspectivas.

En este sentido, el suicidio es un tema de gran relevancia en salud pública ⁽¹⁷⁾, teniendo en cuenta que se puede

presentar en cualquier etapa del ciclo vital humano, existiendo unos grupos poblacionales más vulnerables, como son los niños y adolescentes ⁽¹⁸⁾. En personas con trastornos mentales es fundamental prevenir este tipo de desenlaces, buscando realizar un mayor acompañamiento y protección a través no solo de los tratamientos de tipo institucional, como hospitales o clínicas, sino también por medio de estrategias comunitarias que permitan un correcto seguimiento de los síntomas ^(19,20) y su adaptación a la vida cotidiana.

En Colombia las entidades territoriales con mayor número de casos de suicidio han sido Antioquia, Vaupés, Bogotá, Cundinamarca, Nariño y Huila ⁽¹⁶⁾. Históricamente esto puede tener diversas explicaciones, como la aparición de situaciones estresantes como la violencia o el desplazamiento por el conflicto armado ⁽⁸⁾. La integración a una nueva cultura o sociedad, puede ser un elemento bastante complejo de sobrellevar para muchas personas y esto puede ser una de las causas por las cuales personas en situación de desplazamiento pueden verse afectados por el contexto. En la actualidad se están integrando en las rutas de atención, a la población migrante que por diversas circunstancias ha llegado al país y que requiere de rutas de atención específicas para evitar situaciones problemáticas en sus estados de salud.

Espiritualidad y conducta suicida

Para comprender si la espiritualidad se comporta como un factor protector ante la conducta suicida, se debe indagar sobre la importancia que tiene ésta sobre la salud mental, reconociendo la necesidad de ponerla en práctica como una herramienta ante las situaciones estresantes de los seres humanos.

En este sentido, se ha mencionado que la dimensión espiritual es un componente básico en muchas personas que viven con una enfermedad, bien sea crónica o aguda ⁽²¹⁾. Se relaciona no solo con aspectos como la religión de las personas, sino que además representa todos aquellos imaginarios sociales sobre lo que da energía vital y sentido a la existencia, permitiendo solventar las distintas dificultades que se pueden presentar en la vida ⁽²²⁾.

La espiritualidad también es entendida como una forma de concebir el mundo y lo que rodea a la persona. Se ha comparado en muchas ocasiones la religión con la espiritualidad, sin embargo, estos dos conceptos traen en sí diferencias que a la hora de la práctica pueden ser complejas de entender ⁽²³⁾. Una de las diferencias más marcadas entre religión y espiritualidad está en que la primera implica la búsqueda del significado dentro del contexto de instituciones establecidas que están diseñadas para facilitar la espiritualidad ⁽²⁴⁾. Sin embargo, ser religioso no implica ser espiritual y ser espiritual no implica necesariamente ser religioso ⁽²⁵⁾.

Teniendo en cuenta lo anterior, en personas que han presentado alguna experiencia que conlleve una conducta suicida, que anteriormente han presentado algún cuadro depresivo, las intervenciones que buscan favorecer la esperanza, el sentido de vida, la proyección hacia el futuro y el fortalecimiento de la introyección, han disminuido la sintomatología asociada a la conducta ⁽²⁶⁾.

Es por ello, que la meditación como una herramienta para incrementar los aspectos espirituales, puede llevar a la disminución de la ansiedad, tener un estado de ánimo positivo y mejorar la tolerancia al dolor ⁽²⁷⁾. El uso de herramientas virtuales con un enfoque espiritual y de autoconocimiento ha mostrado que ayuda a disminuir sentimientos depresivos en adolescentes y adultos jóvenes ^(26,28). Esto es importante teniendo en cuenta las actuales circunstancias derivadas de la pandemia por COVID- 19, donde se ha hecho necesario utilizar con mayor frecuencia estas herramientas digitales.

El Modelo de recuperación en Salud Mental y La Espiritualidad

Al ser la enfermería una profesión social, el encuentro con personas que le dan importancia a los aspectos espirituales es cada vez más común. Esto hace que el acto de cuidado aborde elementos que favorezcan la espiritualidad en las personas, ya bien sea desde la religión o desde sus creencias particulares ⁽²⁹⁾. Un ejemplo de esto se puede encontrar en quienes presentan condiciones crónicas de salud, pues se ha encontrado que su propia experiencia hace que resignifiquen su sentido de vida y valoren aspectos trascendentales para la vida

cotidiana que anteriormente no revisaban ⁽³⁰⁾. Es decir, que la misma situación de cronicidad, modifica la percepción de sentido espiritual en las personas que presentan dichas enfermedades.

Al pensar en recuperación frente a la salud mental de una persona, es importante retomar la visión de William Anthony ⁽³¹⁾, quien expresa que esta se constituye en “un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad”. En este sentido, el autor, describe los aspectos que están inmersos en la recuperación en una persona, el cual motiva a una mirada distinta del concepto de recuperar. Además, se añade que “ésta implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” ⁽³¹⁾.

De acuerdo a lo anterior, la recuperación implica cinco claves (*CHIME*), que son: Conecteness/ la conectividad, la cual implica la búsqueda de redes de apoyo, que le permitan estar en conexión con otros, como amigos, familia, profesionales; Hope/ la esperanza, procura una experiencia de despertar desde la desesperación, involucra una participación activa de la persona y está íntimamente vinculado a aquellos sujetos que le rodean y su creencia en que la recuperación es posible); Identity/la identidad, asociado a la búsqueda de una reconstrucción positiva de la propia identidad, que se ha visto debilitada por la experiencia de la enfermedad; Meaning/ el sentido y propósito, relacionada con el sentido que se le encuentra a la enfermedad), y Empowerment/el empoderamiento, donde la persona asume el control de su proceso y busca trascender en sus acciones en pro de seguir en el camino de la recuperación ⁽³²⁾.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta reflexión articuló el modelo de recuperación con el lenguaje estandarizado de enfermería, en particular con la clasificación de intervenciones de enfermería (en inglés NIC), que permitieran respaldar la asociación teórica ([Tabla 1](#)). Se utilizaron los descriptores: esperanza, identidad, espiritual, trascendencia, suicidio, autoconocimiento y empoderamiento. Se encontraron 6 intervenciones y entre todas ellas 49 actividades que, según la perspectiva y experiencia de los autores, pueden apoyar en la recuperación de una persona con conducta suicida. Estas intervenciones y actividades se organizaron en una tabla discriminándolas según las 5 dimensiones que se trabajan en el modelo de Recovery propuesto por Leamy ⁽³³⁾.

Tabla 1. Intervenciones y actividades de enfermería a partir de la Taxonomía NIC que apoyan las dimensiones del Modelo RECOVERY en personas que presentan conducta suicida.

C: Conecteness (Conectividad)

Importancia de establecer redes de apoyo, relaciones y conexiones con otros y la comunidad.

[5420] Apoyo espiritual	Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas. Fomentar la participación en grupos de apoyo. Concertar visitas con un consejero espiritual individual. Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
[5310] Dar esperanza	Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo. Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.
[5426] Facilitar el crecimiento espiritual	Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y con los allegados.

[4390] Terapia con el entorno

Facilitar una comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y demás personal sanitario.
 Construir una relación terapéutica con individuos que transmiten respeto, cuidado y compasión genuinos.
 Apoyar las actividades grupales formales e informales para fomentar el compartir, la cooperación, el compromiso y el liderazgo.

[6340] Prevención del suicidio

Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.
 Ayudar al paciente a identificar a las personas y los recursos de apoyo (p. ej., sacerdote, familia, proveedores de cuidados).
 Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y de los amigos.
 Implicar a la familia en la planificación del alta (enseñanza sobre la enfermedad/medicación, reconocimiento del aumento del riesgo de suicidio, planificación del paciente para enfrentarse a los pensamientos de autolesión, recursos comunitarios).
 Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y los programas disponibles.

H: Hope (Esperanza)

Creer en la recuperación, motivación de cambio, pensar positivo valorando el esfuerzo, teniendo sueños y aspiraciones.

[5420] Apoyo espiritual

Rezará con el individuo.

[5310] Dar esperanza

Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
 Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.
 Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).

[6340] Prevención del suicidio

Evitar comentar repetidamente los antecedentes de suicidio manteniendo discusiones orientadas hacia el presente y el futuro.

I: Identity (Identidad)

Reconstruir el sentido positivo de la identidad, superando el estigma.

[5420] Apoyo espiritual

Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia.
 Compartir las propias creencias sobre significado y propósito
 Compartir la propia perspectiva espiritual.
 Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV espirituales al individuo.
 Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores.
 Fomentar la conversación que ayude al paciente a organizar los intereses espirituales.

[4390] Terapia con el entorno

Describir el comportamiento problemático en términos objetivos, no críticos y no perjudiciales, evitando etiquetas estigmatizantes.

M: Meaning (Significado)

Significado en la experiencia de salud mental, roles vitales y sociales significativos, metas sociales y de vida significativas.

[5420] Apoyo espiritual

Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales.
 Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.
 Dar oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.
 Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del individuo.

[5310] Dar esperanza	Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia.
[5426] Facilitar el crecimiento espiritual	Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión.
[4700] Reestructuración cognitiva	Utilizar el sistema de creencias habitual del paciente para ver la situación de manera distinta.
[6340] Prevención del suicidio	Facilitar libros, revistas y materiales sobre arte y manualidades de acuerdo con las necesidades recreativas, culturales y trasfondo educativo del paciente. Discutir planes para afrontar las ideas suicidas en el futuro (p. ej., factores precipitantes, con quién contactar, dónde buscar ayuda, maneras de aliviar los impulsos de autolesión).
E: Empowerment (Empoderamiento)	
Responsabilidad personal, control sobre la vida, centrándose en las fortalezas.	
[5420] Apoyo espiritual	Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo. Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.
[5310] Dar esperanza	Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia. Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
[4700] Reestructuración cognitiva	Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen a su estrés. Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afecta a su estado de salud.
[4390] Terapia con el entorno	Proporcionar los recursos necesarios para el autocuidado. Incluir al paciente en las decisiones acerca de sus propios cuidados. Definir los objetivos del tratamiento en colaboración con el paciente vinculando los beneficios con el progreso y el logro de los objetivos.
[6340] Prevención del suicidio	Implicar al paciente en la planificación de su propio tratamiento. Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva).

Fuente: Elaboración propia a partir de las dimensiones CHIME del Modelo Recovery y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC en inglés).

Cada una de las intervenciones con el grupo de actividades encontradas, permiten desarrollar acciones encaminadas a fortalecer las dimensiones del modelo de Recovery, desde una perspectiva diferente a la tradicional. En las intervenciones establecidas, se logra identificar aspectos como el apoyo espiritual, el fomento de esperanza en la persona, la interacción con el entorno, es decir, un fortalecimiento de relación mutua con el otro. En este sentido, se articulan acciones de enfermería y las claves del modelo como apoyo a la persona con conducta suicida.

Al respecto, en el estudio realizado por Quiceno y Vinaccia en 2009, se resalta la importancia del componente espiritual en favor de la salud mental, donde se reconoce que la religión y la espiritualidad mediante sus prácticas de meditación y el uso de técnicas como la relajación y la imaginación, posibilitan estados de tranquilidad que favorecen los procesos cognitivos, de salud mental y física en las personas, desde lo personal (consigo mismo), en la interacción (con los demás y con el futuro), lo que permite que se empleen como estrategias terapéuticas en procedimientos psicológicos multimodales ⁽²¹⁾.

Así mismo, se han desarrollado diversas propuestas por parte de grupos de profesionales en distintos países, como Canadá y Reino Unido respecto a la utilización de este modelo por parte de enfermería^(34,35). De acuerdo con esa visión, quien asume su proceso de recuperación mirado desde la salud mental, modifica varios imaginarios de la salud y la enfermedad, no solo por el cambio de actitud, sino además porque humaniza las intervenciones en salud mental y psiquiatría, resignificando el concepto de paciente por el de persona⁽³⁶⁾.

Conclusiones

La conducta suicida es una problemática de la salud pública que puede ser intervenida con diversas acciones diferentes a las tradicionales. Dentro de estas intervenciones no tradicionales se encuentran aquellas donde se promueven aspectos como la espiritualidad y el bienestar psicológico.

La espiritualidad y el modelo de recuperación tienen elementos en común que promueven la salud mental de las personas. Algunos de estos elementos comunes son la búsqueda de un significado de vida, la esperanza, la reconexión con otros y el empoderamiento.

El profesional de enfermería puede apoyar a las personas con conducta suicida en su proceso de recuperación a través de las intervenciones y actividades planteadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Estas pueden ser individualizadas al contexto de cuidado en el que se encuentre la persona.

Los distintos elementos que aparecen en el modelo de Recovery, pueden fortalecerse desde la visión del profesional de enfermería para favorecer desde una perspectiva espiritual la recuperación de las personas que han presentado alguna conducta suicida.

Es imperativo que el profesional de enfermería, valore el uso del lenguaje estandarizado para el abordaje de fenómenos de impacto en la salud pública no solo en el ámbito de la salud mental, sino en todos aquellos que puedan potencializar la calidad de vida de las personas.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Contribución de autores

Daniel Zaraza-Morales realizó el diseño inicial, revisión de información, elaboración del texto, aprobación de la revisión final del manuscrito y envió a la revista. Oscar González-Hernández estuvo encargado del diseño inicial, revisión de información, elaboración del texto y aprobación de la revisión final del manuscrito.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Intento de suicidio. Reporte 2020. Bogotá, Colombia; 2020.
2. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Fernandez F, Grandner MA, Dailey NS. Suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: The role of insomnia. *Psychiatry Research*. 2020. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113134.
3. Iob E, Steptoe A, Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry*. 2020. Doi: 10.1192/bjp.2020.130.
4. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e19. Available in: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30079-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30079-1/fulltext)
5. Cui LB, Wang XH, Wang HN. Challenges of facing coronavirus disease 2019: Psychiatric services for patients with mental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;(March):13–4. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.13003>
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global: Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. *Organ Mund la Salud*. 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Davidson CL, Wingate LR, Rasmussen KA, Slish ML. Hope as a Predictor of Interpersonal Suicide Risk. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2009. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.2009.39.5.499>
8. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45(S 1):68–75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0034-74502016000500010
9. Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. *Int J Osteopath Med.* 2010;13(2):56–66. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1746068909000704>
10. Hayes D, Moore A, Stapley E, Humphrey N, Mansfield R, Santos J, et al. Promoting mental health and wellbeing in schools: examining Mindfulness, Relaxation and Strategies for Safety and Wellbeing in English primary and secondary schools: study protocol for a multi-school, cluster randomised controlled trial (INSPIRE). *Trials.* 2019;20(1). Available in: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-019-3762-0>
11. Snow L a, Hovanec L, Brandt J. A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. *J Altern Complement Med.* 2004;10(3):431–7.
12. Eva M. Vulnerabilidad, ruptura social y arteterapia. *Arteterapia Papeles arteterapia y Educ artística para la inclusión Soc.* 2018;13:1–15.
13. Lin ST, Yang P, Lai CY, Su YY, Yeh YC, Huang MF, et al. Mental health implications of music: Insight from neuroscientific and clinical studies. *Harv Rev Psychiatry.* 2011;
14. Gorn SB, Navarro SA, Solano NS. El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la ciudad de México. *Salud Ment.* 2009. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200003
15. Collinge W, Wentworth R, Sabo S. Integrating complementary therapies into community mental health practice: An exploration. *J Altern Complement Med.* 2005; Available in: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2005.11.569?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed
16. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCRNV). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Forensis. Forensis 2018. Datos para la vida. 2018.
17. Sarabia Silvana. Suicidio: un problema de salud pública. *Rev Neuropsiquiatr.* 2014;77(4):199–200.
18. Pineda Roa CA. Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013 Dec 1;42(4):333–49.
19. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One.* 2014. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3973668/>
20. Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Hurtado-Ruiz G, Gomez- Durán E, Martin- Fumadó C, Hurtado-Ruiz G. Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40(6).
21. Quiceno JM, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers Perspect en Psicol.* 2009;5(2):321–36.
22. Chaudhry HR. Psychiatric care in Asia: spirituality and religious connotations. *Int Rev psychiatry.* 2008;20(5):477–83.
23. Soto Morales AM, Olivella Fernandez MC, Bastidas Sanchez CV. Cuidado espiritual al adulto mayor, elemento del conocimiento y práctica de enfermería. *Rev Cienc y Cuid.* 2020;17(1):123–31.
24. Dilmaghani M. Importance of Religion or Spirituality and Mental Health in Canada. *J Relig Health [Internet].* 2018 Feb 18;57(1):120–35.
25. Rosmarin DH, Alper DA, Pargament KI. Religion, Spirituality, and Mental Health. In: *Encyclopedia of Mental Health.* Elsevier; 2016. p. 23–7.
26. Rickhi B, Kania-Richmond A, Moritz S, Cohen J, Paccagnan P, Dennis C, et al. Evaluation of a spirituality informed e-mental health tool as an intervention for major depressive disorder in adolescents and young adults - a randomized controlled pilot trial. *BMC Complement Altern Med.* 2015;15(1):1–15.
27. Ho RTH, Chan CKP, Lo PHY, Wong PH, Chan CLW, Leung PPY, et al. Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: A qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2016 Apr 2;16(1).
28. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med.* 2005. Doi:

- 10.1007/s10865-005-9008-5.
29. Sanchez-Herrera B. The Spiritual Wellbeing of Persons with and without a Disability. *Aquichan*. 2009;9(1):8–22.
 30. Sanchez-Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichan*. 2004;4(4):6–9.
 31. Parra R. Modelo de recuperación en Salud Mental: ¿es posible en Chile? *LIMINALES Escritos sobre Psicol y Soc*. 2019;3(15):65–79.
 32. Galvis López MA, Pérez Giraldo B. Revisión de la literatura sobre el concepto “Espiritualidad” aplicado a la práctica de enfermería. *Rev Iberoam Educ e Investig en Enfermería*. 2013;3(3):54–61.
 33. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv*. 2011;62(12):1470-1476 7p.
 34. Neathery M, He Z, Taylor EJ, Deal B. Spiritual Perspectives, Spiritual Care, and Knowledge of Recovery Among Psychiatric Mental Health Nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2019. Available in: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390319846548>
 35. Camann MA. The psychiatric nurse’s role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(8):532–6.
 36. Rosillo Herrero M, Hernández Monsalve M, Smith SPK. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2013 Jun;33(118):257–71.