

---

# Religión, Espiritualidad y Terapia Cognitivo Conductual: Una Reseña Actualizada

---

Orlando M. Pagán-Torres.<sup>1,2</sup>, Marcos Reyes-Estrada<sup>2</sup> & Eduardo Cumba-Avilés<sup>3</sup>  
Ponce Health Sciences University<sup>2</sup>

Instituto de Investigación Psicológica, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras<sup>3</sup>

---

## Resumen

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las modalidades terapéuticas más documentadas empíricamente como tratamiento eficaz para una amplia variedad de desórdenes mentales. Por otro lado, durante las últimas décadas, la asociación entre religión, espiritualidad y salud ha sido bien establecida, lo que ha dado lugar al desarrollo de modelos psicoterapéuticos que integran técnicas religiosas y espirituales enfocadas en suplir las necesidades de la población religiosa/espiritual. Este artículo tiene como objetivo exponer un breve resumen sobre los fundamentos de la TCC y presentar un panorama en torno al uso de la religión y espiritualidad en dicho enfoque terapéutico mediante la descripción de uno de los tratamientos disponibles que integran aspectos religiosos y espirituales. Asimismo, se documentará el estado actual de la religión y espiritualidad integrada en la TCC en relación a su eficacia y efectividad con el propósito de discutir las ventajas que conllevaría el integrar aspectos religiosos y espirituales en psicoterapia, tomando en consideración los posibles retos, peligros y asuntos éticos. Finalmente, examinaremos el estatus de este campo del conocimiento en nuestra isla y la necesidad de realizar investigaciones empíricas en Puerto Rico sobre dicho tópico. Dado que la religión y la espiritualidad son fenómenos de gran influencia en la cultura puertorriqueña, exhortamos a la comunidad científica a realizar investigaciones enfocadas en el desarrollo, adaptación, viabilidad y prueba de la eficacia y efectividad de modalidades terapéuticas que integren las creencias religiosas o espirituales de las personas que reciben psicoterapia en Puerto Rico, dentro del marco de la ética profesional.

*Palabras clave:* Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoterapia, Religión, Religiosidad, Espiritualidad

## Abstract

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is one of the therapeutic modalities most empirically documented as an efficacious treatment for a wide variety of mental disorders. On the other hand, during the last decades, the association between religion, spirituality and health has been well established, which has led to the development of psychotherapy models that integrate religious and spiritual techniques focused on meeting the spiritual needs of the religious/spiritual population. This article aims to present a brief summary about the foundations of CBT and a panorama about the use of religion and spirituality in this therapeutic approach by describing one of the treatments available that integrate religious and spiritual aspects. It will also document the current state of religion and spirituality integrated into CBT in terms of its efficacy and effectiveness with the purpose of discussing the advantages that would entail to integrate religious and spiritual aspects in psychotherapy, considering possible challenges, dangers, and ethical issues. Finally, we will examine the status of this field of knowledge in our island and the need for conducting empirical research in Puerto Rico on this topic. As religion and spirituality are phenomena of great influence in the Puerto Rican culture, we encourage the scientific community to conduct research focused on the development, adaptation, feasibility, and test of the efficacy and effectiveness of therapeutic modalities that integrate the religious and spiritual beliefs of the people who receive psychotherapy in Puerto Rico, within a framework of professional ethics.

*Keywords:* Cognitive-Behavioral Therapy, Psychotherapy, Religion, Religiosity, Spirituality

---

<sup>1</sup> Toda comunicación relacionada a este artículo debe dirigirse al autor principal al siguiente correo electrónico: [orlando.m.pagan.torres@gmail.com](mailto:orlando.m.pagan.torres@gmail.com).

## Introducción

En la práctica psicológica basada en la evidencia (PPBE) se integra la mejor evidencia disponible al peritaje clínico en el contexto de las características del/de la paciente, su cultura y sus preferencias (APA Task Force on Evidence Based Practice, 2006). La PPBE busca lograr los mejores resultados para la persona que recibe tratamiento y asume que la investigación ayuda a obtener ese mejor resultado (Bernal & Rodríguez-Soto, 2012). Una de las terapias basadas en la evidencia más reconocidas y estudiadas más rigurosamente es la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) fundamentada en la visión teórica de Aaron Beck (1970) y de Albert Ellis (1962).

El modelo de la TCC supone que la presencia de pensamientos disfuncionales influye en el estado de ánimo, las reacciones fisiológicas/salud física y el comportamiento de las personas. La TCC es una alternativa para un amplio número de trastornos psicológicos y se considera una modalidad trans-diagnóstica (Rector, Man, & Lerman, 2014). La misma plantea que cuando la gente aprende a evaluar sus pensamientos de manera más realista y adaptativa, experimenta mejorías en su estado emocional y en su conducta (Beck, 2011). Esta terapia se basa en la interrelación de los pensamientos, las acciones, los síntomas físicos y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de depresión, por ejemplo, el modelo destaca la importancia de identificar qué pensamientos y acciones influyen en el estado de ánimo, para tener un mejor manejo de los sentimientos. La versión actual de la TCC utilizada en la Clínica de Depresión del Hospital General de San Francisco aborda cómo los aspectos de la salud física constituyen también un elemento importante en esta psicoterapia (Muñoz, Ghosh-Ippen, Dwyer, Rao, & Le, 2003). Sin embargo, la misma no integra los aspectos religiosos o espirituales.

Aunque al inicio la TCC se reconoció como tratamiento eficaz para la depresión, su éxito facilitó que se utilizara con otras condiciones. Según Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2013), el mayor apoyo que existe para la TCC es para trastornos somatomorfos, de ansiedad, bulimia, problemas de manejo de la ira y estrés en general. No obstante, la literatura científica sobre la integración de aspectos religiosos/espirituales en la TCC es limitada. Ante tal escenario, en este trabajo expondremos el vínculo entre la religión/espiritualidad y la salud. Describiremos una modalidad de TCC para clientes con creencias religiosas y ofreceremos datos actualizados sobre la eficacia y efectividad de este tipo de psicoterapia. Discutiremos algunas ventajas, retos y potenciales peligros de las psicoterapias que integran lo religioso/espiritual. Luego mostraremos cómo este tipo de intervención puede ser congruente con los estándares éticos de la psicología. Finalmente, expondremos la importancia de promover una psicoterapia integrada religiosa o espiritualmente dentro del contexto puertorriqueño y sugeriremos posibles vías de investigación.

## Religión, Espiritualidad y Salud

La *religión* se concibe como un sistema de creencias y prácticas observadas por una comunidad, apoyada por rituales que reconocen, adoran y comunican o se dirigen a lo sagrado o lo trascendental (Koenig, 2008). Ésta descansa en un conjunto de escrituras o enseñanzas que describen el significado y el propósito del mundo, el lugar que ocupan las personas en él, las responsabilidades de unas con las otras y la naturaleza de la vida después de la muerte, por lo común en torno a la adoración de una deidad o deidades todopoderosas (Asociación Americana de Psicología [APA por sus siglas en inglés], 2010a). Ésta puede profesarse públicamente a través de la

membresía en una organización, así como en el silencio personal o no organizacional (Hutchison, 2008; Koenig, 2008). Por otro lado, la *espiritualidad*, se entiende como el interés de conectarse con Dios, un Ser o Poder supremo, la naturaleza, el cosmos o la humanidad, y/o la sensibilidad hacia lo sagrado/trascendental o la experiencia espiritual/religiosa; ésta puede o no incluir la práctica de una religión (APA, 2010a; Worthington, Hook, Davis, & McDaniel, 2011).

Desde mediados del siglo 20, comenzó a resaltarse la importancia de las investigaciones sobre espiritualidad, religión y salud. No obstante, fue a partir de 1980 que se publicaron en revistas de psiquiatría y psicología artículos sobre la religión y la espiritualidad y su relación (positiva o negativa) con la salud mental y física (Koenig & Larson, 2001). Algunos/as entienden que las creencias religiosas son generadoras de neurosis u obstáculos para alcanzar las metas terapéuticas (Power, 2012; Watters, 1992). Aunque la religión se había considerado como mayormente negativa a la salud, estudios recientes revelan que esta relación es más compleja.

Integrar lo religioso en la terapia puede ser un factor de relevancia para la recuperación de los/as pacientes, ya que (bien utilizadas) las creencias religiosas pueden ser motivadores efectivos para apoyar a las personas en su esfuerzo por construir patrones de conducta positivos para combatir, por ejemplo, la depresión (Pearce et al., 2015a). Según Richards y Bergin (2014) existen técnicas religiosas utilizadas a menudo en psicoterapia como lo son la oración, el afrontamiento religioso positivo/colaborativo, así como la lectura de escrituras sagradas, las cuales han demostrado ayudar a los/as pacientes. En muchos casos, éstas ayudan a valorar la vida desde un lente trascendente y a darle significado a pesar de las adversidades,

siendo un factor promotor de la salud y el bienestar (Weber & Pargament, 2014) y protector contra los intentos suicidas (Burshstein et al., 2016). Según Post y Wade (2009), la mayoría de los/as pacientes prefieren recibir servicios de profesionales que integran factores religiosos o espirituales en la psicoterapia. Incluso se ha reportado que del 77% al 83% de los/as pacientes mayores de 55 años desean tener sus creencias religiosas integradas en la terapia (Stanley et al., 2011).

No obstante, la religión también puede (bajo ciertas circunstancias) generar malestar psicológico/emocional, disminuir la salud física y aumentar el riesgo de mortalidad (Pargament, Koenig, Tarakeshwar, Hahn, 2001; Stratta et al., 2012). Un ejemplo es el afrontamiento religioso negativo, manifestado en una relación insegura con el Ser Supremo, creencias negativas, dificultades de comunicación y entendimiento, así como en tensión y lucha espiritual vinculada a conflictos internos o con otras personas (Krok, 2014). En ese sentido, según Krok (2014), el tipo de afrontamiento religioso media la relación entre religión/espiritualidad y salud mental. Tras revisar sistemáticamente los estudios (de 1990-2010) sobre religión/espiritualidad y su relación con desórdenes mentales, Bonelli y Koenig (2013) encontraron que 72.1% reportaban una relación positiva entre nivel de religiosidad/espiritualidad y salud mental, mientras que sólo un 4.7% encontró una relación negativa. El resto reportó hallazgos mixtos (18.6%) o ninguna relación. Una discusión elaborada de algunos efectos negativos que puede tener la religión puede hallarse en Weber y Pargament (2014), así como en Pargament, Mahoney y Shafranske (2013).

### **Terapia Cognitiva-Conductual Integrada Religiosa o Espiritualmente (TCCIRE)**

A partir de la relación entre la religión/espiritualidad y la salud mental, se ha desarrollado toda una corriente psicoterapéutica orientada religiosa o espiritualmente. La misma ha tenido diversos propulsores dentro de la TCC. Aunque las diversas intervenciones desarrolladas bajo esta corriente tienen nombres particulares, en este artículo llamaremos al enfoque terapéutico general del cual parten *Terapia Cognitiva-Conductual Integrada Religiosa o Espiritualmente* (TCCIRE). Un ejemplo reciente y específico dentro de este enfoque es el protocolo presentado por Pearce et al. (2015a), cuyo contenido es explícitamente religioso, por lo que lo llamaremos TCCIR. Dicho protocolo fue diseñado para ayudar a personas con depresión y problemas de salud física a desarrollar pensamientos y conductas que reduzcan la depresión, informadas por sus propias creencias y prácticas religiosas. Según sus proponentes, la terapia ha sido adaptada para las cinco religiones principales (i.e. cristianismo, judaísmo, islam, budismo e hinduismo), aumentando su potencial para ayudar a las personas clínicamente deprimidas.

Este protocolo de TCCIR consiste en 10 sesiones, cuyos temas y objetivos resumimos (con propósitos ilustrativos) en el Apéndice 1, enfocándonos en la versión aplicada al cristianismo. Ésta sigue los mismos principios de la TCC estándar y utiliza muchas de sus herramientas, ya que se deriva de ella. Lo que distingue a esta TCCIR es el uso explícito de las creencias religiosas de la persona como base para identificar y reemplazar pensamientos y conductas no adaptativos/as para reducir los síntomas depresivos. Cuando un/a paciente discute sus síntomas y cómo reacciona a éstos, su terapeuta enmarca el material en términos de la TCC y formula cómo éste también puede enmarcarse dentro de un modelo integrado religiosamente. Para detalles de cómo aplicar

esta TCCIR con otras tradiciones religiosas, refiérase a Pearce et al. (2015a).

### **Evaluando la Eficacia y la Efectividad de la TCCIRE: Estudios de Resultados Terapéuticos**

Múltiples revisiones de literatura y meta-análisis han sostenido la eficacia de integrar la religiosidad/espiritualidad en psicoterapia, mostrando que esto es superior a estar en lista de espera o en tratamientos usuales y al menos tan eficaz como las versiones estándar (Gonçalves, Lucchetti, Menezes, & Vallada, 2015; Hook et al., 2010; Lim, Simb, Renjanb, Samc, & Quah, 2014; Oh & Kim, 2012; Paukert, Phillips, Cully, Romero, & Stanley, 2011; Tan & Johnson, 2005). Sobre la posible mayor eficacia de las terapias integradas, los resultados de revisiones y meta-análisis han sido *mixtos*, sobre todo si se analizan los estudios sin diferenciar el tipo de aspecto psicológico a impactar o debido a criterios de inclusión diferentes. No obstante, el meta-análisis de Smith, Bartz y Richards (2007), que incluyó 31 estudios sobre el impacto de estas intervenciones, 22 de ellos comparándolas con intervenciones seculares, mostró que las primeras superaban a las segundas, obteniéndose un tamaño del efecto (*TE*) mediano (0.51; IC: 0.34, 0.68). Este meta-análisis examinó estudios de intervenciones de salud mental con un componente o adaptación religioso(a)/espiritual: 6 cuasi-experimentales, 18 experimentales y 7 ensayos clínicos abiertos. No se requirió un diagnóstico formal en los/as participantes ni que la intervención se desarrollara a partir de una psicoterapia *bona fide*. En la mayoría de los estudios la intervención religiosa/espiritual tuvo un enfoque cognitivo o cognitivo-conductual.

Las modalidades de TCC que integran lo religioso/espiritual se han utilizado para reducir problemas psicológicos como ansiedad, manejo del estrés y la ira, depresión mayor, distimia, estrés post-

traumático, síntomas de esquizofrenia y problemas de alimentación (entre otros), así como para el manejo de enfermedades físicas, problemas maritales y problemas para perdonar (Hook et al, 2010; Kennedy, Macnab & Ross, 2015). Tomando en conjunto las condiciones que son objeto principal de tratamiento, la TCCIRE como enfoque general ha sido al menos tan eficaz como las terapias seculares (Pearce et al., 2015a). No obstante, en múltiples estudios las modalidades particulares de TCCIRE han superado a las terapias seculares (incluso a la TCC estándar) impactando indicadores terapéuticos vinculados al bienestar espiritual o la calidad de vida (Armento, McNulty, & Hopko, 2012; Hawkins, Tan, & Turk, 1999; Koszycki, Bilodeau, Raab-Mayo, & Bradwejn, 2014; McGee, 1999; Nohr, 2001; Rosmarin, Pargament, Pirutinsky, & Mahoney, 2010). Esto aplica al enfoque global de TCCIRE y a intervenciones que sólo integran lo religioso (TCCIR), sugiriendo una efectividad que supera la eficacia puramente sintomática. Esto concuerda con lo reportado por Smith et al. (2007) sobre que el *TE* de las intervenciones con aspectos religiosos/espirituales era aún mayor al examinar los cambios en aspectos del bienestar, incluyendo el espiritual. Curiosamente, Gibbel (2011) encontró que las personas más intensamente religiosas/espirituales que recibieron la TCC estándar fueron más propensas a ver reducida su fe, lo que no ocurrió en la versión integrada ni en el grupo sin tratamiento.

En esa misma línea, Worthington et al. (2011) realizaron un meta-análisis de 46 estudios para evaluar la efectividad de las psicoterapias integradas. Encontraron que los/as pacientes mostraron una mayor mejoría a corto plazo en aspectos psicológicos y espirituales en dichas psicoterapias que los/as que no recibieron tratamiento (*TE* = 0.45 en lo psicológico y 0.51 en lo espiritual) o que los/as tratados/as

con psicoterapias seculares, juntando las de enfoque teórico distinto o similar (*TE* = 0.26 en lo psicológico y *TE* = 0.41 en lo espiritual). Las diferencias con las psicoterapias seculares en cuanto a lo psicológico se mantuvieron como significativas aun en la evaluación de seguimiento. En cambio, al comparar las intervenciones integradas únicamente a las versiones estándar con las que compartían un mismo enfoque y duración, las integradas superaron a corto plazo a las segundas sólo en aspectos espirituales (*TE* = 0.33; IC: 0.07, .059), siendo equivalentes en los psicológicos. No obstante, en la evaluación de seguimiento las terapias integradas casi superaron a las versiones estándar de un mismo enfoque en lo psicológico y en lo espiritual, viéndose limitada la comparación por la poca cantidad de estudios. En la mayoría de los estudios la intervención religiosa/espiritual tuvo un enfoque de TCC. Los resultados no fueron diferentes tomando en consideración si la intervención integrada era religiosa o espiritual. Las diferencias metodológicas de este meta-análisis y el de Smith et al. (2007) incluyen un análisis por separado para las intervenciones de enfoque similar a las psicoterapias integradas examinadas, así como la exclusión de estudios cuasi-experimentales o de intervenciones religiosas/espirituales ofrecidas en un contexto no psicoterapéutico. Estas diferencias pueden ayudar a entender los respectivos hallazgos de cada meta-análisis.

Se han reportado estudios en que las TCCIRE superan (o añaden ganancias significativas) a las terapias seculares (p. ej., farmacoterapia, psicoterapias de modelos alternos) o a la TCC estándar en cambio sintomático promedio (ya sea a corto o mediano plazo), o en la proporción de pacientes con cambio clínico significativo. Esto se ha documentado en estudios que evalúan mejorías en síntomas depresivos

(Armento et al., 2012; Azhar & Varma, 1995; Barron, 2007; Ebrahimi, Nasiri-Dehsorkhi, & Mousavi, 2015; Gibbel, 2011; Propst, 1980; Propst, Ostrom, Watkins, Dean, & Mashburn, 1992), estrés (McGee, 1999), neuroticismo y problemas de personalidad (Zhang et al., 2002), ansiedad (Akuchekian, Jamshidian, Maracy, Almasi, & Davarpanah-Jazi, 2011; Armento et al., 2012; Azhar, Varma, & Dharap, 1994; Koszycki et al., 2014; Rosmarin et al., 2010; Zhang et al., 2002), así como en afecto positivo (Gibbel, 2011) y estilo de afrontamiento (Zhang et al., 2002). En un estudio la versión integrada superó a la estándar en reducir creencias irracionales (Johnson & Ridley, 1992). Otra versión de TCC integrada superó a la estándar reduciendo las actitudes disfuncionales (Ebrahimi et al., 2015). Además, en el caso de la ansiedad y la depresión, la terapia integrada produce resultados positivos más pronto que las versiones estándar, aun si los efectos se equiparan posteriormente (Paukert et al., 2009). Sólo en un estudio la psicoterapia estándar ha superado a la integrada en reducir la depresión (Rye et al., 2005), si bien en el foco principal de la intervención (el perdón) fueron equivalentes. En otro caso, añadir una intervención espiritual no *bona fide* produjo ganancias menores que el tratamiento usual en ansiedad y depresión (Miller, Forchimes, O'Leary, & LaNoue, 2008). No obstante, dichas intervenciones no tenían un enfoque de TCC.

Según Hodge (2006), la TCCIRE (como enfoque general) cumple con los requisitos de la Asociación Americana de Psiquiatría para un tratamiento bien establecido contra la depresión. De modo similar, Richards y Worthington (2010) señalan que los enfoques de TCCIRE para personas religiosas con depresión y ansiedad cumplen con los estándares de eficacia de los tratamientos basados en la evidencia. Lo mismo indican Hook et al. (2010) respecto a

la TCC de base cristiana, tomando en conjunto los distintos protocolos existentes. En cambio, Lim et al. (2014) creen que la TCC de corte religioso sólo alcanza a ser un tratamiento *probablemente eficaz* para la depresión y la ansiedad generalizada, según las guías de la APA. Aunque en revisiones sistemáticas y meta-análisis previos, la evidencia disponible analizada había indicado que las intervenciones adaptadas religiosa o espiritualmente (como lo son las TCCIRE) eran sólo tan efectivas como sus equivalentes estándar para impactar diversos aspectos psicológicos, los análisis más recientes han arrojado nueva luz referente a la eficacia relativa de las TCCIRE (en específico) para reducir particularmente la ansiedad y la depresión.

Anderson et al. (2015) analizaron los ensayos clínicos con asignación aleatoria sobre la eficacia de las terapias integradas basadas en una psicoterapia *bona fide*. Los estudios a analizar debían requerir la presencia de un diagnóstico formal o cumplir con un punto de corte en una escala reconocida. En todo estudio que cumplió los criterios la terapia era una TCCIRE. En esta categoría no incluyeron intervenciones de yoga o atención plena (*mindfulness*). El *TE* de las TCCIRE (corregido por el sesgo en tamaño de muestras) para reducir la depresión fue mayor al compararlas con grupos controles (listas de espera, placebo psicológico o tratamiento usual) que al compararlas con la TCC estándar, pero en ambos casos las primeras superaron a las segundas. Los autores indicaron que las versiones cristianas de TCCIR tuvieron los *TE* más altos, si bien la duración del tratamiento (promedio de 9 semanas) fue más breve. Específicamente, las versiones cristianas de las TCCIR obtuvieron un *TE* mediano al compararlas con la TCC estándar. Los hallazgos de este meta-análisis están en línea con lo expresado por Hodge et al. (2006) en el sentido de que la TCCIR “es un

tratamiento bien establecido para tratar la depresión entre cristianos/as” (p. 192). Respecto a la ansiedad, no hubo tantos estudios con las características comunes necesarias para un meta-análisis. En los disponibles hubo un patrón similar, sugiriendo una mayor eficacia de las TCCIRE con más estudios comparándola con grupos controles que con la TCC estándar. A grandes rasgos, los hallazgos de este meta-análisis concuerdan con Oh y Kim (2012) sobre la eficacia de las terapias espirituales, definidas en su sentido más amplio, para impactar la depresión y la ansiedad. Según Anderson et al. (2015), el suyo es el primer meta-análisis que presenta evidencia con suficiente poder estadístico en torno al beneficio que añaden las TCCIRE versus la TCC estándar. Como el meta-análisis no incluía estudios de personas con enfermedades físicas, no consideró el protocolo descrito por Pearce y sus colegas.

En cuanto al protocolo de TCCIR descrito por Pearce et al. (2015a), el mismo también ha mostrado una eficacia similar a la TCC estándar para reducir la depresión (Koenig et al., 2015) y la ideación suicida (Ramos, Erkanli, & Koenig, 2017), pero en pacientes con depresión mayor y enfermedades físicas crónicas. Al culminar el seguimiento, 47.1% de los/as asignados/as a la TCC estándar y 52.9% de las personas en la TCCIR vieron reducirse su depresión al rango normal. Además, se halló una interacción entre religiosidad y grupo de tratamiento, sugiriendo que la TCCIR fue levemente más eficaz en reducir la depresión en las personas más religiosas que la versión estándar (Koenig et al., 2015), lo que concuerda con lo señalado por Paukert et al. (2011). Algo similar ocurrió con la medida de propósito en la vida (Daher et al., 2016). Al comparar el impacto en variables como biomarcadores de estrés (Berk et al., 2015), generosidad (Pearce et al., 2015b), optimismo (Koenig, Pearce, Nelson, &

Daher, 2015), gratitud (Pearce et al., 2016) y luchas espirituales (Pearce & Koenig, 2016), ambas resultaron igual de eficaces. La TCCIR tendió a superar a la TCC ( $p = .07$ ) en incrementar las actividades espirituales diarias (AED) en las personas con menos religiosidad (Koenig, Pearce, Nelson, & Erkanli, 2016). Los pacientes en la TCCIR también tendieron ( $p = .076$ ) a formar alianzas terapéuticas más fuertes durante el primer mes, si bien ambos grupos se equipararon luego (Koenig et al., 2016). La religiosidad inicial se asoció a una merma en ideas suicidas y a aumentos en optimismo, gratitud, generosidad y propósito en la vida en ambos grupos. El optimismo y la gratitud inicial, así como más AED y una mejor alianza al inicio del tratamiento, se asociaron a una reducción más rápida de la depresión en ambos grupos. Aumentos en la gratitud y las AED durante el tratamiento se asociaron a reducciones en la depresión, mientras que las luchas espirituales (como se esperaba) fueron un factor que disminuyó la respuesta a ambos tratamientos.

Es preciso aclarar que la TCC estándar utilizada en este estudio sólo difería de la TCCIR en el uso del lenguaje, las creencias, las prácticas y las herramientas *religiosas* para tratar la depresión. Aun la TCC estándar atendía temas como el perdón, el significado y propósito, la gratitud, el altruismo y la involucración en actividades sociales. Además, incluía entrenamiento en meditación de atención plena, por lo que podría decirse que estaba más “equipada” que otras versiones tradicionales de TCC utilizadas como grupo de comparación en estudios previos. Podría decirse que esta TCC “estándar” cubrió algunos elementos espirituales (aunque no religiosos), lo que pudo limitar en parte la capacidad de hallar diferencias significativas (Koenig et al., 2015). De todos modos, esto ayudó a dar más certeza de que cualquier diferencia entre los tratamientos se debiera específicamente a la

inclusión de los aspectos religiosos en la TCCIR.

Con todo, las investigaciones sobre la eficacia de las TCCIRE y de las terapias integradas en general, tienen varias limitaciones (Hook et al. 2010). Muchos estudios abordan la depresión o la ansiedad y muy pocos se han enfocado en trastornos severos (Carlson y González-Peredes, 2016). Además, muchos estudios tuvieron muestras relativamente pequeñas. También es cierto que la gran mayoría de ellos ha sido con poblaciones cristianas o musulmanas y con personas de origen caucásico (Smith et al., 2007). Esto sugiere la necesidad de más estudios (con mayor tamaño de muestra) para examinar la eficacia de tales psicoterapias para impactar una mayor gama de condiciones en poblaciones religiosas/espirituales y étnico-culturales diversas. Por otra parte, los hallazgos de una mayor eficacia para las TCCIRE para reducir la depresión y (en menor grado) la ansiedad, deben interpretarse con cuidado a la luz de las fuentes de sesgo o confusión identificadas por Anderson et al. (2015), entre las cuales se destacan la lealtad de los/as investigadores/as a su propia intervención y varias limitaciones metodológicas. Éstas podrían inflar en algún grado el tamaño del efecto de la intervención. Para más detalles acerca de las limitaciones metodológicas observadas en algunos de estos estudios, véanse Carlson y González-Prendes (2016), Lim et al. (2014), así como Richards y Worthington (2010).

Vistas en conjunto, estas investigaciones sugieren la plausibilidad de utilizar con eficacia este tipo de intervención en poblaciones con necesidades espirituales/religiosas. También podría argumentarse que si las psicoterapias que integran aspectos religiosos/espirituales son al menos tan eficaces como las terapias estándar del mismo enfoque impactando aspectos psicológicos en esta población, quizás algo más eficaces para la depresión y

la ansiedad, y aparentemente más eficaces en los aspectos espirituales, sería importante considerar la adaptación espiritual de diversas psicoterapias en aras de dar un servicio más sensible a quienes valoran la espiritualidad y la religión en Puerto Rico. No contar con intervenciones que integren estos aspectos pudiera ser una limitación del estado actual de la prestación de servicios de salud mental en el país.

### **Algunas Ventajas de las Psicoterapias que Integran la Religiosidad/Espiritualidad**

En este punto es preciso esbozar algunas ventajas de contar con psicoterapias que integren la religiosidad/espiritualidad. Por ejemplo, la literatura sugiere que algunas personas que valoran mucho los aspectos espirituales/religiosos podrían formar vínculos más fuertes con terapeutas dispuestos/as a ofrecer terapias que consideren dichos aspectos (Worthington et al., 2011). Parte del cambio en psicoterapia se debe a la calidad de la alianza terapeuta-cliente (Horvath & Luborsky, 1993). Contar con estas psicoterapias como alternativas podría resultar en una relación más sólida (o consolidada más pronto) y que redunde en mayor posibilidad de cambio (Nohr, 2001; Swift, Callahan, & Vollmer, 2011; Wade, Worthington, & Vogel, 2007).

En segundo lugar, la honestidad de los/as pacientes y su confianza en que pueden abrirse sin temor a ser juzgados/as influyen en cuánto progreso obtienen de la terapia. Por eso, cuando las personas que valoran lo espiritual/religioso participan de terapias que toman esto en cuenta, podrían sentirse más propensas a abrir sus corazones y discutir en terapia los verdaderos asuntos que las afectan, porque es probable que consideren que hay una dimensión espiritual en sus problemas de vida, o piensen que éstos afectan su espiritualidad. Esto resulta tan relevante que aun el DSM-5 incluye un motivo de consulta titulado *Problema Religioso o Espiritual* V62.89 (Asociación



Americana de Psiquiatría, 2013). No en balde los hallazgos de Worthington et al. (2011) sugieren que estas psicoterapias superan a las otras modalidades en atender estos asuntos.

Saber que se pueden discutir libremente los temas vinculados a la espiritualidad, o cómo otros problemas inciden en la misma, puede influir en cuán pronto alguien comience a ver beneficios que pueda atribuirle a la psicoterapia. Esto podría ayudar a explicar por qué las personas religiosas/espirituales con depresión o ansiedad tienden a mejorar más pronto en las psicoterapias que integran estos aspectos (Paukert et al., 2009). Como ver que se benefician de la terapia puede, a su vez, reducir su resistencia y aumentar la probabilidad de sentirse motivadas a continuar asistiendo a las sesiones, esto podría ayudar a reducir la cantidad de personas que abandonan la psicoterapia prematuramente, al menos entre quienes valoran estos aspectos. De hecho, el meta-análisis de Swift et al. (2011) documenta que quienes reciben una terapia acoplada a sus preferencias tienen menos probabilidad de dejar prematuramente el tratamiento. Además, en el estudio de Koenig et al. (2015), quienes mostraron mayor religiosidad tendieron a ser más propensos/as a asistir a 5 sesiones o más que sus contrapartes. Si bien no todas las personas religiosas/espirituales desean hablar de ello en terapia, podrían sentirse más cómodas sabiendo que pueden tratar esos temas si lo deciden y cuando lo decidan (Post & Wade, 2009).

Buena parte de quienes enfrentan problemas emocionales acude a fuentes informales de apoyo, como ministros, rabinos, sacerdotes, chamanes y otros/as guías espirituales (Brown et al., 2014). Desarrollar y dar a conocer psicoterapias como las TCCIRE y su eficacia podría

aumentar los referidos para tratamiento recibidos de estas fuentes (Richards & Worthington, 2014). Las mismas podrían ver con buenos ojos tales psicoterapias por guardar afinidad/respeto por las ideas del grupo religioso/espiritual al que la persona y el/la guía pertenece. Esto sería algo prometedor para menores que asisten a colegios con orientación religiosa. También podrían beneficiarse las personas religiosas que atraviesan la pérdida de seres queridos, divorcios, o eventos traumáticos, y que pueden abstenerse de ir a psicoterapia o cohibirse de expresar lo que piensan, sienten o hacen ante terapeutas que ellas crean que no consideran, o podrían tener por insignificante o ridículo, el aspecto espiritual de estas experiencias y su procesamiento, o que podrían tratar de minar su fe (Mayers, Leavey, Vallianatou, & Baker, 2007; Richards & Worthington, 2014). Algo similar ocurre con ancianos/as aislados/as, deprimidos/as, o que pasan balance sobre sus vidas, pues podrían hallar consuelo en otra vida tras la muerte (Candy et al., 2012; Stanley et al., 2011).

### **Práctica Psicológica Integrada Religiosa o Espiritualmente en Puerto Rico**

Se estima que para el 2010 un 96.9% de los/as puertorriqueños/as se autodenominaban cristianos/as (Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life, 2012), incluyendo católicos/as, protestantes, ortodoxos/as y otros/as. Además, hay musulmanes, judíos/as, budistas, hinduistas y otros grupos religiosos en el país, lo que sugiere un terreno relativamente fértil para la incorporación de técnicas religiosas/espirituales en la práctica psicológica, siempre que sean congruentes con los estándares de la ética profesional. Valencia-Miranda (2001) desarrolló un instrumento para medir las opiniones de los/as psicólogos/as puertorriqueños/as

respecto al uso de técnicas religiosas y/o espirituales en psicoterapia con una muestra de 223 participantes de varias especialidades. Encontró que la mayoría de los/as terapeutas tenían una opinión favorable sobre el uso de técnicas espirituales y/o religiosas en psicoterapia. De modo similar, el 96% de los/as participantes en el estudio de Gonzalez-Rivera, Veray-Alicea y Rosario-Rodriguez (2016) mostró una actitud favorable hacia integrar la espiritualidad en la psicoterapia y la consejería.

Nos parece, pues, que los/as profesionales en Puerto Rico necesitan modelos de terapia basados en evidencia que les faciliten la integración de este tipo de técnicas, si han de optimizar el servicio ofrecido a la población para la cual estos aspectos son importantes, así como el resultado de tal servicio. Tal argumento concuerda con los postulados de la PPBE. Sin embargo, no existen adiestramientos ni manuales de las TCCIRE adaptados a nuestro contexto. Creemos que tales adaptaciones contribuirían al avance de la práctica psicológica, sobre todo cuando la mayoría de la población tiene creencias religiosas/espirituales de algún tipo. Contar con tales adaptaciones y adiestramientos, potencialmente, podría ayudar a reducir el uso inadecuado de las creencias religiosas o espirituales en el contexto de la psicoterapia disminuyendo así posibles daños a la población que recibe los servicios. Finalmente, no hemos hallado ningún trabajo científico en Puerto Rico sobre la TCCIRE u otras modalidades de terapia adaptadas a las poblaciones que valoran lo espiritual/religioso. De hecho, se podría decir que este tema de investigación no existe en nuestra literatura científica (Rodríguez-Gómez, 2010).

### **Retos, Peligros y Asuntos Éticos**

Uno de los retos que todo/a psicólogo/a y consejero/a tendrá que afrontar es la posible tendencia a imponerle sus valores religiosos, morales y/o culturales a su cliente. Esto puede acontecer incluso sin que el/la terapeuta esté consciente. Por tanto, los/as terapeutas deben tener sumo cuidado de no quebrantar los principios éticos de la profesión, que enfatizan en el respeto a la diferencia de roles, valores e ideologías. De lo contrario, incurrirían en una violación al principio de *Respeto por los derechos y dignidad de las personas* del código de ética de la APA (2010b), al principio de *Competencia* del código de ética de la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico (2013) y al principio de *Bienestar de la persona* del código de ética de la Asociación de Psicología de Puerto Rico (2007). Tampoco es ético entablar conversaciones que puedan incurrir en debates teológicos y filosóficos durante la terapia, ya que violaría los principios éticos mencionados y el objetivo mismo de la psicoterapia. Además, tal conversación podría convertirse en una discusión argumentativa que podría generar ansiedad y estrés en el paciente, llevándole a un estado de malestar mayor al original.

Tan y Johnson (2005), han reconocido posibles contraindicaciones o peligros en el uso de las TCCIRE. Primero, dada la escasa evidencia disponible en estas áreas, debe evitarse usar la TCCIRE como única/primer opción de tratamiento con personas con trastornos de personalidad o síntomas psicóticos. En todo caso, la psicosis debe estar controlada antes de discutir asuntos religiosos/espirituales. No es indicado usar la TCCIRE con quienes no valoran lo religioso o lo espiritual, sino que estas personas deben tratarse con terapias estándar. Tampoco deben tratarse con una TCCIR, como la presentada por Pearce et al, (2015), aquellas que se consideren espirituales, pero no religiosas. Quienes han crecido bajo visiones religiosas legalistas

podrían sufrir al ser tratadas con una TCCIR si en algún momento de sus vidas fueron forzadas a llevar a cabo prácticas religiosas. Además, en personas que han sido maltratadas/abusadas por sus padres, debe tenerse cuidado al usar técnicas de visualización si estas implican imaginar a una figura divina/espiritual masculina que las abraza o consuela.

El uso inadecuado de conceptos religiosos en psicoterapia podría propiciar el estigma. Este fenómeno también puede ocurrir en situaciones en que los/as profesionales sostienen creencias religiosas (Reyes-Estrada, Varas-Díaz & Martínez-Sarsón, 2015). Varas-Díaz (2011) documenta la asociación entre religión y estigma en estudios con profesionales de la salud y personas que viven con alguna enfermedad. Los hallazgos sugieren que la importancia dada a la religión y la participación religiosa (aunque en menor grado) están positivamente asociadas con manifestaciones de estigma hacia algunas poblaciones minoritarias. Esto sugiere la posibilidad de que una religiosidad muy intensa sea una de las vías por las que el estigma se pueda fomentar.

Algunos puntos deben resaltarse acerca del rol de la religión en la manifestación del estigma. Lo primero es que no puede descartarse que (al menos en una porción de los casos) la conciencia de los propios prejuicios pueda llevar a algunas personas a procurar una mayor participación religiosa o a reconocerle alguna importancia a ésta, precisamente como un mecanismo para combatir actitudes y conductas incompatibles con sus valores religiosos (Baier & Wright, 2001). Además, debe considerarse la posibilidad de que la rigidez cognitiva y una capacidad menor de ser empáticos/as (más que el grado de religiosidad de los/as participantes) pudieran explicar mejor la manifestación del estigma en los estudios antes mencionados.

Además, Varas et al. (2011) han reseñado varios estudios sobre el rol de la religión en la manifestación del estigma entre de estudiantes de medicina y otras profesiones, particularmente en personas con VIH/SIDA. Este es un fenómeno lamentable, sobre todo porque la literatura científica existente sugiere que la religiosidad y la espiritualidad juega un rol importante en la salud y en el bienestar de personas con VIH (Pargament, 2004). Si asumimos la existencia de semejanzas en actitudes o percepciones hacia los/as pacientes entre distintos/as profesionales en adiestramiento según la importancia dada a la religión o su nivel de participación religiosa, estos hallazgos pudieran tener pertinencia para el adiestramiento de estudiantes de otras profesiones, incluyendo quienes se adiestran para la psicoterapia. Los/as terapeutas con creencias religiosas harán bien en estar conscientes del riesgo de manifestar estigma y procurar que sus intervenciones sean responsables para promover la salud y el bienestar de los/as pacientes. Por supuesto que lo anterior también aplica a terapeutas ateos/as o agnósticos/as al tratar a sus pacientes, especialmente a quienes tienen convicciones religiosas, e independientemente de la intensidad de dichas convicciones.

Como último punto de esta sección, nos parece correcto afirmar que la definición de “bienestar” de muchas personas en Puerto Rico incluye algún tipo de armonía o balance en los aspectos espirituales/religiosos de sus vidas. También debe reconocerse que una espiritualidad saludable puede abonar a una mejor calidad de vida. En vista de ello, creemos que no proveer a nuestra población alternativas que incorporen la espiritualidad/religión como parte de la terapia podría ser una manera de garantizar que el resultado de ésta no sea tan óptimo para algunas personas como lo sería si hubiese alternativas psicoterapéuticas que

incorporaran dichos aspectos. La ausencia de tales alternativas iría, de hecho, en contra de una de las principales metas de la PPBE y constituiría, a nuestro modo de ver, un asunto ético adicional por atender.

### **Conclusiones y Recomendaciones**

En este artículo reseñamos la literatura del impacto terapéutico de las TCCIRE. Vimos que los estudios sobre las TCCIRE, en su mayoría, están dirigidos a pacientes con depresión o ansiedad, por lo que hay una brecha en términos de la diversidad de condiciones con las que se ha estudiado este tipo de intervención. Lo mismo puede decirse sobre los grupos religiosos y étnico-culturales. Esta reseña también sugiere aspectos prometedores, ya que virtualmente todas las revisiones sistemáticas y meta-análisis indican que las psicoterapias integradas son superiores a no recibir tratamiento (condición inicial necesaria para establecer eficacia). Además, al menos dos meta-análisis (Smith et al., 2007; Worthington et al., 2011) sugieren que éstas superan a las terapias seculares en eficacia (en indicadores de cambio psicológico y espiritual) cuando las últimas se toman en conjunto, sin distinguir si el modelo teórico de ellas es distinto o igual al de las versiones adaptadas/integradas. Un meta-análisis (Worthington et al., 2011) discierne mejor este último asunto, mostrando que las psicoterapias integradas superan en eficacia (en lo psicológico y lo espiritual) a las terapias seculares basadas en modelos teóricos distintos, pero a aquellas con las que a comparten el modelo teórico sólo las superan claramente en los indicadores de cambio espiritual. Finalmente, un meta-análisis (Anderson et al., 2015) provee información inicial a favor de una mayor eficacia de las TCCIRE (en particular) sobre la TCC estándar en el caso de los ensayos clínicos controlados sobre depresión y ansiedad. Con todo, esta evidencia *no es suficiente* para concluir que las TCCIRE sean

superiores a la TCC estándar, ni siquiera para la depresión y la ansiedad. Los hallazgos sobre las TCCIRE en general (y sobre el protocolo descrito por Pearce et al., 2015a) son congruentes con lo que la literatura más amplia reporta sobre la eficacia/efectividad de las intervenciones religiosas/espirituales.

A nivel general, se recomienda emprender una amplia gama de estudios con distintos tipos de poblaciones, problemas de salud mental y diseños metodológicos que puedan arrojar luz sobre la eficacia y la efectividad de este enfoque de psicoterapia. En cuanto a la investigación en Puerto Rico, los estudios formales de las TCCIRE son inexistentes, así como sobre cualquier otra modalidad de psicoterapia que integre elementos religiosos/espirituales de modo sistemático. De hecho, las referencias sobre los factores religiosos/espirituales concernientes a la salud mental son muy limitadas en el país en cualquier tipo de investigación (Rodríguez-Gómez, 2010), pero especialmente en la que estudia la eficacia psicoterapéutica. Sin embargo, no debemos ignorar el interés creciente por estudiar este tema, lo que podría ser una antesala esperanzadora para realizar estudios sobre las TCCIRE, u otras psicoterapias integradas, con nuestra población.

Entre los proyectos a realizar para incluir las TCCIRE como herramientas adicionales para los/as terapeutas en Puerto Rico se encuentran: 1) la adaptación cultural del manual de la TCC religiosa (versión cristiana), desarrollada por Ciarocchi, Schechter, Pearce y Koenig (2014) y 2) realizar estudios con este tipo de enfoque en poblaciones religiosas de Puerto Rico para examinar su eficacia y efectividad, utilizando diseños de ensayos clínicos controlados. Esto ayudaría a establecer estrategias efectivas de intervención basadas en la mejor evidencia disponible con poblaciones que sostienen creencias religiosas y/o espirituales.

Por otro lado, en este trabajo también hemos esbozado algunos de los posibles retos, peligros y limitaciones éticas del uso de las TCCIRE, como lo son: (1) la imposición de valores religiosos, morales y culturales; (2) la ocurrencia de debates teológicos y filosóficos entre terapeuta y cliente, (3) el utilizar las TCCIRE en contextos inapropiados y (4) la manifestación del estigma hacia poblaciones vulnerables (e.g. personas con VIH/SIDA o con condiciones severas de salud mental). Estos elementos podrían poner en riesgo el establecer una alianza terapéutica adecuada, perjudicando el proceso de terapia a corto y/o a largo plazo. No obstante, como indicáramos, si la población a ser atendida con este tipo de intervención valora los aspectos religiosos/espirituales, cree que el motivo de su malestar se relaciona con estos aspectos, o entiende que los problemas de vida que constituyen su motivo de consulta afectan su espiritualidad, es posible que una terapia integrada religiosa o espiritualmente pueda incrementar la calidad de la relación terapéutica, la apertura del/de la cliente a compartir los detalles de su malestar, así como su disposición a describir el contexto en que se origina y se mantiene el/los problema(s) por el/los que buscó ayuda en primera instancia. También podría ser un factor que ayude a aumentar los referidos de parte de fuentes de apoyo informal y que reduzca la probabilidad de que estas personas abandonen el tratamiento prematuramente.

De este artículo se desprende el potencial de las TCCIRE para pacientes con creencias religiosas o espirituales. Poniendo en perspectiva los retos, peligros y asuntos éticos antes mencionados, y tomando una actitud responsable, se puede concluir que las TCCIRE, como enfoque de tratamiento, tienen el potencial de responder a las necesidades de la población puertorriqueña que se identifica con creencias religiosas/espirituales. Por eso, es crítico

realizar estudios que propicien su desarrollo y/o adaptación a nuestro contexto, el examen de su viabilidad, así como la puesta a prueba de su eficacia y efectividad.

### Referencias

- Akuchekian, S., Jamshidian, Z., Maracy, M. R., Almasi, A., & Davarpanah-Jazi, A. H. (2011). Effectiveness of Religious-Cognitive Behavioral Therapy on religious oriented obsessive-compulsive disorder and its co-morbidity. *Journal of Isfahan Medical School*, 28(114), 801-811.
- Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J., & McMillan, D. (2015). Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 176, 183-196. doi: 10./j.jad.2015.01.019
- APA Presidential Task Force on Evidence Based-Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Armento, M. E. A., McNulty, J. K., & Hopko, D. R. (2012). Behavioral activation of religious behaviors (BARB): Randomized trial with depressed college students. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(3), 206-222. doi:10.1037/a0026405
- Asociación Americana de Psicología. (2010a). *Diccionario conciso de psicología*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psicología. (2010b). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos*

- mentales: *DSM-5*. Washington, DC: Autor.
- Asociación de Psicología de Puerto Rico. (2007). *Código de ética*. San Juan, PR: Autor. Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(4), 233-235.
- Azhar, M.Z., Varma, S.L., & Dharap, A.S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(1), 1-3. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01545.x
- Azhar, M.Z., & Varma, S.L. (1995). Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(4), 233-235. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09774.x
- Baier, C., & Wright, B. R. E. (2001). "If you love me, keep my commandments": A meta-analysis of the effect of religion on crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38, 3-21. doi: 10.1177/0022427801038001001
- Barron, L. W. (2007). *Effect of Religious Coping Skills Training with Group Cognitive Behavioural Therapy for treatment of depression*. Northcentral University, Unpublished doctoral thesis.
- Beck, A. (1970). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. (2011). *Cognitive-Behavior Therapy. Basics and beyond*. New York, NY: Guilford.
- Berk, L. S., Bellinger, D. L., Koenig, H. G., Daher, N., Pearce, M. J., Robins, C. J., ... King, M. B. (2015). Effects of religious vs. conventional cognitive-behavioral therapy on inflammatory markers and stress hormones in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. *Open Journal of Psychiatry*, 5(3), 238-259.
- Bernal, G., & Rodríguez-Soto, N. C. (2012). La práctica psicológica basada en la evidencia: Hacia una integración de la investigación, el peritaje profesional, la singularidad del/la cliente, su contexto y la ética. En A. Martínez-Taboas, & N. Quintero (Eds.). *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia* (pp. 8-34). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Bonelli, R.M. & Koenig, H.G. (2013). Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 657-673. doi: 10.1007/s10943-013-9691-4
- Brown, J. S. L., Evans-Lacko, S., Aschan, L., Henderson, M. J., Hatch, S. L., & Hotopf, M. (2014). Seeking informal and formal help for mental health problems in the community: A secondary analysis from a psychiatric morbidity survey in South London. *BMC Psychiatry*, 14, 275. doi: 10.1186/s12888-014-0275-y
- Burshtein, S., Dohrenwend, B. P., Levav, I., Werbeloff, N., Davidson, M., & Weiser, M. (2016). Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(6), 481-488. doi: 10.1111/acps.12555
- Candy, B., Jones, L., Varaganam, M., Speck, P., Tookman, A., & King, M. (2012). Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD007544. doi: 10.1002/14651858.CD007544.pub2.

- Carlson, K., & González-Prendes, A. (2016). Cognitive Behavioral Therapy with religious and spiritual clients: A critical perspective. *Journal of Spirituality in Mental Health, 18*(4), 253-282. doi: 10.1080/19349637.2016.1159940
- Ciarrocchi, J. W., Schechter, D., Pearce, M. J., & Koenig, H. G. (2014). *Religious Cognitive Behavioral Therapy (Christian Version): 10-session treatment manual for depression in clients with chronic physical illness*. Center for Integrative Medicine University of Maryland School of Medicine. Disponible en <https://spiritualityandhealth.duke.edu/images/pdfs/RCBT%20Manual%20Final%20Christian%20Version%203-14-14.pdf>
- Daher, N., Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Berk, L. S., ...King, M. B. (2016). Effects of religious vs. conventional cognitive-behavioral therapy on purpose in life in clients with major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. *International Journal of Existential Positive Psychology and Psychotherapy, 6*(1). Recuperado de <http://journal.existentialpsychology.org/index.php/ExPsy/article/view/172>
- Ebrahimi, A., Nasiri-Dehsorkhi, H., & Mousavi, S. (2015). Effectiveness of Spiritually Augmented Psychotherapy on dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *International Journal of Body, Mind and Culture, 2*(1), 34-40. Recuperado de <http://ijbmc.org/index.php/ijbmc/article/view/23>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart.
- Gibbel, M. R. (2011). Evaluating a spiritually integrated intervention for depressed college students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 71*(11-B), 7086
- Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine, 45*(14), 2937-2949.
- González-Rivera, J. A., Veray-Alicea, J., & Rosario-Rodríguez, A. (2016). Actitudes hacia la integración de la espiritualidad en las profesiones de ayuda: Estudio exploratorio. *Revista Griot, 9*(1), 57-67. <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/download/4676/4390>
- Hawkins, R. S., Tan, S.-Y., & Turk, A. A. (1999). Secular versus christian inpatient cognitive-behavioral therapy programs: Impact on depression and spiritual well-being. *Journal of Psychology and Theology, 27*(4), 309-318.
- Hodge, D. R. (2006). Spiritually Modified Cognitive Therapy: A review of the literature. *Social Work, 51*(2), 157-166. doi:10.1093/sw/51.2.157
- Hofmann, S. G., Asnaasi, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hook, J. N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P. (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical*

- Psychology*, 66(1), 46-72.  
doi:10.1002/jclp.20626
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-57. doi: 10.1037/0022-006X/93/S3.00
- Hutchison, E. D. (Ed.) (2008). *Dimensions of human behavior: Person and environment*, 3rd ed. Los Angeles, CA: Sage Publications, Inc.
- Johnson, W. B., & Ridley, C. R. (1992). Brief Christian and non-Christian rational-emotive therapy with depressed Christian clients: An exploratory study. *Counseling and Values*, 36(3), 220-229. doi:10.1002/j.2161-007X.1992.tb00790.x
- Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico. (2013). *Reglamento general y normas éticas de la profesión*. San Juan: Autor.
- Kennedy, G. A., Macnab, F. A., & Ross, J. J. (2015). *The effectiveness of spiritual/religious interventions in psychotherapy and counseling: a review of the recent literature*. Melbourne, AU: PACFA.
- Koenig, H. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. West Conshohocken, PA: Temple Foundation Press.
- Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 67-78. doi: 10.1080/09540260124661
- Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., & Daher, N. (2015). Effects of religious versus standard cognitive-behavioral therapy on optimism in persons with major depression and chronic medical illness. *Depression and Anxiety*, 32(11), 835-842. doi:10./da.22398
- Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., & Erkanli, A. (2016). Effects on daily spiritual experiences of religious versus conventional cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of Religion and Health*, 55(5), 1763-1777. doi:10.1007/s10943-016-0270-3
- Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Robins, C. J., Daher, N. S., ...King, M. B. (2015). Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 203(4), 243-251. doi:10./NMD.0000000000000273
- Koenig, H. G., Pearce, M., Nelson, B., Shaw, S., Robins, C., Daher, N., ...King, M. B. (2016). Effects of religious vs. standard cognitive behavioral therapy on therapeutic alliance: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 26(3), 365-376. doi: 10./10503307.2015.1006156
- Koszycki, D., Bilodeau, C., Raab-Mayo, K., & Bradwejn, J. (2014). A Multifaith Spiritually Based Intervention versus Supportive Therapy for generalized anxiety disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 489-509.
- Krok, D. (2014). The mediating role of coping in the relationships between religiousness and mental health. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 16(2), 5-13. doi:10.12740/APP/26313
- Lim, C., Sim K., Renjan, V., Sam, H. F., & Quah, S.L. (2014). Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: A systematic review. *Asian*



- Journal of Psychiatry*, 9, 3-12. doi: 10.1016/j.ajp.2013.12.011
- Mayers, C., Leavey, G., Vallianatou, C., & Baker, C. (2007). How clients with religious or spiritual beliefs experience psychological help-seeking and therapy: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 317-327. doi:10.1002/cpp.542
- McGee, M. A. (1999). Spiritual health and its relation to levels of perceived stress among a sample of university students. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59(11-A), 4072
- Miller, W. R., Forcehimes, A., O'Leary, M. J., & LaNoe, M. D. (2008). Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(4), 434-442. doi:10.1016/j.jsat.2008.02.004
- Muñoz, R. F., Ghosh-Ippen, C., Dwyer, E. V., Rao, S., & Le, H-L, & (2003). *Manual de terapia de grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión: Aprendiendo a manejar su realidad personal. [Manual para el participante.]* Recuperado de [http://i4health.paloaltou.edu/downloads/CBT\\_Spanish.pdf](http://i4health.paloaltou.edu/downloads/CBT_Spanish.pdf)
- Nohr, R. W. (2001). Outcome effects of receiving a spiritually informed vs. a standard cognitive-behavioral stress management workshop. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(7-B), 3855
- Oh, P. J., & Kim, Y. H. (2012). [Meta-analysis of spiritual intervention studies on biological, psychological, and spiritual outcomes]. *Journal of Korean Academy Nursing*, 42(6), 833-842. doi:10.4040/jkan.2012.42.6.833
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1881-1885.
- Pargament, K. I., Mahoney, A., & Shafranske, E. P. (Eds.). (2013). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 2): An applied psychology of religion and spirituality*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pargament K. I., McCarthy, S., Shah, P., Ano, G., Tarakeshwar, N., Wachholtz, A., ...Duggan, J. (2004). Religion and HIV: A review of the literature and clinical implications. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1201-1209. doi: 0038-4348/04/9712-1201
- Paukert, A. L., Phillips, L., Cully, J. A., Loboprabhu, S. M., Lomax, J. W., & Stanley, M. A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(2), 103-112.
- Paukert, A. L., Phillips, L. L., Cully, J. A., Romero, C., & Stanley, M. A. (2011). Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(2), 99-108. doi 10.1007/s10879-010-9154-0
- Pearce, M. J., & Koenig, H. G. (2016). Spiritual struggles and religious cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial in those with depression and chronic medical illness. *Journal of Psychology and Theology*, 43, 3-15.
- Pearce, M., Koenig, H. G., Robins, C. J., Bruce, N., Shaw, S. F., Cohen, H. V.,

- & King, M. B. (2015a). Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy: A new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy*, *52*(1), 56–66. doi:10.1037/a0036448.
- Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Daher, N., Shaw, S. F., Nelson, B., ...King, M. B. (2015b). Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy on generosity in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. *Spirituality in Clinical Practice*, *2*(3), 202-215. doi:10.1037/scp0000076
- Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Daher, N., Shaw, S. F., Nelson, B., ...King, M. B. (2016). Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy on gratitude in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. *Journal of Spirituality in Mental Health*, *18*(2), 124-144. doi: 10.1080/19349637.2015.1100971
- Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life (2012). *The global religious landscape: A report on the size and distribution of the world's major religious groups as of 2010*. Recuperado de [www.pewforum.org/files/2014/01/global-religion-full.pdf](http://www.pewforum.org/files/2014/01/global-religion-full.pdf)
- Post, B. C., & Wade, N. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(2), 131-146. doi: 10.1002/jclp.20563
- Propst, L. R. (1980). The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, *4*, 167-178. doi: 10.1007/BF01173648
- Power, M. (2012). *Adieu to God: Why psychology leads to atheism*. New York, NY: Wiley-Blackwell.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(1), 94-103. doi:10.1037/0022-006X.60.1.94
- Ramos, K., Erkanli, A., & Koenig, H. G. (2017). Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy (CBT) on suicidal thoughts in major depression and chronic medical illness. *Psychology of Religion and Spirituality*, Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/rel0000113>
- Rector, N. A., Man, V., & Lerman, B. (2014). The Expanding Cognitive-Behavioural Therapy Treatment Umbrella for the Anxiety Disorders: Disorder specific and transdiagnostic approaches. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(6), 301–309. doi: 10.1177/070674371405900603
- Reyes-Estrada, M., Varas-Díaz, N., & Martínez-Sarson, M. T. (2015). Religion and HIV/AIDS stigma: Considerations for the nursing profession. *The New School Psychology Bulletin*, *12*(1), 48-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4744372/>
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2014). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*, 2nd ed. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14371-000

- Richards, P. S., & Worthington Jr, E. L. (2010). The need for evidence-based, spiritually oriented psychotherapies. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*(5), 363-370. doi: 10.1037/a0019469
- Rodríguez-Gómez, J. R. (Ed.) (2010). Hacia una psicología puertorriqueña de la religión: Investigaciones preliminares. San Juan, PR: A Plus Copy Services, Inc.
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., Pirutinsky, S., & Mahoney, A. (2010). A randomized controlled evaluation of spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the internet. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 799-808. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.05.014
- Rye, M. S., Pargament, K. I., Pan, W., Yingling, D. W., Shogren, K. A., & Ito, M. (2005). Can group interventions facilitate forgiveness of an ex-spouse? A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 880-892. doi:10.1037/0022-006X.73.5.880
- Smith, T. B., Bartz, J., & Richards, P. S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 17*(6), 643-655.
- Stanley, M. A., Bush, A. L., Camp, M. E., Jameson, J. P., Phillips, L. L., Barber, C. R., ...Cully, J. A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & Mental Health, 15*(3), 334-343. doi:10.1080/13607863.2010.519326
- Stratta, P., Capanna, C., Riccardi, I., Carmassi, C., Piccinni, A., Dell'Osso, L., & Rossi, A. (2012). Suicidal intention and negative spiritual coping one year after the earthquake of L'Aquila (Italy). *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 1227-1231.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 155-165. doi: 10.1002/jclp.20759
- Tan, S.-Y., & Johnson, W. B. (2005). Spiritually oriented cognitive-behavioral therapy. In L. Sperry, & E. P. Shafranske (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy* (pp. 77-103). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14046-008
- Valencia-Miranda, M. I. (2001). *Opiniones de los psicólogos en Puerto Rico en relación al uso de técnicas espirituales y/o religiosas en la psicoterapia*. Tesis no publicada. San Juan: Universidad Interamericana de Puerto Rico Recinto Metropolitano.
- Varas-Díaz, N. (2011). Religión y salud en Puerto Rico: La instauración del estigma y sus consecuencias. En N. Varas Díaz, D. J. Marqués Reyes, S. Rodríguez Madera, O. Burgos Pérez, & A. Martínez Taboas, *La religión como problema en Puerto Rico* (pp. 13-55). San Juan, PR: Terranova Editores.
- Wade, N. G., Worthington, E. L., & Vogel, D. L. (2007). Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy. *Psychotherapy Research, 17*(1), 91-105. doi: 10.1080/10503300500497388
- Watters, W. (1992). *Deadly doctrine: Health, illness, and Christian God-talk*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(5), 358-363. doi: 10.1097/yco.0000000000000080

Worthington, E. L., Hook, J. N., Davis, D. E., & McDaniel, M. A. (2011). Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 204–214. doi: 10.1002/jclp.20760.

Zhang, Y., Young, D., Lee, S., Zhang, H., Xiao, Z., Hao, W., ...Chang, D. F.

(2002). Chinese Taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China. *Transcultural Psychiatry, 39*(115-129).

## Apéndice 1

## Descripción de la Terapia Cognitiva-Conductual Integrada Religiosamente (Versión Cristiana)

Sesión	Título	Objetivos de la sesión
1	Evaluación e Introducción a la TCCIR	1) Introducir a los/as clientes al formato básico del programa; 2) Comenzar a establecer la relación terapéutica, permitiendo que el/la cliente discuta su problema básico, circunstancias de vida y creencias religiosas; 3) Presentar la justificación básica del tratamiento; 4) Enseñar a monitorizar las actividades y el estado de ánimo; 5) Introducir el uso de la Biblia para combatir pensamientos negativos (verso a memorizar).
2	Activación Conductual: Caminar por la Fe	1) Reforzar la comprensión sobre la justificación de la terapia; 2) Refinar su capacidad para auto-monitorizar el estado de ánimo y las actividades; 3) Contratar con el/la cliente para agregar actividades positivas a su horario diario y enfatizar en tener fe en que es posible cambiar; 4) Identificar un recurso de su comunidad religiosa para recibir apoyo, interactuar y orar durante las próximas semanas.
3	Identificar Pensamientos Inútiles: El Campo de Batalla de la Mente	1) Introducir el procesamiento cognitivo: Enseñar al/a la cliente a identificar el estado de ánimo y los pensamientos que acompañan los cambios en éste; 2) Introducir categorías de pensamiento inútil o no adaptativo; 3) Dar razones teológicas de por qué estos pensamientos son inútiles y no bíblicos; 4) Uso del ABCDE; 5) Introducir la Oración Contemplativa
4	Desafiando Pensamientos Inútiles: Llevando todos los pensamientos cautivos	1) Reforzar y perfeccionar la capacidad del/de la cliente para manejar sus pensamientos, y para aclarar su comprensión de las categorías de distorsión del pensamiento; 2) Introducir cómo la interpretación personal de un evento conduce al cambio en el estado de ánimo; 3) Desarrollar formas alternas de responder a pensamientos automáticos negativos, creencias, y expectativas a la luz del sistema de valores y metas del/de la cliente; 4) Presentar las creencias y las prácticas religiosas como recursos para interpretar y afrontar de modo más efectivo las situaciones negativas o no placenteras (p. ej., dejando de lado el estilo de evitación).
5	Tratamiento de la Pérdida	1) Identificar pérdidas en la vida de la persona como resultado de la enfermedad física y la depresión; 2) Identificar las pérdidas sagradas (pérdidas vinculadas a su fe, su relación con miembros de su comunidad religiosa y su relación con Dios); 3) Enseñar herramientas para hacer frente a la pérdida (usando ejemplos bíblicos); 4) Explicar los conceptos de <i>control</i> versus la <i>rendición activa</i> (la decisión consciente de “soltar” aquellas cosas que no podemos controlar); 5) Enfatizar el uso de los recursos religiosos para entender y dar sentido a las pérdidas

(Apéndice 1 Continúa)

*(Apéndice 1 Continuación)*

Sesión	Título	Objetivos de la sesión
6	Cómo Lidar con las Luchas Espirituales y las Emociones Negativas	1) Discusión de las luchas espirituales que han venido como resultado de la depresión y/o la enfermedad física; 2) Explorar experiencias centrales (p. ej., de abandono o de castigo) que pueden haber contribuido a un cambio en la fe del/de la cliente; 3) Discusión del ejercicio de perdón y arrepentimiento e imágenes; 4) Uso del Método ABCDE para ayudar al/a la cliente a ponerse en el lugar de quien lo/a ofendió; 5) Practicar la Oración del Perdón (opcional).
7	Gratitud	1) Introducción al concepto de <i>gratitud</i> y cómo éste se relaciona con la experiencia de la enfermedad o situación del/de la cliente; 2) Practicar la reestructuración cognitiva desde un marco de gratitud; 3) Enfoque en la gratitud religiosa; 4) Introducir el concepto de dar gracias en toda situación; 5) Ejercicio de identificar las cosas en su vida por las que da gracias; 6) Conducta grata dirigida hacia los/as demás
8	Altruismo y Generosidad	1) Revisar ejercicios de gratitud: Expresión de Gratitud y Sentimientos Agradecidos; 2) Introducir la noción de expresar la gratitud religiosa siendo generoso/a y altruista y cómo esto puede ayudar a combatir la preocupación y la ansiedad; 3) Motivación religiosa para el altruismo: Los dos grandes mandamientos y la obra de Jesús, enseñando sobre "hacer esto hasta al más pequeño de ellos"; 4) Ejercicio de Altruismo
9	Crecimiento Espiritual y Relacionado con el Estrés	1) Introducir y desarrollar el concepto de <i>crecimiento relacionado con el estrés</i> , especialmente desde una perspectiva espiritual; 2) Explorar las formas en que el/la cliente puede haber experimentado un crecimiento positivo a través de la experiencia en la depresión o la enfermedad; 3) Ayudar a la persona a "buscar lo positivo" en su vida a través de una serie de ejercicios; 4) Herramientas que provee la fe para dar sentido y propósito al sufrimiento; 5) Revisar la importancia de la interpretación de los eventos: Ilustrarlo con la historia de Pablo en la cárcel y el relato de los 12 espías de la Tierra Prometida.
10	Esperanza y Prevención de Recaídas	1) Introducir el tema de la <i>esperanza</i> como una forma general de ser que resulta del uso de estrategias cognitivas y conductuales religiosas; 2) Discutir sueños y metas de la persona; 3) Discutir lo que el/la cliente ha aprendido y las destrezas que ha adquirido durante estas 10 semanas; 4) Revisar los recursos espirituales; 5) Discutir cómo mantener las ganancias en la terapia a través de su fe, su involucración en su comunidad de fe (para recibir y dar apoyo) y otros recursos espirituales; 6) Terminación del tratamiento

*Nota.* TCCIR = Terapia Cognitiva-Conductual Integrada Religiosamente