

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Religión y salud mental: diagnóstico, investigaciones y tratamientos.

Rosales, Ma. Guadalupe y Schinelli, Federico.

Cita:

Rosales, Ma. Guadalupe y Schinelli, Federico (2011). *Religión y salud mental: diagnóstico, investigaciones y tratamientos. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/67>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/Gho>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

RELIGIÓN Y SALUD MENTAL: DIAGNÓSTICO, INVESTIGACIONES Y TRATAMIENTOS

Rosales, Ma. Guadalupe; Schinelli, Federico
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

En los últimos años la religiosidad y la espiritualidad han cobrado especial relevancia en la práctica clínica. En el presente trabajo, los autores analizan el impacto de tal acercamiento en diferentes áreas de las disciplinas "psi". En principio, indagan el lugar de lo religioso en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), instrumento fundamental para los profesionales "psi" para poder establecer un diagnóstico psicopatológico. Por otro lado, describen la relación entre salud mental y religiosidad desde las distintas investigaciones que dieron cuenta de esta relación, así como también de sus posibles aplicaciones en la clínica psicológica.

Palabras clave

Psicoterapia Religión DSM-IV Investigaciones

ABSTRACT

RELIGION AND MENTAL HEALTH: DIAGNOSIS,
RESEARCH AND TREATMENT

In recent years, religion and spirituality have become especially relevant in clinical practice. In this paper, the authors analyze the impact of this approach in different areas of the psychological/psychiatric disciplines. In principle, they investigate the place of religion in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), the basic instrument for this professionals to establish a diagnosis. On the other hand, they describe the relationship between religiosity and mental health from the various investigations which accounted for this relationship, as well as their possible applications in clinical psychology.

Key words

Psychotherapy Religion DSM-IV Research

Introducción

La religión, entendida como un sistema cultural compuesto por prácticas y creencias específicas acerca de lo sagrado, se encuentra presente desde tiempos inmemorables y ha ofrecido al hombre respuestas a la pregunta por el sentido de la vida y el sufrimiento (Korman, Sarudiansky y Garay, 2008). La psicología y la psiquiatría se configuran como dos disciplinas, fruto del conocimiento del hombre, que intentan dar respuesta al sufrimiento, a la enfermedad y aspiran a explicar estos fenómenos a partir de determinados procesos.

En los albores de la psicología, ésta se ocupaba de cuestiones tales como el alma y el espíritu, compartiendo con la religión su objeto de estudio. Luego, con el interés de la disciplina en devenir científica y adoptar criterios empíricos, comienza a transitar un camino que la llevará a ser considerada como opuesta a la religión, con la consiguiente omisión del fenómeno religioso y espiritual en lo que refiere al estudio del comportamiento, la mente y la salud. En este recorrido encontramos a autores como Freud y Watson, que desde distintos paradigmas han influenciado en gran parte valoraciones negativas acerca del fenómeno religioso y espiritual (Plante, 2007).

A raíz de estas vicisitudes, y como corolario de la separación entre estas dos disciplinas, encontramos que durante largo tiempo los profesionales han tenido un "desencanto religioso" y una menor religiosidad que la población en general (Pargament & Saunders, 2007). Sin embargo, en los últimos cuarenta años esta situación ha comenzado a revertirse y actualmente es posible encontrar un gran corpus de trabajos e investigaciones acerca de la temática.

Las razones que explican este cambio de paradigma son diversas, aunque se destacan entre ellas el conocimiento de que un gran porcentaje de la población mundial que es religiosa (Koenig 2009), un interés de la disciplina por brindar servicios de salud que sean sensibles hacia la diversidad cultural y religiosa (Hage, Hopson, Siefel, Payton, & DeFanti, 2006), como así también la creciente consideración de una dimensión espiritual para los problemas y soluciones humanas (Pargament & Saunders, 2007).

En relación con este último punto, Pargament, Murray-Swank & Tarakeshwar (2005) enumeran razones para incluir la espiritualidad y la religión en psicoterapia. Estos proponen que, por un lado, la religión y la espiritualidad pueden ser parte de la solución de un problema de salud mental, dado que determinadas estrategias espirituales y religiosas pueden ser modalidades de afronta-

miento efectivas ante distintos estresores; sin embargo, señalan que, por el contrario, si la persona utiliza estilos de afrontamiento que lo llevan a quedarse “atascados” en la lucha espiritual, se pueden producir consecuencias patológicas. Asimismo los autores plantean que gran parte de los usuarios del sistema de salud se encontrarían predispuestos a la inclusión de un tratamiento que integre cuestiones espirituales o religiosas.

En el presente trabajo realizaremos un recorrido en torno a los modos en que se intersectan la psicología, la religiosidad, la espiritualidad y los trastornos mentales, partiendo desde la cuestión diagnóstica y retomando tanto las discusiones teóricas, como en la creación de dispositivos clínicos con aplicaciones específicas.

Entendemos a la espiritualidad como aquellos pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados a la búsqueda de lo sagrado, mientras que la religiosidad se suele definir como aquellos pensamientos, sentimientos y comportamientos espirituales que están específicamente relacionados con una forma organizada e identificada de religión (Zinnbauer & Pargament, 2005). Distintos autores han planteado diferencias conceptuales en torno a estos dos términos, pero a los fines de este trabajo ambos se tomarán como sinónimos.

Religiosidad y sistemas diagnósticos

Uno de los puntos más visibles que evidencia este resurgido interés por estudiar las relaciones entre la religiosidad y la salud mental es el hecho de que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) presente a las creencias religiosas como un elemento necesario para llevar a cabo diagnósticos psicopatológicos acertados, enfatizando la posible relación entre desconocimiento y la patologización de las creencias religiosas.

Ya desde la propuesta de la definición de trastorno mental se aclara que: “*Ni el comportamiento desviado (por ejemplo político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación o el conflicto fueren síntomas de una disfunción*” (APA, 1995: XXI). Esta definición estaría dando cuenta de que las experiencias “normales” o “patológicas” deben ser consideradas como tales en función del contexto en el cual aparecen y, por ende, eximiendo a las creencias religiosas de significación patológica (O'Connor & Vanderberg, 2005). Por lo tanto, si una creencia se encuentra relacionada con un tipo particular de religión, ella no debería poseer significación patológica al momento de encontrarse compartida por otras personas de la misma cultura.

Al mismo tiempo, la definición de idea delirante es coherente con esta determinación:

“Idea delirante: Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que el sujeto pertenece (p. ej., no

es un artículo de fe religiosa)...” (p.783).

En este sentido, y del mismo modo que lo que sucede con la definición de trastorno mental, una creencia asociada a un tipo particular de religión no debería ser considerada delirante, y, por lo tanto, no debería formar parte de los indicadores propios de algunos cuadros psicopatológicos graves.

Asimismo, es interesante notar la existencia de una categoría específica en relación a los fenómenos religiosos dentro de los trastornos tipificados en el Eje I: “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Problema religioso o espiritual” (APA, 1995). En este marco se da cuenta de la medida en que la religión pueda ser considerada como un factor que podría acarrear conflictos en la salud mental de las personas.

Por ende, teniendo en cuenta que el DSM-IV es uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica para los trastornos mentales en nuestro país, y en vista de que las variables religiosas son esenciales a la hora de evaluar patología, la indagación de éstas -y, por lo tanto, el conocimiento específico- por parte de los efectores de salud se convierte en un elemento indispensable.

Investigaciones en el marco de la psicología y la religiosidad

Las investigaciones que exploran las relaciones entre la religiosidad, la espiritualidad y psicopatología han proliferado de manera exponencial en los últimos años (Pailoutzian & Park, 2005). En particular, los estudios que correlacionan determinados aspectos de la religiosidad y de la espiritualidad con problemas como la ansiedad y la depresión han sido objeto de interés para un conjunto creciente de investigadores, tanto en el campo de la psicología de la religión como en el campo de la clínica. Pareciera ser que ciertos aspectos de la religiosidad y de la espiritualidad se asocian con una disminución de sintomatología dentro del espectro de la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, como así también en ideación suicida (Koenig, McCullough, & Larson, 2001; Koenig 2009).

En el mismo sentido, numerosos autores observan que dichos aspectos de la religiosidad y de la espiritualidad parecen formar parte de un estilo de vida más saludable (Koenig, Ford, George, Blazer, & Meador, 1993; Williams, Larson, Buckler, Heckmann, & Pyle, 1991), que pareciera facilitar el afrontamiento a diferentes estresores (Myleme, Koenig, Hays, Eme-Akwari, & Pargament, 2001).

Sin embargo, existe cierto acuerdo respecto de que, mientras que algunos aspectos de la religiosidad y la espiritualidad contribuyen a una mejor calidad de vida, otros pueden encontrarse asociados a síntomas de malestar (Rosmarin, Pargament, & Mahoney, 2009).

Podemos distinguir distintas clases de estudios que hacen frente a estos fenómenos. En un principio, aquellos que destacan el valor de la religiosidad en pos de favorecer una mejor salud mental (son aquellos que hemos explorado en el párrafo anterior). En segundo lugar, los que exploran la compleja intersección entre los objetos de estudio de la psicología, la psiquiatría y la religión.

Por último, podemos ubicar investigaciones de carácter clínico con el objetivo de desarrollar tratamientos que incluyan variables religiosas o que intenten explicar la utilidad de ciertas prácticas religiosas para el tratamiento de determinadas patologías mentales.

Dentro de los trabajos que exploran la intersección entre los objetos de estudio podemos citar las investigaciones de Hill y Pargament (2003), quienes observan que la asociación de la categoría de bienestar a la de religiosidad lleva a la interrelación de ciertas variables propias del enfoque religioso -como la percepción de cercanía a Dios (Hall & Edwards, 1996), el afrontamiento religioso (Pargament, 1997), la santificación (Pargament & Mahoney, 2005) y los conflictos religiosos/espirituales (Exline, Yali, & Sanderson, 2000)- con ciertos marcos teóricos psicológicos, tales como la teoría del apego (Kirkpatrick, 1998), la teoría del afrontamiento (Pargament, 1997) o a la teoría cognitivo comportamental (Anderson & Asmundson, 2006).

Entre las corrientes que incorporan, en el marco de la psicoterapia, ciertas intervenciones inspiradas en prácticas religiosas, se encuentra la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena para depresión (MBCT), la cual integra la meditación de conciencia plena (mindfulness) con técnicas de terapia cognitiva. Una reciente revisión que evaluó investigaciones preliminares sobre la MBCT, ha demostrado resultados prometedores para la prevención de la recaída de la depresión en pacientes con tres o más episodios previos (Coelho, Canter & Ernst, 2007). Por otro lado, también se encuentra la Spiritual Self Schema Therapy (3-S), el modelo de tratamiento desarrollado en la Universidad de Yale que busca integrar la psicología y la espiritualidad para el alivio del sufrimiento personal. Los estudios que la avalan arrojan evidencia que concluye que este tratamiento manualizado podría ayudar a pacientes con problemas de adicción a realizar un cambio del "Esquema Adicto" al "Esquema Espiritual" (Avants, Beitel & Margolin, 2005). Tal cambio correlacionó con un descenso en el uso de drogas y de comportamientos riesgosos que podrían exponerlos a contraer enfermedades como el HIV. Otros ejemplos de recientes intervenciones religiosas-espirituales incluyen intervenciones manualizadas para víctimas de abuso sexual (Murray-Swank & Pargament, 2005) e intervenciones espirituales grupales para pacientes hospitalizados con trastornos de la alimentación (Richards, Berrett, Hardman & Eggett, 2006).

Teniendo en cuenta el fructífero desarrollo de las intervenciones que consideran e incluyen las creencias religiosas de los pacientes, surge el interrogante sobre su efectividad en el proceso terapéutico. Los resultados sobre los estudios de estas intervenciones están todavía en sus comienzos (Richards *et al.*, 2006), sin embargo algunas investigaciones arrojan como conclusión que las intervenciones donde los terapeutas explícitamente enseñaron e incorporaron conceptos espirituales, asociándolos con los problemas actuales de sus pacientes, fueron más efectivos que aquellos que no lo

hicieron (Post & Wade, 2009). Basados en esta observación los autores sugieren que este tipo de intervenciones, en la psicoterapia de pacientes religiosos son útiles y necesarias.

Comentarios finales

Las variables religiosas han sido, durante mucho tiempo, apartadas del campo de la salud mental. Diferentes posturas la han ubicado tanto como factor incidente en la patología, como también como factor protector de la salud. Entre las primeras encontramos las posiciones que asocian a las ideas religiosas como irracionales y generadoras de distorsiones mentales. Asimismo también en aquellos casos en que por desconocimiento de las creencias del paciente éstas se patologizan.

Sin embargo, en los últimos años se ha producido un cambio cualitativo al incorporar estos sistemas de creencias en la categorización diagnóstica, como así también como parte integrante de los tratamientos psicoterapéuticos. En cuanto a la incorporación en los sistemas diagnósticos, se han integrado, dentro de los mismos, consideraciones hacia las variables culturales, tanto a la hora de realizar el diagnóstico -al incluir los problemas religiosos dentro de una categoría específica-, como así también al momento de evaluar lo patológico de determinada creencia o idea de acuerdo a la pertenencia cultural de quien consulta o es atendido. En cuanto a la inclusión y la relación de las creencias religiosas con el tratamiento psicoterapéutico, encontramos aún desarrollos incipientes, pero es de destacar la creciente investigación en el área, junto con una oferta ostensiblemente variada de tratamientos para distintos trastornos que las toman en consideración.

Bajo este panorama, consideramos necesario que los terapeutas tomen en cuenta los sistemas de creencias de sus pacientes, como así también respeten las directrices propuestas por los manuales diagnósticos en cuanto a tomar a la cultura como un elemento relevante al momento de diagnosticar. En este sentido, los terapeutas deben comprender que es indispensable, tanto para la adherencia al tratamiento y el éxito del mismo, que los efectores del sistema de salud comprendan y respeten a los usuarios y que no deban ser los usuarios de los servicios psicológicos quienes deban cambiar sus creencias para acceder al mismo. Por ello, es de gran importancia que los psicoterapeutas conozcan la existencia de las distintas religiones, debido a que ellas conllevan sistemas de creencias específicos que configuran las maneras de concebir y comprender la realidad de las personas que los consultan.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Anderson, G., & Asmundson, G. J. G. (2006). CBT and religion. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 1-2.

Avants, S. K., Beitel, M., & Margolin, A. (2005). Making the shift from 'addict self' to 'spiritual self'. Results from a Stage 1 study of Spiritual Self Schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture*, 8(3), 167-177.

Coelho, H. F., Canter, P. H., & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 1000-1005.

Exline, J. J., Yali, A. M., & Sanderson, W. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 56(12), 1481-1496.

Hage, S., Hopson, A., Siegel, M., Payton, G., & DeFanti, E. (2006). Multicultural training in spirituality: An interdisciplinary review. *Counseling and Values*, 50, 217-234.

Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(9), 961-973.

Koenig, H. G., Ford, S. M., George, L. K., Blazer, D. G., & Meador, K. G. (1993). Religion and anxiety disorder: An examination and comparison of associations in young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 321-342.

Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.

Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*, 54(5), 283-291.

Korman, G., Garay, C., Sarudiansky, M. (2008). Psicoterapia cognitiva y religión: ¿Qué debe saber un terapeuta cognitivo de la diversidad religiosa de la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense?, *SUMMA Psicológica UST* Vol. 5, No 2, 53 - 62

Hall, T. W., & Edwards, K. J. (1996). The initial development and factor analysis of the Spiritual Assessment Inventory. *Journal of Psychology & Theology*, 24(3), 233-246.

Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, 58(1), 64-74.

Margolin, A., Schuman-Olivier, Z., Beitel, M., Arnold, R. M., Fulwiler, C. E., & Avants, S. K. (2007). A preliminary study of spiritual self-schema (3-S(+)) therapy for reducing impulsivity in HIV-positive drug users. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 979-999.