

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

Psicoterapia y religiosidad: inclusión de las variables religiosas y espirituales en los tratamientos.

Schinelli, Federico y Korman, Guido Pablo.

Cita:

Schinelli, Federico y Korman, Guido Pablo (2012). *Psicoterapia y religiosidad: inclusión de las variables religiosas y espirituales en los tratamientos. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/64>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/nDD>

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>.

PSICOTERAPIA Y RELIGIOSIDAD: INCLUSIÓN DE LAS VARIABLES RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES EN LOS TRATAMIENTOS

Schinelli Federico - Korman Guido Pablo

Universidad de Buenos Aires - UBACyT

Resumen

En los últimos tiempos los grandes cambios sociales, culturales y la globalización han llevado a una mayor diversidad cultural. En este sentido las disciplinas de la salud se han preocupado por contar con herramientas que les permitan abarcar la creciente demanda de servicios por parte de los distintos grupos culturales. Al respecto, el campo de la psicoterapia ha ido en la misma dirección, incluyendo en sus abordajes cuestiones relativas a la pertenencia cultural de cada usuario. Tales consideraciones se encuentran enmarcadas dentro de la práctica psicológica basada en la evidencia, la cual considera esencial tomar en cuenta el contexto y las preferencias del paciente. De la mano de estos cambios, ha surgido un creciente interés por la integración de aspectos referidos a la religiosidad y la espiritualidad en las intervenciones terapéuticas. En este trabajo se examinará el impulso que han tenido las investigaciones sobre religiosidad y espiritualidad en el campo de psicológico y psiquiátrico, la creciente importancia de la espiritualidad y la religiosidad para la práctica clínica y distintos tipos de intervenciones terapéuticas que toman en consideración variables espirituales y religiosas en su conceptualización, como así también su nivel de evidencia empírica y los futuros desafíos que entrañan.

Palabras Clave

Psicoterapia religión espiritualidad tratamientos.

Abstract

PSYCHOTHERAPY AND RELIGIOSITY: INCLUSION OF RELIGIOUS AND SPIRITUAL VARIABLES IN THE TREATMENT

In recent times the great social, cultural and globalization changes have led to greater cultural diversity. In this sense health disciplines have been concerned about having ways that allow them to cover the growing demand for services by different cultural groups. In this regard, the field of psychotherapy has been in the same direction, including in their approaches issues relatives to the cultural belonging of each user. Such considerations are framed in evidence-based practice of psychotherapy, which considers essential to take into account the context and patient preferences. With these changes, there has been a growing interest in the integration of aspects related to religion and spirituality in therapeutic interventions. In this paper we examine the impulse which has had research on religiosity and spirituality in the field of psychology and psychiatry, the growing importance of spirituality and religiosity for clinical practice and different types of therapeutic interventions that take into account spiritual variables religious in its conceptualization, as well as their

level of empirical evidence and future challenges involved.

Key Words

Psychotherapy religion spirituality treatment.

Introducción

En los últimos tiempos los grandes cambios sociales, culturales y la globalización han llevado a una mayor diversidad cultural. La pertenencia cultural determina la manera en la que el individuo se relacionará con el mundo. En este sentido, la diversidad de culturas y su consiguiente acceso a servicios de salud y educación ha llevado a establecer políticas que respeten las idiosincrasias culturales, a la vez que garanticen el acceso a servicios de calidad. De este modo, la cultura se configura como un elemento necesario a tener en cuenta al momento de diseñar estrategias de intervención (Korman, Garay & Sarudiansky, 2008). En esta línea, las distintas religiones y creencias espirituales se pueden entender como partes integrantes de la cultura de los individuos. Durante los últimos años, se ha puesto el foco en los aspectos de religión y espiritualidad propio de los distintos colectivos, en pos de incluirlos en cuestiones relativas a la salud y la educación. En el presente trabajo se discutirá la importancia de tomar en cuenta el marco religioso-espiritual del usuario del sistema de salud mental, se presentarán los desarrollos de tratamientos que incluyen estas variables, los estudios que dan cuenta de su eficacia y las consideraciones necesarias para avanzar en la construcción de un sistema de atención que considere la pertenencia cultural del usuario.

LA RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD Y LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Durante las últimas décadas, los servicios de salud han procurado incorporar la religiosidad y espiritualidad a la investigación y la práctica clínica. Una clara muestra de ello es la importancia que ha cobrado esta área de interés para los investigadores (Koenig, 2009). Se han sucedido distintas etapas respecto a la relación de la religiosidad y espiritualidad y las ciencias de la salud. Antes de la segunda guerra mundial, los acercamientos a la temática estaban basados más en posicionamientos teóricos que en estudios empíricos (Oman & Thoresen, 2005). En el transcurso de la segunda mitad del siglo XX comienza un resurgir de la temática, que se ve plasmada en los trabajos de Allport y Ross, que distinguieron distintos modos de involucrarse con la religión (Allport & Ross, 1967). Sin embargo este acercamiento fue tangencial, dado que las variables religiosas y espirituales eran tomadas como una variable de ajuste a tener en cuenta en el diseño de estudios (Oman & Thoresen, 2002). Con los grandes cambios culturales producidos durante las décadas de los

60 y 70's se dio inicio a investigaciones científicas sobre aspectos concretos de la religión y espiritualidad, por ejemplo sobre prácticas de meditación (Murphy, Donovan & Taylor, 1999). En su inicio este tipo de investigaciones se centraba en aspectos fisiológicos (Seeman, Dubin & Seeman, 2003), dejando de lado cuestiones de índole cognitiva. A partir de este momento, se comienza a instalar la temática en las discusiones científicas, ejemplo de ello son las revisiones de David Larson (Larson, Pattison, Blazer, Omran, & Kaplan, 1986) acerca de la desatención respecto a cuestiones religiosas en el campo de la salud. Durante las décadas de los 80 y 90 estos asuntos toman un gran impulso (Oman & Thoresen, 2005). En este punto se encuentran dos grandes líneas de investigación. Por un lado aquellas conducidas por médicos, sociólogos y epidemiólogos donde se han vinculado la religión y la espiritualidad con mediciones respecto de la salud física, junto con los aspectos que se encuentran mediando en esta relación (Oman & Thoresen, 2005). Por otro lado investigadores que se han abocado a las vinculaciones entre la religión y la espiritualidad y la salud mental. Un indicador de esta relevancia ha sido el hecho de que la cantidad de publicaciones sobre la temática se ha cuadruplicado desde la década del 60 (Pargament & Saunders, 2007).

LA INCLUSIÓN DE LAS VARIABLES RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES EN PSICOTERAPIA

La relevancia de esta temática también se ha reflejado en el campo de la psicoterapia. El creciente interés por parte de los psicoterapeutas por brindar servicios psicológicos que garanticen una práctica de excelencia ha llevado a las organizaciones de terapeutas a establecer criterios básicos para el ejercicio de la práctica clínica (APA, 2006). Estos criterios básicos que hacen a una buena práctica clínica son la adecuación a la metodología científica (evaluación de intervenciones) para contar con intervenciones que estén respaldadas por evidencia empírica, la constante actualización sobre las distintas innovaciones y progresos de la disciplina, y una actitud de apertura hacia la consideración de las creencias, marcos explicativos y contextos del paciente que nos consulta. Subyacen a estos criterios la idea de que los resultados para los pacientes mejorarán en la medida en que la práctica clínica se complemente con la información que provee la investigación. Dicho enfoque se denomina "Práctica basada en la evidencia en psicología" (PBE). El movimiento de la PBE define dicha práctica como "la integración de la mejor investigación disponible con la calificación clínica en el contexto de las características del paciente, su cultura y preferencias". De este modo, la definición se divide en tres términos. La mejor investigación disponible hace referencia a toda la gama de tipos de evidencia, desde la investigación cuantitativa, pasando por la cualitativa, los estudios de procesos, la investigación etnográfica, etc. A su vez la investigación no es el único punto al tener en cuenta, sino que es clave la "calificación clínica". Con este término se hace referencia a la capacidad que tiene el terapeuta de utilizar la evidencia disponible de una manera integrada con la información que dispone del paciente en particular, de ser consciente de sus sesgos personales y culturales como así también de las limitaciones de su conocimiento y sus habilidades, de realizar diagnósticos y conceptualizaciones del caso adecuadas, la manera en que implementa el tratamiento, la comprensión de las diferencias culturales en el tratamiento, etc. Pero estos dos términos no encierran la totalidad de cuestiones que hacen a una práctica de excelencia en psicoterapia. Es fundamental tomar en cuenta las preferencias del paciente, sus características y su cultura. Es imprescindible para la buena práctica el tomar en cuenta los valores del paciente, su

visión del mundo, sus características culturales, los objetivos de éste para el tratamiento, como así también sus preferencias. El punto a resaltar aquí es que además de tomar en cuenta una gran variedad de variables del paciente al implementar el tratamiento (como sus rasgos de personalidad, la etapa del desarrollo que atraviesa, factores socioculturales, sus condiciones ambientales, etc.), es fundamental considerar en el diseño del tratamiento aquellas cuestiones que son básicas para el paciente, como su pertenencia cultural, su visión del mundo y sus valores. Es en este punto donde las creencias religiosas de los pacientes cobran gran importancia, ya que la inclusión o no de ellas puede determinar desde la adherencia al tratamiento hasta los resultados del mismo (Korman & Idoyaga Molina, 2010; Korman et al, en prensa).

El trabajo del terapeuta en este sentido, estará encaminado en un primer momento a determinar la relevancia que cobran tanto los aspectos culturales como religiosos y espirituales en los distintos pacientes que consultan (Leach & Aten, 2009). A su vez, este ejercicio de tomar en cuenta estos aspectos requerirá en el terapeuta determinadas habilidades multiculturales (APA, 2003), entre las que se encuentran el considerar las propias actitudes y creencias respecto a otros grupos culturales y religiosos, la importancia de la comprensión y el entendimiento de aquellos individuos culturalmente distintos al terapeuta y el hecho de atender a estas cuestiones en contextos educativos y de investigación. Por lo tanto sería de suma relevancia para el psicólogo clínico el hecho de ser consciente de sus propios prejuicios y herencia cultural, el conocer las características de los distintos grupos culturales y contar con habilidades relacionadas al trabajo con pacientes de grupos culturales distintos al del propio (Korman, Garay y Sarudiansky, 2008; Lum, 2003).

A partir del hecho de la importancia de considerar estas cuestiones para la práctica clínica, surge la inquietud acerca de cuándo deben ser incluidas las variables religiosas y espirituales en la terapia. Al respecto, resulta interesante el planteo de Pargament, Murray-Swank & Tarakeshwar (2005), que establece que las cuestiones religiosas y espirituales pueden presentarse como una solución o como un problema. La religión y la espiritualidad pueden ser parte de la solución en el plano de la salud mental cuando ésta es utilizada como un afrontamiento eficaz frente a distintos estresores. Dada la naturaleza propia de los estresores vitales, que cuestionan nuestras asunciones y creencias más arraigadas, el hecho de contar con afrontamientos espirituales permitiría encontrar salidas a cuestiones tales como enfermedades crónicas, muerte de personas cercanas o la falta de control sobre aspectos de la vida. Pargament (1997) resalta que estos tipos de afrontamiento llevarían a contar con respuestas, apoyo, valor y nuevas fuentes de significación de los hechos. De este modo, la espiritualidad y religiosidad se configurarían como recursos distintivos para lidiar con las limitaciones propias de la condición humana. Por otro lado ciertos tipos de afrontamiento espiritual y religioso podrían llevar a empeorar problemas psicológicos. Este es el caso en el cual la religión o espiritualidad puede ser parte del problema. En un estudio al respecto, Jhonson y Hayes (2003) encuestaron a más de dos mil estudiantes, encontrando que el 20% presentaba distress religioso o espiritual. Ilustraciones de ello son ciertos afrontamientos religiosos, tales como el hecho de sentirse castigado por Dios o el tener ira hacia Dios, lo cual llevaría a un empeoramiento de la salud mental (Pargament et al, 2005), el hecho de encontrarse confundido acerca de las propias creencias o la idea de ser castigado por los propios pecados (Jhonson & Hayes, 2003).

Además de ser una cuestión central en el abordaje del problema terapéutico de un paciente religioso, otras cuestiones favorecen el tratamiento de los asuntos espirituales y religiosos en la práctica clínica. Por ejemplo, Koenig & Pritchett (1998), refieren que tomar en cuenta los asuntos religiosos y espirituales ayuda al terapeuta a conocer el conflicto psicológico del paciente, a diseñar intervenciones que sean congruentes con su visión del mundo, identificar aquellos recursos religiosos que puedan brindar apoyo y a afianzar la relación terapéutica.

A partir de este panorama, donde se ha constatado la emergencia e importancia de las variables espirituales y religiosas tanto en la investigación de la salud en general como en el campo de la salud mental, como así también las ventajas que brindan para paciente y el terapeuta el abordaje específico de estas cuestiones, se han desarrollado una serie de intervenciones psicoterapéuticas, en las cuales se han incluido las variables espirituales y religiosas de distintos modos. Dichas intervenciones abarcan la inclusión de contenidos religiosos en tratamientos seculares validados (Propst, Ostrom, Watkins, Dean, & Mashburn, 1992; Azhar & Varma, 1995; entre otros), la utilización del afrontamiento religioso para lidiar con eventos vitales estresantes (Pargament, 1997), el incluir el punto de vista religioso del paciente para estimular comportamientos sanos (Koenig & Pritchett, 1998) la discusión de cogniciones religiosas desadaptativas u obsesiones religiosas (Anderson & Asmundson, 2006) y la inclusión de prácticas espirituales en los tratamientos, como por ejemplo el rezo (Sian-Yang, 2007) o la meditación (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

ALCANCE DE LAS INTERVENCIONES RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES

Es interesante analizar el nivel de expansión que ha tenido la temática, para dar cuenta de su posible impacto en el campo psi. Las intervenciones espirituales y religiosas se han extendido a casi todos los dispositivos, actualmente se encuentran intervenciones sobre terapia individual, terapia de grupo (Hiatt, 1999), terapia familiar y marital (Butler & Harper, 1994) y tratamientos de niños y adolescentes (Miller, 2004). A su vez las intervenciones han sido incorporadas por la totalidad de las orientaciones teóricas principales (Smith, Bartz & Richards, 2007), tal vez guiadas por el hecho de que trabajar congruentemente con el sistema de creencias de los pacientes facilita los logros terapéuticos.

Asimismo, los abordajes que toman en consideración la religión y la espiritualidad abarcan una gran cantidad de trastornos psicopatológicos y problemas clínicos, incluyendo entre ellos ansiedad generalizada (Azhar, Varma & Dharap, 1994), trastorno obsesivo compulsivo (Gangdev, 1998), esquizofrenia (Wahass & Kent, 1997), estrés (Craigie, 1992), perfeccionismo (Richards, Owen & Stein, 1993), adicciones (Avants, Beitel, & Margolin, 2005), abuso sexual (Murray-Swank & Pargament, 2005), pacientes con cáncer (Cole, 2005), trastornos de la alimentación (Richards, Bennett, Hardman, & Eggett, 2006) y depresión (Propst et al, 1992; Azhar & Varma, 1995; entre otros). En esta última categoría diagnóstica es donde se encuentran los estudios con diseños más rigurosos en cuanto a medidas pre y post test, utilización de manuales de tratamiento y seguimientos a largo plazo.

Estos abordajes se han utilizado con una gran variedad de religiones, tales como el islam, mormona, cristiana, taoísta y budista. También

se han realizado en una amplia gama de países, tales como Malasia, Arabia Saudita, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Canadá y China. Los datos refuerzan la idea de que este tipo de abordaje puede ser utilizado en una amplia gama de contextos, con diferentes religiones, para distintos abordajes y problemas clínicos, lo que marcaría su relevancia para el ejercicio del psicólogo clínico.

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

Respecto a la eficacia de las intervenciones, al ser un campo relativamente nuevo de investigación, los estudios suelen no estar replicados o son metodológicamente deficientes. Se encuentran actualmente distintos trabajos de revisión que establecen conclusiones acerca de la eficacia y efectividad de los abordajes. En un metaanálisis, Smith, Bartz & Richards (2007), combinaron datos de 31 estudios de resultados de psicoterapias espirituales, realizados entre los años 1984 y 2005, que incluían 1.845 pacientes con distintos trastornos. Encontraron que el tamaño de efecto para las intervenciones era de 0.56, indicando un efecto medio. Asimismo, destacan que las investigaciones que midieron bienestar y funcionamiento positivo tuvieron tamaños de efecto del doble que aquellas que incluían otras mediciones. Los autores concluyen que la revisión metaanalítica apoya el hecho de que las intervenciones espirituales benefician a los pacientes, lo que les daría razones a los clínicos para considerar la utilización de este tipo de intervenciones en los tratamientos (Smith et al, 2007).

Por otro lado, Hodge (2006), realiza una revisión narrativa de terapia cognitiva con modificaciones espirituales y religiosas. Luego de analizar una serie de estudios de eficacia tanto sobre los resultados como también sobre los aspectos metodológicos, el autor concluye que, a excepción de los estudios referidos a la depresión, las investigaciones son clasificadas (de acuerdo a los criterios APA para la selección de intervenciones validadas empíricamente [Chambless et al., 1995]) como experimentales, lo que indicaría que aún son necesarios nuevos estudios, con mejores diseños, para poder establecer conclusiones acerca de los tratamientos cognitivo-conductuales con modificaciones espirituales o religiosas.

A pesar de esta disparidad de miradas al respecto, es de destacar el creciente número de investigaciones de eficacia y la posibilidad, cada vez mayor, de poder contar con tratamientos validados que sean más congruentes con la pertenencia cultural del paciente y se puedan adoptar a distintos contextos, mejorando así la efectividad y difusión de los tratamientos (Echeburúa & De Corral, 2001).

COMENTARIOS FINALES

La consideración del contexto cultural e idiosincrasia de los usuarios del sistema de salud han recibido una atención creciente en las investigaciones y lineamientos de salud a nivel global. Dentro de ello se encuentran las cuestiones espirituales y religiosas, las que han sido incorporadas en distintos contextos, abordajes y trastornos por los profesionales de la salud mental. Ello conlleva ciertas responsabilidades por parte de los ejecutores de políticas de salud como también por parte de los educadores e investigadores. Respecto a los primeros, es importante fomentar y difundir modos de intervenir que sean sensibles respecto del marco religioso-espiritual del usuario de salud. Otro asunto que cobra importancia es aquel referido a las cuestiones éticas, como por ejemplo el consentimiento

informado (Keegan & Rutzstein, 2003; Hawkins & Bullock, 1995). En segundo lugar, es imprescindible que los educadores se esfuercen por generar habilidades para el abordaje de situaciones clínicas caracterizadas por la multiculturalidad y la integración de cuestiones espirituales y religiosas en los tratamientos (Barnett & Fiorentino, 2000). En este sentido, son interesantes las conclusiones a las que llegan Post & Wade (2009), al analizar investigaciones que indagan acerca de las actitudes de los usuarios respecto a las intervenciones espirituales y religiosas: si bien es de utilidad que el profesional esté formado en aspectos básicos de religiosidad y espiritualidad, no es necesario que el terapeuta sea un experto en el estudio comparativo de la religión, más bien lo que se requiere es un acercamiento a la temática mediado por actitudes de respeto y apertura por parte de los profesionales. Finalmente, un aspecto central será el de fomentar investigaciones que den cuenta de la eficacia y efectividad de este tipo de abordajes para distintos pacientes y contextos, como así también la factibilidad de que estos puedan ser llevados a cabo por los profesionales, particularmente en nuestro medio, donde aún no se han desarrollado investigaciones y aplicaciones referidas a la temática.

Bibliografía:

- Allport, G.W. & Ross, M. J. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- 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.
- Azhar, M. Z., Varma, S. L., & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 165-173.
- Barnett, J. E., & Fiorentino, N. (2000). Spirituality and religion: Clinical and ethical issues for psychotherapists. Part II. *Psychological Bulletin*, 35, 32-35.
- Butler, M. H., & Harper, J. M. (1994). The divine triangle: God in the marital system of religious couples. *Family Process*, 33, 277-286.
- Chambless, D. L., Babich, K., Christoph, P. C., Frank, E., Gilson, M., Montgomery, R. W., Rich, R., Steinberg, J., & Weinberger, J. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48(1), 3-23.
- Cole, B. S. (2005). Spiritually-focused psychotherapy for people diagnosed with cancer: A pilot outcome study. *Mental Health, Religion and Culture*, 8, 217-226.
- Craigie, F. C. (1992). Evaluation and six-year follow-up of a community-based Christian cognitive-behavioral stress management program. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, 269-276.
- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud Vol I* pp. 181-204.
- Gangdev, P. S. (1998). Faith-assisted cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 575-578.
- Hawkins, I. L., & Bullock, S. L. (1995). Informed consent and religious values: A neglected area of diversity. *Psychotherapy*, 32, 293-300.
- Hiatt, J. F. (1999). A transpersonal care program in an institutional setting. *Psychiatric Annals*, 29, 480-483.
- Hodge, D. R. (2006). Spiritually Modified Cognitive Therapy: A Review of the Literature. *Social Work*, 51, 157-166.
- Johnson, C.V., & Hayes, J.A. (2003). Troubled spirits: Prevalence and predictors of religious and spiritual concerns among university students and counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 409-419.
- Keegan, E. & Rutzstein, G. (2003). Justo y necesario: el consentimiento informado en psicoterapia. *Perspectivas bioéticas*, 15, 55-60.
- Koenig, H. G. & Pritchett, J. (1998) Religion and Psychotherapy. En H. G. Koenig (Ed.) *Handbook of Religion and Mental Health* (pp. 323-326). San Diego, CA: Academic Press.
- KOENIG H. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009; 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*
- Korman, G. P.; Indoyaga Molina, M. (2010) Cultura y depresión. Aportes antropológicos; Akadia; Buenos Aires.
- Korman, G., Sarudiansky, M, Rosales, M., G., Simkin, H., Schinelli, F, Pinto, C., Cermesoni, D., Etchevers, M., J. & Garay, J. (en prensa). Psicología, psiquiatría y religiosidad. Exploración en profesionales de la salud mental del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Fundamentos en Humanidades*.
- Larson, D. B., Pattison, E. M., Blazer, D. G., Omran, A. R., & Kaplan, B. H. (1986). Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *American Journal of Psychiatry*, 143, 329-334.
- Leach, M., & Aten, J. (2009). Culture and the therapeutic process: An introduction. En M. Leach & J. Aten (Eds.), *Culture and the therapeutic process: A clinician's guide*. New York, NY: Routledge.
- Lum, D. (2003). *Culturally competent practice: A framework for understanding diverse groups and justice issues*. Pacific Grove, CA: Thomson and Brooks/Cole.
- Miller, L. (2004). A spiritual formulation of interpersonal psychotherapy for depression in pregnant girls. In P. S. Richards & A. E. Bergin (Eds), *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy* (pp. 75-86). Washington, DC: American Psychological Association.
- Murray-Swank, N. A., & Pargament, K. I. (2005). God, where are you?: Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 191-203.
- Murphy, M., Donovan, S., & Taylor, E. (1999). The physical and psychological effects of meditation: A review of contemporary research with a comprehensive bibliography 1931-1996 (2nd ed.). Sausalito, CA: Institute of Noetic Sciences.
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2002). "Does religion cause health?": Differing interpretations and diverse meanings. *Journal of Health Psychology*, 7, 365-380.
- Oman, D., & Thoresen, C. (2005). Religion and health. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.). *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 435-459). New York: Guilford.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I. and Saunders, S. M. (2007), Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *J. Clin. Psychol.*, 63: 903-907
- Pargament, K; Murray-Swank, N; Tarakeshwar, N (2005). An empirically-based rationale for a spiritually-integrated psychotherapy. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 155-165.
- Post, B. C., & Wade, N. G. (2009). Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology: In*

session, 65(2), 131-146.

Propst, 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, 94-103

Richards, P. S., Owen, L., & Stein, S. (1993). A religiously oriented group counseling intervention for self-defeating perfectionism: A pilot study. *Counseling and values*, 37, 96-104.

Richards, P. S., Berrett, M. E., Hardman, R. K., & Eggett, D. L. (2006). Comparative efficacy of spirituality and cognitive groups for treating eating disorder inpatients. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 14, 401-415.

Seeman, T. E., Dubin, L. F., & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58, 53-63

Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Siang-Yan, T. (2007). Use of Prayer and Scripture in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Psychology and Christianity*, 26, 101-111.

Smith, T.B., Bartz, J., & Richards, P.S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17, 643-655.

Wahass, S., & Kent, G. (1997). The modification of psychological interventions for persistent auditory hallucinations to an Islamic culture. *Behavioral and Cognitive Psychology*, 25, 351-364.

negativas puede tener efectos beneficiosos en el bienestar subjetivo. De acuerdo a estos autores, la asociación positiva entre Satisfacción Vital e Inteligencia Emocional sugiere que el bienestar psicológico que los sujetos experimentan, se asocia más con la capacidad para comprender, regular y procesar eficientemente información emocional, que con las emociones en sí mismas. Numerosos estudios confirman que elevada Inteligencia Emocional está asociada a elevado estado de ánimo positivo (Sandel, 2008; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley, & Hollander, 2002). Por otro lado, se ha observado que dificultades en identificar, describir y manejar las propias emociones predicen un descenso en las emociones positivas (Ciarrochi, & Scott, 2006). Estas últimas son las que se asocian a la experiencia del individuo de unión placentera con su entorno, por ejemplo, el entusiasmo (Crawford, & Henry, 2004). Según Averill (citado en Greco, Morelato, & Ison, 2006) una emoción es positiva cuando cumple alguna de las siguientes condiciones: (a) el sentimiento provocado por la emoción se define como agradable; (b) el objeto de la emoción se valora como bueno; y (c) la conducta que se realiza mientras se experimenta esa emoción se evalúa de forma favorable y las consecuencias de la emoción son beneficiosas. Fredrickson (1998) refiere cuatro emociones positivas: alegría, interés, amor y satisfacción; Seligman (2003) incluye el optimismo y Csikszentmihalyi (1998) describe el "flow" (citados en Greco et al., 2006). Como se expresó previamente, las emociones positivas y negativas y sobre todo, la habilidad para comprenderlas y discriminar entre ellas representan predictores significativos de la Satisfacción Vital (Landa, López-Zafra, de Antoñana, & Pulido, 2006).

En suma, las más recientes investigaciones en el área apuntan a resaltar el rol fundamental de las emociones, su identificación, descripción y autorregulación en la satisfacción que los sujetos tienen con su propia vida y, por ende, en su estado de bienestar subjetivo general. Asimismo, se observa que un nivel alto de Inteligencia Emocional se asocia a mejor afrontamiento de situaciones percibidas como estresantes.

Por lo expuesto, resulta de particular interés explorar la interrelación