

Estableciendo Hechos y Mitos Acerca de los Factores Religiosos Concernientes a la Salud Mental: Una Examinación Crítica¹

Establishing Facts and Myths About Religious Factors Concerning Mental Health: A Critical Examination

Orlando M. Pagán-Torres²

Juan Aníbal González-Rivera³

Resumen

La psicología y la religión, en sus inicios, fueron vistas como corrientes mutuamente excluyentes y dicotómicas. Sin embargo, durante las últimas décadas, ha tomado lugar la incorporación de una visión moderna que integra el desarrollo de técnicas clínicas con base espiritual dentro del quehacer clínico, aliviando las tensiones entre la psicología y la religión. El objetivo de este artículo es discutir cuatro hechos firmemente establecidos por la investigación contemporánea acerca de la religión y la salud mental. Por otro lado, se confrontan a través de la literatura empírica, cuatro mitos carentes de evidencia acerca sobre estos tópicos. Los autores documentan información científica y actualizada con el propósito de concientizar a la comunidad científica con datos que permitan tener una visión realista y no sesgada basada en la mejor evidencia disponible concerniente al tópico de religión y salud mental.

Palabras claves: Religión, Religiosidad, Salud Mental, Psicología, Mitos

Abstract

Psychology and religion were seen as mutually exclusive and dichotomous in its beginning. However, during the last decades has taken place the incorporation of a modern vision that integrates the development of clinical techniques with spiritual basis within the clinical work, relieving the tensions between psychology and religion. The aim of this article is to critically discuss four facts firmly established by contemporary research about religion and mental health. On the other hand, four empirical myths about these topics are confronted through empirical literature. The authors document scientific and updated information with the purpose of raising awareness in the

¹ Recibido: 2018-09-10 y Aceptado: 2018-12-17

² Estudiante doctoral, Programa de Psicología Clínica (Ph.D.). Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico. Para correspondencia concerniente a este artículo puede dirigirse al correo electrónico: orlando.m.pagan.torres@gmail.com

³ Profesor Asistente, Departamento de Psicología, Ponce Health Sciences University, San Juan University Center, Puerto Rico.

scientific community with data that allow a realistic and unbiased view based on the best available evidence concerning the topic of religion and mental health.

Keywords: Religion, Religiosity, Mental Health, Psychology, Myths

Introducción

La religión ha sido uno de los tópicos que más debate ha generado a lo largo de la historia. Una mirada histórica al origen y desarrollo de las ciencias muestra que, tanto religiosos como seculares, aportaron en la formación de lo que Scharrón-del-Río (2010) denominó como supuestos que mantienen la dicotomía ciencia/religión, y como consecuencia de ello, contribuyeron a la resistencia de integrar la dimensión espiritual en el campo de la salud.

La ciencia y la religión pueden concebirse como dos círculos que se interceptan o traslapan parcialmente. Es en el área de intersección donde acontece el diálogo entre estas dos visiones, lo que sugiere que hay diversas formas en las que la religión y la ciencia podrían interactuar sin necesariamente ser mutuamente excluyentes. Una vez resuelto el mito conflictivo entre ciencia y religión, se presenta una oportunidad indispensable para el desarrollo de la psicología de la religión, como ciencia social y de la salud conceptualizada a través de un modelo multidisciplinario. De esta manera, los profesionales de la salud mental tendrán las herramientas para responder con mayor eficacia ante las necesidades biopsicosociales y espirituales de los pacientes.

Por otra parte, es digno de resaltar que durante las últimas décadas ha surgido un incremento significativo de investigaciones empíricas realizadas en distintos contextos enfocadas en examinar empíricamente las relaciones existentes entre la religión, espiritualidad y la salud integral (Verhagen, 2017). Dichos estudios han sido dirigidos a evaluar el impacto de la religión y espiritualidad en trastornos psicológicos, condiciones crónicas, conductas adaptativas y conductas de riesgos (Koenig, 2012, 2015). A pesar de las limitaciones metodológicas que han sido documentadas en los estudios de religiosidad, espiritualidad y salud, es innegable la existencia de un cuerpo significativo de literatura empírica que respalda los beneficios de la religiosidad y la espiritualidad en la salud (de-Oliveira-Maraldi, 2018; Koenig, 2008). La razón de este avance puede explicarse debido a la amplia disponibilidad de instrumentos desarrollados y validados para medir los constructos de religiosidad y espiritualidad (Austin, Macdonald, & MacLeod, 2018).

Por cuanto antecede, los autores del presente artículo discutirán críticamente cuatro hechos firmemente establecidos por la investigación contemporánea acerca de la religión y la salud mental. A su vez, confrontan a través de la literatura científica, cuatro supuestos míticos y populares carentes de soporte empírico. Los autores enriquecerán los argumentos expuestos con información actualizada con el propósito de concientizar a la comunidad científica latinoamericana con datos recientes que permitan tener una visión objetiva y realista sobre los factores religiosos asociados a la salud mental.

Estableciendo hechos sobre religión y salud mental

Hecho 1: Los factores religiosos son variables salutogénicas

Durante las últimas décadas se ha estudiado exhaustivamente los factores religiosos como variables salutogénicas en los procesos de enfermedad (Paloutzian & Clark, 2013). Los hallazgos revelados en más de 100 metanálisis y

revisiones sistemáticas de literatura fortalecen el caso sobre el impacto positivo del involucramiento religioso en la salud mental (Oman & Syme, 2018). Esto ha permitido que la asociación entre religión y salud sea un asunto de gran atención dentro del campo de la salud pública. El modelo salutogénico propone que la investigación en salud debe identificar, definir y describir las rutas, los factores y causas de la salud positiva (Antonovsky, 1996). En los pasados 20 años, este modelo ha recibido mayor atención y se está utilizando en diferentes ámbitos como, por ejemplo, prevención, salud pública, ciencias neurológicas y la psicoterapia (Eriksson & Lindström, 2006). La cuestión central de la investigación salutogénica es la siguiente: ¿por qué razón, si todas las personas se enferman, algunos se recuperan más fácilmente que otros?

En este paradigma salutogénico, un número considerable de investigadores se interesaron por conocer el impacto de la dimensión religiosa en la salud positiva, generando un número significativo de estudios científicos en todas sus expresiones (Quinceno & Vinaccia, 2009). En consecuencia, la mayoría de los resultados han demostrado que el afrontamiento y manejo de enfermedades crónicas, los factores religiosos -como las creencias y prácticas religiosas- sirven para aminorar la presencia de depresión, abuso de sustancias y suicidio (Quiceno & Vinaccia, 2011; Verhagen, 2017).

De acuerdo a Quiceno y Vinaccia (2009), se ha encontrado relaciones positivas y significativas en los estudios sobre las relaciones entre religión y salud física. Dichos estudios se han centrado particularmente en la actividad inmunológica, las neoplasias, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y dolor crónico. De igual manera, se ha encontrado relaciones positivas en estudios sobre religión y salud mental, los cuales se han enfocados en adicciones, suicidio, delincuencia, ansiedad, depresión, estrés, esquizofrenia, psicoticismo y trastornos bipolares (Koenig, 2009, 2012, 2015).

Hecho 2: Las estrategias de afrontamiento religioso son efectivas

La literatura científica denomina como estrategias de afrontamiento religioso al uso de creencias, prácticas y conductas religiosas que facilitan la resolución de problemas y previenen y/o alivian las consecuencias negativas de acontecimientos estresantes del diario vivir (González-Rivera & Pagán-Torres, 2018). Existen modelos teóricos de estrés y manejo que incluyen ciertos factores religiosos como recursos y estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986; Selye, 1976). En términos generales, el objetivo funcional de las estrategias de afrontamiento consiste en: (1) facilitar la regulación emocional y fortalecer la tolerancia al estrés; (2) mantener relaciones interpersonales de apoyo; y (3) prepararse para posibles futuros eventos adversos y/o situaciones difíciles (Krzemien & Monchiatti, 2008; Lazarus & Folkman, 1986). Al tener como base estos objetivos, analizaremos el rol de los factores religiosos en las destrezas para el manejo de demandas internas y ambientales, que ponen a prueba o exceden los recursos de las personas.

Factores religiosos en la regulación emocional y tolerancia al estrés. Las creencias y prácticas religiosas pueden tener un efecto directo en el bienestar de los individuos y fomentar una mejor salud mental. Por ejemplo, González-Rivera (2016), al examinar el impacto de las prácticas religiosas en el bienestar psicológico, encontró que existen diferencias significativas entre las personas que oran y/o meditan diariamente y los que practican la oración y/o la meditación con menor frecuencia. Este estudio reveló que, en la medida que aumenta la frecuencia de la oración y la meditación, aumenta el nivel de bienestar psicológico en los individuos. Enríquez (2010) explicó que las estrategias de afrontamiento religioso producen reducción de ansiedad y estrés únicamente cuando se utilizan la práctica de la oración o la meditación. Estas prácticas ayudan a alejar preocupaciones o pensamientos

intrusivos respecto a un problema estresante, generando mayor conciencia, autocontrol y regulación emocional (González-Rivera, 2016),

La comunidad religiosa como estrategia de afrontamiento interpersonal. Las religiones occidentales, principalmente las abrahámicas, tienen un sentido de comunidad muy arraigado a sus convicciones religiosas. Muchos creyentes consideran, y así sus líderes religiosos lo enseñan, que deben vivir y manifestar sus creencias religiosas y espirituales en una comunidad de fe. Estas comunidades, al tener creencias y metas comunes, desarrollan fuertes lazos de fraternidad y apoyo social en momentos de dificultad (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). Por esta razón, las comunidades de fe son reconocidas como un factor protector que permite afrontar efectivamente situaciones estresantes (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000). El apoyo social recibido por una comunidad de fe alivia el impacto psicológico del estrés percibido, facilita la elaboración de soluciones y reduce el efecto negativo de los problemas del diario vivir (Restrepo-Madero, 2013).

La función preventiva de los factores religiosos. Spilka (2005) indicó que, en situaciones estresantes, muchas personas religiosas tienden a orientarse y a estar más comprometidos con lo sagrado. Para estas personas, los factores religiosos ofrecen modos de afrontar, manejar y solucionar efectivamente los problemas difíciles de la vida. Además, cuentan con ciertas herramientas como, creencias, valores, sentidos y prácticas religiosas, que les permitirán anticipar y manejar situaciones críticas que se pueden presentar a posteriori (Yoffe, 2015). En este sentido, los factores y prácticas religiosas son un efectivo método de prevención (Yoffe, 2012).

Hecho 3: Los factores religiosos pueden ser asuntos de atención clínica

Un tema muy controversial dentro de la psicoterapia contemporánea es la inclusión de asuntos religiosos como problemas de atención clínica. Los asuntos religiosos requieren de consulta psicológica cuando, algún aspecto de la creencia, práctica o experiencia religiosa se convierte en un patrón de pensamientos o emociones negativas, preocupaciones constantes o conflictos interiores que generan estrés (Exline, 2013). Un estudio realizado en los Estados Unidos, con una muestra de 2,754 pacientes de centros de salud mental, encontró que el 20% de los participantes mostraron niveles significativos de estrés, ansiedad y depresión asociados a asuntos religiosos (Johnson, Hayes, & Wade, 2007). Algunos de los problemas presentados eran: (1) confusión acerca de creencias y valores religiosos, y (2) pensamientos intrusivos sobre la posibilidad de ser castigados por sus pecados.

Barnett (2014) enumeró otros asuntos religiosos que pudieran ser posibles motivos de consulta: conflictos relacionados a ciertos valores religiosos, crisis de fe, sentimientos de rechazo religioso, distorsión de creencias y prácticas religiosas, entre otros. Investigaciones de esta índole, han revelado que los asuntos religiosos pueden formar parte del conglomerado de posibles asuntos de consulta clínica y, que ciertos clientes pueden buscar asistencia psicológica profesional por susodichos problemas. Por último, *el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) reconoció esta realidad, y contiene una categoría para ubicar problemas espirituales y religiosos que requieran de atención clínica: *V62.89 Problema religioso o espiritual*.

Por otra parte, es importante resaltar que, en algunas circunstancias, la religión puede convertirse en un factor de riesgo que puede contribuir significativamente en el desarrollo de trastorno mentales mediante la propiciación de confusiones, culpas, dudas y abandono de creencias religiosas (Abu-Raiya, Pargament, Krause, & Ironson, 2015). Estos hallazgos sugieren que el impacto de la religión en la salud mental dependerá de la forma en cómo

los feligreses practican su religión y de cómo la estructura religiosa influye en los feligreses (Rodríguez-Gómez & Rivera Miranda, 2005).

Hecho 4: El fanatismo religioso es peligroso

La historia de la religión está marcada de eventos históricos que han contribuido al desarrollo y sostenimiento de la civilización, como también de eventos trágicos realizados por personas fanáticas que han destruido incontables vidas. El fanatismo ha sido definido como *“un estado mental caracterizado por la adhesión tenaz y prolongada a ciertas creencias”* (De la Corte, 2006). Fernández (2002) consideró fanáticos a los que *“entregan toda su facultad de creer, de un modo absoluto e incondicional, a un tema o a una cuestión, con intolerancia sistemática para los juicios y comportamientos discrepantes”*.

A pesar de que no todas las personas religiosas que poseen una visión conservadora, cumplen con las características para ser clasificadas como personas fanáticas, ciertamente no se puede ignorar que la religión es un fenómeno en el cual el fanatismo pudiera manifestarse con mucha facilidad. Algunos de los eventos abominables que han sido inspirados por personas religiosas han sido realizados mediante la promoción del terrorismo, inquisiciones, torturas, persecuciones, odio, misoginia, intolerancia, abusos, superchería, suicidios colectivos, autoritarismo, prejuicios, actitudes anticientíficas, y daño físico y emocional, son sólo algunas de las consecuencias que han engendrado y mantenido innumerables religiones y personajes espirituales (Juergensmeyer, Kitts, & Jerryson, 2013). Además, los hallazgos recientes muestran la importancia de entender cómo la religión puede fomentar la estigmatización contra poblaciones específicas, tales como personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Reyes-Estrada, Varas-Díaz, Parker, Padilla, & Rodríguez-Madera, 2018).

Estos hallazgos sugieren que la violencia religiosa es un fenómeno que involucra a las religiones principales del mundo de una forma u otra. De acuerdo a Lindgren (2016), la violencia religiosa es un fenómeno complejo y multidimensional que involucra aspectos políticos, culturales, sociológicos y psicológicos. Esto sugiere que la afirmación de que la eliminación de la religión conducirá al fin de la violencia es sociológicamente falso (McGrath, 2009). Por consiguiente, la comprensión profunda de este fenómeno requiere un análisis holístico que involucre una perspectiva psicosocial. Como profesionales de la salud mental, debemos estar conscientes de esta distinción para minimizar los riesgos de manifestaciones de estigma, prejuicios y estereotipos contra pacientes que sufren de salud mental y al mismo tiempo, sostienen creencias religiosas.

Confrontando mitos sobre religión y salud mental

Mito 1: Las creencias religiosas son intrínsecamente psicopatológicas

Actualmente, uno de los planteamientos que mayor controversia y debate ha generado en los círculos populares y académicos, ha sido la conceptualización de las creencias religiosas y espirituales como fenómenos psicopatológicos en sí mismos. Algunos de los más grandes exponentes de este pensamiento han sido los principales representantes del movimiento del Nuevo Ateísmo. Este tipo de planteamiento ha permeado a pesar de que las creencias religiosas y espirituales son mantenidas por la gran mayoría de la población a nivel mundial. Dawkins (2006) y Harris (2004) mantienen que la creencia en un Ser divino como Dios y lo sobrenatural es una ilusión o espejismo, es decir, una persistente falsa creencia o impresión. A pesar de que dichas expresiones desempeñan un rol fundamental en la manifestación del estigma hacia las personas que profesan creencias

religiosas, ciertamente las investigaciones empíricas en el campo de la salud mental conceptualizan las creencias religiosas de una forma distinta.

Entre los hallazgos empíricos documentados en la actualidad, se revelan la existencia de síntomas psicóticos tales como delirios y alucinaciones, los cuales en algunos casos pueden estar basados en contenido de índole religioso (Bhavsar & Bhugra, 2008; Gearing et al., 2011). En la revisión sistemática de Cook (2015) se encontró que actualmente existe un total de 55 investigaciones que analizan este tipo de sintomatología que involucran aspectos religiosos. En la actualidad, uno de los síntomas más reconocido han sido los “delirios religiosos” (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2014). Un delirio religioso es definido como una preocupación del paciente con creencias falsas de naturaleza religiosa (Sadock et al., 2014). Esta definición sugiere que la falsa creencia asociada a un tópico religioso es lo que debe considerarse como psicopatológico, pero no la creencia religiosa en sí misma.

Por otra parte, pueden existir organizaciones religiosas y cultos con prácticas, ritos y costumbres que podrían parecer “extrañas” para personas pertenecientes a un contexto sociocultural distinto. Sin embargo, las mismas deben ser conceptualizadas como experiencias subjetivas y personales que son mejor explicadas dentro del entorno sociocultural en el que se originaron. Por consiguiente, es importante establecer una diferenciación entre conceptualizar las creencias religiosas como intrínsecamente psicopatológicas y, por otro lado, sostener que existen variables socioculturales (religión, política, educación, etc.) que podrían afectar y colorear la expresión y manifestación de los síntomas de los trastornos mentales.

Dicha distinción es evidente cuando se toma en consideración que, el afrontamiento religioso ha mostrado tener un impacto positivo en la salud mental de personas con delirios de contenido religioso (Mohr et al., 2010). En conclusión, estos autores añadieron que la presencia de síntomas psicológicos de contenido religioso no implica que la religión deba ser considerada como un constructo intrínsecamente psicopatológico en la vida de las personas. Dicho mito, solo propiciará la manifestación del estigma y malestar social.

Mito 2: Los valores religiosos son aspectos del cuidado pastoral, no clínico ni profesional

¿Deben o pueden los profesionales de la salud mental tratar en terapia problemas y/o preocupaciones de carácter religioso? Muchos profesionales de la salud mental ofrecerían una respuesta negativa a esta pregunta por entender que existe un conflicto entre la profesión y la religión (Young, Wiggins-Frame, & Cashwell, 2007). Antes de argumentar en contra de este mito, valdría la pena repasar algunos datos importantes. Encuestas realizadas en Estados Unidos, han encontrado que, 9 de cada 10 personas creen en la existencia de un ser o fuerza superior, que 6 de cada 10 consideran que la religión es un factor importante en sus vidas, que 5 de cada 10 asisten a servicios religiosos por lo menos dos veces al mes, que 5 de cada 10 practica la oración diariamente, y que 4 de cada 10 personas no afiliadas a una institución religiosa creen en Dios y realizan ciertas prácticas religiosas privadamente (Pew Forum on Religion and Public Life, 2008). Por otra parte, estudios han revelado que: (1) la mayoría de los pacientes prefieren recibir servicios psicológicos de profesionales que integran factores religiosos y espirituales en la psicoterapia (Sperry, 2012); y (2) aproximadamente el 55% de los pacientes, desean discutir asuntos religiosos en sus procesos terapéuticos (Post & Wade, 2009).

Estos datos demuestran que la población general, principales clientes de los psicólogos, reportan significativos niveles de religiosidad que forman parte de su estilo de vida y, en consecuencia, ser posibles problemas de atención clínica. Sin embargo, la principal barrera para la inclusión de los factores religiosos en la psicoterapia es que, mientras la población general muestra altos niveles de religiosidad, los profesionales de la salud mental,

principalmente los psicólogos, muestran niveles bajos de religiosidad (Barnett, 2016). Varios autores han ofrecido diversas explicaciones sobre porqué es importante incluir los factores religiosos en terapia. Por ejemplo, Barnett (2014, 2016) señaló dos motivos principales que justifican la integración de estos factores en la práctica de la psicoterapia: (1) los asuntos religiosos y espirituales podrían ser áreas de dificultad, estrés y preocupación; y (2) los factores religiosos son una fuente de apoyo y fortaleza interior, que podrían facilitar la prognosis en los procesos terapéuticos y maximizar la efectividad del terapeuta.

Por último, Richards y Bergin (2005) describieron cinco razones clínicas por las cuales los psicólogos deben incluir los factores religiosos en la psicoterapia: (1) para comprender la visión global que los clientes tienen de sus vidas y fortalecer la relación terapéutica; (2) examinar si las creencias del cliente son saludables o no saludables, y si tienen algún impacto en el motivo de consulta; (3) evaluar si los factores religiosos del cliente podrían ser utilizados como estrategias de afrontamiento en el proceso terapéutico; (4) determinar qué tipo de intervención psicoespiritual podría ser utilizado con el cliente, según su estructura de creencias religiosas; y (5) descartar o confirmar si el cliente tiene preocupaciones o asuntos religiosos que estén afectando el bienestar emocional del cliente para integrarlo al plan de tratamiento.

Mito 3: Existen diferencias en bienestar psicológico entre creyentes y no creyentes

En ciertos contextos, tanto profesionales como populares, existe la creencia mítica de que las personas religiosas tienen mayor salud mental y mayor bienestar psicológico al compararlas con personas no creyentes. Dicho planteamiento, carente de evidencia empírica sustentable, ha generado recientemente un interés por comparar estos dos grupos (creyentes y no creyentes) en algunas medidas de bienestar psicológico y subjetivo (González-Rivera, Rosario-Rodríguez, Rodríguez-Ramos, Hernández-Gato, & Torres-Báez, 2018; Martínez-Taboas & Orellana, 2017). Las investigaciones relacionadas a este tema se caracterizan por cierto grado de inconsistencia empírica. Por un lado, encontramos literatura científica que asegura que las personas religiosas suelen estar más satisfechos con la vida que individuos no creyentes (Park & Slattery, 2013) o que existe una correlación positiva entre la religiosidad, la satisfacción con la vida y el bienestar (Achour, Grine, Mohd Nor, & Yusoff, 2014). En oposición, existen investigaciones donde esta relación es confusa o inexistente (Eichhorn, 2011; Leondari & Gialamas, 2009). Por esta razón, es importante que revisemos algunos puntos para que los lectores entiendan donde se encuentra el debate en la actualidad y cuáles son las posibles razones de estas diferencias.

Primero, existe un cúmulo considerable de investigaciones que afirman que las personas religiosas reportan un nivel elevado de bienestar y satisfacción con la vida (Abdel-Khalek, 2011, 2013). Sin embargo, estas investigaciones no son consistentes en demostrar o evidenciar que estas elevadas puntuaciones son estadísticamente distantes a las puntuaciones de los ateos y no religiosos. Solo algunos estudios, como por ejemplo Rule (2007), han encontrado que personas con actitudes favorables hacia la religión reportan una alta satisfacción con la vida, superior a la de quienes no practican una religión. Sin embargo, Edling, Rydgren y Bohman (2014) realizaron un estudio en Suecia ($n = 2,942$) donde encontraron que la religiosidad tuvo muy poco impacto en la felicidad, y que más bien el efecto en la misma se debió a variables vinculadas al sentido de pertenencia a alguna organización o grupo, ya fuera religioso o no.

Segundo, Lim y Putnam (2010) sugirieron que la asociación entre religión y bienestar se puede explicar por las redes de apoyo social que se desarrollan dentro de las congregaciones religiosas. Según estos autores, las redes de apoyo basadas en la fe religiosa suelen ser más importantes para el bienestar subjetivo que otros vínculos sociales, dado que dicho apoyo proviene de un grupo que comparte el mismo conjunto de creencias y valores.

El tercer punto que se debe tomar en consideración es el contexto sociocultural y la necesidad de aceptación social. Si una persona vive en un lugar que se caracteriza por ser altamente religioso, la probabilidad de que se involucre en este tipo de actividades será mayor, lo que influirá positivamente en su nivel de bienestar subjetivo (Eichhorn, 2011). Esto puede explicar el hecho de que en algunos países la relación religiosidad-bienestar es notable y en otros contextos internacionales no es. Zuckerman, Galen y Pasquale (2016) realizaron una extensa revisión de literatura y analizaron los resultados de los hallazgos. Los autores encontraron que en países seculares las personas ateas suelen reportar niveles robustos de bienestar subjetivo. En cambio, en países predominantemente teístas o cristianos, los creyentes suelen presentar puntuaciones ligeramente superiores a la de los ateos en algunas medidas de bienestar psicológico y subjetivo. Por consiguiente, resulta fundamental resaltar la importancia de promover e innovar el campo de la investigación crítica sobre el tema de la religiosidad y el ateísmo (Martínez-Taboas, Varas-Díaz, López-Garay & Hernández-Pereira, 2011).

Mito 4: No existen tratamientos basados en la evidencia que incluyan aspectos religiosos

A partir de los hallazgos positivos revelados en las investigaciones empíricas, se han desarrollado modalidades psicoterapéuticas que integran aspectos religiosos y espirituales. Integrar aspectos religiosos y espirituales dentro de la psicoterapia puede ser una herramienta de gran utilidad para proveer ayuda a personas cuya queja principal podría girar en torno a dichos temas (Pagán-Torres, Reyes-Estrada, & Cumba-Avilés, 2017). Además, las técnicas religiosas y espirituales tales como la oración, el afrontamiento religioso y la lectura de textos sagrados pueden funcionar como herramientas útiles para el manejo adaptativo de las emociones y como estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes en la vida de los pacientes. (Richard & Bergin, 2014; Pearce et al., 2015).

Por otra parte, actualmente existen un sinnúmero de investigaciones dedicadas a examinar la eficacia de los tratamientos que incorporan los elementos religiosos el ambiente clínico. Un meta-análisis realizado por Worthington y colaboradores (2011) reveló que las psicoterapias que integran aspectos religiosos como parte del tratamiento superan en eficacia (en lo psicológico y lo espiritual) a las terapias seculares que poseen modelos teóricos distintos. Otro meta-análisis realizado por Anderson y colegas (2015) sugirió una mayor eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Integrada Religiosa y Espiritualmente sobre la Terapia Cognitivo Conductual estándar en el caso de los ensayos clínicos controlados sobre depresión y ansiedad. Estos hallazgos son consistentes con la revisión y meta-análisis de Gonçalves, Lucchetti, Menezes y Vallada (2015), el cual reveló que las intervenciones que integran elementos religiosos y espirituales tienen una reducción significativa en síntomas de ansiedad.

Sin embargo, a pesar del progreso significativo en el estudio científico de este tipo de intervención, aún no existe suficiente evidencia empírica para concluir que los modelos que integran aspectos religiosos sean superiores a los modelos psicoterapéuticos estándares. Por lo tanto, una pregunta que merece especial atención sería, ¿por qué son necesarias las intervenciones que integran elementos religiosos y espirituales si los tratamientos estándares (seculares) han mostrado ser eficaces y efectivos? Algunas posibles respuestas ante este interrogante podrían ser que proveer a las personas alternativas que incorporen la espiritualidad/religión como parte de la terapia pudiera garantizar el bienestar de una forma más óptima entre personas cuya visión del bienestar implica una adecuada salud espiritual. Segundo, es posible que una terapia integrada religiosa y/o espiritualmente pueda incrementar la calidad de la alianza terapéutica y la disposición del paciente a compartir los detalles de su malestar y el/los problema(s) por el/los que buscó ayuda en primera instancia. Tercero, si el motivo de la queja principal del paciente está relacionado con aspectos espirituales y religiosos y entiende que los problemas de su

vida están afectando su espiritualidad, entonces las psicoterapias integradas pudieran ofrecer técnicas y estrategias clínicas más efectivas que las psicoterapias estándares, siendo capaces de atender las necesidades espirituales y religiosas asociadas al motivo de la consulta (Pagán-Torres et al., 2017).

Conclusión

Las investigaciones basadas en la evidencia sobre los factores religiosos concernientes a la salud mental hacen una distinción entre los hechos firmemente establecidos por los hallazgos empíricos y los mitos popularizados que carecen de rigor científico. Documentamos esta información consistente con la mejor evidencia disponible con el propósito de concientizar a los profesionales de la salud mental que desempeñan algún tipo de oficio en particular, ya sea como profesores, investigadores y/o clínicos. En este artículo se discutieron algunos de los hechos y mitos que consideramos más relevantes que los profesionales de la salud mental debieran conocer para desempeñar una labor clínica competente de acuerdo a los estándares éticos, profesionales y científicos de la profesión.

No queremos finalizar este artículo sin enumerar una serie de recomendaciones que podrían ser de utilidad para los lectores acerca de los tópicos de religión, salud y psicología:

(1) Los psicólogos y psicólogas deben instruirse adecuadamente acerca de las relaciones y efectos de la religiosidad y espiritualidad en la salud integral de las personas, debido a que como se documentó en el mito #2, 6 de cada 10 personas consideran la religión y la existencia de Dios como un factor importante en sus vidas. Esto sugiere que el progreso del paciente en el proceso psicoterapéutico puede deberse a un sinnúmero de variables, entre ellas las religiosas en algunos pacientes.

(2) Los profesionales de la salud mental deben estar a la vanguardia de las consideraciones éticas que conlleva la discusión de un tema religioso dentro del proceso de terapia con el fin de mantener una atmósfera de profesionalismo acorde a los estándares de la ética de los psicólogos.

(3) Todo profesional debe tener la responsabilidad de lidiar con sus sesgos particulares cuando se trata de tópicos tan controversiales como la religión y la existencia de Dios en el mundo, teniendo en mente que el objetivo de nuestra profesión es comprender y aliviar el malestar e incapacidad, así como el ajuste pobre, con el propósito de promover la adaptación humana, el ajuste social y el desarrollo humano (Bernal, 2013).

De esta forma, los profesionales de la salud mental estarán informados y orientados sobre los factores protectores y de riesgo que las prácticas religiosas poseen. Asimismo, permitirá que los profesionales puedan brindar servicios de calidad capaces de atender las necesidades espirituales y religiosas que estén incidiendo en la salud integral de las personas. Creemos que la religión es una herramienta capaz de promover la salud y el bienestar integral entre las personas religiosas afectadas emocionalmente por la injusticia social.

Referencias

Abdel-Khalek, A. (2011). Subjective well-being and religiosity in Egyptian college students. *Psychological Reports*, 108(1), 54-58. doi:10.2466/07.17.PRO.108.1.54-58

- Abdel-Khalek, A. (2013). The relationships between subjective well-being, health, and religiosity among young adults from Qatar. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(3), 306-318. doi:10.1080/13674676.2012.660624
- Abu-Raiya, H., Pargament K. I., Krause N., & Ironson, G. (2015). Robust links between religious/spiritual struggles, psychological distress, and well-being in a national sample of American adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 565–575. doi:10.1037/ort0000084
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Achour, M., Grine, F., Mohd Nor, M. R., & MohdYusoff, M. Y. (2014). Measuring religiosity and its effects on personal well-being: A case study of Muslim female academicians in Malaysia. *Journal of religion and health*, 54(3), 984-997. doi:10.1007/s10943-014-9852-0
- Austin, P., Macdonald, J., & MacLeod, R. (2018). Measuring spirituality and religiosity in clinical settings: A scoping review of available instruments. *Religions*, 9(70), 1-14. doi:10.3390/rel9030070
- Barnett, J. E. (2014, November). *Integrating spirituality and religion into psychotherapy*. [Web article]. Recuperado de <http://www.societyforpsychotherapy.org/integrating-spirituality-religion-psychotherapy-practice>
- Barnett, J. E (2016). Are religion and spirituality of relevance in psychotherapy?. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(1), 5-9.
- Bernal, G. (2013). 60 years of clinical psychology in Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 47(2), 211-226.
- Bhavsar, V., & Bhugra, D. (2008). Religious delusions: Finding meanings in psychosis. *Psychopathology*, 41, 165–172.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Cook, C. C. H. (2015). Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 404–425. doi:10.1177/0020764015573089
- Dawkins, R. (2006). *The God delusion*. Boston: Houghton Mifflin.

- De la Corte, I. L. (2006). *La lógica del terrorismo*. Madrid: Alianza Editorial.
- de-Oliveira-Maraldi, E. (2018). Response bias in research on religion, spirituality and mental health: A critical review of the literature and methodological recommendations. *Journal of Religion and Health, 57*(3), 1-12. doi:10.1007/s10943-018-0639-6.
- Edling, C. R., Rydgren, J., & Bohman, L. (2014). Faith or social foci? Happiness, religion, and social networks in Sweden. *European Sociological Review, 30*(5), 615-626. doi:10.1093/esr/jcu062
- Eichhorn, J. (2011). Happiness for believers? Contextualizing the effects of religiosity on life-satisfaction. *European Sociological Review, 28*(5), 583-593. doi:10.1093/esr/jcr027
- Enríquez, M. F. (2010). Estrategias de afrontamiento psicológico en cáncer de seno. *Revista Centro de Estudios en Salud, 10*(1), 7-19.
- Erez, H., Glenwick, D. S., & Cecero, J. J. (2014). The relationship between religiosity/spirituality and well-being in gay and heterosexual Orthodox Jews. *Mental Health, Religion and Culture, 17*(9), 886-897. doi:10.1080/13674676.2014.942840
- Eriksson, M., & Lindström, B. A. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Epidemiology Community Health, 60*, 376-381. doi:10.1136/jech.2005.041616
- Exline, J. J. (2013). Religious and spiritual struggles. En K. I. Pargament, J. J. Exline, & J. W. Jones (Eds.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1: Context, theory, and research)* (pp. 459–475). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fernández, A. F. (2002). *Fanáticos terroristas*. Barcelona: Salvat Contemporánea.
- Gearing, R. E., Alonzo, D., Smolak, A., McHugh, K., Harmon, S., & Baldwin, S. (2011). Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. *Schizophrenia Research, 126*(1), 150–163.
- 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. (2016). *Relación entre la espiritualidad y el bienestar subjetivo en una muestra de adultos puertorriqueños de ambos géneros* (Disertación doctoral inédita). Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.
- González-Rivera, J. A., & Pagán-Torres, O. M. (2018). Desarrollo y validación de un instrumento para medir estrategias de afrontamiento religioso. *Revista Evaluar, 18*(1), 70-86.
- González-Rivera, J. A., Rosario-Rodríguez, A., Rodríguez-Ramos, E., Hernández-Gato, I., & Torres-Báez, L. (2019). Are believers happier than atheists? Well-being measures in a sample of atheists and believers in Puerto Rico. *Interacciones, 5*(1), 51-59. doi: 10.24016/2019.v5n1.160

- Harris, S. (2004). *The end of the faith*. New York: W. W. Norton.
- Johnson, C. V., Hayes, J. A., & Wade, N. G. (2007). Psychotherapy with troubled spirits: A qualitative investigation. *Psychotherapy Research, 17*, 450-460.
- Juergensmeyer, M., Kitts, M., & Jerryson, M. (2013). *The Oxford handbook of religion and violence*. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, H.G. (2008). Concerns about measuring "spirituality" in research. *The Journal of nervous and mental disease, 196*(5), 349-55.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283-291.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network, 1*, 1-33. doi:10.5402/2012/278730
- Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: A review and update. *Advances in Mind-Body Medicine, 29*(3), 19-26.
- Koenig, H.G., McCullough, M. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Krzemien, D., & Monchietti, A. (2008, Febrero). *Espiritualidad y religiosidad en el envejecimiento: ¿Las estrategias de afrontamiento espiritual-religiosas son positivas o negativas en la vejez?* Presentación oral, 9no Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leondari, A., & Gialamas, V. (2009). Religiosity and psychological well-being. *International Journal of Psychology, 44*(4), 241-248. doi:10.1080/00207590701700529
- Lim, C., & Putnam, R. D. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review, 75*(6), 914-933. doi:10.1177/0003122410386686
- Lindgren, T. (2016). The Psychological study of religious violence: A theoretical and methodological discussion. *AL-A L B A B, 5*(2), 155-174.
- Lorenzo-Hernández, J. (2000). *Psicología: Principios fundamentales*. Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Martin, M. (2007). *The Cambridge companion to atheism*. Cambridge. NY: Cambridge University Press.
- Martínez-Taboas, A., & Orellana, E. (2017). Satisfacción con la vida, florecimiento y bienestar psicológico en personas ateas/agnósticas y personas teístas/deístas. En J. Rodríguez-Gómez (Ed.), *La relevancia de las categorías de la espiritualidad y la religiosidad en la psicología contemporánea: Investigaciones puertorriqueñas* (pp. 259-279). San Juan, PR: Publicaciones Gaviota.

- Martínez-Taboas, A., & Varas-Díaz, N., & López-Garay, D., & Hernández-Pereira, L. (2011). Lo que todo practicante de la psicología debe saber sobre las personas ateas y el ateísmo. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 203-210.
- McGrath, A. (2009). Is religion evil? On W. Lane Craig & C. Meisler (Eds), *God is great, God Is good: Why believing in God is reasonable and responsible*. (pp. 119-133). IL: InterVarsity Press.
- Moreira, A., Lotufo, F., & Koenig, H. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250. doi:10.1590/S1516-44462006005000006
- Mohr, S., Borrás, L., Betrisey, C., Pierre-Yves, B., Gilliéron, C., & Huguelet, P. (2010). Delusions with religious content in patients with psychosis: How they interact with spiritual coping. *Psychiatry*, 73(2), 158-172.
- Oman D., Syme S.L. (2018). Weighing the evidence: What is revealed by 100+ meta-analyses and systematic reviews of religion/spirituality and health? In: Oman D. (eds) *Why religion and spirituality matter for public health. religion, spirituality and health: A social scientific approach*, vol 2. Springer, Cham.
- Paloutzian, R.F., & Clark, C.L. (2013). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Pagán-Torres, Reyes-Estrada, M., & Cumba-Avilés, E. (2017). Religión, espiritualidad y terapia cognitivo conductual: Una reseña actualizada. *Salud y Conducta Humana*, 4(1), 13-34.
- Park, C. L., & Slattery, J. M. (2013). Religion, spirituality, and mental health. En R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 540-559). New York, NY, US: Guilford Press.
- Pearce, M., Koenig, H. G., Robins, C. J., Bruce, N., Shaw, S. F., Cohen, H. V., & King, M. B. (2015). 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
- Pew Research. (2008). *Pew Forum on Religion and Public Life: Religion and Public Life Project*. Recuperado de <http://www.pewforum.org/2008/06/01/u-s-religious-landscape-survey-religious-beliefs-and-practices/>
- Post, B. C., & Wade, N. G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology* 65(2), 131-146.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversas Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 5(1), 25-36.
- Reyes-Estrada, M., Varas-Díaz, N., Parker, R., Padilla, M., & Rodríguez-Madera, S. (2018). Religion and HIV-related stigma among nurses who work with people living with HIV/AIDS in Puerto Rico. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 17(1), 1-9. doi:10.1177/2325958218773365

- Restrepo-Madero, E. (2013). *Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud, en población romaní/gitana De ses medio-bajo* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España. Recuperado de <http://riuma.uma.es/>
- Richards, P. S. & Bergin, A. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2014). *Handbook of psychotherapy and religious diversity* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodríguez-Gómez, J., & Rivera-Miranda, L. M. (Eds.) (2005). *Investigaciones eclesiales*. Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Rule, S. (2007). Religiosity and quality of life in South Africa. *Social Indicators Research* 81, 417-34. doi: 10.1007/s11205-006-9005-2
- Sadock, J. E., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2014). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer Health: Kaplan & Sadock's.
- Scharrón del Río, M. R. (2011). Supuestos, explicaciones y sistemas de creencias: Ciencia, religión y psicología. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 85-112.
- Selye, H. (1976). *Stress*. Utrecht: Het Spectrum.
- Sperry, L. (2012). *Spirituality and clinical practice: Theory and practice of spiritually oriented psychotherapy* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Spilka, B. (2005). Religious practice, ritual, and prayer. En R. F. Paloutzian, & C. L. Park. *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp.365-378). New York: The Guilford Press.
- Verhagen, P. J. (2017). Religion and mental health: A critical reflection in consequence of four reviews (1969-2013). *International Journal of Psychotherapy and Research*, 1(2), 11-23. doi:10.14302/issn.2574-612X.ijpr-17-1753
- Yoffe, L. (2012). Beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.
- Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en Psicología*, 23(2), 155-176.
- 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.
- Young, J. S., Wiggins-Frame, M., & Cashwell, C.S. (2007). Spirituality and counselors competence: A national survey of American Counseling Association members. *Journal of Counseling and Development*, 85(1), 47-52. doi:10.1002/j.1556-6678.2007.tb00443.x

Zuckerman, P., Galen, L. W., & Pasquale, F. L. (2016). *The nonreligious: Understanding secular people and societies*. New York: Oxford University Press.