

JAVIER CABANYES TRUFFINO
(Editor)

FRÁGILES
Desafíos en la salud
mental y social

EDICIONES RIALP
MADRID

© 2022 by JAVIER CABANYES TRUFFINO (ed.)
© 2022 by EDICIONES RIALP S. A.,
Manuel Uribe 13-15, 28033 Madrid
(www.rialp.com)

*A todos los que buscan conocer mejor al ser humano,
sufren con sus penalidades y se gozan
con sus alegrías*

Preimpresión: produccioneditorial.com
ISBN (edición impresa): 978-84-321-6113-1
ISBN (edición digital): 978-84-321-6114-8
Depósito legal: M-5524-2022
Impreso en Anzos, S. L. - Fuenlabrada (Madrid)

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *Copyright*. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita reproducir, fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

Importante es lo que siempre es

Robert Spaemann
Sobre Dios y sobre el mundo

*Quien solo sigue a otros, no sigue ninguna causa,
no encuentra ninguna causa
y ni siquiera busca causa alguna*

Michael de Montaigne
Ensayos

*No hay montaña difícil de subir
cuando en la cumbre hay un amigo*

Proverbio keniano

ÍNDICE

RELACIÓN DE AUTORES	21
PRESENTACIÓN. RESPUESTAS A ALGUNAS PREGUNTAS.....	29
1. SALUD MENTAL. UN ENFOQUE PSICOSOMÁTICO PARA EL SIGLO XXI. <i>Manuel Álvarez Romero</i>	35
Introducción.....	35
Salud y enfermedad.....	37
El enfermar psicosomático	40
Aspectos terapéuticos: pastillas y palabras	43
Bibliografía	45
2. MENTE Y CEREBRO. RELACIONES Y LÍMITES. <i>José Manuel Giménez Amaya y José Angel Lombo</i>	47
Introducción.....	47
Acercamientos a la cuestión	49
La perspectiva de la ciencia experimental	50
La tradición aristotélico-tomista	52
El problema de la conciencia y los trastornos neurales....	53
Conclusiones.....	54
Bibliografía	56
LIBERTAD PERSONAL. CONDICIONAMIENTOS Y AUTODETERMINACIÓN. <i>José María Barrio Maestre</i>	57
Concepto de libertad	57
La libertad de albedrío	58
Condicionamientos de la libertad electiva	60

Ejercicio y desarrollo de la libertad: la responsabilidad	62	al gobierno.....	101
Libertad y autonomía.....	64	El curso inexorable de la historia	102
Libertad y verdad	65	Bibliografía	103
Bibliografía	66		
4. CULTURA(S) E IDENTIDAD. DIFERENCIAS Y TOLERANCIA. <i>David Reyero García</i>.....	69	7. DIMENSIÓN ESPIRITUAL DE LA PERSONA. IMPLICACIONES EXISTENCIALES Y EN LA SALUD MENTAL.	
El problema de la cultura.....	69	<i>Francisco Javier Insa Gómez</i>	105
Formas tradicionales de enfrentar la diferencia cultural y sus límites.....	72	Noción de espiritualidad	105
Por otro concepto de cultura.....	73	Confluencia de espiritualidad y psicología:	
Lo natural, lo cultural	75	la autotranscendencia.....	106
El principio de tolerancia frente a la diferencia cultural	77	Religión y salud mental	109
Bibliografía	79	Riesgos de la religión para la salud mental	111
		Conclusiones.....	115
		Bibliografía	115
5. COMUNICACIÓN SOCIAL. VIDAS ONLINE Y OFFLINE: UN NUEVO MODELO DE COMUNICACIÓN. <i>Pilar Escotorín Soza y Daniela Lazcano-Peña</i>.....	81	8. PERSONA Y FAMILIA. RELACIONES Y RETOS.	
Introducción.....	81	<i>Mercedes Haydon Lamberti</i>	119
Vidas online	82	Introducción.....	119
Comunicacionalmente hablando: de dónde venimos y dónde estamos.....	84	Pilares fundamentales en la familia	120
Comunicación interpersonal en la era digital.....	85	Relaciones familiares.....	122
Revolución triple.....	86	Diversidad familiar.....	123
Una vida dual.....	88	Retos y riesgos en las familias del hoy	125
¿Y ahora qué?.....	89	Conclusiones.....	127
Bibliografía	91	Bibliografía	128
		9. PATERNIDAD Y MATERNIDAD. EL PADRE, LA MADRE Y VICEVERSA. <i>Alfonso Paredes Pérez</i>.....	129
6. PERSONAS E INSTITUCIONES. RELACIONES Y VINCULACIONES. <i>Aquilino Polaino-Lorente</i>.....	93	Panorama actual	129
Introducción.....	93	Convertirse en padre.....	130
Dialéctica del individuo y las instituciones	95	Un padre heroico	132
Una relación asimétrica	97	Una madre que todo lo puede	135
Reajuste desde la asimetría.....	99		
La institución y su <i>staff</i> directivo.....	100	FAMILIAS EN EXCLUSIÓN SOCIAL. PAUTAS PARA SU INTEGRACIÓN. <i>Laura Vargas Villalobos</i>.....	139
El crecimiento de la libertad de los que obedecen		Introducción.....	139

Familias en situación de pobreza y exclusión social.....	139
Vulnerabilidad social	142
La familia y la inclusión social	144
La prevención positiva y el fortalecimiento de las habilidades	145
Conclusiones.....	148
Bibliografía	149
11. ACOGIDA EN LA FAMILIA. ACOMPAÑANDO EN LA ACOGIDA. <i>María García Arias</i>	151
Introducción.....	151
Motivos y fines.....	152
Acompañando en la familia	154
Acompañando mientras se educa en la acogida	158
Bibliografía	160
12. EDUCACIÓN EN LA INFANCIA. RETOS Y ORIENTACIONES. <i>Araceli del Pozo Armentia</i>	161
La educación hoy	161
Necesidad de la educación: <i>educabilidad</i>	162
La educación y la atención de la primera infancia (EAPI): evolución	163
Riesgos y amenazas a la infancia	165
Algunas pistas en la educación infantil	166
Bibliografía	169
13. ADOLESCENCIA. CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y SALUD MENTAL. <i>Mercedes de Lucas Collantes</i>	173
Introducción.....	173
Identidad	174
Autonomía	179
Desarrollo de competencia emocional, social y conductual.....	180
Bibliografía	182

14. VIDA PLENA. AUTOCONOCIMIENTO Y MADUREZ.	
<i>Joan de Dou Playá</i>	185
Introducción.....	185
Madurez y trascendencia	186
Autoconocimiento	187
¿Cómo autoconocerse?.....	188
Temperamento y carácter	190
Modelar el carácter.....	191
Inteligencia emocional y virtudes.....	192
Cosas, ideas y personas	193
Bibliografía	195
15. SUFRIMIENTO. CONTRADICCIÓN Y PARADOJA.	
<i>Agustín Melián García y Javier Cabanyes Truffino</i>	197
Triste realidad.....	197
Dimensiones y formas	198
Aceptación.....	201
Afrontamiento.....	203
Bibliografía	207
16. ENVEJECIMIENTO Y MUERTE. FACTORES SOCIOCULTURALES Y AFRONTAMIENTO.	
<i>Manuel Sánchez Pérez</i>	209
Concepto de vejez.....	209
Transformaciones socio-sanitarias	210
Envejecimiento: actitudes y cambios	212
La perspectiva de la muerte	214
Afrontar la muerte.....	216
Bibliografía	218
SOLEDAD. ESTAR Y SENTIRSE SOLO.	
<i>Javier Cabanyes Truffino</i>	219
Concepto.....	219
Uno y los demás.....	220

Formas de soledad.....	222	Epigenética.....	257
Variables personales.....	224	Perspectiva sistémica familiar.....	259
Variables socioculturales.....	226	La persona violenta.....	261
Grados de soledad.....	227	Epílogo.....	263
Manifestaciones y afrontamiento.....	228	Bibliografía.....	264
Bibliografía.....	230		
18. CULPA Y PERDÓN. DOLOR Y LIBERACIÓN.	231	21. REALIDAD Y FICCIÓN. UNIVERSOS PARALELOS,	
<i>Javier Schlatter Navarro</i>	231	CONVERGENTES Y DIVERGENTES. <i>Javier Cabanyes Truffino</i>	267
Culpa y arrepentimiento.....	233	Introducción.....	267
Qué es el perdón.....	234	Realidad y existencia.....	268
Las características del perdón.....	234	Objetividad y subjetividad.....	270
El proceso del perdón.....	235	Imaginación y fantasía.....	274
Cualidades del que perdona.....	236	Ficción y virtualidad.....	276
Actitudes morales que nos disponen a perdonar.....	237	Temporalidad.....	277
Aspectos culturales.....	237	Realidad y psicopatología.....	278
El perdón en las principales religiones.....	238	Bibliografía.....	280
Otros aspectos del perdón.....	240		
La petición de perdón.....	241	22. EL TRASTORNO MENTAL. LÍMITES Y CONSECUENCIAS.	
El perdón y la salud.....	242	<i>Manuel Bousoño García y Ángel García Prieto</i>	281
Bibliografía.....		Conceptos.....	281
		Dificultades en la delimitación de la normalidad.....	282
19. AMOR Y SEXUALIDAD. NEXOS Y DIFERENCIAS.	243	Características del trastorno mental.....	284
<i>Joaquín Muñoz Creus e Isabel Llanes Bermejo</i>	243	Causas y factores.....	285
Introducción.....	244	Tipos de trastornos.....	287
La sexualidad humana.....	244	Tratamientos.....	291
El concepto de amor.....	246	Sociedad enferma.....	292
Amor y actividad sexual.....	248	Bibliografía.....	293
Nuestra cultura actual.....	250		
Antropología personalista y salud mental.....	253	23. PSICOTERAPIA. INTERVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL.	
Bibliografía.....		<i>Daniel Merino Luna</i>	295
		Introducción.....	295
20. AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA. UNA PERSPECTIVA	255	Concepto integral de salud mental.....	296
SISTÉMICA. José Ignacio del Pino Montesinos	255	Dificultades en la vida.....	297
Concepto de agresividad y violencia.....		Papel de la psicoterapia.....	298
		Indicativos para una psicoterapia.....	300

Tipo de psicoterapia.....	301
Bibliografía	305
24. ESTRÉS Y ANSIEDAD. FACTORES, DIMENSIÓN Y AFRONTAMIENTO. Manuel Barceló Iranzo	307
Definición de estrés.....	307
Definición de estresor	308
Acontecimientos vitales estresantes.....	309
Bases científicas del estrés.....	310
Activación emocional normal y patológica	312
Personalidad tipo A.....	313
Transición del estrés a la ansiedad.....	313
Influencia del estrés y la ansiedad en otras enfermedades	315
Consejos para la prevención del estrés y la ansiedad	316
Bibliografía	317
25. PERFECCIONISMO. CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS. Domingo García-Villamizar	319
Introducción.....	319
Perfeccionismo y personalidad	322
Perfeccionismo y salud mental	323
Relaciones interpersonales	326
Cómo superar el perfeccionismo	326
Bibliografía	330
26. PERSONALIDADES DIFÍCILES. CONVIVENCIA PROBLEMÁTICA. Raúl Franco Mora	331
Introducción.....	331
Personalidad histriónica.....	331
Personalidad narcisista	332
Personalidad límite.....	333
Personalidad antisocial.....	335
Pautas educativas y de formación.....	336
Bibliografía	342

27. DEPRESIÓN Y SUICIDIO. ESA EPIDEMIA SILENCIOSA. Ernesto Aviñó Navarro	345
Introducción.....	345
Depresión	347
Suicidio.....	350
Prevención	353
Bibliografía	355
28. ADICCIONES A DROGAS. FACTORES, PROCESOS Y TRATAMIENTO. Félix Reina Galán	357
Introducción.....	357
Situación actual	359
Consumo de drogas en adolescentes	360
Qué es una adicción.....	364
Factores socioculturales	365
Implicaciones psicológicas de la adicción	366
Tratamiento de la adicción	367
Bibliografía	369
29. ADICCIONES COMPORTAMENTALES. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y MANEJO. Pedro Antón Fructuoso	371
Introducción.....	371
Factores implicados.....	372
Procesos y fases.....	374
Tipos de adicciones comportamentales	375
Intervención terapéutica	379
Bibliografía	382
30. ADICCIÓN AL SEXO. NUEVAS RESPUESTAS. Alejandro Villena Moya y Carlos Chiclana Actis	383
Introducción.....	383
Bases antropológicas	384
Implicaciones psicológicas.....	386
Factores implicados.....	387
Temas actuales	388

RELACIÓN DE AUTORES

Psicopatología.....	389
Prevención y tratamiento.....	391
Conclusiones.....	393
Bibliografía	393
Enlaces de interés.....	396
31. ANOREXIA NERVIOSA. DISTOPÍA DEL SIGLO XXI.	
<i>Montserrat Giner Lladós y Enrique Armengou Orús</i>	397
Introducción.....	397
Teoría estratiforme.....	398
Modelo transdiagnóstico	399
¿Qué hay de fondo?.....	401
Claves de resiliencia para el adolescente.....	403
32. CUIDAR Y SER CUIDADO. SITUACIÓN Y TAREA HUMANA. Enrique Berrocal Valencia	407
Cuidar como tarea humana.....	407
Cuidador informal.....	408
La persona objeto de cuidado.....	410
La actividad de cuidar.....	411
Experiencia del cuidado.....	412
Sobrecarga del cuidador.....	412
Prevención de la sobrecarga del cuidador.....	414
Apoyos externos al cuidador informal.....	415
Conclusión.....	417
Bibliografía	417
33. EL RETO DE VIVIR. AVENTURA APASIONANTE.	
<i>Javier Cabanyes Truffino.....</i>	419
Un reto	419
Dimensión biológica.....	420
Dimensión psicológica.....	421
Dimensión social.....	423
Dimensión espiritual.....	425
Afrontar el reto.....	426
Bibliografía	428
ÍNDICE ANALÍTICO.....	431

Álvarez Romero, Manuel

Médico internista.

Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática.

Expresidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

Académico correspondiente de la Real e Ilustre Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

Antón Fructuoso, Pedro

Doctor en Medicina. Psiquiatra.

Especialista consultor. Hospital Internacional Vithas

Medimar. Alicante.

Armengou Orús, Enrique

Médico Psiquiatra. Especialista en Trastornos de la Con-

ducta Alimentaria.

Saludmental. Barcelona.

- Polaino-Lorente, A. *Aprender a escuchar. La necesidad vital de comunicarse*. Planeta Testimonio, Barcelona 2008.
- Ricoeur, P. *De l'interprétation. Essay sur Sigmund Freud*. Le Seuil, Paris 1965.
- Simmel, G. *Sobre la Individualidad y las formas sociales. Escritos Escogidos*. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires 2002.

7.
DIMENSIÓN ESPIRITUAL DE LA PERSONA
Implicaciones existenciales y en la salud mental

Francisco Javier Insa Gómez

Noción de espiritualidad

La persona humana no es solo material. Muchas de sus funciones se resisten a ser consideradas como simple fruto de conexiones neuronales, instintos y reflejos condicionados. En efecto, hay experiencias humanas que en mayor o menor medida nos hacen intuir una dimensión distinta de la puramente corporal, que no se opone a ella, sino que la complementa y la enriquece.

Entre otras manifestaciones de esta dimensión podríamos citar la autoconciencia, la capacidad de razonamiento abstracto, la búsqueda de la verdad, la experiencia de la libertad, la intencionalidad, la tendencia a elaborar un proyecto vital, la búsqueda de un sentido a la propia existencia, la reflexión sobre el pasado, el esfuerzo por un futuro mejor que tal vez disfrutarán otros, la moralidad, el sentimiento de culpa, los afectos y emociones, el amor, el altruismo, la compasión, el pudor, la necesidad de relacionarse con otras personas, el arte y la técnica, la religiosidad, la creencia en el más allá, etc. Como se

ve, esta instancia abarca lo específicamente humano, es decir, aquello que nos distingue de los animales.

No es fácil elaborar una definición de espiritualidad, pero parece necesario para enmarcar las consideraciones de este capítulo. Podríamos decir que es aquella dimensión humana que trasciende lo meramente corpóreo y hace referencia a los aspectos más íntimos de la relación consigo mismo, con los demás y con el mundo. La dimensión espiritual forma parte de la intimidad de la persona y la hace única e irrepetible.

La religiosidad es una de las manifestaciones de la dimensión espiritual. Consiste en la búsqueda y el culto dirigidos a un ser superior que se considera creador, providente y remunerador. Religiosidad y espiritualidad están muy relacionadas, pero no se identifican, de modo que muchas personas que se consideran ateas hacen referencia a una dimensión espiritual de sus vidas.

Llegados a este punto cabría preguntarse: ¿tiene algo que decir la psicología sobre la dimensión espiritual del hombre? ¿No es más bien un concepto perteneciente a la filosofía o a la teología?

Confluencia de espiritualidad y psicología: la autotranscendencia

No es frecuente encontrar el término *espiritualidad* en el ámbito de la salud mental; podría incluso considerarse ajeno a la psicología, que busca la objetividad científica. Sin embargo, la psicología estudia precisamente muchos procesos humanos subjetivos.

El concepto de espiritualidad, en efecto, no está ausente en muchos psicólogos del siglo XX, especialmente quienes desde perspectivas que podemos llamar humanistas reaccionaron ante el mecanicismo conductista y el determinismo freudiano imperantes en los primeros decenios del siglo. Aunque no todos

lo expresan del mismo modo, podemos sintetizar su estudio de esta dimensión bajo el término *autotranscendencia*, un factor que consideran necesario para alcanzar la madurez de la personalidad y la salud mental. Por motivos de espacio citaré solo algunos autores especialmente relevantes.

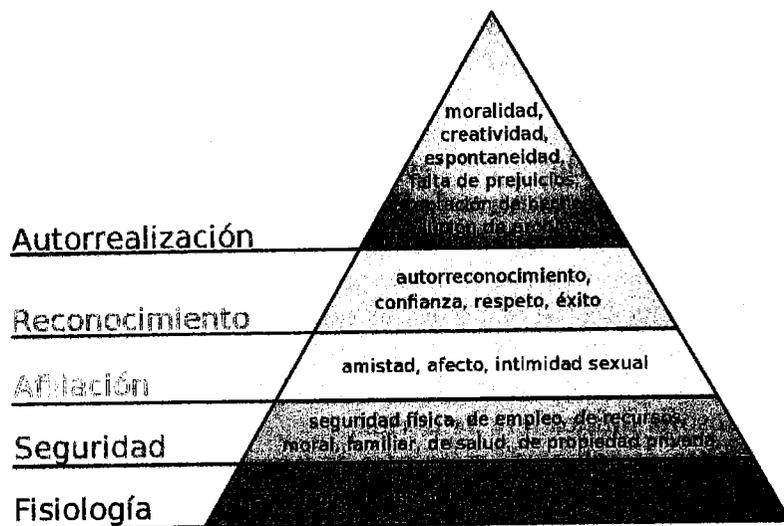
La vida y la obra de Viktor Frankl (1905-1997) se funden en su libro más conocido, *El hombre en busca de sentido*. El padre de la logoterapia señalaba que el hecho de encontrar un sentido a circunstancias tan adversas como la vida en un campo de concentración ayudaba a los internos a soportar el sufrimiento, de modo que tenían más posibilidades de sobrevivir.

Por su parte, Gordon Allport (1897-1967), considerado uno de los padres de la psicología de la personalidad, proponía seis criterios para la evaluación de la madurez. Dichos criterios asumen muchos de los rasgos que hemos señalado al inicio de este capítulo como manifestaciones de la dimensión espiritual de la persona: 1) extensión del sentido de sí mismo, 2) relación emocional con otras personas, 3) seguridad emotiva, 4) percepción realista, aptitudes y tareas, 5) autoobjetivación, conocimiento de sí mismo y sentido del humor, y 6) filosofía unificadora de la vida.

Otro psicólogo de referencia en psicología de la personalidad es Erik Erikson (1902-1994) quien, en su teoría psicosexual, distingue seis estadios evolutivos. En cada uno de ellos ha de desarrollarse una fuerza básica que podríamos poner en relación con la trascendencia: esperanza (infancia), voluntad (niñez temprana), finalidad (edad del juego), competencia (edad escolar), fidelidad (adolescencia), amor (juventud), cuidado (adultez) y sabiduría (vejez).

Por su parte, Abraham Maslow (1908-1970) afirma que en el hombre existe una jerarquía de las necesidades básicas, representada en la llamada *pirámide de Maslow* (Figura 1). En la base están las necesidades fisiológicas; por encima están las referidas a la seguridad, sobre las cuales se encuentran el sentido de pertenencia y las necesidades de amor, que sostienen la necesidad

de estima; esta finalmente, como culmen, sostiene la necesidad de autorrealización. Para el psicólogo americano, conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide). Como se ve, las necesidades materiales suponen solo el primer escalón: el ser humano pide mucho más a la vida, no simplemente como aspiración sino como auténtica necesidad.



La pirámide de Maslow.

Terminamos este rápido recorrido citando a Robert Cloninger (2004). Su modelo de estructura y desarrollo de la personalidad distingue cuatro factores de temperamento (evitación de daño, búsqueda de novedades, dependencia de recompensa y persistencia) y otros tres factores dependientes del carácter (autodirectividad, cooperatividad y autotrascendencia). Este último factor, de especial relevancia para el objetivo de este capítulo, vendría marcado por un *continuum* entre materialismo e idealismo, supone reconocerse parte de la naturaleza y el universo

entendidos como un todo unificado, e implica acciones como el olvido de sí mismo, el desinterés, la identificación transpersonal, la capacidad de sacrificarse para hacer un mundo mejor, la humildad, la modestia, el agradecimiento, la oración, la meditación y la creencia en milagros y experiencias extrasensoriales. Los estudios de Cloninger demostraron que un nivel adecuado de autotrascendencia implica un mejor grado de bienestar, satisfacción personal, emociones positivas, ausencia de emociones negativas, satisfacción con la vida, conducta virtuosa y afrontamiento del sufrimiento y de la muerte.

En resumen, varios de los más destacados psicólogos de la segunda mitad del siglo XX consideran que algunas de las funciones que hemos incluido en la dimensión espiritual de la persona resultan elementos necesarios en la maduración, bienestar y salud mental del individuo. Los conceptos que utilizan (sentido de la vida, autorrealización, autotrascendencia, etc.) son en parte superponibles, pero no del todo identificables, y nos hacen ver que el desarrollo sano del individuo requiere la satisfacción de necesidades que van más allá de las meramente materiales.

Religión y salud mental

Una vez aceptada la dimensión espiritual como componente esencial del ser humano podemos preguntarnos: ¿qué decir de ese *subtipo* de vivencia de la espiritualidad que llamamos religión, es decir, la tendencia a afiliarse a un determinado credo? ¿Es algo necesario, conveniente o dañino para la salud mental?

Comencemos definiendo la religión. Podemos considerarla como el conjunto de creencias, prácticas y rituales al que la persona se adhiere para ponerse en relación con lo sagrado, ya se entienda de modo genérico (como en algunas religiones orientales) o como un dios personal (como en la mayor parte de las religiones institucionales). La religión proporciona un sentido holístico a la vida: muestra un origen (dios ha creado al hombre),

un fin (la comunión con la divinidad en la otra vida y, en alguna medida, también en esta) y unos medios para alcanzar ese fin (un comportamiento moral exigido por la divinidad).

En este epígrafe y en el siguiente estudiaremos el fenómeno religioso en general, sin detenernos específicamente en ninguna religión, pues excedería los objetivos de este artículo. Otra precisión importante que no será abordada es si la influencia positiva o negativa de la religión se debe a aspectos intrínsecos del dogma o al modo en que sus líderes (dirigentes, sacerdotes, formadores, etc.) lo interpretan y animan a vivirlo a sus seguidores.

Comenzamos señalando que la religión satisface la necesidad humana de sentido. Responde —cada una a su manera— a las grandes preguntas del ser humano: ¿quiénes somos?, ¿de dónde venimos?, ¿a dónde vamos? De este modo da una directividad a la vida y supone una fuente de resiliencia ante los inevitables reveses de la existencia.

En segundo lugar, las normas éticas que impone la religión previenen muchos comportamientos dañinos para la salud mental, como las conductas antisociales, una impulsividad desenfrenada, una sexualidad descontrolada, las adicciones, etc. La religión supone además una fuente de sociabilidad: al contrario que la espiritualidad, eminentemente individual, la religión se vive de forma colectiva, integrados en una comunidad de fieles entre quienes se fomenta la solidaridad. El hecho de compartir algo tan importante como las creencias e ideales facilita el sentido de pertenencia, cohesión y ayuda mutua.

Por otra parte, la mayor parte de las religiones fomentan entre sus miembros prácticas de oración o meditación, que se han asociado a un mayor bienestar psicológico y sensación de paz interior. De modo similar, promueven el conocimiento de uno mismo a través del examen, la introspección o distintas formas de acompañamiento que facilitan la localización y resolución de conflictos internos y externos.

Por todo lo dicho, no es de extrañar que la mayoría de los estudios encuentran una correlación positiva entre salud

mental y religión (medida en términos de creencias, práctica religiosa, coherencia comportamental, etc.). Esa asociación se refleja en una menor incidencia de patología mental (afectiva, psicótica, trastornos de personalidad y adicciones), mejor pronóstico de las enfermedades mentales, mejor capacidad de enfrentarse a las adversidades, la enfermedad y la muerte, y mayor bienestar psicológico general.

La patología más estudiada ha sido la depresión, en la que se ha encontrado, entre otros beneficios, una menor incidencia, una mayor tasa y rapidez de recuperación, menor índice de depresión en cuidadores, mejor afrontamiento del duelo y menor tasa de suicidio.

En síntesis, como afirma uno de los más reconocidos estudiosos de este tema, *la religión es una poderosa estrategia de afrontamiento que habilita a las personas para dar sentido al sufrimiento, proporciona control sobre las abrumadoras fuerzas de la naturaleza (tanto internas como externas) y promueve reglas sociales que facilitan la vida en común, la cooperación y el apoyo mutuo* (Koenig, 2009 p. 283).

Riesgos de la religión para la salud mental

Si bien los estudios antes mencionados afirman un valor positivo general de la religión sobre la salud mental, todos coinciden en que esos efectos protectores no se encuentran en el 100 % de la población estudiada y que en algunos sujetos se halla una correlación negativa. Podemos agrupar esos efectos negativos en las siguientes categorías.

Por un lado, encontramos el *dogmatismo* de quien se cree en posesión de la verdad, reflejado en autoritarismo, intolerancia y desprecio hacia los demás. Puede llegarse al *aislamiento* en la propia comunidad o degenerar en *violencia* hacia los que piensan de forma distinta.

Los estándares éticos altos que propone la religión pueden suponer una fuente de estrés para los seguidores que adopten

una *ascética voluntarista y rígidamente cumplidora*. Así como la norma moral puede ayudar a un sano dominio de sí, también puede llevar a la simple represión que conduzca a patología neurótica según el esquema freudiano. En casos extremos puede fomentarse un trastorno obsesivo-compulsivo. Por otra parte, al considerar que esos ideales son inalcanzables, los seguidores pueden sufrir *frustración, culpa, escrúpulos y miedo* ante los castigos terrenales o eternos por la transgresión de la norma moral.

Una alternativa no menos insana sería caer en la *incongruencia* entre los requerimientos de la religión y la realidad del estilo de vida que se lleva, lo que coloquialmente se llama *doble vida*. Como ejemplo de esa paradoja, algunos autores han encontrado mayor tasa de conducta sexual compulsiva en poblaciones judías y católicas, que ponen en relación con una falta de integración de la norma, curiosidad ante un tema considerado tabú, confianza exclusiva en la religión para salir de esa situación o falta de conciencia de que no se trata solamente de una culpa moral sino también de una conducta perniciosa para la salud mental.

Otra forma patológica de vivir la religiosidad sería la *alienación*, que podríamos definir como la pérdida de individualidad al poner la propia existencia en manos del ideal religioso, la comunidad o los líderes. El sujeto buscaría la propia identidad exclusivamente en la institución, considerándose dentro del engranaje como una pieza que es movida por otros sin libertad ni autonomía. Esta situación le haría además muy vulnerable a sufrir abuso de poder, de conciencia o sexual.

La línea entre la actitud sana y la patológica es a veces sutil pero psicológicamente resulta muy relevante: no se trata de estar más o menos comprometido con la institución sino de conservar la propia individualidad sin que quede diluida ni anulada. Una religiosidad madura enriquece a la persona, que armoniza e integra sus intereses y necesidades individuales con las creencias y prescripciones religiosas. El sujeto se fía de las personas y del sistema de creencias, aunque al inicio no consiga comprenderlo

hasta sus últimos detalles. Se siente con derecho a manifestar su opinión, poner objeciones, pedir explicaciones y señalar las limitaciones estructurales de la institución o las personales de sus líderes. Persevera libremente porque se ve globalmente enriquecido a pesar de sacrificar libremente algunas dimensiones de su existencia en aras de un bien (en esta vida o en otra futura) que es considerado superior. En la mayor parte de las religiones ese bien se formula como una relación de amor entre el individuo y dios. No permanece en la institución solo por miedo a sentirse desvalida ni necesita fabricarse una *religión a la carta*, que con frecuencia oculta la búsqueda de uno mismo y el rechazo al compromiso.

Mencionamos por último que algunos sistemas religiosos pueden entrar en conflicto con la necesidad de recurrir a *tratamiento médico* ante el surgimiento de patología mental, confiando exclusivamente en el poder de la fe, la oración o recurriendo a la curandería. Se pondría así un obstáculo a la recuperación del sujeto.

Se han propuesto diferentes hipótesis para explicar el efecto negativo de la religión sobre la salud mental. Una de ellas diferencia entre *patogenia* (factores que influyen en la aparición de la enfermedad) y *patoplastia* (factores que modelan las manifestaciones clínicas). Según estos autores, la religión podría conducir a problemas mentales principalmente cuando la persona ya tenía predisposición o alteraciones previas. En estos casos, los síntomas (rigidez, obsesividad, culpa, dependencia, prepotencia, etc.) serán una expresión de la personalidad premórbida teñida de contenidos religiosos. Sería algo similar a lo que ocurre en las psicosis, donde es más frecuente encontrar temáticas religiosas (mesianismo, apariciones, etc.) en personas que ya tenían una religiosidad previa, mientras que las personas no religiosas tienen habitualmente contenidos diversos. En resumen, la religiosidad no sería la causa de la enfermedad, sino que se vería deformada por la patología, al igual que otros muchos aspectos de la vida del individuo.

Resulta aún más interesante la clásica distinción de Allport entre *religiosidad intrínseca* y *extrínseca*, que él sintetiza de esta forma: «La persona extrínsecamente motivada usa su religión, mientras que la intrínsecamente motivada vive su religión» (Allport y Ross, p. 434). *Usar* la religión significaría buscar egocéntricamente en ella —de modo consciente o inconsciente— una satisfacción de las propias necesidades afectivas (seguridad, pertenencia, cariño), una mejora del estatus social, etc. La *vivencia* de la religión, por el contrario, consiste en la integración de los ideales religiosos en la propia individualidad, de modo que se viven con madurez, coherencia, profundidad y autonomía. La religión será muchas veces el origen de las propias motivaciones, la guía ética de la conducta y el origen de muchas estrategias de afrontamiento, pero estas no surgen de modo automático ni impuesto sino razonado y libre. La religión *vivida* es la base de una fe madura y no alienante.

Sintetizando los posibles efectos negativos de la religión, Koenig afirma que «especialmente en las personas emocionalmente vulnerables, las creencias y doctrinas religiosas pueden reforzar las tendencias neuróticas, potenciar los miedos o la culpa y restringir la vida en lugar de mejorarla. En estos casos, las creencias religiosas pueden ser utilizadas de modo primitivo y defensivo para evitar hacer los cambios necesarios en la vida» (Koenig, p. 289).

Cuanto hemos señalado lleva a recordar la responsabilidad de los líderes religiosos, especialmente quienes ejercen tareas formativas con gente joven. Habrán de estar atentos para purificar la motivación que atrae al neófito a la práctica religiosa y a la institución, de modo que le ayuden a mejorar —en lugar de potenciar— sus rasgos más desadaptativos. En palabras del papa Francisco, en la labor formativa «se trata de enseñar a pensar bien, a sentir bien y a trabajar bien. Y eso, de forma coordinada, de tal manera que piense lo que sienta y lo que hace, que sienta lo que piensa y lo que hace y haga lo que sienta y lo que piensa» (Francisco, pp. 108-109).

Conclusiones

Frente a la visión reduccionista del psicoanálisis freudiano y del conductismo, la psicología de la segunda mitad del siglo XX ha visto la espiritualidad como un componente intrínseco del ser humano, necesario para alcanzar la madurez.

La religiosidad es una concreción de la dimensión espiritual que pone en relación con la divinidad e inserta el individuo en una comunidad y en un código de creencias, rituales y comportamientos. La mayor parte de los estudios ha encontrado una correlación positiva entre religiosidad y salud mental.

En algunos casos, sin embargo, la religión supone un elemento desestabilizador. Para explicarlo nos hemos servido del concepto de religiosidad extrínseca, entendida como unas creencias y códigos éticos no integrados por la persona, la cual viviría el fenómeno religioso como un modo de compensar sus carencias afectivas. Es necesario que los líderes religiosos sean conscientes de este riesgo para evitar actitudes que fomentarían en sus adeptos los rasgos potencialmente patológicos de su personalidad.

Por parte de los profesionales de salud mental, se ve necesario un conocimiento del fenómeno religioso en general y de la vivencia de sus pacientes en particular, de modo que se apoyen en ellos para la prevención y tratamiento de la patología.

Bibliografía

- Allport GW, Ross JM. *Personal Religious Orientation and Prejudice*. J Pers Soc Psychol. 1967;5:432-43.
- Carpintero H, Mayor L, Zalbidea MA. *Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista*. Revista de Filosofía, 1990;3:71-82.
- Etchezahar E, Simkin H. *Religiosidad, espiritualidad y escepticismo: la mediación del autoritarismo, Subjetividad y Procesos Cognitivos*. UCES, Buenos Aires 2013;17:48-58.

- Francis LJ, Jackson CJ. *Eysenck's Dimensional Model of Personality and Religion: Are Religious People More Neurotic?*. *Mental Health, Religion & Culture*, 2003;6:87-100.
- Francisco. *La fuerza de la vocación. La vida consagrada hoy. Una conversación con Fernando Prado*. Publicaciones Claretianas, Madrid; 2018.
- Florenciano Urzúa R. *Religiosidad y cuadros psicopatológicos*. *Psiquiatría y Salud Mental*, 2010;17:108-15.
- Hackney CH, Sanders GS. *Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies*. *J Sci Study Relig*. 2003;42:43-55.
- Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough ME, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer BJ. *Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure*. *J Theory Soc Behav*. 2000;30:51-77.
- Insa Gómez FJ (coord.). *Amar y enseñar a amar. La formación de la afectividad en los candidatos al sacerdocio*. Palabra, Madrid 2019.
- Insa Gómez FJ. *Con todo tu corazón, con toda tu alma, con toda tu mente. Formar la afectividad en clave cristiana*. Palabra, Madrid 2021.
- James A, Wells A. *Religion and Mental Health: Towards a Cognitive-Behavioural Framework*. *Br J Health Psychol*. 2003;8:359-76.
- Jongkind M, Van den Brink B, Schaap-Jonker H, Van der Velde N, Braam AW. *Dimensions of Religion Associated with Suicide Attempt and Suicide Ideation in Depressed, Religiously Affiliated Patients*. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49:505-19.
- Koenig HG. *Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review*. *Can J Psychiatry*. 2009;54:283-91.
- Monge, M.A. *Vida espiritual y enfermedad psiquiátrica*. En: *La salud mental y sus cuidados*. EUNSA, Pamplona 2017:213-24.
- Miller L, Wickramaratne P, Gamaroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. *Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study*. *Am J Psychiatry*, 2012;169:89-94.
- Pellitero, R. *Manifestaciones sobrenaturales y salud mental*. En: *Cabanyes J y Monge MA.: La salud mental y sus cuidados*. EUNSA, Pamplona 2017:225-36.

- Rodríguez Fernández MI. *¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología?* *psiquiatria.com* [Internet]. 2012 [citado 17 octubre 2021];15. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/1228.pdf>.
- Rosal Cortés R. *El crecimiento personal (o autorrealización): meta de las psicoterapias humanistas*. *Anuario de Psicología*, 1986;34:65-84.
- Sica C, Novara C, Sanavio E. *Religiousness and Obsessive-Compulsive Cognitions and Symptoms in an Italian Population*. *Behav Res Ther*. 2002;40:813-23.
- Smith TB, McCullough ME, Poll J. *Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events*. *Psychol Bull*. 2003;129:614-36.
- Vial W. *Madurez psicológica y espiritual*. 4ª edición. Palabra, Madrid 2019.
- Yoffe L. *Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos*. *Psicodebate*, 2007;7:193-206.