



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

bioetica@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Rodríguez-Yunta, Eduardo
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL. ROL DE LA RELIGIOSIDAD
Persona y Bioética, vol. 20, núm. 2, 2016, pp. 192-204
Universidad de La Sabana
Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83248831006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL. ROL DE LA RELIGIOSIDAD

SOCIAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH. THE ROLE OF RELIGIOSITY
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE MENTAL. PAPEL DA RELIGIOSIDADE

Eduardo Rodríguez-Yunta¹

RESUMEN

El presente ensayo constituye una revisión sobre los determinantes sociales de la salud mental en cuanto al rol de la religiosidad de las personas desde la revisión bibliográfica y la experiencia personal. El objetivo del artículo es presentar el postulado de que la religiosidad de las personas puede influir en la salud mental mediante tres factores: sentido de valor moral, apoyo de la comunidad de fe y ejercicio de la espiritualidad. Se revisaron las bases de datos de Medline y SciElo desde el año 1990, en inglés y español, usando las palabras clave: “espiritualidad”, “creencias”, “religión” y “determinantes sociales de la salud mental”; además, se tuvieron en cuenta las referencias que tenían relación con el tema. Como conclusión se considera que en la bioética es importante incluir como factor en la salud mental el tema de la religiosidad desde el diálogo deliberativo, teniendo en cuenta la posición en que se encuentra el paciente como interlocutor. También es importante considerar el apoyo de una comunidad de fe que tenga incorporadas las virtudes de solidaridad y de aceptación del otro.

PALABRAS CLAVE: espiritualidad; creencias; religión; determinantes sociales de la salud mental (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2016.20.2.6

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Rodríguez-Yunta, E. Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *pers.bioét.* 2016; 20(2): pp. 192-204. DOI: 10.5294/pebi.2016.20.2.6

FECHA DE RECEPCIÓN: 2015-10-29

FECHA DE ENVÍO A PARES: 2015-10-30

FECHA DE APROBACIÓN POR PARES: 2016-03-18

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2016-03-23

¹ Universidad de Chile, Chile. erodriguezchi@gmail.com

ABSTRACT

The social determinants of mental health with respect to the role of a person's religiosity are examined in this paper, based on personal experience and a review of the literature. The objective is to hypothesize that religiosity can influence a person's mental health through three factors: a sense of moral value, support from a community of faith, and exercise of spirituality. The Medline and SciELO databases were reviewed as of 1990, in English and Spanish, using the keywords: spirituality, belief, religion and social determinants of mental health. The references related to the subject were taken into account as well. The article concludes that it is important in bioethics to incorporate the theme of religiosity as a factor in mental health, based on deliberative dialogue and considering the patient's position as an interlocutor. It also is imperative to bear in mind the support provided by a community of faith that has embraced the virtues of solidarity and acceptance of others.

KEYWORDS: Spirituality; beliefs; religion; social determinants of mental health (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

O presente ensaio constitui uma revisão sobre os determinantes sociais da saúde mental quanto ao papel da religiosidade das pessoas a partir da revisão bibliográfica e da experiência pessoal. O objetivo do ensaio é apresentar o postulado de que a religiosidade das pessoas pode influir na saúde mental mediante três fatores: sentido de valor moral, apoio da comunidade de fé e exercício da espiritualidade. Revisaram-se os bancos de dados de Medline e SciELO desde o ano 1990, em inglês e espanhol, usando as palavras-chave: "espiritualidade", "crenças", "religião" e "determinantes sociais da saúde mental"; além disso, levaram-se em conta as referências que tinham relação com o tema. Como conclusão se considera que na bioética é importante incluir como fator na saúde mental o tema da religiosidade a partir do diálogo deliberativo, levando em consideração a posição em que se encontra o paciente como interlocutor. Também é importante considerar o apoio de uma comunidade de fé que tenha incorporadas as virtudes de solidariedade e de aceitação do outro.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; crenças; religião; determinantes sociais da saúde mental (Fonte: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

La respuesta biomédica a los problemas de salud mental ha significado grandes avances en entender y abordar terapéuticamente trastornos neuro-psiquiátricos, pero no da respuesta a las desigualdades que existen de relaciones de poder y de recursos que afectan la salud mental (1). Además, el énfasis en que la enfermedad mental es debida a un problema del cerebro ha provocado el uso excesivo de psicofármacos, cuya sobredosis causa daño en los pacientes (1). También se ha incrementado la exigencia de exámenes para el diagnóstico, el número de estos, y cada vez se diagnostica más temprano el inicio de enfermedad mental en niños. Con frecuencia se dan desacuerdos entre especialistas en el diagnóstico de trastornos mentales, lo que causa confusión y refleja el limitado entendimiento que existe de los mecanismos moleculares del cerebro que tienen relación con la enfermedad (2). A pesar del esfuerzo de la neurociencia, la neuroquímica y de la genética, no ha sido posible todavía identificar criterios biológicos en el cerebro para los trastornos mentales identificados por la psiquiatría (3). Todavía muchos trastornos mentales carecen de cura y prevención efectivas. Cuando existe tratamiento efectivo es muy costoso y no está disponible para aquellos que más lo necesitan (4).

Se critica que la tendencia de la psiquiatría actual en salud mental global está distorsionada por su dependencia del financiamiento de la industria farmacéutica, basada en la teoría de la causalidad biomédica de las enfermedades mentales, que por tanto deben ser tratadas con fármacos, sin considerar factores sociales y aspectos preventivos (3). Esto se agrava al transferir este esquema a países de recursos bajos y medios, al tener bajo presupuesto para adquirir fármacos y carecer de suficientes espe-

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SE DISTINGUEN DE OTRAS ENFERMEDADES EN QUE SU EXPRESIÓN PRIMARIA SE MANIFIESTA EN DESEQUILIBRIOS DE ORDEN SOCIAL O PSICOLÓGICO DE MÚLTIPLE CAUSALIDAD, AL ALTERARSE LA REGULACIÓN DEL COMPORTAMIENTO A TRAVÉS DE PROCESOS COGNITIVOS, EMOCIONALES, DE SENSACIÓN Y PERCEPCIÓN.

cialistas en psiquiatría. Los problemas de salud mental se distinguen de otras enfermedades en que su expresión primaria se manifiesta en desequilibrios de orden social o psicológico de múltiple causalidad, al alterarse la regulación del comportamiento a través de procesos cognitivos, emocionales, de sensación y percepción (1). En parte, la causa del desequilibrio puede provenir de un mal funcionamiento neurofisiológico, pero es de mi entender que también puede provenir de otras causas añadidas como problemas de relaciones personales o falta de adaptación en el aprendizaje.

Preocupa que la urgencia por abordar inequidades en salud global mental pueda forzar intervenciones que no sean relevantes a nivel local, desconociendo factores culturales, lo que puede producir efectos negativos que conlleven diagnósticos e intervenciones inapropiadas, lo que aumenta el estigma social y produce pobres resultados en mejora de la salud (5). Existen tensiones entre tomar decisiones de salud pública basadas en prácticas de biomedicina basadas en la evidencia y la aproximación

ESTUDIOS REALIZADOS EN LATINOAMÉRICA SEÑALAN QUE, POR LO GENERAL, EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO SE RELACIONA NEGATIVAMENTE CON INDICADORES DE TRASTORNOS MENTALES Y LA FALTA DE ESCOLARIDAD SE RELACIONA CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, INTENTO DE SUICIDIO, TRASTORNOS MENTALES DEL ESTADO DEL ÁNIMO Y ANSIEDAD.

a la salud pública basada en la experiencia comunitaria que enfatiza los determinantes sociales de la salud mental y las prioridades locales fortaleciendo los recursos comunitarios y desarrollando soluciones endógenas (5).

La salud mental se refiere al bienestar, a la prevención de trastornos mentales y al tratamiento y la rehabilitación de personas afectadas por estos trastornos. Los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que los trastornos de salud mental continúan siendo uno de los problemas de salud que genera mayor impacto en la calidad de vida de las personas, y costos económicos para el individuo, la sociedad y los sistemas de salud (4). La esquizofrenia, la depresión, la epilepsia, la demencia y la dependencia de alcohol y drogas constituyen del 7 al 13 % de la carga global de enfermedad, sobrepasando las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (6, 7). La expectativa de vida de personas con trastornos mentales es 20 años más corta que la de aquellos que no los tienen (8).

Estudios realizados en Latinoamérica señalan que, por lo general, el estatus socioeconómico se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales y la falta de escolaridad se relaciona con síntomas de depresión, intento de suicidio, trastornos mentales del estado del ánimo y ansiedad (9). Estos estudios muestran que las

psicosis no afectivas, como la esquizofrenia, tienen una prevalencia media de 1,0 %, para la depresión es mayor de 4,9 % y el abuso o dependencia del alcohol de 5,7 %, y una buena parte de las personas afectadas no recibe tratamiento psiquiátrico (10).

Entre los factores que afectan a la salud mental está la práctica o no de la fe en un sistema de creencias y la vivencia o no de espiritualidad. La manera como se vive un sistema de creencias o la espiritualidad personal puede influir de una forma sanadora o puede dificultar la salud mental. Un ejemplo de mi experiencia personal servirá para ilustrar este punto.

Me avisaron de una joven que decían estaba endemoniada. Cuando fui a verla, ella estaba calmada pero con mucho miedo. Me contó que habían estado orando con ella para que se le saliera el demonio, y cayó al suelo y se golpeó fuertemente. Tenía pesadillas cada vez más fuertes. Además, la habían echado del trabajo porque de repente se le erizaban los pelos delante de todo el mundo y comenzaba a gritar: ¡Sal de mí! Lo que quería era que se le fueran los sueños. Había ido a psicólogos, pero solo le daban pastillas para dormir. Dialogando averigüé lo que le pasaba. Ella había tenido un aborto espontáneo de una niña que le había puesto el nombre del arcángel Zadkiel. En sus sueños se le

aparecía el signo de un triángulo con un ojo en el medio y unos seres que le pedían permiso para entrar en ella, le decían que su hija Zoila (le cambiaban el nombre) iba a ser arrebatada por los demonios, que era ella o su hija. La dije que no leyera en Internet sobre demonios, que ella no estaba endemoniada pero corría el peligro de caer en la oscuridad porque sus sueños la estaban engañando, lo que le pasaba es que sufría el peso de la pérdida de su hija, se tenía que enfocar en el bien y en su vida hacia adelante y dejar sus miedos. Pero lo que la calmó definitivamente es que le hice saber que su hija estaba a salvo, no podía ser tomada por ningún demonio ya que Dios protege a los no nacidos. Es la voluntad de uno la que acepta a un demonio que en un feto no se puede dar. Ni ella ni su hija iban a ser tomadas por un demonio. Ella lo que tenía que hacer era ser fuerte y decir que no cada vez que apareciera el sueño, que no era más que un engaño dirigido sin ningún efecto en su bebé.

Aquí hay un ejemplo de una persona a la que, al experimentar una pérdida, una creencia negativa la llevó a tener experiencias psicóticas, mientras que el diálogo y la confianza dentro de un sistema de fe puede restaurar la armonía.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En sentido general, los determinantes sociales de la salud se refieren a todos los factores sociales que inciden en ella, incluida la estructura social, prácticas e instituciones, identidad personal y procesos interpersonales, siendo los más determinantes la pobreza, la desigualdad y la exclusión social (11, 12).

De acuerdo a Amartya Sen, el ser humano posee agencia personal en cuanto tenga la libertad de escoger entre

una serie de opciones deseables para realizar el proyecto de vida que valora, por lo que el Estado y la sociedad tienen un rol en dar oportunidades a las personas. En primer lugar, existen determinantes estructurales como la educación, el ingreso, la cohesión social, la etnia o el género, y otros determinantes intermedios como las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, los comportamientos de las personas y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. De acuerdo con Sen, las capacidades se encuentran influenciadas por cuatro fuentes de variación: heterogeneidades personales, diversidades en el ambiente social (atención, educación, violencia, relaciones comunitarias y capital social), variaciones en el ambiente físico y diferencias en perspectivas de relaciones personales (variación social y cultural) (13). Para Sen, se necesitan mecanismos sociales que promuevan las libertades y oportunidades individuales a fin de mejorar las condiciones de vida y salud (14). El análisis de la salud requiere abordarse desde cuatro niveles interrelacionados: histórico-social, ecológico, biológico y ontológico, que han de entrar en diálogo, de manera que la salud se experimenta desde lo biológico, psicológico, afectivo, intelectual, sociocultural e histórico (15).

La OMS ha creado una comisión para estudiar los determinantes sociales de la salud y realizar recomendaciones con el fin de disminuir las inequidades. Estas desigualdades se deben a diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente, que producen inequidad entre las poblaciones (16). La peor condición de salud de los grupos sociales se debe a tener menor poder social, económico y político, peores condiciones de vida, y menores oportunidades y recursos relacionados con la salud (17-19). El estudio de la comisión de la OMS

muestra que las condiciones de vida influyen en la manera como las personas enferman y se mueren, por lo que se puede obtener una mejor calidad de vida empoderando a las personas y los grupos sociales, y otorgando recursos en prevención para disminuir desigualdades injustas en salud (20). En el área de la salud mental, la pobreza, el desempleo y la falta de relaciones sociales incrementa el riesgo de padecer trastornos mentales (21). El informe presenta un análisis de las causas sociales tanto de la salud como de la enfermedad, desde una perspectiva epidemiológica, fundamentándose en la ética de la justicia global (22).

La salud se plantea como una capacidad, y la obtención de equidad se centra en las oportunidades, de manera que la distribución de los determinantes de la salud permitan una equidad en oportunidad de vida saludable de acuerdo con la comisión de la OMS sobre determinantes sociales de la salud (23). El tener en cuenta dichos determinantes aporta a la salud pública el hacer visibles las desigualdades en salud, a fin de dirigir la acción hacia su reducción desde una perspectiva de justicia social y la necesidad de plantear cambios estructurales en la sociedad como herramienta (24). Desde la bioética, bajo el principio de justicia, se ha de promover la equidad, de manera que las personas afectadas en su salud mental no se vean con desventaja por discriminación en el sistema social.

Entre los determinantes sociales de la salud se encuentran factores culturales. La cultura se define como una forma común de vida que surge de visiones del mundo compartidas y de estructuras comunes de creencias, valores y comportamientos (25). La cultura conforma la identidad, forma de vida y tradiciones de grupos específicos, en lo que influye el sistema de creencias o religión y los valores. La cultura proporciona un sistema

de significantes que toma forma en procesos cognitivos y de interacciones personales (1). Los factores culturales contribuyen a formar determinantes sociales de la salud: 1) producen categorías de identidad y prácticas sociales que ponen en desventaja a ciertos grupos; 2) influyen en los determinantes sociales de la salud al proporcionar sistemas de interpretación que pueden agravar o mitigar ciertos riesgos (por ejemplo, proporcionando relaciones, prácticas espirituales o nociones de actividad significativa que cambian el significado de pobreza y exclusión social); 3) median la efectividad de intervenciones a nivel individual y poblacional; 4) estructuran las definiciones, los valores y las prioridades de bienestar y otros resultados positivos de salud (8). Los estudios de psiquiatría cultural pueden ayudar a entender las variabilidades locales en problemas de salud mental al tener en cuenta aspectos antropológicos, psicológicos y sociológicos, atendiendo el sistema cultural de creencias (1). Factores culturales pueden influir en ayudar a enfrentar la enfermedad, la sanación y la recuperación, y adaptarse a vivir con la enfermedad (1). Entre estos factores se encuentra la pertenencia a un sistema de creencias.

EL PAPEL DE LA RELIGIOSIDAD

La fe en un orden superior puede ejercer un papel protector en los determinantes sociales de la salud en tres formas. En primer lugar, porque otorga un sentido de valor como persona moral. En segundo lugar, por la pertenencia a una comunidad de fe que ejerce apoyo. En tercer lugar, el ejercicio de una buena espiritualidad puede llevar a una vida con hábitos saludables y ayudar a pensar saludablemente. En salud mental, estos tres elementos cobran una importancia aún mayor en buscar una estabilidad mental. Desde la bioética, en la relación terapéutica es importante tener en cuenta el diálogo deliberativo (26) como entendimiento entre personas,

adecuándose a la situación del otro. En la relación terapéutica con un agente de salud ayuda que el lenguaje se adecue al sistema de creencias del paciente, esto mejora la empatía, la capacidad de recepción y el entendimiento de las personas. Las enfermedades mentales pueden ser explicadas de forma diferente cuando se aducen causas religiosas, espirituales o morales. Por otra parte, la vivencia de la espiritualidad debe ejercerse de una forma sana, de lo contrario puede entorpecer la relación terapéutica.

Sentido de valor moral

Las respuestas locales al sufrimiento se enmarcan dentro de un sistema cultural de significado y sanación que depende de la vivencia espiritual y la forma de vivir la moralidad de las comunidades. Las intervenciones que se hagan desde otras culturas dependen de cuán generalizables sean los conceptos, los valores y las prácticas (27). Rawls ha estipulado que las bases sociales del respeto a uno mismo y el valor moral de las personas se dan en un ambiente en que puedan realizar sus intereses de orden supremo y promover sus fines con confianza en sí mismos (28). El sentido de valor conlleva el deber ético de promover la competencia de las personas como agentes morales mediante el ejercicio de una solidaridad personal, institucional y social, insertando socialmente a los vulnerables y empoderándolos para que puedan realizar sus ideales y sueños en la vida (29). Esta actitud genera un determinante social para la salud mental.

En ciertos contextos culturales, la enfermedad mental se atribuye a espíritus malignos y se asocia con formas no apropiadas de comportamiento social y moral. Este tipo de asociaciones lleva a que la realización de ciertos ritos religiosos o el recurrir a restablecer relaciones

interpersonales o incluso con ancestros conocidos pueda tener un efecto terapéutico. Estos sistemas de creencias proporcionan una explicación a la enfermedad mental, que de otra manera no sería entendida, y puede influir en la aceptabilidad de tratamientos, en la forma como progresa la enfermedad y en la aceptación social, de manera que la persona no sea rechazada (30). En algunos contextos, la disociación de la personalidad no se interpreta como patológica, sino como apropiación por espíritus externos que pueden ser malignos o buenos (31). La atribución de significados afecta la experiencia en cómo se interpreta el que algunos comportamientos puedan ser vistos como trastornos mentales o no.

La bioética se fundamenta no solamente en los cuatro principios clásicos, sino también en el ejercicio de las virtudes, particularmente en el de la justicia solidaria como virtud de obrar en favor de los más pobres y vulnerables (32). Las virtudes que se requieren para hacer frente a la vulnerabilidad, como la confianza en uno mismo y la superación, son las mismas que se necesitan para tener un grado de independencia y racionalidad en la toma de decisiones (33). Al tener la vulnerabilidad un carácter universal, conduce a una preocupación social que lleva a cooperar en el auxilio del otro; desde el ser humano en su esencia hay una invitación al cuidado de la persona vulnerable, por lo que un sistema de creencias puede ayudar a la cohesión e integración social, evitando el aislamiento y estigma del enfermo mental (29, 34).

Por otra parte, en los valores se ha dado importancia al concepto de capital social como atributo intangible de la sociedad que favorece el emprendimiento al generar confianza, reciprocidad y acción social aceptándose normas compartidas (35). Existen pocos estudios, pero los valores que se asocian a la solidaridad y la empatía podrían asociarse a una mejor salud mental (36).

2. Apoyo de la comunidad de fe

Es sabido que el apoyo comunitario puede ayudar a abordar los determinantes sociales y las consecuencias de los trastornos mentales, y que el mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen y sus cuidadores no es solo tarea de especialistas de la psiquiatría, por lo que se aconseja un modelo de intervención terapéutica que se comparta entre el especialista, la comunidad y profesionales de la salud no especializados (37). El especialista tiene la importante tarea de supervisar, entrenar y guiar a un equipo de trabajo. De esta manera, se soluciona el problema de la carencia de suficientes especialistas y el paciente se siente inserto dentro de una comunidad de apoyo, se disminuyen problemas de estigma social y barreras de acceso a terapia, además que para disfunciones mentales puede ser más efectivas las intervenciones psicosociales que las biomédicas (38). En los países en desarrollo, las intervenciones psicosociales para abordar trastornos mentales reconocen el papel de los determinantes sociales como blancos de acción con el uso de habilidades interpersonales y movilizándolo recursos comunitarios (39, 40).

Pacientes con enfermedades mentales se desempeñan mejor cuando se encuentran integrados socialmente y no son estigmatizados, por ejemplo, los esquizofrénicos (41, 42). Cuando no se recurre a formas tradicionales espirituales o religiosas de sanación, puede haber rechazo

de la comunidad y la persona con el problema de salud mental puede sentirse marginada o estigmatizada. Las culturas han desarrollado diversas formas de sanación asociadas a rituales de tipo religioso que ocurren en forma comunitaria, en las que por lo general son testigos personas próximas al paciente (43). Estos rituales en ciertos contextos no pueden obviarse porque son parte del sistema de significado de la persona y, por tanto, forma parte del proceso de sanación.

DESDE EL SER HUMANO EN SU
ESENCIA HAY UNA INVITACIÓN
AL CUIDADO DE LA PERSONA
VULNERABLE, POR LO QUE UN
SISTEMA DE CREENCIAS PUEDE
AYUDAR A LA COHESIÓN E
INTEGRACIÓN SOCIAL, EVITANDO
EL AISLAMIENTO Y ESTIGMA DEL
ENFERMO MENTAL.

Por otra parte, las personas que sufren trastornos mentales son vulnerables en el sentido de que tienen disminuida su autonomía y se encuentran en una situación de inferioridad en las relaciones sociales. Desde la bioética, es importante que en la relación con los demás en la comunidad se respete al paciente como una persona autónoma que puede tomar sus propias decisiones. No sería ético, por ejemplo, que se presione a una persona a determinadas prácticas religiosas; si a la persona le parece importante, tomará la decisión en los momentos lúcidos.

Es de mi parecer, por experiencia personal, que las preocupaciones de una comunidad que ejerce cuidado, es solidaria con el que sufre y es vulnerable, se da más fácilmente en comunidades que tienen asociado un componente de fe al haber unidad y apoyo y respetar al otro como un igual, lo que está incorporado en la mayor parte de los sistemas de creencias.

3. Ejercicio de vida espiritual

La espiritualidad se define como la conexión con lo sagrado y lo trascendente, generalmente se desarrolla través de la religión, que incluye creencias, prácticas y rituales que se relacionan con lo trascendental (44).

Creencias y prácticas espirituales específicas pueden prevenir o intensificar problemas de salud mental (45). Así, ciertas creencias religiosas y prácticas como ritos y pactos con el demonio o diálogo con médiums se han asociado a histeria, neurosis e ideación psicótica (46). Por otra parte, el bienestar espiritual influye en la salud mental ya que las personas dan sentido a su vida y sus valores están conectados a la vivencia espiritual y las creencias que mantienen. La espiritualidad puede promover valores morales, dar esperanza y confianza, paz, armonía, mejorar las relaciones con otros y tener un sentido positivo por hallar propósito y significado en la vida.

Las personas con enfermedad mental pueden carecer de esperanza y sentir que se hallan desconectadas de la vida al considerar que han perdido la relación con lo trascendente. Muchos, para entender la enfermedad, buscan guía espiritual en líderes religiosos y conectan su sanación con la búsqueda de un camino espiritual que les recupere su seguridad como persona. Los servicios de salud mental que sean sensibles a la necesidad de intervenciones de ritos religiosos y espirituales, pueden ser más eficaces (47). Las prácticas religiosas han sido asociadas a una mejor salud mental; dichas prácticas (oraciones, ritos, devociones, adoraciones) se pueden realizar a nivel individual o grupal, su sentido es conectarse con Dios o con un Ser Superior que otorga confianza y esperanza en momentos de crisis (48). Así,

por ejemplo, en Sri Lanka se han reportado símbolos religiosos del hinduismo devocional que favorecen la aceptación sanadora disminuyendo el trauma y el estrés en casos de conflictos familiares, pérdidas fetales o duelos (49). Prácticas religiosas cristianas ayudan a resolver conflictos (50). Las prácticas de meditación y los rituales espirituales en relación con la psicoterapia han sido asociadas a la disminución de la ansiedad y a la mejora del estrés, la depresión y el sentido de bienestar (51-54). En general, las prácticas religiosas y espirituales contribuyen al bienestar en salud mental al otorgar un propósito en la vida, esperanza, optimismo, autoestima y mejorar los síntomas de depresión, ansiedad, ideación suicida y adicciones (55, 56). Desde la bioética es un tema de beneficencia el facilitar al paciente que lo pida y lo necesite un encuentro con lo Sagrado, siempre que le haga bien.

En Chile, la religiosidad y la espiritualidad se han visto como un factor protector del suicidio en mujeres depresivas. Las intervenciones religiosas de acompañamiento que son beneficiosas apuntan a restaurar el sentido de lo trascendente y de la vida propia, a recuperar el sentido del deber en el rol en la vida que desempeñan, mientras que en algunos casos la religiosidad afecta negativamente al aumentar el sentido de culpa (57).

Algunas personas son capaces de soportar y adaptarse a la adversidad, el trauma o la tragedia u otras fuentes de estrés. Esta capacidad se ha denominado resiliencia (58). La capacidad de adaptarse al estrés depende de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales y culturales. Mejorar las capacidades de resiliencia puede ser un método preventivo para ayudar a enfrentar situaciones de estrés (59-61). Algunas personas se fortalecen después de haber pasado por traumas al reintegrar sus

capacidades de una manera positiva. Una de las formas en que se puede incrementar la resiliencia es a través de fortalecer la espiritualidad de la persona ya que contribuye a aceptar la situación vital y modera y amortigua los efectos de traumas de la vida. La vivencia de la religiosidad ha sido reportada como un factor protector que desarrolla resiliencia a riesgos y adversidades (62-64).

CONCLUSIONES

Desde la bioética es importante incluir como factor en la salud mental el tema de la religiosidad a partir del diálogo deliberativo, teniendo en cuenta la posición en que se encuentra el paciente. En la relación terapéutica con un agente de salud ayuda que el lenguaje se adecue al sistema de creencias del paciente, esto mejora la empatía, la capacidad de recepción y entendimiento de las personas. También es importante considerar el apoyo de una comunidad de fe que tenga incorporada la solidaridad y la aceptación del otro.

REFERENCIAS

1. Kirmayer LJ, Swartz L. Culture and global mental health. En Patel V, Prince M, Cohen A, Minas H. (eds.). *Global Mental Health: Principles and Practice*. New York: Oxford University Press; 2013.
2. Whitaker R. *Anatomy of an Epidemic*. New York: Broadway Paperbacks; 2010.
3. Ingleby D. How 'evidence based' is the movement for Global mental health? *Disability and the Global South*. 2014;1(2):203-226.
4. World Health Organization. *Mental Health Atlas*. 2014. Disponible en www.who.int
5. Kirmayer LJ, Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*. 2014;51(6):759-76.
6. Murray C, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman A, Michaud C, Lopez A. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;380(9859):2197-223.
7. World Health Organization. *The Global Burden of Disease* [Internet]; 2008.
8. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(6):453-58.
9. Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*. 2007 [visitado 2015 ago 18]; 23(6):1255-172. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600002>.
10. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(4/5):229-40.
11. Marmot M. Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *Lancet*. 2007;370(9593):1153-63.
12. Marmot M, Wilkinson R. *Social Determinants of Health* (2nd ed.). New York: Oxford University Press; 2006.
13. Sen A. *La idea de la justicia*. Bogotá: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.S.; 2010.
14. Sen A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planta; 1999.
15. Peñaranda F. Salud pública y justicia social en el marco del debate -determinación social de la salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(1):S91-S102.
16. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization; 2010.

17. Phelan J, Link B, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav.* 2010;51(Suppl):S28-40.
18. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
19. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Rev Esp Salud Pública.* 2014 [citado 2015 ago 14]; 88(6):687-701. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600003>.
20. OMS-CDSS. Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del Informe final. Ginebra: OMS; 2008.
21. Patel V, Lund C, Heatherill S, Plagerson S, Corrigan J, Funk M, Flisher A. Social determinants of mental disorders. En Blas E, Sivasankara Kurup A. (eds.). *Priority public health conditions: From learning to action on social determinants of health.* Geneva: World Health Organization; 2009.
22. Venkatapuram S. Global justice and the social determinants of health. *Ethics and International Affairs.* 2010; 24(2):1-8.
23. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on social determinants of health.* Geneva: World Health Organization; 2005.
24. López O, Escudero J, Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. 2008 [citado 2015 ago 20]; 4(3):323-25. Disponible en <http://www.medicinasocial.info>.
25. Suman F. *Mental Health, Race and Culture.* Palgrave MacMillan; 2010.
26. Habermas J. *Conciencia moral y acción comunicativa.* Barcelona: Península; 1985.
27. Kirmayer L. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine.* 2012;75:249-56.
28. Rawls J. *Unidad social y bienes primarios.* En *Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia.* Madrid: Tecnos; 1986.
29. León-Correa F. Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina: retos para la bioética. *Acta bioeth.* 2011 [citado 2015 ago 14]; 17(1):19-29. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100003>.
30. Kirmayer L, Swartz L. Culture and global mental health. En Patel V, Prince M, Cohen A, Minas H. (eds.). *Global Mental Health: Principles and Practice.* New York: Oxford University Press; 2013.
31. Seligman R. *Possessing Spirits and Healing Selves in an Afro-Brazilian Religion.* New York: Palgrave MacMillan; 2015.
32. Ferrer J, Álvarez J. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea.* Bilbao: Universidad Pontificia de Comillas y Desclée de Brouwer; 2005.
33. Sánchez-Escorial L, Verona-Humet P. *Identidad, justicia y vulnerabilidad.* Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 2005.
34. Masiá C. *El animal vulnerable: invitación a la filosofía de lo humano.* Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1997.
35. Putnam R. *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy.* Princeton: University Press; 1994.
36. Poblete F, Sapag J, Bossert T. Social capital and mental health in low income urban communities in Santiago. *Chile Rev Méd Chile.* 2008 [citado 2015 sep 11]; 136(2):230-39. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200014>.
37. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao G, Meera S, Pian J, Patel V. Nonspecialist healthworker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Review.* 2013;11. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009149.pub2/pdf>.

38. Patel V. Rethinking mental health care: bridging the credibility gap. *Intervention*. 2014;12(1):15-20.
39. Balaji M, Chatterjee S, Koschorke M, Rangaswamy T, Chavan A, Dabholkar H, Patel V. The development of a lay health worker delivered collaborative community based intervention for people with schizophrenia in India. *BMC Health Services Research*. 2012;12(42).
40. Raja S, Underhill C, Shrestha P, Sunder U, Mannarath S, Wood SK, Patel V. Integrating Mental health and development: A case study of the Basic Needs model in Nepal. *PLoS Medicine*. 2012;9(7):e1001261.
41. Leff J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G. The international pilot study of schizophrenia: Five-year follow-up findings. *Psychol Med*. 1992;22:131-45.
42. Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, Laska E, Siegel C. Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the international study of schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31:249-58.
43. Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor, and mechanism. *Br Med Bull*. 2004;69:33-48.
44. Koenig H, King D, Carson VB (eds.). *Definitions*. In *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press: New York; 2012.
45. Mahoney A. Religion in families 1999 to 2009: A relational spirituality framework. *Journal of marriage and the family*. 2010;72(4):805-27.
46. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283-91.
47. Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv*. 2010;61(12):1248-50.
48. Koenig H, McCullough M, Larson, D. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press; 2001.
49. Obeyesekere G. *Medusa's Hair: An Essay on Personal Symbols and Religious Experience*. Chicago, London: The University of Chicago Press; 1981.
50. Stromberg PG. *Language and Self-Transformation: A Study of the Christian Conversion Narrative*. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
51. Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med*. 2015;23:1-13.
52. Goyal M, Singh S, Sibinga E, Gould NF, Rowland-Seymour A, et al. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014;174:357-68.
53. Kim S, Schneider S, Kravitz L, Mermier C, Burge M. Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *J Investig Med*. 2013;61:827-34.
54. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2010;68:539-44.
55. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Adv Mind Body Med*. 2015;29(3):19-26.
56. Quiceno J, Vinaccia, S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: perspectivas en psicología*. 2009 [citado 2015 sep 7]; 5(2):321-36. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982009000200009&lng=en&tlng=es.
57. Taha N, Florenzano U, Sieverson RC, Aspillaga HC, Alliende L. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2011 [citado 2015 sep 7]; 49(4):347-60. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400006>.

58. Connor KM, Davidson J. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety*. 2003;18:76-82. Doi: 10.1002/da.10113
59. Leppin A, Bora P, Tilburt J, et al. The Efficacy of Resiliency Training Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *PLoS ONE*. 2014;9(10):e111420.
60. Luthar S. (ed.). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York, NY: Cambridge University Press; 2003.
61. Guzder J, Paisley V, Robertson-Hickling H, Hickling F. Promoting Resilience in High risk Children in Jamaica: A Pilot Study of a Multimodal Intervention. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;22(2):125-30.
62. Corin E. Facts and Meaning in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworlds of Schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1990;14:153-88.
63. Levin J. How Religion Influences Morbidity and Health: Reflections on Natural History, Salutogenesis and Host Resistance. *Social Science and Medicine*. 1996; 43:849-64.
64. Whitley R. Social defeat or social resistance? Reaction to fear of crime and violence among people with severe mental illness living in urban 'recovery communities'. *Cult Med Psychiatry*. 2011;35(4):519-35.