

Ahmed Okasha<sup>1</sup>  
Tarek Okasha<sup>2</sup>

# Religión, espiritualidad y el concepto de enfermedad mental

<sup>1</sup>M.D., PhD, F.R.C.P., F.R.C., Psych., F.A.C.P. (Hon.)  
Director, WHO Collaborating Center  
For Research and Training in Mental Health  
Okasha Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo,  
Egypt

<sup>2</sup>Professor of Psychiatry  
Okasha Institute of Psychiatry  
Ain Shams University  
Cairo, Egypt

Las tendencias antiespirituales en psiquiatría tienen muchas raíces, incluyendo supuestos cuestionables del psicoanálisis freudiano, el conductismo, y el abiertamente reduccionismo simplista de los materialistas. La conceptualización de la enfermedad mental difiere dentro de diversas culturas y abarca explicaciones que van desde la posesión de espíritus malignos, magia, mal de ojo, ira de los antecesores, falta de fe, otros pensamientos místicos, etc, hasta causas biológicas. En el Antiguo Egipto la enfermedad mental no tenía estigma, dado que no había separación entre psique y soma. La enfermedad mental en la era islámica tenía 3 dimensiones: i) Posesión (oscuridad), ii) Innovaciones y expansión del yo iii) Disarmonía y constricción de la consciencia (iluminación). Los aspectos positivos de la religión y la espiritualidad: la tolerancia, compasión, virtud y justicia, promueven la revolución contra el materialismo. Religión/Espiritualidad (R/E) implica un cambio de papel en nuestra vida mental, cultivar la integridad propia, reforzar el valor interno, promover la responsabilidad, dotar de significado a un individuo o un grupo y un factor protector para la vulnerabilidad a la depresión. Por otro lado, los aspectos negativos de R/E sirven para justificar la dependencia, la aceptación de deficiencias individuales, la superación de los propios límites y pueden derivar en fundamentalismo religioso, alienación y prejuicio. La OMS mantiene que R/E juega un papel fundamental en la prevención del suicidio y en la promoción de la salud mental una petición para promover la formación de psiquiatras en R/E.

**Palabras clave:** Religión y espiritualidad (R/E), Salud mental, Aspectos transculturales, R/C, Enfermedad mental

## Religion, Spirituality and the concept of Mental Illness

The anti-spiritual bias in psychiatry has many roots, including questionable assumptions of Freudian

psychoanalysis, behaviorism, and the overtly simplistic reductionism of materialists. The concept of mental illness differs in various cultures from possession of evil spirits, magic, evil eye, wrath of ancestors, lack of faith, other mystical beliefs, etc, to biological causes. Mental illness in Pharaonic Egypt, had no stigma, as no separation between psyche and soma. Mental illness in the Islamic era had three dimensions of the concept of mental illness. i) Possession (darkness), ii) Innovations and expansion of the self, iii) Disharmony or constriction of consciousness (enlightened). Positive aspects of religion and spirituality promote revolt against materialism, tolerance, mercy, virtue and justice. R/S include modifying role in our mental life, cultivate one's own integrity, reinforce internal courage, promote responsibility, provide meaning for individual or group, a protective factor for vulnerability to depression. On the other hand negative aspects of R/S justifies dependency, facilitates acceptance of individual's deficiencies, allows extension beyond the limited individual boundary and may include religious fundamentalism, alienation and prejudice. WHO states that R/S plays a pivotal role in suicide prevention and promotion of mental health a plea to promote training of psychiatrists of R/S to have a better understanding of our patients.

**Key words:** Religion and spirituality(R/S), Mental Health, Transcultural aspects, R/C, Mental Illness

---

## INTRODUCCIÓN

La definición de la OMS de la salud como salud física, psicológica y como bienestar social es incompleta, dado que no se ocupa del bienestar espiritual. La mayoría de las poblaciones del mundo creen en la religión o en la espiritualidad. Más de la mitad de los 6.800 millones de personas de la población mundial creen en una religión divina mientras que la otra mitad, en la espiritualidad. Sólo unas pocas personas, sean agnósticas o ateas, no construyen su mente teniendo en cuenta su relación con un creador inteligente. Religión y espiritualidad juega un papel fundamental en Salud Men-

---

Correspondencia:  
Ahmed Okasha  
Correo electrónico: aokasha@internetegypt.com

tal. Hipócrates declara que, en la medicina, el remedio es raro, la cura ocurre a veces y el consuelo con frecuencia. Esto mismo se puede aplicar en la actualidad. El consuelo depende del aspecto mental y espiritual del individuo. En el futuro la medicina se orientará más hacia la prevención que hacia el tratamiento, hacia el bienestar, más que hacia la cura. Las tendencias antiespirituales en psiquiatría tienen muchas raíces, incluyendo supuestos cuestionables del psicoanálisis freudiano, el conductismo, y de forma abierta el reduccionismo simplista de los materialistas. El cultivo de la espiritualidad proporciona una manera barata y poderosa de conseguir el bienestar, como se muestra en estudios recientes aleatorizados de los métodos de tratamiento espirituales.

El bienestar no es proporcionado por la riqueza, el poder o la fama, aunque algunas personas actúen como si este tipo de logros pudieran traer la satisfacción última. El desarrollo de la personalidad trae consigo una gran autoconocimiento y por ende una mayor felicidad. Los métodos más efectivos de intervención se centran en el desarrollo de emociones positivas y de rasgos de personalidad subyacentes al bienestar. La humanidad no puede ser reducida a la materia, como en el conductismo o en la psiquiatría molecular. Ni tampoco puede reducirse al dualismo de cuerpo y mente, como en las aproximaciones cognitivas conductuales. Desarrollar actitudes como la pasión y el humor da sentido al sufrimiento. Fomentar el desarrollo de rasgos de personalidad como el ser autodidacta, cooperativo y espiritual, nos lleva automáticamente a una buena calidad de vida. La psiquiatría tiene aproximadamente 200 años. El concepto de enfermedad mental se ha definido de forma diferente en distintas culturas considerándola debida desde la posesión por espíritus

malignos, magia, mal de ojo, iras de antepasados, falta de fe y otros pensamientos místicos hasta debida a factores psicológicos, biológicos y moleculares.

La enfermedad mental en el antiguo Egipto estaba reconocida hace 6000 años como trastornos del corazón o del útero. No había estigma, dado que no había separación entre la psique y el soma. La enfermedad mental se localizaba en el corazón (Papiro de Eber), en el útero (Papiro de Kahoun). La depresión, problemas de memoria o cognitivos y trastornos de personalidad, trastornos perceptivos, eran atribuidos al tamaño y color del corazón y los vasos sanguíneos. El tratamiento era mágico-religioso, realizado por sacerdotes (templo de la incubación en Sakkara) donde eran llevados a cabo tratamientos como la interpretación de los sueños, terapia del sueño, tratamientos herbales, fumigación, etc.

### UNA BREVE NOTA SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA ERA ISLÁMICA (591 d.C)

Han existido tres dimensiones del concepto de enfermedad mental en el Islam: Posesión (de oscuridad), innovaciones o expansión del yo y en tercer lugar, disarmonía o constricción de la conciencia (periodo de ilustración). La palabra "*majnoon*", en español, loco, deriva originalmente de la palabra "*jinn*" que en árabe se solapa con diferentes connotaciones y puede referirse a refugio, pantalla, escudo, paraíso, embrión y locura. Para el Islam, el "*jinn*" no es necesariamente un espíritu malvado. Es un espíritu sobrenatural menor que los ángeles y puede ser bueno o malo. Esta es la razón por la que la tortura de enfermos mentales nunca fue

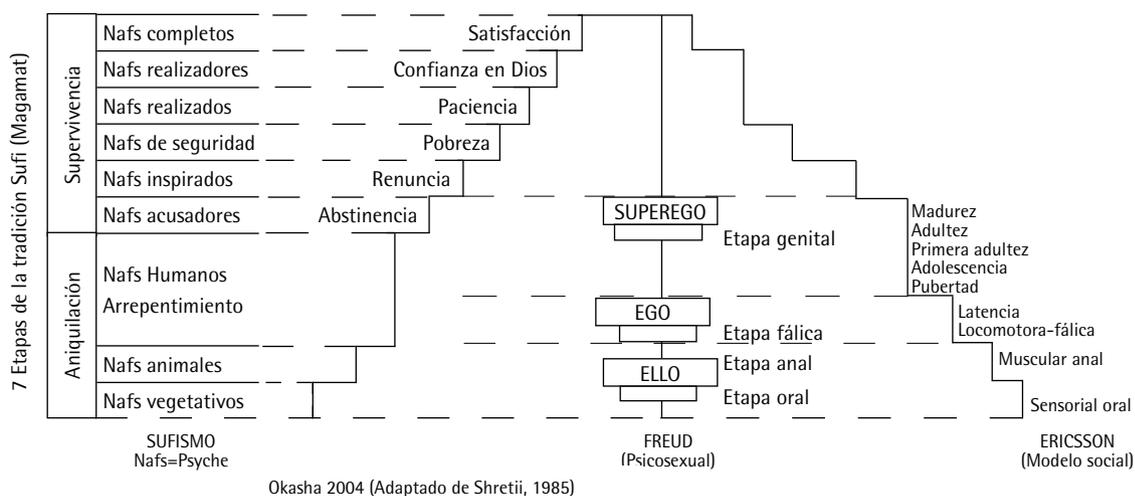


Figura Comparación de las Etapas del desarrollo humano en la TRADICCIÓN SUFI versus Freud y Ericsson

Tabla 1 Temas comunes de las obsesiones en Egipto, India, Inglaterra, Jerusalén y EE.UU.<sup>7</sup>

Pais	No.	Religioso	Contaminación	Agresividad	Orden	Sexual
EGIPTO	90	60	41	53	47	60
INDIA	82	46	29	27	10	11
INGLATERRA	45	38	23	11	9	0
JERUSALEN	10	40	20	10	10	50
EE.UU.	200	45	28	49	26	10

practicada en el Islam. Los primeros hospitales mentales que se construyeron en el mundo fueron en Bagdad donde en 705 d.C., en El Cairo (800 d.C.), Damasco y Alepo (1270 d.C.). El hospital Kalawoun del siglo XIV en El Cairo es muy interesante en relación al cuidado psiquiátrico. Tenía 4 secciones separadas para enfermedades quirúrgicas, médicas, oftalmológicas y mentales. Se dan dos circunstancias asombrosas: Primero un hospital general, que se anticipaba aproximadamente seis siglos las tendencias modernas. Segundo, la involucración de la comunidad en el bienestar de los pacientes.

La figura explica la expansión del Yo, o en árabe, *Nafs* que significa psique y que va más allá del psicoanálisis freudiano o el desarrollo de la personalidad de Erikson<sup>1</sup>.

Los primeros hospitales fundados en Europa lo fueron a través de la influencia árabe en Sevilla (1409), Zaragoza y Valencia (1410), Barcelona (1412), Toledo (1483) y a partir de aquí, comenzaron los hospitales mentales en Europa.

## TOC Y RELIGIÓN

Los egipcios fueron creyentes durante 6.000 años. La prevalencia de los síntomas obsesivo compulsivos en adolescentes egipcios no-consultantes fue del 43%, mientras que los rasgos obsesivos fueron del 26%. Los síntomas obsesivo-compulsivos en diferentes trastornos psiquiátricos, 83%, en los relacionados con neurosis y estrés, 51% en trastornos del humor, 47% con psicóticos<sup>2</sup>.

El papel de la religión en la educación es evidente en la fenomenología del trastorno obsesivo compulsivo en los países islámicos. Los factores psicológicos, sociales y culturales son tan variados que pueden afectar a la aparición, fenomenología, resultado y respuesta al tratamiento del TOC. El énfasis en rituales religiosos y la evitación de los pensamientos blasfemos a través de frases religiosas pueden explicar la alta prevalencia de las obsesiones religiosas y de compulsiones repetitivas entre la muestra musulmana. Esto es cierto incluso si los participantes en el estudio no practican sus obligaciones religiosas. Para dar más detalles, los musulmanes, quienes constituyen casi el 90% de la población egipcia, están obligados a rezar cinco veces al día. Cada

oración es precedida por un proceso de ritual de limpieza (*Wudu* o ablución), el cual implica el lavado de diversas partes del cuerpo en un orden específico, cada una tres veces. Esta ablución se invalida por cualquier tipo de excreción o eyaculación y, para algunos musulmanes radicales, por cualquier contacto con el otro sexo. No se permite a las mujeres rezar o tocar el Corán durante su menstruación, después de la cual, deben limpiar sus cuerpos a través de un baño ritual. Las oraciones en sí mismas varían en longitud y consisten en ciertas frases y suras del Corán que tienen que ser leídas en una secuencia concreta.

El énfasis en la limpieza o en la pureza ritual es la piedra angular de la mayoría de los rituales compulsivos. El número de oraciones y su contenido verbal puede ser objeto de la escurpulosidad, comprobación y repetición. Los procedimientos de limpieza ritual pueden ser también la fuente de obsesiones y compulsiones sobre la pureza religiosa. Otra evidencia de la connotación religiosa inherente al trastorno obsesivo compulsivo en la cultura musulmana se encuentra en el término *weswas*. Este término se utiliza en referencia al diablo, y al mismo tiempo, es el nombre usado para las obsesiones.

Es también característico de una sociedad conservadora como la egipcia, esperar que las obsesiones sexuales sean las más frecuentes entre las mujeres. Aunque está aceptado socialmente (pero prohibido religiosamente) que los hombres egipcios tengan un amplio rango de libertad sexual, en todos los aspectos de su vida, los asuntos sexuales sigue siendo temas asociados a prohibición, impureza y vergüenza para las mujeres egipcias. El género femenino esta rodeado por tantos tabús religiosos y sociales que este asunto se convierte en un caldo de cultivo para las preocupaciones, rumiaciones y compulsiones de limpieza en las mujeres susceptibles al desarrollo del trastorno obsesivo compulsivo.

También se ha mostrado una comparación entre la prevalencia de síntomas en nuestra muestra y aquellas de otros estudios en India, Inglaterra, Jerusalén y EE.UU. (Tabla 1). Las obsesiones de contaminación son las más frecuentes en todos los estudios. Sin embargo, las similitudes de los contenidos de las obsesiones entre los musulmanes y los judíos, comparadas con los hindús y cristianos, explican el papel ju-

gado por factores culturales y religiosos en la presentación del trastorno obsesivo compulsivo. Los contenidos obsesivos de las muestras de Egipto y Jerusalén fueron similares, tratándose en su mayor parte de temática religiosa, limpieza y suciedad. Por otro lado los temas comunes entre las muestras de la India, EE.UU. y de Inglaterra fueron el orden y la agresividad<sup>3-6</sup>.

## LA RELACIÓN DEL HOMBRE, LA NATURALEZA Y DIOS ES COMPLEJA

La vida es vista como un continuum evolutivo. El hombre es al mismo tiempo parte de la naturaleza y heredero de Dios y su sustituto en la tierra. Nada existe que esté aislado de otras criaturas existentes. Nada puede ser entendido en el aislamiento. La comprensión solo puede obtenerse examinando el todo indivisible, que es la suma de las partes más la interacción entre ellas. En relación a esto, acuden a la mente las historias simbólicas del filósofo musulmán Al-Rumi. Es famosa la historia en la que unas personas estaban tocando un elefante en la oscuridad, cada uno pensando en algo de acuerdo a la parte del cuerpo que habían tocado. Estaban en la oscuridad y habían reducido su percepción perdiéndose el todo. Este es un claro ejemplo de la profundidad del pensamiento holístico de Rumi y otros pensadores místicos<sup>8</sup>. Revisando las cuatro principales revistas psiquiátricas durante 5 años, sólo el 3% de los artículos contenían variables religiosas. Sólo el 27% de los psiquiatras tenían filiación religiosa. Sólo el 23% creían en Dios. Sin embargo el 92% puede implicarse personalmente con el aspecto religioso de sus pacientes<sup>9, 10</sup>. El cristianismo, Islam, judaísmo, budismo, hinduismo, taoísmo, confucionismo, todos promueven la tolerancia, la compasión, virtud, justicia y la revolución contra el materialismo.

Los aspectos positivos de la religión/espiritualidad tienen un papel modificador de nuestra vida mental, cultivando nuestra propia integridad, reforzando el valor interno, promoviendo la responsabilidad, proporcionando significado al individuo o al grupo, y es un factor de protección de la vulnerabilidad a la depresión<sup>11, 12</sup>. Hay aspectos negativos de la R/E es decir, aquellos que justifican la dependencia, la facilidad de aceptación de las deficiencias individuales, la superación de los propios límites, el fundamentalismo religioso, alienación y prejuicios.

## EL CONCEPTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LAS SOCIEDADES ISLÁMICAS

Los musulmanes atribuyen todos los eventos de su vida a la voluntad de Dios y puede entenderse que el concepto de enfermedad mental pueda estar influido por aspectos culturales y religiosos. Por ejemplo, los síntomas negativos pueden ser atribuidos, en algunos sectores de las sociedades

musulmanes, a una contemplación más profunda de Dios, i.e. virtuoso y piadoso, dado que el grado de abulia, anhedonia, indiferencia y debilitación del efecto de trastornos psiquiátricos secundarios, pueden ser considerados rasgos sociales aceptables en ciertos cultos religiosos, y así estas condiciones pueden perderse. De nuevo los síntomas positivos pueden considerarse como una extraordinaria percepción dada por Dios a una persona especial. Hay interpretaciones religiosas de trastornos de personalidad, por ejemplo, el esquizotípico puede ser entendido como cercano a Dios, esquizoide como una buena persona, paranoico como cuidadoso, evitativo como religioso y anancástico como meticuloso en el seguimiento de los rituales religiosos.

## RELIGIÓN, ESPIRITUALIDAD Y SALUD MENTAL

La religión puede suministrar una fuente de explicación y entendimiento de cuestiones como el significado de la vida y la muerte. Muchos autores, incluido Frankl<sup>13, 14</sup> han enfatizado la importancia de la búsqueda del significado de la vida. Frankl escribió sobre la desesperación de aquellos que vivían en el "vacío existencial". Él creía que los frenéticos esfuerzos para combatir el aburrimiento y el sentido de vacío a través de encuentros sexuales y otros medios eran fútiles. La religión tiene un papel importante en la integración social y el control. La religión es parte de la cultura o el modo de vida de una sociedad y ayuda a mantener las tradiciones culturales. La sociedad sólo puede sobrevivir si la gente comparte algunas creencias comunes sobre el comportamiento correcto y equivocado. Durkheim<sup>15</sup> vió la religión como un tipo de pegamento social, vinculando la sociedad e incluyendo dentro a los individuos, animándoles a aceptar valores sociales básicos. Entonces, es mayormente a través de la religión, como el individuo es socializado dentro de los valores de la sociedad. Este conjunto de valores y creencias morales ha sido inculcado tan profundamente, a través de la socialización que puede tener un efecto en el comportamiento diario de los creyentes e igualmente de los no creyentes. Si se rompe alguna regla, la mayor parte de los individuos experimentará una culpa consciente sobre haber hecho algo "mal", y esto es una poderosa influencia socializante y controladora sobre el individuo. Otra importante función sociológica de la religión es el apoyo social. Las doctrinas religiosas animan hacia actitudes sociales positivas y de autosacrificio. Hay estudios que muestran que la religiosidad está fuertemente relacionada con casi todas las dimensiones del apoyo social. En los Estados Unidos de América, un estudio confirma que el apoyo a la tercera edad realizada por miembros de la Iglesia superaba a todos los demás apoyos provenientes de otras fuentes. En los países musulmanes, la mezquita juega un papel fundamental para la cohesión social, el apoyo y la interacción emocional. El apoyo a su vez está relacionado con tasas bajas de depresión, ansiedad, soledad y otros problemas mentales. Incluso, el apoyo emocional de otros es la principal herramienta terapéutica empleada en todas las formas de intervención psicoterapéutica<sup>16</sup>.

Tabla 2

Sociedad tradicional	Sociedad occidental
Orientada al grupo y la familia	Orientada al individuo
Familia extensa (no tan geográfica como anteriormente, pero conceptual)	Familia nuclear
Estatus determinado por edad y posición en la familia, cuidado de los ancianos	Estatus adquirido por esfuerzo propio
Relación entre parientes obligatoria	Determinadas por la elección del individuo
Matrimonios arreglados con un elemento de elección dependiente de la relación interfamiliar	Elección del conyuge, determinada por la relación interpersonal.
Conocimiento extendido a familiares lejanos	Restringido solo a familiares cercanos.
Toma de decisiones dependiente de la familia	Autonomía del individuo
Locus de control externo	Locus de control interno
Respeto y santidad de la decisión del médico	Dudas en la relación medico-paciente
Raras demandas de mala práctica	Común
La deferencia es voluntad de Dios	Autodeterminada
Relación medico-paciente todavía saludable	Desconfianza
El individuo puede ser reemplazado. La familia debe continuar y el orgullo está en los lazos familiares	Irreemplazable, orgullo propio

Durante el pasado medio siglo, especialmente en los últimos veinte años, un número de estudios bien diseñados han examinado la relación entre la salud mental y la creencia religiosa, comprometida o práctica. A continuación presentamos una revisión de la relación entre el uso de la religión como comportamiento de afrontamiento y la depresión en una muestra de casi 1000 enfermos médicos hospitalizados. Las personas que usaron la religión como estrategia de afrontamiento fueron comparadas con aquellos que afirmaban afrontar de otras maneras (manteniéndose ocupados, visitando amigos o familiares y demás). Los pacientes que dependían fuertemente de su fe religiosa para afrontar estuvieron significativamente menos deprimidos que los que no. Doscientos dos pacientes, fueron objeto de seguimiento posteriormente durante un periodo de seis meses después del alta hospitalaria. El objetivo era determinar que características de los pacientes que participaron en el estudio, predecirían cuál de ellos se deprimiría después. La única característica que predecía bajas tasas de depresión no fue el nivel de apoyo de la familia o amigos, ni el estado físico de salud, y ni siquiera los ingresos o el nivel educativo, sino más bien el grado en que los pacientes se apoyaban en la fe religiosa para afrontar. Este fue el único factor que predijo significativamente una mayor salud mental seis meses después.

Aunque los profesionales de la salud parecen menos interesados en los estados positivos de la mente que en los trastornos mentales, varios estudios sugieren una asociación positiva entre el compromiso religioso y el bienestar entre personas de todas las edades<sup>17-21</sup>. Otras investigaciones han

encontrado asociaciones positivas entre la religión y la felicidad<sup>22-24</sup>. Se cree que la satisfacción con la vida es un aspecto cognitivo de la felicidad. Examinando una muestra nacional de afroamericanos, Jeffrey Levin y cols.<sup>25</sup> encontraron que estar más comprometido religiosamente implicaba una experiencia significativamente mayor de satisfacción con la vida, incluso tras tener en cuenta efectos en el estado de salud física y otros predictores convencionales de bienestar.

El Islam, en el verdadero sentido, no es simplemente una religión sino también un modo de vida que proporciona un número de directrices sobre como conducirse en la vida y sortear los problemas del día a día. Hay 5 pilares del islam i.e., fe en la unicidad de Alá y su profeta Mahoma siendo el último profeta, las oraciones cinco veces al día, ayunar en el mes del Ramadán, Zakat (Alms) y peregrinar a La Meca al menos una vez en la vida si uno se lo puede permitir. Éstos son los pilares básicos y todo musulmán tiene que creer y practicar estos principios. Además de estos pilares del Islam, el código de conducta para conducirse día a día está explicado en la religión con consentimientos y desaprobaciones.

El papel de el islamismo en el comportamiento de afrontamiento puede explicarse a través de lo que ocurrió en el tsunami de Indonesia. Cientos de niños perdieron a sus padres en Achte en Indonesia y la OMS mandó expertos para tratar el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, debido a su resiliencia y al afrontamiento siguiendo su islamismo fundamentalista que afirma que todo proviene de la voluntad de Dios, no hubo TEPT. Algunos expertos decla-

raron que el TEPT es un diagnóstico occidental y que en la cultura islámica es más bien infrecuente<sup>26</sup>.

La tabla 2 explica la influencia de la religión, la espiritualidad y la cultura en el concepto de enfermedad mental y la comprensión de la ética y la moral<sup>27</sup>.

**¿Puede usarse la religión en la prevención del suicidio?** Suicidio como principal causa de muerte ocupa el séptimo puesto en Europa, el octavo en el pacífico occidental, el decimosexto en la SEAR y el vigésimo quinto en EMRO (All Moslems). Las tasas de suicidio son tres veces mayores para los judíos que para los árabes: 9.8 Vs. 2.9 en Israel. En Malasia, los musulmanes son los más bajos en suicidio junto con los cristianos y los budistas. La OMS declara que la religión y la espiritualidad juegan un papel fundamental en la prevención del suicidio<sup>28</sup>.

Necesitamos en psiquiatría una formación especial en religión y espiritualidad. Diferentes módulos en relación con el conocimiento, habilidades en la entrevista, escucha, diferenciación entre la religión normativa y la experiencia espiritual del fenómeno patológico, y la actitud final.

Debemos recordar que los profesionales de salud mental en los países desarrollados están tratando cada vez más a pacientes cuyos orígenes son distintos a los suyos propios. Por esta razón es importante entender los sistemas de creencias culturales, incluyendo el pensamiento religioso y llevarlo a la práctica en relación a la salud y la enfermedad mental.

Considerando que la espiritualidad y religión han sido negadas frecuentemente en la psiquiatría clínica y académica, y cada vez más está siendo reconocida su importancia en la comprensión de los trastornos psiquiátricos, en la asistencia clínica y el tratamiento de pacientes. Ambos términos carecen de una definición universalmente consensuada. La espiritualidad es un distintivo, creativo potencial y una dimensión universal de la experiencia humana creciendo ambos con la conciencia subjetiva de los individuos y dentro de las comunidades, grupos sociales y tradiciones. Puede ser experimentado como una relación con aquello que es íntimamente "interior", immanente y personal, dentro del *self* y otros, y/o como una relación con lo que es totalmente "otro", trascendente y más allá del ser. Esto se experimenta como algo de importancia fundamental o última y concierne así a asuntos de significado y propósito de la vida, la verdad y los valores.

La religión se define usualmente más en términos de sistemas de creencias y prácticas relacionadas con lo sagrado o divino, y las definiciones frecuentemente refieren a instituciones sociales y comunidades en las cuales esos sistemas son consensuados y puestos en común. Sin embargo, el alcance y la variabilidad de este tipo de definiciones son enormes, con algunas personas identificando espiritualidad y religión como sinónimos virtuales, o al menos como conceptos

solapados, mientras otros los ven como categorías opuestas. Otros verían la religión más individual que social, e incluso otros aún se centrarían menos en la religión como concierne a un sistema de creencias y más en relación a la moralidad o la práctica de la fe. Las consideraciones espirituales y religiosas también tienen importantes implicaciones éticas para la práctica clínica de la psiquiatría.

La sección de religión, espiritualidad y psiquiatría de la asociación mundial de psiquiatría, ha emitido su declaración afirmando que: El bienestar espiritual es un aspecto importante de la salud, la evidencia empírica revela una amplia relación positiva entre religiosidad/espiritualidad y diferentes índices de salud.

Sin embargo, las creencias religiosas y espirituales son fuerzas poderosas y pueden ocasionar efectos dolorosos y beneficiosos, una consideración cuidadosa de las creencias religiosas y la espiritualidad del paciente debe ser considerada como un componente esencial en la historia psiquiátrica y entender la religión y espiritualidad y su relación con el diagnóstico, la etiología, y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos deberían ser considerados como componentes esenciales tanto de la formación de los psiquiatras como del desarrollo profesional continuado. Hay necesidad de más investigación en psiquiatría en religión y espiritualidad, se deberían esperar siempre de los psiquiatras que respeten y sean sensibles con las creencias y prácticas espirituales/religiosas de sus pacientes, de sus familias y de las carreras de sus pacientes, y no usar su posición profesional para el proselitismo o el socavamiento de la fe. Los psiquiatras, cualesquiera que sean sus creencias religiosas, deberían poder trabajar con líderes/miembros de las comunidades de fe, apoyando el bienestar de sus pacientes, y deberían alentar a todos los colegas que trabajan en salud mental a hacer lo mismo. Los psiquiatras deberían demostrar conciencia, respeto y sensibilidad a la parte importante que juegan la espiritualidad y la religión en muchas personas equipo de trabajo y voluntarios en formar vocación para el trabajo en el campo del cuidado de la salud mental. Los psiquiatras deberían, siempre que sea apropiado, trabajar por un mayor entendimiento entre sus colegas y los pacientes de diferentes religiones y culturas, considerando que la armonía social contribuye a la salud mental y al bienestar.

## CONCLUSIÓN

Hay evidencias de que la R/E puede influir en la presentación, manejo y resultado de la enfermedad mental. Esta influencia en la salud mental requiere el entrenamiento de los psiquiatras en cómo aproximarse al tema de la R/E.

Hay aún preguntas para ser respondidas para futuros estudios en el campo de la religión y la espiritualidad en salud mental:

7. ¿Cuál es la asociación entre la afiliación religiosa y la distribución de los trastornos psiquiátricos en la población general?
8. ¿Cuál es la asociación entre la filiación religiosa y el uso de los servicios de salud mental por la población general?
9. ¿Qué creencias y prácticas religiosas son las más comunes entre personas con buena salud mental? ¿Cómo podrían los componentes saludables de la religión ser integrados en la psicoterapia con pacientes religiosos?
10. ¿Cómo podrían las agencias de salud mental comunitarias, los servicios sociales y las organizaciones religiosas trabajar mejor en conjunto?
11. ¿Cuál es la mejor manera de educar a los profesionales de psiquiatría sobre las contribuciones que la R/E puede hacer al cuidado del paciente?<sup>29</sup>

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Okasha A (adapted from Shretii 1985). OCD in Egyptian Adolescents: The effect of culture and religion. *Psychiatric Times*, April 2004 special edition.
2. Okasha A, Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. Diagnosis of obsessive-compulsive disorder: a review. In: *Obsessive Compulsive Disorder, Evidence and Experience in Psychiatry*. New York: Wiley & sons, Vol 4, 2000.
3. Akhtar S, Wig NN, Varma VK, et al. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neurosis. *Br J Psychiatry*. 1975;127:342-8.
4. Greenberg D. Are religious compulsions religious or compulsive: a phenomenological study. *Am J Psychother*. 1984;38(4):524-32.
5. Khanna S, Channabasavanna SM. Phenomenology of obsessions in obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology*. 1988;21(1):12-8.
6. Pollitt J. Natural history of obsessional states. *Br Med J*. 1957;26:194-8.
7. Okasha A, Saad A, Khalil AH, et al. Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry*. 1994;35(3):191-7.
8. Josephson AM, Petet JR. *Handbook of Spirituality and Worldview in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc., 2004; pp. 31-46.
9. Larson DB, Thielman SB, Greenworld MA, et al. Religious content in the DSM-III-R glossary of technical terms. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150:1884-5.
10. Neelman J, King M. Psychiatrists religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993;88:420-4.
11. Brown GW, Prudo R. Psychiatric disorder in a rural and an urban population. I: Aetiology of depression. *Psychological Medicine*. 1981;11:581-99.
12. Okasha A. History of Psychiatry in Egypt from Pharonic to the Islamic Eras Read at XIII –World Congress of Psychiatry – Cairo, September 2005.
13. Frankl V. *The Doctor and the Soul: from Psychotherapy to Logotherapy*. New York: Knopf, 1965.
14. Peck DL. Religious conviction, coping, and hope. *Case Analyses* 2. 1988;201-19.
15. Durkheim E. *The Elementary Forms of the Religious Life*, Translated by Joseph Ward Swain. New York: The Free Press, 1965.
16. Browne K. *The Role of Religion in Society. An introduction to sociology*, 2<sup>nd</sup> edn. Cambridge: Polity Press. 1998; pp. 346-9.
17. Koenig HG. Religious behaviours and death anxiety in later life. *Hospice Journal*. 1988;4:3-24.
18. Levin JS, Markides KS. Religious attendance and psychological well-being in middle-aged and older Mexican Americans. *Sociological Analysis*. 1988;49:66-72.
19. Koenig HG, Futterman A. Religion and health outcomes. A paper presented at Conference on Methodological Approaches to the Study of Religion, National Institute on Aging, 1995.
20. Ellison CG, Glass TA, et al. Does religious commitment contribute to individual life satisfaction? *Social Forces*. 1989;68:100-23.
21. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1991;32:80-99.
22. Poloma MM, Pendleton BF. Religious domains and general wellbeing. *Social Indicators Research*. 1990;22:255-76.
23. Robbins M, Francis LJ. Are religious people happier? Research in Religious Education. Georgia: Smyth & Helwys, 1996.
24. Lewis CA, Joseph S. Convergent validity of the Depression-Happiness Scale with measures of happiness and satisfaction with life. *Psychological Reports*. 1995;76:876-8.
25. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ. Religious effects on health status and life satisfaction among Black Americans. *Journal of Gerontology*. 1994;50B:S154-63.
26. Okasha A. The WPA Tsunami Programme. *World Psychiatry*. 2005;4:65.
27. Okasha A, Arboleda-Florez J, Sartorius N. The impact of Arab Culture on Psychiatric Ethics. In: *Ethics Culture and Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000; pp. 15-23.
28. Mental Health in the Eastern Mediterranean Region, Reaching the unreached, WHO Regional office of the Eastern Mediterranean, Who Regional Publications, Eastern Mediterranean Series 29, 2006.
29. Van Praag HM, Verhagen PJ, et al. *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*. Wiley-Blackwell, 2010; pp. 119-42.