

05/1

La espiritualidad en el ámbito de la salud mental y las adicciones

Elena Iglesias López,
Máster en Pastoral de la Salud.
Agente pastoral.
Clínica Nuestra Señora de la Paz. Madrid.
Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Begoña Moreno Guinea,
Máster en Pastoral de la Salud y Máster en Bioética.
Licenciatura en Psicología. Agente de Pastoral
del área de Personas con Discapacidad.
Responsable de Pastoral. Orden Hospitalaria
San Juan de Dios. Provincia Bética.
Coordinadora de SAER del Centro San Juan
de Dios de Ciempozuelos. Madrid.

Intentamos presentar una aproximación al ámbito de la salud mental y las adicciones, desde un enfoque espiritual fruto de la experiencia vivida como agentes de pastoral en centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Partimos de la premisa de que la persona con enfermedad mental es más que la patología que sufre, afirmación que choca con el estigma social que perciben quienes viven esta situación. La persona con enfermedad mental presenta un modo particular de adaptación al medio y una cognición, percepción y/o emoción que están en alguna medida alteradas.

En la enfermedad mental existen heridas y dolor; pero éstas no están localizadas en un órgano (aunque a veces existen una somatización), sino que afecta a la globalidad de la persona y tienen una importante repercusión en el entorno relacional de la misma. La enfermedad mental se desarrolla en función de la trayectoria vital de cada persona, produciéndose los síntomas y los contenidos de cada síntoma de forma "personalizada".

Para **Erick Fromm** el ser humano debe sentirse integrado en un sistema, familiar, social, laboral, y siguiendo esta idea, la salud mental debe conjugar un doble movimiento: la sintonización con uno mismo y una interacción adecuada (adaptada) al entorno. Cuando alguna de estas condiciones falla, surgen síntomas, angustia, ruptura del proyecto vital, sufrimiento (reacción adaptativa). En casos severos, esto podría derivar en un trastorno mental grave. El origen de las adicciones en base a esta teoría podría estar en el desequilibrio entre el "Yo" y la adaptación al entorno.

La enfermedad mental no tiene en sí misma entidad propia, sí toma significado cuando hay una persona que presenta algún trastorno, sea porque lo dice ella misma o porque se puede apreciar desde quienes le rodean. Más allá de la extensa clasificación de trastornos que presenta el DSM-5¹, destacamos por su mayor incidencia en nuestra experiencia: los del espectro de la

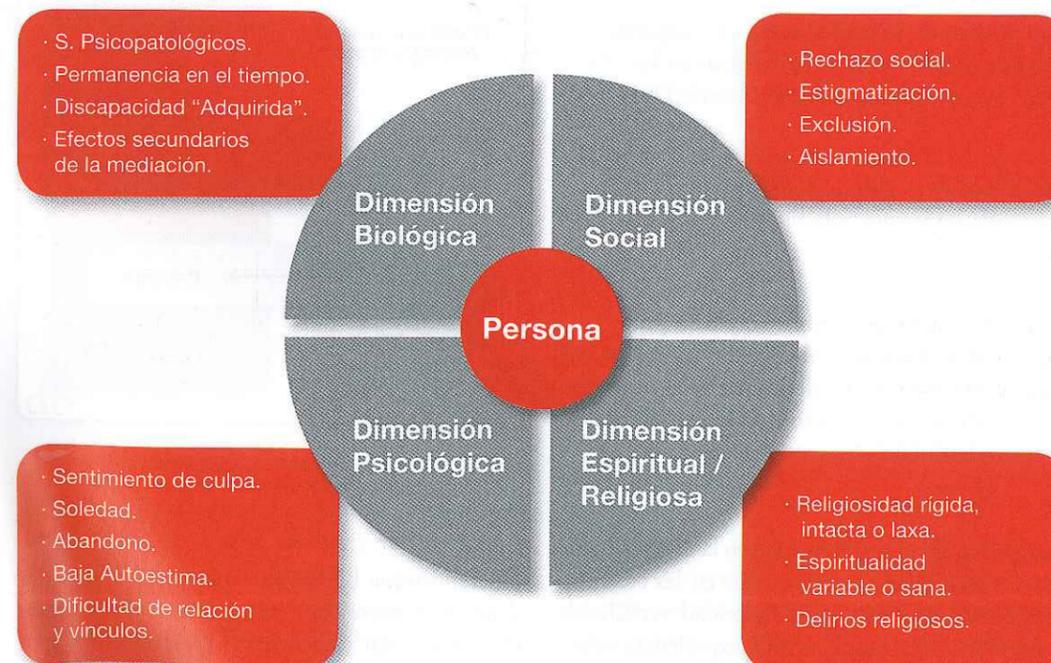
esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; trastorno bipolar y otros relacionados; trastornos depresivos; trastornos de ansiedad; los trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos y los trastornos de la personalidad. Dada la amplia diversidad, no se pueden buscar fórmulas magistrales para atender al colectivo de personas con enfermedad mental de un mismo modo. Dependerá del tipo de trastorno, su gravedad, cronicidad, áreas afectadas, necesidades de apoyo de la persona, su trayectoria vital, sus valores, etc. El acompañamiento y atención de la persona con enfermedad mental requiere conocer a la persona y sus circunstancias. Todos estamos configurados psico-bio-social y espiritualmente, tenemos una manera de pensar, sentir y actuar con un talante propio influenciado por la condición comunitaria. Nuestras vidas confluyen en familia y en redes sociales que modelan la personalidad. La experiencia social y la psicológica se condicionan y son determinantes en el desarrollo y prevención de las enfermedades mentales.

En este gráfico se puede apreciar cómo puede afectar a cada dimensión la patología mental. Cuando la enfermedad mental se hace crónica surgen diferentes tipos de discapacidades.

Respecto a las personas que sufren trastornos relacionados con sustancias (cocaína, cannabis, alcohol, etc.) viven en muchas ocasiones la misma estigmatización por parte de la sociedad que el resto de personas con enfermedad mental, a pesar de encontrarse en tratamiento para desintoxicación y/o deshabituación de adicciones.

Las consecuencias del consumo de tóxicos no sólo afectan al propio equilibrio psíquico, sino que también influyen sobre la vida familiar, personal y social de quien los consume.

Estar bajo los efectos de sustancias genera limitaciones en la esfera relacional y en la capacidad de sentirse libre desde su interioridad. Surge un sentimiento de pérdida, culpabilidad, falta de sentido y una imagen infravalorada de sí mismos.



1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

2. Cf. Torralba, F. (2016) La inteligencia espiritual en los niños. Madrid: Plataforma.

3. Bermejo, J.C. (2005). El acompañamiento espiritual. Necesidades espirituales de la persona enferma. Revista Labor Hospitalaria, nº 278, p.21-48.

1/

Espiritualidad/ religiosidad y salud mental.

“La espiritualidad incluye la relación con el ser trascendente. También el contacto con lo immanente del ser humano” (Anna Giesenbergl).

La espiritualidad es un sentimiento profundo de compasión, de unidad, de relación y conexión con todo lo que existe. La espiritualidad afecta a todos los planos del ser humano. Según afirma **Angelo Brusco**

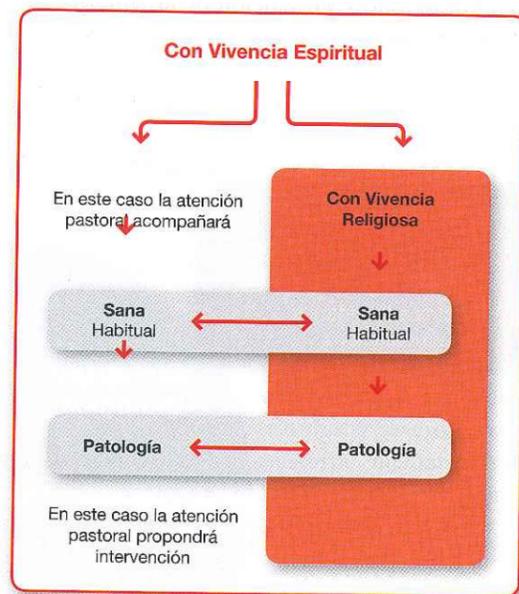
“En el caso de la espiritualidad religiosa, tales principios y valores radican en la relación con un ser trascendente: Dios”.

En el caso de la religiosidad cristiana,

“Un Dios que nos ha sido revelado por Jesucristo y con el que el creyente establece una relación de amor de la que saca fuerza para realizar su proyecto de vida en el ámbito de todas las dimensiones del ser”.

La espiritualidad se mueve más en la dimensión de las vivencias y las emociones que en las creencias ideológicas. Por ello una religiosidad verbalizada y exteriorizada, basada en una experiencia sólida es considerada como un elemento de salud.

La fe puede ser entendida como un don sobrenatural, un regalo divino que implica la adhesión al misterio que se revela por parte de Dios. Interesa explorar la religiosidad y distinguir aquello que nace de la verdadera experiencia de fe y aquello a lo que nos adherimos por otros factores. La religiosidad humana nace, crece, cambia, se acelera o atrofia. La fe también se desarrolla y madura según leyes más desconocidas/personales. A la hora de acompañar la espiritualidad y la religiosidad de cada persona disponemos de dos herramientas fundamentales: la escucha de la “narración de su experiencia” y la observación de su conducta religiosa/espiritual. Pero no todo lo relacionado con lo religioso en salud mental resulta patológico. Podríamos establecer la siguiente matriz que no es específica para personas con enfermedad, sino que se puede dar tanto en población sana como en población enferma:



No se contempla la circunstancia en la cual no haya ninguna vivencia ni religiosa.

Haciendo una breve descripción de lo que podría entenderse por **religiosidad patológica**: (No confundir con delirios religiosos) y según los rasgos predominantes en la psicopatología,

La espiritualidad se mueve más en la dimensión de las vivencias y las emociones que en las creencias ideológicas

Jordi Font establece el siguiente análisis donde podemos ver un estilo u otro de religiosidad:

- ▶ **Rasgos esquizoides:**
Racionalización y frialdad en la relación con Dios.
- ▶ **Rasgos paranoides:**
Religiosidad dogmática y fundamentalista. (Sectas).
- ▶ **Melancolía:**
Como crisis de negación de todo aquello que es la vida, también existe negación de la fe.
- ▶ **Situaciones de pérdida y duelo:**
Sufrimiento y crisis de fe que pueden llevar a un crecimiento y maduración o a un estancamiento. También se incluirían aquí las personas con adicciones donde se producen pérdidas de status, de familia, amigos y de sí mismos.
- ▶ **Manía:**
Fanatismo religioso.
- ▶ **Personalidades histriónicas:**
Religiosidad exhibicionista y superficial.
- ▶ **Rasgos narcisistas:**
Autosuficiencia y egocentrismos. Exigencia a Dios.
- ▶ **Rasgos obsesivos:**
Rigidez moral y gran autoexigencia.
- ▶ **Rasgos perversos:**
Tendencia a la manipulación. Conductas sin ética.
- ▶ **Rasgos fóbicos:**
Huida de lo religioso o gran activismo como compulsión.

aquellos aspectos de la vida espiritual del paciente que son rescatables como sanos y por tanto, como fuente de salud; y aquellos que están distorsionados y por lo tanto, son fuente de patología.

Tras lo cual se procurará **reconducir la experiencia** de relación con el objeto mental: Dios, tanto en el primero como en el segundo de los casos. También se puede trabajar para redibujar cuál es su imagen de Dios.

Existen diferencias entre lo que las personas que atendemos desean y necesitan. Nuestra tarea es la de ayudar a que ambas se alineen porque en ocasiones el deseo está influenciado por la patología.

Los objetivos más generales que nos marcamos en salud mental son: Favorecer la comunicación efectiva y generar empatía, establecer un modelo de relación sano que rompa con el aislamiento, dotar de herramientas para que la persona con enfermedad mental desarrolle la esperanza y una visión positiva de su situación, que exista concordancia entre valores y conducta (religiosas o no) y por último recuperar la dimensión sanante de la experiencia cristiana; una experiencia de fe, estableciendo así una cultura de la salud integral e integradora.

Respecto a la forma de acompañar no existen recetas, dado que lo hacemos a personas con experiencias y necesidades diferentes, luego no puede haber un acompañamiento uniforme sino personalizado.

Éste ha de adecuarse a las capacidades de cada persona. Nuestra tarea es la de observar y detectar las necesidades individuales, adecuando los objetivos de la persona enferma a sus capacidades y su momento vital.

No puede ser igual la atención para una persona con trastorno de la personalidad, que para una persona con esquizofrenia en fase aguda, que para una persona que está queriendo salir de una adicción.

2/

Acompañar y evangelizar en el ámbito de la salud mental.

La misión de la pastoral en salud mental es acoger, ser cercano, liberar de angustias, transmitir paz y esperanza, generar amor a través de la figura de Jesús; quien ayuda al enfermo a descubrir su verdadero Yo no enfermo. El punto de partida para el acompañamiento será **detectar**

Experiencias

texto común
texto común y texto común
común.

LH n.322

Es este último caso lo más complejo es la reestructuración de su ambiente y promover una nueva construcción sobre valores sólidos. El diálogo en los dos primeros casos podría ser más complejo por la dificultad en el discurso, haciendo más hincapié en la creación de vínculos.

Concluimos estas palabras compartiendo algunas herramientas que favorecen la mayor comprensión de cada intervención como el **respeto**, la **escucha atenta** que procure integrar la repercusión de la crisis en sus vivencias y creencias, así como detectar posibles manifestaciones de la esfera espiritual, **favorecer la expresión** de su espiritualidad desde la salud, todo ello **reconociendo y presentando a un Dios amoroso**.

Y en último lugar, destacar la mayor de las herramientas con las que contamos que es el **trabajo en equipo**, procurando espacios de encuentro y diálogo para una mejor toma de decisiones con el único objetivo de atender a la persona enferma de forma integral para favorecer su bienestar.

