

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA**

**RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS MÁGICO RELIGIOSAS Y
PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES NUEVOS QUE
ASISTEN A LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL
SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER. SANTO DOMINGO, D. N.
PERÍODO: MAYO – OCTUBRE 2018**



Proyecto Final presentado por Mizael Pérez Mora y Raúl Fernández París,
para optar por el título de Doctores en Medicina

Asesores
Dra. Claridania Rodríguez
Metodológico

Asesores
Dr. Alejandro Uribe
Clínica

Santo Domingo, Distrito Nacional
2019

TÍTULO

**RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS MÁGICO RELIGIOSAS Y
PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES NUEVOS QUE ASISTEN A
LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SALVADOR
BIENVENIDO GAUTIER. SANTO DOMINGO, D. N.
PERÍODO: MAYO-OCTUBRE 2018**

INDICE

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción.....	1
I.1. Antecedentes.....	4
I.2. Justificación.....	6
II. Planteamiento del problema.....	8
III. Objetivos.....	10
III.1. General.....	10
III.2. Específicos.....	10
IV. Marco teórico.....	11
IV.1. Historia.....	11
IV.2. Salud mental.....	16
IV.3. Enfermedad mental.....	16
IV.3.1. Depresión.....	17
IV.3.2. Trastorno afectivo bipolar.....	18
IV.3.3. Esquizofrenia y otras psicosis.....	18
IV.3.4. Demencia.....	19
IV.3.5. Trastornos del desarrollo, incluido el autismo.....	20
IV.3.6. Anorexia nerviosa.....	20
IV.3.7. Trastorno obsesivo-compulsivo y escurpulosidad.....	21
IV.4. Religión.....	21
IV.4.1. Religiosidad.....	23
IV.4.2. Tipos de religión.....	23
IV.5. Demografía Religiosa en República Dominicana.....	28
IV.6. Influencias de la participación religiosa y la espiritualidad en la salud mental.....	30
IV.6.1. Influencias de la participación religiosa en determinados trastornos psiquiátricos.....	31
IV.6.2. El papel de la oración y otras formas de intención curativa.....	33

IV.6.3. La intersección de la oración en los trastornos psiquiátricos específicos	36
V.Operacionalización de las variables	38
VI. Materiales y método	42
VI.1. Tipo de estudio	42
VI.2. Área del estudio	42
VI.3. Universo.....	42
VI.4. Muestra	43
VI.5. Criterios.....	43
VI.5.1. De inclusión	43
VI.5.2. De exclusión.....	43
VI.6. Instrumentos de recolección de datos	43
VI.7. Procedimientos	44
VI.8. Tabulación	44
VI.9. Análisis	44
VI.10. Consideraciones éticas.....	45
VII. Resultados	46
VII.1. Presentación de los resultados	46
VII.2. Relación entre variables	64
VII.3. Análisis de los trastornos del estado de ánimo.....	73
VIII. Discusión.....	79
IX. Conclusiones.....	82
Se puede afirmar que se cumplieron los objetivos específicos propuestos, a saber:	82
X. Recomendaciones	85
XI. Referencias	86
XII. Anexos.....	90
XII.1. Cronograma	91
XII.2. Consentimiento informado	92
XII.3. Instrumento de recolección de datos	95
XII.4. Costos y recursos.....	97
XII.4.1. Humanos.....	97
XII.4.2. Equipos y materiales	97

XII.4.3. Información	97
XII.4.4. Económicos	97
XII.5. Respuestas recolectadas mediante el instrumento de recolección de datos	98
XII.6 Evaluación.....	101

Agradecimiento

- A Dios, quien hace todo posible y nos dió la oportunidad de vivir y estudiar nuestra vocación.
- A nuestros asesores el Dr. Alejandro Uribe y la Dra. Claridania Rodríguez quienes nos brindaron los medios y las guías necesarias para la elaboración de este trabajo.
- A la escuela de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, quienes nos proporcionaron los conocimientos y herramientas para el desarrollo de este proyecto.
- Al Departamento de Psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, en especial al Dr. Ceara y la Dra. Tronilo, quienes nos brindaron su atención, su tiempo y su ayuda durante la el periodo de recolección de datos y siempre nos recibieron con las puertas abiertas y la disposición de asistirnos durante todo el proceso.
- A nuestros colegas, amigos, familiares y personas cercanas que brindaron su apoyo y nunca perdieron la fe en nosotros.

Los sustentantes

Dedicatoria

- Dedico este proyecto a mi madre Ovidia Altagracia Mora y mi padre Mario Pérez Tapia, a quienes les debo además de la vida, todos mis logros y victorias, sin su apoyo nada de esto sería posible.
- A mi tía y segunda madre María Mora Tapia.
- A mi novia Vanessa García Peña, por su incansable apoyo y ayuda incondicional.
- A mis amigos, maestros y colegas que brindaron su apoyo y palabras de aliento.

Mizael Pérez

Dedicatoria

- Esta tesis se la dedico en primer lugar a Dios, por nunca fallarme, nunca dejarme solo y siempre responderme, hoy llego hasta aquí por su voluntad, la gloria es de Dios.
- A mi familia por siempre creer en mí, a mis padres por guiarme y apoyarme siempre ciegamente en las decisiones que yo tomo.
- A mis compañeros por acompañarme en esta carrera y enseñarme como ser mejor compañero.

Raúl Fernández

Resumen

El presente trabajo de investigación engloba en su título la "relación entre prácticas mágico religiosas y patología psiquiátricas" el cual persigue analizar la influencia entre las creencias y prácticas mágicas y religiosas y los trastornos de orden psiquiátrico en los pacientes nuevos que acudieron a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador B. Gautier en el período: mayo-octubre 2018.

Este trabajo de investigación se centra en temas sumamente importantes pero poco estudiados de la sociedad dominicana, sabiendo que la religión y otras prácticas son partes fundamentales en la estructura de la sociedad y del estilo de vida de las personas, por lo que factores que influyen directamente en la vida de los pacientes podrían tener una importancia clínica que quizás deba tenerse más en cuenta para así proveer un mejor servicio y un cuidado de la salud más eficiente.

En el desarrollo de esta tesis se presentan razones por las cuales se podría considerar que existe una relación entre los estilos de vida adoptados por los distintos tipos de creyentes de diversas dogmas y religiones y los trastornos psiquiátricos de los cuales fueron diagnosticados al acudir a la consulta de psiquiatría del Hospital B. Gautier, de manera observacional sin asumir que esta relación pueda ser positiva o negativa, sino de manera imparcial y analizando los datos de manera precisa y objetiva, buscando analizar distintas variables que pudieran ser significativas para las ciencias de la salud.

El objetivo principal de la investigación se responde a través de un cuestionario que se aplica directamente a los pacientes que acuden a su primera consulta de psiquiatría, anexando las respuestas al diagnóstico que obtienen en la consulta. Estos resultados indican que pacientes con distintos diagnósticos, creencias y prácticas religiosas pueden tener factores comunes que son llamativos desde el punto de vista psiquiátrico.

El estudio se realizó aplicando la encuesta a un total de 62 pacientes. La mayor parte de esta población fue del género femenino. Se encontró que pese a que la República

Dominicana tiene un 68% de la población que se identifica como católica (practicantes y no practicantes) y un 21% de la población que se identifica como protestante, el 35.94% de los pacientes nuevos que acudieron a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier se identificaba como protestante y el 29.69% se identificó como católico, indicando una diferencia de 6.25%.

Se observó que la población católica fue más propensa a presentar un trastorno depresivo mayor. La población protestante se vio más propensa a presentar un trastorno bipolar, la población adventista a presentar mayor diagnóstico en esquizofrenia.

Los datos obtenidos en este estudio servirán para crear nuevas perspectivas al momento de recibir una consulta de psiquiatría, incitara a tomar en cuenta datos que podrían ser omitidos de otra manera, demostrando que las practicas mágico religiosas además de influir en la vida de los pacientes, puede ofrecer datos importantes que pueden llevar a un mejor diagnóstico y mejor cuidado de la salud mental de la población.

Abstract

The present research work includes in its title the "relationship between magical religious practices and psychiatric pathology" which aims to analyze the influence between magical and religious beliefs and practices and psychiatric disorders in new patients who attended the consultation Psychiatry of the Hospital Salvador B. Gautier in the period May-October 2018.

This research work focuses on very important but little studied subjects of Dominican society, knowing that religion and other practices are fundamental parts in the structure of society and lifestyle of people, factors that directly influence in the patients' lives they could have a clinical importance that perhaps should be taken into account in order to provide a better service and more efficient health care.

In the development of this thesis reasons are presented why it could be considered that there is a relationship between the lifestyles adopted by the different types of believers of different dogmas and religions and the psychiatric disorders of which they were diagnosed when attending the consultation of psychiatry at Hospital B. Gautier, in an observational manner without assuming that this relationship could be positive or negative, but in an impartial manner and analyzing the data in a precise and objective way, seeking to analyze different variables that could be significant for health sciences .

The main objective of the research is answered through a questionnaire that is applied directly to patients who come to their first psychiatry consultation, attaching the answers to the diagnosis they obtain in the consultation. These results indicate that patients with different diagnoses, beliefs and religious practices may have common factors that are striking from the psychiatric point of view. The study was conducted applying the survey to a total of 62 patients. The majority of this population was female. It was found that although the Dominican Republic has 68% of the population that identifies as Catholic (practitioners and non-practitioners) and 21% of the population that identifies as Protestant, 35.94% of the new

patients who attended the psychiatric clinic of the Hospital Bienvenido Gautier was identified as Protestant and he 29.69% identified himself as Catholic, indicating a difference of 6.25%.

It was observed that the Catholic population was more likely to have a major depressive disorder. The Protestant population was more prone to presenting a bipolar disorder, the Adventist population to present greater diagnosis in schizophrenia.

The data obtained in this study will serve to create new perspectives at the time of receiving a psychiatric consultation, will incite to take into account data that could be omitted in another way, demonstrating that magical religious practices in addition to influencing the lives of patients, It can offer important data that can lead to a better diagnosis and better care of the mental health of the population.

I. Introducción

La conexión entre religión y salud ha sido un tópico de interés y debate para los profesionales de la salud a través de los años, recientemente, la idea de una conexión entre la religión y la salud mental ha ganado una mayor atención entre las áreas de las ciencias de la salud, dando como resultado el surgimiento de nuevas informaciones, fruto de las incursiones dentro de este tema de investigación, aun así, es un área donde aún no se cuenta con información suficiente para determinar qué tipo de relación existe entre estos y la magnitud en la que ésta repercute en la vida y salud de las personas. El momento es adecuado para abordar este tema y evaluarlo de manera objetiva, para así lograr un mejor entendimiento y proporcionar una atención más completa a los pacientes.

Las creencias religiosas son expresadas a través de una serie de conductas que varían en cada doctrina, incluyendo pensamientos, valores, experiencias y relaciones que son parte del conglomerado de la conducta de cada persona, teniendo en cuenta el comportamiento, emociones y relaciones sociales son determinantes para nuestro estado de salud, tanto física como mental, sabiendo que las comorbilidades psiquiátricas se ven influenciadas por los tipos de comportamiento y variables psicosociales, incluyendo el estrés y el tipo de vida que llevan los pacientes.¹

La República Dominicana es un país con una riqueza cultural única, la cual se ve influenciada tanto por el catolicismo medieval español y rasgos culturales africanos como por las costumbres y tradiciones del vecino país de Haití. Existe una población que se ve bombardeada desde el momento de su nacimiento y durante el resto de su vida, por este conjunto de creencias y tradiciones que forman parte integral de la vida en la República Dominicana, por lo que es de esperarse que una gran parte de los pacientes que se presentan en la consulta de psiquiatría, compartan características y prácticas culturales y religiosas.²

La influencia de estas creencias juega un papel fundamental en el desarrollo de cada individuo, desde sus valores hasta su estilo de vida, englobando así el aspecto familiar, rutinas

e incluso la manera en la que las personas actúan ante un momento de crisis. Es claro que son factores muy influyentes en nuestra sociedad y en la salud mental de los ciudadanos.

El fondo cultural y religioso de las personas es un aspecto de mucho peso en nuestra sociedad, con claros ejemplos como la creencia de que la falta de fe es el motivo de la depresión en algunas iglesias, hasta que diversas enfermedades son fruto de maldiciones o conjuros, por lo que no debemos subestimar el poder que ejercen estas costumbres y creencias sobre la vida de las personas.³

En el pasado, ya este tema ha despertado el interés de otros médicos/psiquiatras internacionalmente y se han impulsado a llevar a cabo estudios de diferentes enfoques dentro de investigación sobre religiosidad y trastornos psiquiátricos. Uno de los enfoques de investigación a través de la historia ha sido demostrar los efectos positivos de la implementación de la fe y espiritualidad en las personas, como los argumentos citados por el mismo Sigmund Freud, quien en 1930 planteaba que la religión era un intento de controlar el mundo sensorial, dándonos una perspectiva de un mundo soñado, y proveía un escape de las culpas personales y favorecía al concepto de bienestar y el sentirse completo. De la misma manera presentaba las religiones como algo comparable con la neurosis infantil, en su libro *Las civilizaciones y sus descontentos* presenta las religiones como algo infantil y como una desconexión de la realidad.³

Cabe mencionar el estudio Michael King, *Unit of Mental Health Sciences, Faculty of Brain Sciences, University College London Medical School*, en el que se discute la idea de que “los episodios depresivos impulsan a el individuo a buscar de su espiritualidad y fe, en el mismo se concluye que los individuos que tienen un entendimiento espiritual en la ausencia de religiosidad están predispuestos en el futuro a sufrir de enfermedades mentales”.⁴

En otro enfoque también se llevó a cabo un estudio por Jeff Levin, PhD, MPH, *Baylor University, TX*, en el que se analiza el impacto desde el punto de vista psiquiátrico y de salud mental con la religiosidad. Este concluye que la religión provee un efecto generalmente

protector para la salud mental, pero también se pudo observar una minoría en la que sus puntos de vistas religiosos reflejan o contribuyen a patologías psiquiátricas.⁵

No hay duda de que existe una cantidad importante de pacientes con estas características en la consulta de psiquiatría y se observan de igual manera pacientes que presentan delirios a algún tipo de práctica o creencia mágico-religiosa, ya sea repitiendo versículos bíblicos, mientras que otros envuelven episodios maníacos, paranoias sobre demonios o maldiciones entre otras. Aún así, nunca se ha estudiado la influencia que estas características puedan tener en los trastornos psiquiátricos en el país, por lo que un estudio que analice esta posible relación resulta imperativo.

I.1. Antecedentes

El 9 de enero del año 2007, se publicó el estudio titulado “creencias religiosas en esquizofrenia y su relevancia en la adherencia al tratamiento”, de los autores L. Borrás, S. Mohr, P.Y Brandt, C. Guillieron y A. Eytan. En esta investigación se trabajó con una muestra de 106 pacientes durante un período de un año, con rangos de edad de 18 a 65 años, de los cuales el 58% fueron cristianos (38% católicos, 7% evangelistas, 12% protestantes, 1% ortodoxos), 2% judíos, 3% musulmanes, 4% budista, 14% pertenecientes a movimientos religiosos y 19% sin afiliaciones religiosas. La religión jugó un papel fundamental en la vida cotidiana de $\frac{3}{4}$ de los pacientes. Se observó la adherencia a sus respectivos tratamientos y los resultados se dividieron en 3 grupos: el primer grupo sin creencias ni prácticas religiosas, un segundo grupo donde tenían creencias religiosas, pero no prácticas y un tercer grupo, donde hubo tanto creencias religiosas como prácticas constantes. La adherencia fue asociada como más efectiva en los pacientes del grupo tres, la no adherencia al tratamiento fue mayor en los pacientes del grupo 2.⁶

La religión no sólo fue asociada a la adherencia al tratamiento, sino que se observó que mientras mayor era la influencia de la religión en la vida de los pacientes, fueron menos probables los casos de abuso de sustancias 10% grupo 3, 30% grupo 2, 47% grupo 1.⁶

El 31 de octubre del año 2017, se publicó el estudio: “el factor de la espiritualidad y religiosidad en pacientes con psicosis”, de los autores Huguelet P., Brandt PY, y Mohr S. En el cual se trabajó con 84 pacientes con psicosis del departamento de psiquiatría de la Universidad Hospitalaria de Geneva, donde fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: un grupo experimental, utilizando tanto terapia tradicional como asesoramiento espiritual con su psiquiatra y un grupo control de pacientes que continuaban con su tratamiento usual en un período de 3 meses. Se observó que comparado con el grupo de control, no hubo diferencia significativa en los 3 meses en cuanto a la medida del resultado primario por la satisfacción por cuidado, sin embargo, la asistencia a las citas fue significativamente mayor en el grupo con asesoramiento espiritual. El asesoramiento espiritual aparenta ser útil en los pacientes con psicosis.⁷

En enero del año 2018 se publicó el estudio: “Religión, espiritualidad y salud mental”, sustentado por Michael King, Louise Marston, Sally McManus y Terry Brugha, en el cual se trabajó con 7,403 pacientes que participaron en el tercer estudio de morbilidades psiquiátricas en Inglaterra. El 35% de los participantes fueron religiosos, 19% se consideraban espirituales, pero no religiosos y 46% no eran ni espirituales, ni religiosos; dando como resultado que las personas que se consideraron espirituales, pero no religiosas fueron más propensas a haber usado. (OR=1.24, 95% CI 1.02-1.49) o ser dependiente de drogas (OR=1.77, 95% CI 1.20-2.61), y tener conductas alimenticias irregulares (OR=1.46, 95% CI 1.10-1.94), presentar trastornos de ansiedad (OR=1.50, 95% CI 1.09-2.06), fobias (OR= 1.72, 95% CI 1.07-2.77) desordenes tipo neuróticos (OR=1.37, 95% CI 1.12-1.68). Por lo que se concluyó, que las personas con creencias espirituales no pertenecientes a una doctrina religiosa son vulnerables a trastornos mentales.⁴

I.2. Justificación

Cada día una cantidad importante de pacientes que presentan en común creencias o prácticas mágico religiosas acuden a la consulta de psiquiatría, los cuales coinciden además de sus respectivos diagnósticos en diversas características que indican la probable existencia de un vínculo o relación entre dichas prácticas y los trastornos psiquiátricos que se presentan. La psiquiatría como ciencia abarca amplios conceptos englobados en lo que se llama salud mental, no se excluye de estos el concepto de la espiritualidad, la cual tiene una influencia clara, tanto en la manera de pensar, como en la de actuar de las diversas poblaciones creyentes³

La religión juega un papel primordial en la estabilidad emocional de las personas, ya sea su creencia o ausencia son factores que incluso complementan el rompecabezas de la personalidad individual, por lo que cuando se habla de salud mental es imperativo tomar en cuenta los factores espirituales y religiosos de cada persona.

En este sentido, tomando en cuenta que cada persona posee características tanto físicas como mentales diferentes, se constituyen en el fruto de un conjunto de codificaciones específicas que pueden coincidir en otros individuos, pero el conjunto específico de estas es lo que distingue a cada persona. Relacionando lo anterior, se puede decir con certeza que un mismo tipo de estímulo puede tener efectos muy variables, según el individuo que es sometido a éste; por lo que, cuando se refiere a factores tan influyentes y esenciales como las prácticas mágico religiosas, es interesante observar cómo puede influir en cada persona, desde los aspectos morales, a las conductas sociales, los hábitos diarios, hasta incluso influir en la percepción del mundo que les rodea.

La teología y la psicopatología se ocupan de aspectos fundamentales de la condición humana, pero están desavenidas por razones metodológicas e ideológicas. Desde una perspectiva más amplia cabe afirmar, que la psiquiatría necesita de la espiritualidad, entre otras razones importantes, porque los pacientes mentales se enfrentan a asuntos de esta naturaleza, la religión implica valores específicos, personales y definidos.⁸ Es por esta razón

que afirmamos que las creencias y prácticas mágico religiosas son factores sumamente influyentes en la salud mental de cada individuo, desde la percepción de lo que es real, las conductas, la interpretación de cada acontecimiento y el enfoque con que aborda los problemas, son características importantes del pensar de las personas, por ende, no se puede ignorar el hecho de que valores tan influyentes en la vida de los pacientes pueden también ser una parte esencial de su proceso patológico psiquiátrico, por lo que no es solo importante, sino imperativo estudiar de manera objetiva su relación, para así poder brindar un servicio de salud más personalizado y específico a esta población.

Por todo lo planteado anteriormente, se puede observar que es necesario estudiar la relación entre las prácticas mágico religiosas y las comorbilidades psiquiátricas, especialmente en una población con un contexto cultural de tanta influencia en la vida de sus ciudadanos como lo es la República Dominicana, los aportes de esta investigación, no solo proporcionarán un enfoque diferente del tema, sino también informaciones actualizadas aplicadas directamente al entorno en que se desarrolla.

II. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países.⁹

Se necesita estudiar la relación entre las creencias o prácticas mágico religiosas y las comorbilidades psiquiátricas, para tener un entendimiento mayor de la influencia de estos aspectos dentro de la salud mental de los pacientes, en especial en la población dominicana que carga con un contexto histórico y cultural sumamente ligado a las prácticas mágico religiosas, para así proporcionar herramientas más eficientes y dar un tratamiento más completo a los pacientes.

Los pacientes delirantes suelen tener grandes preocupaciones sobre el sentido de la vida y la razón de ser de la naturaleza. Sin embargo, para el clínico estos fenómenos religiosos son meros síntomas, es decir, signos de una patología subyacente cuyo significado el médico es incapaz de explicar. Pero, la esquizofrenia es la enfermedad “religiosa” por excelencia. El paciente delirante crea mundos fantásticos, compuestos de temas fantásticos y de nuevos significados que en algunos casos se convierten en asombrosas visiones apocalípticas. Tanto es así que frecuentemente se ha considerado que chamanes y visionarios de otras culturas en la nuestra hubieran sido diagnosticados de esquizofrenia. También se ha afirmado que los pacientes con esquizofrenia no son más que genios fallidos en una sociedad que no tolera sus revelaciones y que necesita la complicidad de los psiquiatras para acallarlos. La importante presencia de temas religiosos y espirituales en la esquizofrenia puede aumentar el estigma de la enfermedad en una sociedad muy secularizada en la que la imagen negativa de la enfermedad mental se ve complementada por la de la superstición, la credulidad e ignorancia.⁹

Debemos de tener en cuenta que cuando hablamos sobre creencias ya estamos hablando de una percepción diferente de lo real, adentrándonos en el terreno de la fe, que en ciertos casos sirve para justificar acciones irracionales en una obediencia ciega a una autoridad

divina. Sin embargo, aunque la religión es el campo propicio donde se cultivan conductas que podríamos relacionar con enfermedades mentales, dichas conductas no residen como tal en las instituciones religiosas, sino, sobre todo, en la interpretación personal o colectiva de las doctrinas y en la vivencia de dichas prácticas incorporadas como legítimas en la mente de cada creyente que se expresan de forma consciente o inconsciente en comportamientos o acciones, casi siempre irracionales. La fe mueve al creyente a desprenderse de una racionalidad común.

Estas observaciones nos llevan a plantearnos la pregunta siguiente: ¿Cuál es la relación entre las creencias o prácticas mágico-religiosas y los trastornos psiquiátricos en los pacientes nuevos que acudan a la consulta de psiquiatría del hospital Salvador B. Gautier en el período mayo – octubre 2018?

III. Objetivos

III.1. General

- Analizar la relación entre las prácticas mágico-religiosas y las patologías psiquiátricas en pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el período de mayo - octubre 2018.

III.2. Específicos

- Conocer la proporción de pacientes nuevos que asisten a la consulta psiquiátrica del Hospital Salvador Bienvenido Gautier de mayo a octubre 2018, con creencias o prácticas mágico-religiosas y comorbilidades psiquiátricas.
- Describir características sociodemográficas de los pacientes que presentan comorbilidades psiquiátricas, con alguna creencia o prácticas mágico-religiosas.
- Determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes, según creencias o prácticas mágico religiosas.
- Valorar el tiempo y frecuencia de prácticas religiosa como factor relevante en las comorbilidades psiquiátricas.

IV. Marco teórico

IV.1. Historia

Hasta el siglo XIX, la psiquiatría y la religión estuvieron estrechamente relacionadas. Las instituciones religiosas eran los responsables del cuidado de los enfermos mentales. Un cambio grande ocurrió cuando Charcot y su entonces pupilo Freud asociaron la religión a la histeria y la neurosis, lo que creó una división entre la religión y la salud mental.⁹

En todas las culturas y a lo largo de los tiempos la religión ha desempeñado un papel destacado, de lo que se deduce que realiza una función adaptativa, invocada en todas las sociedades para satisfacer una o varias necesidades universales humanas. Por tanto y desde el punto de vista psicológico, el rasgo más destacado de la religión es su universalidad. En este sentido, resultó polémica la opinión de Freud, que relacionaba este hecho con las necesidades de dependencia. El mismo planteaba una serie de beneficios de la religión a nivel individual (seguridad, dependencia de una figura poderosa y protectora, promesa de vida eterna como seguridad frente a la muerte, ofrecer mecanismo de expiación de la culpa), el papel de la religión en la vida humana se percibe más claramente si se considera como una forma de organización de grupo.⁹

Los pacientes delirantes suelen tener grandes preocupaciones sobre el sentido de la vida y la razón de ser de la naturaleza. Sin embargo, para el clínico estos fenómenos religiosos son meros síntomas, es decir, signos de una patología subyacente cuyo significado el médico es incapaz de explicar. Pero, la esquizofrenia es la enfermedad “religiosa” por excelencia. El paciente delirante crea mundos fantásticos, compuestos de temas y de nuevos significados que en algunos casos se convierten en asombrosas visiones apocalípticas. Tanto es así, que frecuentemente se ha considerado que chamanes y visionarios de otras culturas hubieran sido diagnosticados de esquizofrenia. También se ha afirmado que los pacientes con esquizofrenia no son más que genios fallidos en una sociedad que no tolera sus revelaciones y que necesita la complicidad de los psiquiatras para acallarlos.

La importante presencia de temas religiosos y espirituales en la esquizofrenia puede aumentar el estigma de la enfermedad en una sociedad muy secularizada en la que la imagen negativa de la enfermedad mental se ve complementada por la de la superstición, la credulidad e ignorancia. La adherencia al tratamiento también se puede ver afectada por la religiosidad. En una muestra de más de cien enfermos con esquizofrenia estabilizados la tasa de falta de adherencia parcial o total determinada por la determinación de fármacos en sangre era del 32% casi un tercio manifestaron que sus creencias religiosas se oponían a la toma de psicofármacos, mientras que en el grupo de los que llevaban a cabo el tratamiento bien la cifra era del 8%. En el total de la muestra el 57% de los enfermos consideraban que la representación de su enfermedad estaba influida por sus creencias espirituales, en el 31% de forma positiva y en el 26% restante de forma negativa.⁹

Dado que el enfoque principal de esta investigación, está puesto en observar la influencia directa del pensamiento y prácticas mágico religiosas, se abarcarán conceptos simbólicos y culturales, por lo que será necesario plantear algunos parámetros que sirvan de ejes conceptuales sobre todos los aspectos que abarcan estos conceptos. Para empezar, debemos tener en claro que la cultura es un medio que impregna todos los ámbitos del ser humano. Esta impulsada por la inigualable habilidad del cerebro humano de crear imágenes y símbolos y estructurarlos en conjuntos complejos que, a su vez, pueden impulsar la función cerebral para producir conductas definidas y modulares aquellas que son impulsadas por los instintos. La habilidad para medir funciones biológicas a través de la representación y el manejo simbólico (y de la imagen) está claramente extendida en los seres humanos mediante la función de percepción o conciencia que conduce a la noción del yo.²

Para delimitar los parámetros de los temas a discutir se debe tener una clara definición de varios conceptos, entre los que se incluye el concepto de lo mágico. Este es un vocablo que tiene su procedencia en el griego, en la palabra “mageikos” que significa “relativo a lo natural”, está conformada por dos partes muy bien diferenciadas: “magos”, que es sinónimo de “mago”, y el sufijo “-ico”, que es equivalente a “relativo/a”.¹⁰

Aquello traído a la existencia mediante la actividad intelectual es el pensamiento. Se trata del producto de la mente, surgido a través del raciocinio o de las abstracciones de la imaginación.

Mágico, por otra parte, es lo perteneciente o relativo a la magia (el arte que busca producir resultados contrarios a las leyes naturales). La magia puede ser una ciencia oculta con pretensión de realidad o un espectáculo que intenta engañar al espectador con trucos y ardidés. La noción de pensamiento mágico hace referencia a una forma de pensar, que se basa en la imaginación, las tradiciones, las emociones o la fe, lo que hace que sus expresiones carezcan de una argumentación lógica.

El pensamiento mítico-religioso busca la causa de los fenómenos más allá de la naturaleza. Estos fenómenos ocurren porque fuerzas sobrenaturales deciden que sea así. Los pensamientos míticos llevan a escribir libros sagrados y a no desobedecer nunca la palabra divina de algún Dios. Este pensamiento es fijo y no varía, por lo tanto, no evoluciona.¹¹

Hay un intermediario, de nuevo, entre los hombres y los dioses, que ahora son el sacerdote, los oráculos, los ministros del dios. Y luego, algo más importante todavía, hay una base doctrinaria, o sea cierto atisbo racional que apoya lo religioso, como en el caso del catolicismo, Santo Tomás de Aquino, la Biblia, etcétera. En el caso de lo mágico, cuando murió el mago se acabó todo. En cambio, muere el Papa y se elige otro Papa. Hay una continuidad y también hay un control y un manejo del poder.¹²

Esta continuidad va a tener una influencia decisiva en la formación de las llamadas "civilizaciones", va a ser un elemento aglutinador que determine el mantenimiento de una coherencia de los grupos. Debe tenerse en cuenta, el paso que significa esta clarificación que va de lo arcaico a lo mágico y de lo mágico a lo religioso.¹³

La importancia de estos temas se ve reflejada en áreas de la salud como la psicología, donde se observa que algunos tipos de personalidad están influidos en mayor o menor grado por el razonamiento mágico, y ciertas enfermedades mentales, como la esquizofrenia, pueden

tener conclusiones ideadas a partir del pensamiento mágico, como la telepatía o el control de la mente.

Carl Jung (1875-1961) fue un psiquiatra suizo, discípulo de Freud desde 1906 al 1912. No sólo discípulo, fue amigo, admirador (y admirado) del maestro. Colaboró y defendió las ideas freudianas en tiempos en que se consideraban heréticas. Manteniendo una independencia de juicio, elaboró gradualmente su propia teoría que maduró en el libro "Psychology of the unconscious" en 1912, al cual Freud consideró incompatible con su doctrina.¹⁴

"La religión es psicológicamente verdadera" C. Jung (1937). Y la define como: "una actitud mental en la que hay esmerada observación y consideración de ciertos factores dinámicos que se denominan potencias, espíritus, demonios, dioses, leyes, ideas, ideales o cualquier otra denominación que el hombre haya dado a tales factores en su mundo. Y los encuentra tan poderosos o útiles como para tomarlos en consideración, tan grandiosos, bellos y suficientemente significativos como para venerarlos y amarlos devotamente".³

También la define como "la actitud de la conciencia transformada por la experiencia de lo sagrado", y para no salirse del ámbito psicológico, da a esa instancia de la conciencia, que para Jung se confunde con el concepto de Dios del lenguaje corriente, el nombre de "selbst" (sí mismo).³

“El mito religioso, pese al engaño o de los símbolos, da todavía al hombre la fuerza y la seguridad de no ser dominado por los monstruos del universo... Pienso que la fe debe ser superada por la comprensión: conservaremos entonces la belleza del símbolo, pero quedaremos al mismo tiempo libres del resultado deprimente de la sujeción a la fe. Esta deberá ser la cura psicoanalítica para la fe y para la falta de fe.”³

En este mismo orden de ideas, C. Jung (1937), en sus "Memorias", cuando se refiere a su personal experiencia religiosa, escribe: “experiencias de esta índole ejercen sobre el hombre un efecto benéfico o un efecto destructor. No las puede asir, comprender, dominar, ni puede

tampoco librarse de ellas. Razón por la cual las considera superiores a él. Reconociendo con razón, que no brotan de su personalidad consciente las denomina, maná, demonio, Dios.”³

En síntesis, Jung afirma que la religiosidad es el elemento integrativo de la personalidad sana como aspecto existencial no distinto del psiquismo.

Otra concepción la presenta en 1980, Albert Ellis, quien escribió en el Journal de consulta y psicología clínica que existía una relación causal irrefutable entre la religión y las enfermedades mentales y emocionales.⁴

Erich Fromm (1900-1979) nace en Alemania y allí se forma como psicoanalista. Hizo práctica en los institutos de Psicoanálisis de Munich y de Berlín. Se traslada a los EE. UU en 1933, continuando allí su actividad como psicoanalista y profesor. Fromm coincide con Jung en que la religión tiene un timbre y estilo psicológico: "Religión es todo sistema de pensamiento y de acción que dé al individuo un marco de referencia o un objeto de devoción". También considera la religión como inevitable: "El problema no es religión o no religión, sino qué tipo de religión si una religión que promueva el desarrollo del hombre, el despliegue de sus capacidades específicamente humanas, o que las paralice" y en otro momento "el hombre no es libre entre tener o no ideales, pero es libre de elegir entre distintas clases de ideales". En consecuencia, "el psicólogo tiene que estar vivamente interesado en los contenidos específicos de la religión porque lo que le interesa es la actitud humana que expresa una religión, y la clase de efecto que tiene sobre el hombre, ya sea buena o mala, para el desarrollo de las potencias humanas. Está interesado no sólo en un análisis de las raíces psicológicas de varias religiones, sino también de su valor". Fiel a esta línea de pensamiento discrepa con Freud: "Fue Freud quien vio la relación entre la neurosis y la religión; pero aunque interpretó la religión como una neurosis infantil colectiva de la humanidad, su declaración puede ser mirada a la inversa. Podemos interpretar la neurosis como una forma particular de religión, más específicamente, como una regresión a formas primitivas de religión que chocan con las normas oficialmente reconocidas del pensamiento religioso".¹⁴

Para terminar con Fromm, y como resumen de la distinción mencionada, cito otro paso de su libro: "Por sus frutos los conoceréis. Si las enseñanzas religiosas contribuyeron al desarrollo, fuerza, libertad y felicidad de sus creyentes, veremos los frutos del amor. Si contribuye a la reducción de las potencialidades humanas, a la desdicha y falta de productividad, no puede haber nacido del amor, diga lo que diga el dogma" ¹⁴

En el año 1994 fueron agregados los "problemas religiosos o espirituales" al DSM-IV como una nueva categoría diagnóstica que daba herramientas a los profesionales para tomar en consideración de manera respetuosa las prácticas, creencias y rituales de los pacientes.³

IV.2. Salud mental

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».¹⁵

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.¹⁵

IV.3. Enfermedad mental

Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. ¹⁵

IV.3.1. Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.¹⁵

Para la depresión, se disponen de tratamientos eficaces, la depresión de leve a moderada se puede tratar eficazmente con terapias que utilizan el diálogo, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia. Los antidepresivos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección para la depresión leve. Tampoco se deben emplear para tratar la depresión infantil y no son el tratamiento de elección en los adolescentes, a quienes se deben prescribir con cautela.¹⁵

En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos. El mantenimiento o la recuperación de las redes y las actividades sociales son también importantes.¹⁵

En los estados depresivos aparecen con frecuencia preocupaciones sobre el significado de la pérdida y la muerte, sobre la responsabilidad y la culpa. En cuanto a la ansiedad cabe recordar a Jung para el cual, las neurosis “tienen que ser comprendidas, en última instancia, como el sufrimiento de un alma que no ha descubierto su propio sentido” (Leiden der Seele die ihren Sinn nicht gefunden hat).¹⁶

La práctica religiosa se asocia con un menor número de intentos de suicidio tanto en la población general como en una muestra de enfermos mentales, con independencia de sus efectos en los apoyos sociales, es decir no se trata del efecto indirecto de tener una mejor integración social.¹⁷

En una muestra de enfermos con un trastorno bipolar, el 78% manifestaron tener fuertes convicciones religiosas y de hecho el 81.5% eran practicantes. La mayoría de ellos creían en que había una relación entre sus creencias y su enfermedad y en la quinta parte de ellos había algún tipo de conflicto entre las creencias y el modelo.¹⁸

IV.3.2. Trastorno afectivo bipolar

Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por períodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar.¹⁵

Se dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recidivas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento.¹⁵

IV.3.3. Esquizofrenia y otras psicosis

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está

firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario). Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad.¹⁵

La esquizofrenia suele debutar al final de la adolescencia o el principio de la edad adulta. El tratamiento con fármacos y apoyo psicosocial es eficaz. Con un tratamiento adecuado y apoyo social, los pacientes pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad. La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas de apoyo para que las personas que padecen trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, vayan sobrepasando etapas en su rehabilitación y superen los obstáculos que les dificultan encontrar y mantener un empleo y una vivienda.¹⁵

Los pacientes delirantes suelen tener grandes preocupaciones sobre el sentido de la vida y la razón de ser de la naturaleza. Sin embargo, para el clínico estos fenómenos religiosos son meros síntomas, es decir, signos de una patología subyacente cuyo significado el médico es incapaz de explicar. Pero, la esquizofrenia es la enfermedad “religiosa” por excelencia.

IV.3.4. Demencia

En el mundo hay unos 47.5 millones de personas que padecen demencia. Este trastorno de naturaleza crónica y progresiva se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.¹⁵

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.¹⁵

Aunque no se dispone de tratamientos que curen la demencia o reviertan su evolución progresiva, se están investigando varios fármacos nuevos que se encuentran en diversas etapas

de los estudios clínicos. Sí existen, en cambio, numerosas intervenciones para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y la de sus cuidadores y familiares.¹⁵

IV.3.5. Trastornos del desarrollo, incluido el autismo

El concepto de trastorno del desarrollo es un término general que abarca la discapacidad intelectual y los trastornos generalizados del desarrollo, entre ellos el autismo. Los trastornos del desarrollo suelen debutar en la infancia, pero tienden a persistir hasta la edad adulta, causando una disfunción o un retraso en la maduración del sistema nervioso central. Por lo general, no se caracterizan por períodos de remisión y recidivas como muchos otros trastornos mentales, sino que siguen un patrón constante.¹⁵

La discapacidad intelectual se manifiesta por la afectación de facultades de diversas áreas del desarrollo, como las habilidades cognitivas y la conducta adaptativa. El retraso mental afecta a la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas de la vida.

Los síntomas de los trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo, son alteraciones del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, así como limitaciones específicas de cada individuo con respecto a sus intereses y actividades, que realiza repetidamente. Los trastornos del desarrollo suelen iniciarse en la infancia o la primera niñez. En ocasiones, las personas afectadas presentan un cierto grado de discapacidad intelectual.¹⁵

IV.3.6. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa, a menudo simplemente denominada «anorexia», es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada del peso. Para las personas con anorexia, es muy importante controlar su peso y su figura corporal, y hacen todo tipo de sacrificios que suelen interferir en su vida de forma significativa.¹⁹

La inanición voluntaria ha sido descrita desde la época helenística¹¹ y el santoral católico está lleno de personas que, practicando el ayuno, han expresado su espiritualidad a través de un control extremo de su cuerpo, incluyendo la abstinencia de la comida¹².

IV.3.7. Trastorno obsesivo-compulsivo y escrupulosidad

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental en el cual las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (obsesiones) y comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo una y otra vez (compulsiones).

Con frecuencia, la persona se comporta de cierta manera para librarse de los pensamientos obsesivos, pero esto solo brinda alivio a corto plazo. No llevar a cabo los rituales obsesivos puede causar una enorme ansiedad y sufrimiento.

Del 10-30% de los pacientes con un trastorno obsesivo experimentan obsesiones religiosas y un 5% de pacientes con un trastorno obsesivo experimentan como tipo de obsesión primaria las de contenido religioso.²⁰

Para Freud la neurosis obsesiva era una forma de religiosidad individual y la religiosidad una neurosis obsesiva colectiva. Sin embargo, los escrúpulos son un mecanismo psicológico de defensa que tiene como objetivo controlar la ansiedad, individual en primer caso, colectiva en el otro y así, la religión es una metáfora de la enfermedad mental. Sin embargo, no es así. Los escrúpulos de conciencia de los neuróticos obsesivos son la expresión de una moralidad subjetiva, que da prioridad a la limpieza de la propia conciencia, lo cual es la antítesis de los fenómenos religiosos que siempre trascienden al individuo.¹¹

IV.4. Religión

Una religión es una doctrina, cuyas bases son la creencia y alabanza hacia seres divinos y superiores conocidos como dioses, a los cuales se les responsabiliza de la creación del

mundo desde el punto de vista teológico, una religión entrega sus conocimientos a quienes tienen fe en ellos, para que estos la defiendan y adoctrinen a los demás.²¹

Las religiones son muchas, están fuertemente asociadas a las costumbres culturales de cada región, por lo general, los creyentes de una religión ven con reprobación lo que los fervientes de otra hacen, ya que existen tradiciones arraigadas a los diferentes focos teológicos que implican acciones como por ejemplo sacrificios de animales y anteriormente de humanos también, los cuales, por las sociedades de mayor postura en el mundo no son considerados y hasta expulsados.¹¹

En la actualidad, el estado político es quien dirige las naciones, exceptuando los países rígidos aun por imperios como Corea e Inglaterra. Sin embargo, la historia contada sobre la colonización de América muestra una jerarquía eclesiástica que dominaba a Europa. Los reyes por su parte, constituían una representación de la divinidad en la que ellos creen en la tierra, este rey o reina, adoctrinaba a su pueblo con los principios morales y de fe de su religión.¹¹

La religión con más fuerza en el mundo es la católica, ya que los colonizadores la profesaban y por consiguiente, cuando llegaron a nuevas tierras, con fuerza y obligación la introdujeron en los pobladores que los recibieron.²¹

Hoy en día el tema religioso mundial se encuentra en la palestra pública por los acontecimientos negativos que han sucedido en torno a ellas, guerras, violencia, el uso de una doctrina religiosa como método para abusar de la fe de las personas ha llevado al desmoronamiento de muchas religiones como institución.¹¹

Las religiones existen con el propósito social de alimentar la fe. El ser humano es inherente al hecho de que para vivir debe creer en algo no palpable, de creer en la posibilidad que existe un Dios todopoderoso que lo guía por el camino del destino.¹¹

Es importante para la humanidad tener identidad religiosa, tener fe, tener esperanza, para que pueda vivir el amor.²¹

IV.4.1. Religiosidad

Entre las buenas definiciones M. Mankeulinas, en "*Psicología de la religiosidad*" (Madrid. Religión y Cultura. 1961. pg. 26) la define como "*el conjunto de ideas, sentimientos y actitudes que unen al hombre con lo trascendente*".²¹

Por una parte, cuentan los rasgos mentales, como pueden ser ideas, juicios, criterios, valores, ideales, sistemas de pensamiento, informaciones, etc., con los cuales aprendemos a juzgar, a valorar, a interpretar la vida.¹⁷ No menos importancia poseen los rasgos morales o volitivos: hábitos, opciones, deliberaciones, decisiones, motivos, móviles, que nos llevan a querer, a elegir, a decidir entre diversas opciones,¹⁷ y decisivo valor e influencia implican los rasgos o dinamismos afectivos: gustos, sentimientos, actitudes, intereses, afectos, preferencias. Tenemos que conocer cómo evolucionan las ideas, los sentimientos, las actitudes de cada persona, si queremos acercarnos a ella y actuar educativamente en su vida. Así la podremos orientar y alentar en sus dimensiones religiosas y, a través de ellas, contribuiremos a la formación de la fe.¹¹

Religiosidad es un concepto psicológico que refleja la resonancia del fenómeno espiritual en la particular contextura íntima de la persona. Como la sociabilidad, la afectividad, la sexualidad, la expresividad, etc., es una "facultad" humana, un poder, una capacidad, una aptitud, también una disposición. La fuente de la religiosidad, y la trama en la que se tejen todos sus valores y sus manifestaciones, es la totalidad de la personalidad humana. La religiosidad se define por la confluencia de ideas, de sentimientos y de actitudes de índole espiritual, religiosa y trascendente, en consecuencia, educar la religiosidad es formar los modos de pensar, los modos de querer y los modos de sentir.¹⁷

IV.4.2. Tipos de religión

A continuación se definen los tipos de religión, lo cual no es algo homogéneo y fácil de comprender leyendo un solo documento como textos sagrados de cierta fe religiosa, el hecho de que la religión haya estado presente desde el inicio de la actividad intelectual de nuestra

especie ha hecho que la cantidad de creencias, rituales y costumbres sea tan grandes que se hace necesario desarrollar los diferentes tipos de religión para entenderlas.

A continuación se detalla a grandes rasgos las características de estos tipos de religiones:

1. Evangelicalismo

El evangelicalismo, cristianismo evangélico o protestantismo evangélico es un movimiento transdenominacional dentro del Cristianismo Protestante, que arguye que la sustancia del evangelio estriba en la doctrina de la salvación por gracia a través de la fe en la expiación de Jesús de Nazaret. Los evangélicos engendren en la centralidad de la conversión o en la experiencia de «nacer de nuevo» cuando se cobre la salvación, en la autoridad de la Biblia como la revelación de Dios a la humanidad también en la difusión del mensaje cristiano. El movimiento ganó gran impulso en los siglos XVIII y XIX con los Grandes Despertares en el Reino Unido y América del Norte. Los orígenes del movimiento evangélico se acostumbran trazar hasta el Metodismo inglés, la Iglesia de Moravia (en particular, la teología de su obispo Nicolaus Ludwig von Zinzendorf) también al Pietismo luterano. Actualmente los evangélicos pueden ser encontrados en varias de las ramas protestantes, identificadas en las denominaciones protestantes no subsumidos a una rama específica.²³

2. Catolicismo

Religión de los cristianos que reconocen al obispo de Roma como cabeza de la Iglesia. El término (derivado del griego *catholikós*, universal) se refiere al carácter universal que se atribuye la Iglesia católica como verdadera Iglesia de Cristo, y designa normalmente el conjunto de doctrinas e instituciones propias de la Iglesia católica romana como cuerpo distinto de las otras confesiones o iglesias cristianas.²⁴

3. Adventismo

Los adventistas son miembros de varios grupos cristianos que creen que la segunda venida de Cristo es inminente. Sus esperanzas milenarias (milenarismo) se despertaron por la predicación de William Miller (1782 hasta 1849). Sobre la base de un examen detallado de la Biblia, especialmente los libros de Daniel y Apocalipsis, Miller predijo que el 21 de marzo

1844, y ese mismo 22 de octubre 1844, será el día en que Cristo volvería en gloria y la Tierra sería limpiada por el fuego, marcando el comienzo de milenio - un reinado de 1,000 años de la justicia y de la paz antes del “juicio final”. Cuando el tiempo pasó sin novedad, muchos creyentes se alejaron.²⁵

4. Panteísmo

El panteísmo, considerado de un modo general, como una ideología filosófica, es específicamente una concepción del mundo por medio de la cual pueden integrarse ciertas tendencias filosóficas. Así, puede llamarse “panteísmo” a la doctrina que, enfrentándose con los términos “dios” y “mundo”, resuelve identificarlos. El panteísmo es, en esta línea, como puede verse, una clara variante del monismo.²⁶

5. Budismo

El budismo es un camino de enseñanzas prácticas. Las prácticas budistas, tales como la meditación, son un medio para que uno mismo se transforme, desarrollando las cualidades de conciencia, bondad y sabiduría. La experiencia desarrollada dentro de la Tradición Budista durante miles de años creó un recurso incomparable para aquellos que desean seguir un sendero de desarrollo espiritual. El sendero budista nos lleva a lo que se conoce como Iluminación o Budiedad.²⁷

6. Testigos de Jehová

Secta no cristiana, fundada en 1884 por Carlos T. Russell (1852–1916). Los miembros de la Sociedad de la Torre del Vigía asumen el compromiso de ser testigos, dedicando una parte sustancial de su tiempo y energías para predicar sus doctrinas. El nombre testigos de jehová recién apareció en 1931. Los testigos de jehová niegan la deidad de Cristo y su resurrección.

Tienen su propia «traducción» o versión de la Biblia que consideran como verdadera e infalible, y enfatizan el inminente retorno de Cristo. Para ellos, la salvación casi consiste enteramente en ser imitadores de Jesús y vender la literatura de la secta. Ignoran lo que es

conversión, regeneración, justificación y perdón de pecados. El Espíritu Santo no es una persona de la Trinidad.

La muerte es la aniquilación del ser y el infierno no existe. Rechazan los símbolos patrios y se niegan a servir en las fuerzas armadas. Los testigos de jehová son pacifistas y se les prohíben las transfusiones de sangre. Hay más de 4 millones de testigos en 200 países del mundo.³¹

7. Pentecostalismo

El pentecostalismo es el nombre con que se le conoce al conjunto de iglesias y organizaciones religiosas que recalcan la doctrina del bautismo en el Espíritu Santo sobre los cristianos. El Movimiento Pentecostal, como también se le conoce, carece de un dirigente mundial debido a las diferentes creencias y opiniones sobre doctrinas, prácticas y liturgia que hay entre las distintas organizaciones religiosas pentecostales. Los cristianos pentecostales de hoy afirman que la práctica de hablar lenguas desconocidas en sus momentos de éxtasis espiritual se produce por voluntad del Espíritu Santo, y que las personas que viven dicha experiencia pueden expresarse en lenguas angélicas o humanas que no les son propias, y pueden o no ser entendidos por aquellos que lo escuchan. Se trata de un caso de glosolalia (del griego *γλῶσσα* (*glossa*), lengua, y *λαλῶ* (*lalô*), hablar).²¹

8. Prácticas mágicas o hechicería

Conjunto de creencias, (los conocimientos teóricos, prácticos y sus actividades) atribuidos a ciertas personas llamadas brujas o brujos según el sexo, que están supuestamente dotadas de ciertas habilidades mágicas que se emplean con la finalidad de causar daño según los entendidos. Otros opinan que es para hacer el bien.²⁰

La creencia en la brujería es común en numerosas culturas desde la más remota antigüedad, y las interpretaciones del fenómeno varían en cierta manera de una cultura a otra. En el occidente cristiano, la brujería se ha relacionado frecuentemente con la creencia en el Diablo, por un desconocimiento del tema o una intención maliciosa, especialmente en épocas que había que crear una excusa o algún culpable, en algunos momentos en Europa se desato

una obsesión por la brujería que desembocó en numerosos procesos y ejecuciones de brujas (lo que se denomina "caza de brujas"). Algunas teorías relacionan la brujería europea con antiguas religiones paganas de la fertilidad, aunque ninguna de ellas ha podido ser demostrada. Pero si profundizamos un poco se puede descubrir la verdadera profesión que ha sido y como ciertos rituales los convirtieron en lo que no eran. Las brujas tienen una gran importancia en el folclore de muchos países, y forman parte de la cultura popular.²⁰

Si bien éste es el concepto más frecuente del término "bruja", desde el siglo XX el término ha sido reivindicado por sectas ocultistas y religiones neopaganas, como la Wicca, para designar a todas aquellas personas que practican cierto tipo de magia, sea esta maléfica (magia negra) o benéfica (magia blanca), o bien a los adeptos de una determinada religión. Pero tiene que haber de todo.²⁰

Un uso más extenso del término se emplea para designar, en determinadas sociedades, a los magos o chamanes. Y posiblemente se usará en todas las culturas que tuvieran integrada la figura de sanadores, pero en algunas no interesaba o eran la cabeza de turco para ciertos intereses, y cambiaron el concepto.²⁰

9. Voodoo

Cuerpo de creencias y prácticas religiosas que incluyen fetichismo, culto a las serpientes, sacrificios rituales y empleo del trance como medio de comunicación con sus deidades, procedente de África y corriente entre los negros de las Indias Occidentales y sur de los Estados Unidos de América.²²

10. Hechicería

La práctica de la adivinación o de la profecía de hechos futuros con la ayuda de malos espíritus. Consiste también en el ejercicio de un maleficio o maldad sobre alguien por medio de prácticas supersticiosas y de magia negra.²⁸

11. Wicca

Wicca es una religión neopagana, centrada en la tierra, que tiene sus orígenes modernos en la enseñanza y práctica del wiccano inglés original, Gerald Gardner (1884-1964). Hoy, Wicca está experimentando un dramático crecimiento a medida que los adolescentes rechazan lo que ellos perciben como paternalismo cristiano, homofobia, e insensibilidad hacia el medio ambiente. Aunque los estereotipos de wiccanos como satanistas o como siniestros hechiceros son falsos, las cosmovisiones del cristianismo y la Wicca, no obstante, son mundos separados.²⁹

12. Brujería

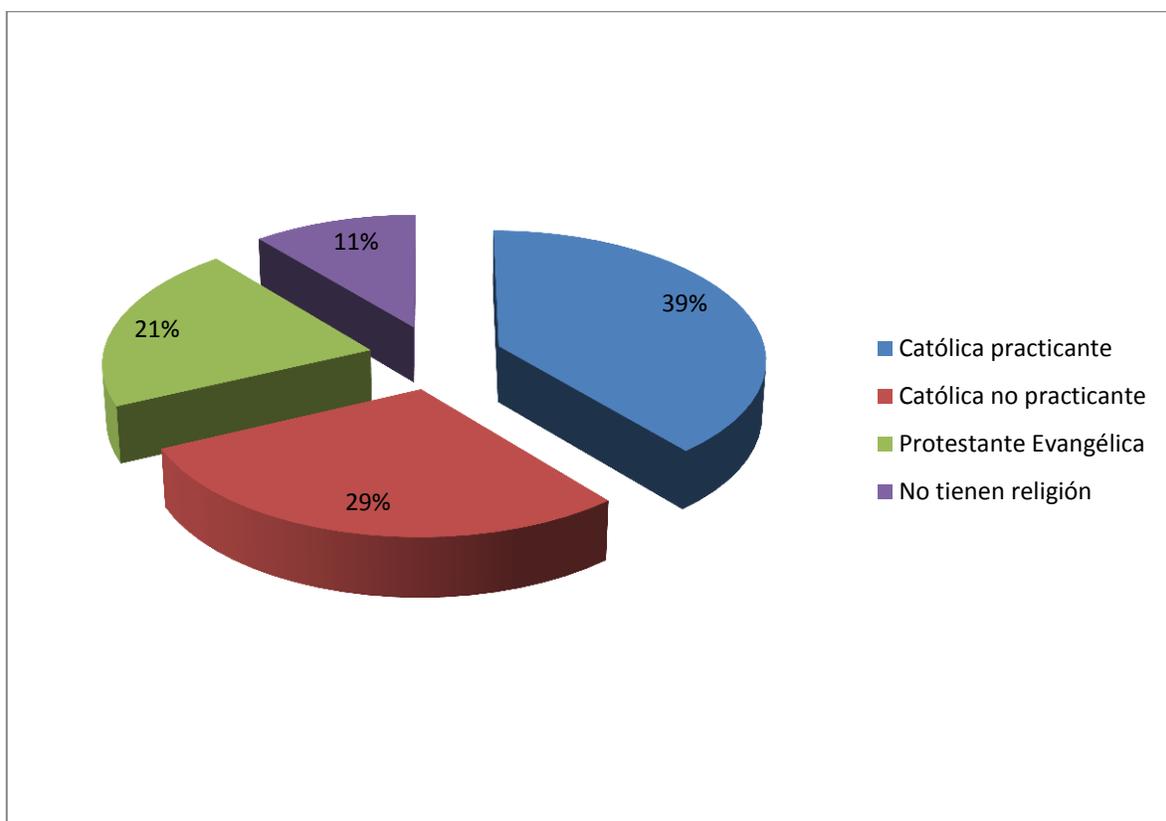
La brujería significa ampliamente la práctica y la creencia en habilidades mágicas y habilidades que pueden ser ejercidas por individuos y ciertos grupos sociales. La brujería es un concepto complejo que varía cultural y socialmente; Por lo tanto, es difícil definir con precisión y los supuestos interculturales sobre el significado del término deben aplicarse con cautela. La brujería a menudo ocupa un papel religioso, adivinatorio o medicinal y suele estar presente en sociedades y grupos cuyo marco cultural incluye una visión mágica del mundo.³⁰

IV.3. Demografía Religiosa en República Dominicana

El país, que ocupa dos terceras partes de la isla La Española, tiene un área de 18,815 millas cuadradas y una población de 9.7 millones de habitantes. La denominación religiosa más grande es la Iglesia Católica Romana. Los protestantes tradicionales, los cristianos evangélicos (particularmente las Asambleas de Dios, la Iglesia de Dios, los Bautistas, los Pentecostales), los Adventistas del Séptimo Día, los Testigos de Jehová, y la Iglesia de Jesús de los Santos de los Últimos Días (Mormones) tienen una presencia más pequeña pero generalmente creciente. De acuerdo a una encuesta de la población realizada en 2006 por la Organización Gallup, el 39 por ciento de la población es Católica (practicante), el 29 por ciento es Católica (no-practicante), y 21 por ciento es protestante evangélica. En el mismo estudio, 11 por ciento afirman no tener religión.

Corroborando esta información la Confederación Dominicana de Unidad Evangélica (CODUE), que sostiene que los evangélicos representan de 16 a 20 por ciento de la población aproximadamente.

Gráfico I. Distribución porcentual demografía religiosa en República Dominicana.



Fuente: Elaboración propia, información extraída de: <https://www.state.gov/documents/organization/132738.pdf> (2018).

En este mismo orden, existen aproximadamente 300 judíos, la mayoría vive en Santo Domingo, que tiene una sinagoga y un líder comunitario pero carecen de un rabí ordenado. Hay una sinagoga para la pequeña comunidad Judía en Sosúa. Ambas sinagogas son dirigidas por el mismo individuo. Varias fuentes gubernamentales estiman que hay entre 5,000 y 10,000 musulmanes, cantidad que incluye a muchos estudiantes extranjeros. Hay una mezquita sunita activa en Santo Domingo con aproximadamente 500 asistentes regulares. Existe una cantidad pequeña de budistas y de hindúes. Muchos católicos practican una combinación de

Catolicismo y de creencias afro-caribeñas (santería), brujería, o vudú, pero debido a que estas prácticas son usualmente escondidas, se desconoce la cantidad de practicantes.³²

IV.6. Influencias de la participación religiosa y la espiritualidad en la salud mental

Complejos factores sociales, psicológicos y biológicos influyen en cómo las prácticas de las creencias religiosas o espirituales afectan a la salud mental. La mayoría de estudios publicados han examinado los efectos de la participación en las prácticas de los grupos religiosos en la salud física y mental. Más de 3000 estudios han examinado la relación entre la participación religiosa y la salud. La mayoría de estos estudios concluyeron que las personas más religiosa o espirituales involucrados son más saludables y requieren menos servicios asistenciales de salud.³³

La magnitud de los efectos beneficiosos de la participación religiosa en la salud física y la longevidad se aproxima a la de abstenerse de fumar, con un aumento en la esperanza de vida de 7 a 14 años. Sin embargo, esto no implica que las prácticas religiosas o espirituales deban sustituir a las terapias biomédicas convencionales. (Lake, 2012)

El papel de la espiritualidad en la salud es más difícil de estudiar debido a la naturaleza altamente subjetiva e idiosincrásica de las creencias y experiencias espirituales. La participación en grupos de prácticas religiosas tiene efectos de protección y promoción de la salud en la salud mental. Los beneficios sociales y psicológicos de la participación religiosa se logran a través del contacto regular con un grupo de apoyo en un ambiente seguro y alentador. Los estudios epidemiológicos sugieren que las creencias religiosas tienen un efecto primario de protección en la salud mental. La participación religiosa promueve el optimismo, lo que aumenta la resistencia en el enfrentamiento de situaciones de estrés.³³

(Lake, 2012), explica que los valores religiosos y espirituales están altamente correlacionados con la salud mental, al promover opciones de estilo de vida incluyendo el ejercicio, la dieta y un uso moderado de alcohol. La participación regular en actividades religiosas tiene efectos beneficiosos sobre el bienestar emocional general al proporcionar una

red de apoyo a los creyentes durante períodos de estrés, ofreciendo un sentido de coherencia o sentido para mejorar la supervivencia a través de la mejoría de la autoconfianza.³³

En contraste con los resultados positivos de la mayoría de los estudios, algunas evidencias sugieren que los métodos de afrontamiento religioso son a veces mal adaptativos, y que estas experiencias pueden tener lugar en contextos de la actividad religiosa organizada. En tales casos, la participación religiosa puede estar asociada con un mayor riesgo de problemas de salud mental en las poblaciones en riesgo.³³

Además de las ventajas sociales, culturales y psicológicos de la participación religiosa y los sistemas de creencias espirituales, hay pruebas de que algunas formas de oración y otras formas de curación espiritual pueden tener efectos directos beneficiosos para la salud. Una revisión sistemática de 23 ensayos controlados de métodos de curación espiritual reportó resultados beneficiosos casi en el 60%.

Significativamente, los mismos resultados de la encuesta sugieren que sólo el 10% de las personas que se tratan a sí mismas de cualquier problema de salud mental mediante la oración habían acudido a un psiquiatra o médico de familia para tratamiento durante el año anterior a su padecimiento.³³

IV.6.1. Influencias de la participación religiosa en determinados trastornos psiquiátricos

Debido a que la mayoría de los datos sobre la relación entre las prácticas religiosas y la salud mental proceden de estudios epidemiológicos o análisis retrospectivos, es difícil establecer argumentos sobre los efectos beneficiosos directos de la práctica religiosa o espiritual en cualquier trastorno psiquiátrico en particular. Por otra parte, la prevalencia de los problemas específicos de salud mental es diferente en los distintos grupos religiosos.³³

Las relaciones entre las creencias religiosas o afiliaciones religiosas organizadas y específicas de los trastornos psiquiátricos son complejas y difíciles de delimitar. Los

resultados sugieren que la afiliación religiosa organizada generalmente se asocia con menor riesgo de depresión, pero las actividades religiosas privadas y algunas creencias religiosas fallan al predecir un menor riesgo en la posibilidad de enfermedad mental.

Los resultados de una encuesta de los hombres de edad avanzada (N = 832) con problemas médicos sugieren que los síntomas de depresión cognitiva, no somática, son menos graves en las personas que utilizan técnicas adaptativas de base religiosa. Los pacientes ancianos con depresión que participaron en una actividad religiosa organizada tenían menos síntomas, eran menos graves y fueron menos propensos a cometer suicidio.³³

Los pacientes ancianos ingresados por patología médica con síntomas depresivos que tenían fuertes creencias religiosas fueron significativamente más propensos a tener una remisión completa de los síntomas del estado de ánimo que aquellos que no tenían una creencia religiosa fuerte.

Las personas que tienen fuertes creencias religiosas o espirituales generalmente experimentan una mejor salud mental y se adaptan mejor al estrés. Un meta-análisis de 89 estudios sobre la religión y la salud mental mostró que la participación regular en la actividad religiosa organizada se asocia con un riesgo relativamente reducido de depresión.

Estudios recientes han utilizado el análisis factorial para construir la religiosidad en las dimensiones discretas. En una encuesta de más de 3000 adolescentes, de 2 dimensiones de la religiosidad, la devoción personal y la participación en una comunidad religiosa se correlacionan con el riesgo moderadamente reducido de depresión en adolescentes varones y un riesgo muy reducido (hasta un 43%) en las chicas más maduras.³³

Las creencias religiosas se han asociado con un mejor auto-tratamiento de los síntomas en pacientes con trastorno bipolar. Los resultados de la encuesta epidemiológica NIMH (N=2969) apoyan la opinión de que la asistencia regular a los servicios religiosos semanales se asociaron con una significativamente menor incidencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad, como la agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social, en general, y

una incidencia relativamente alta de trastornos obsesivo-compulsivo en individuos más jóvenes con un fuerte creencia religiosa.

Los grupos de apoyo estructurados en torno a temas espirituales tienen efectos beneficiosos sobre la autoestima, la calidad de vida y la participación comunitaria en personas con esquizofrenia. Las creencias y prácticas religiosas son una importante fuente de estímulo y apoyo social en las personas que sufren de enfermedades mentales crónicas o graves, incluyendo la esquizofrenia.

Sin embargo, aunque las creencias religiosas y espirituales no causan esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, profundas creencias religiosas potencialmente pueden exacerbar los delirios.³³

Las tasas de abuso de alcohol y drogas son generalmente más bajas en los grupos organizados que siguen las prácticas religiosas. Sentimientos de profunda devoción personal y los valores conservadores religiosos se correlacionan con un riesgo reducido de abuso de alcohol o sustancias y la dependencia, y esta relación es algo más fuerte en los adolescentes que en los adultos. En la recuperación del abuso alcohol y abuso de narcóticos, los programas de 12 pasos que incorporan valores espirituales y religiosos tienen un sólido historial de éxito en la prolongación de la abstinencia.³³

IV.6.2. El papel de la oración y otras formas de intención curativa

Las teorías han sido recientemente presentadas en sus esfuerzos para explicar los efectos directos e indirectos de la oración y otras prácticas espirituales en la salud mental, tanto en las personas que rezan al frente de un grupo o en soledad. Los resultados beneficiosos reportan casi el 60%.

Sin embargo, muchos estudios están limitados por graves problemas metodológicos, como pobres o ausentes controles a doble ciego, datos obviados de los análisis, medidas de

resultados poco fiables, el uso poco frecuente de las estimaciones de potencia e intervalos de confianza, y la ausencia de independencia en las replicaciones.³³

Hay un continuo debate sobre las metodologías de investigación más adecuadas para utilizar en la evaluación de los tratamientos no convencionales. Algunos sostienen que las normas convencionales de la investigación biomédica deben ser aplicadas a las investigaciones de las modalidades no convencionales, mientras que otros sostienen que la ciencia contemporánea no puede dilucidar los mecanismos de acción que subyacen a algunos de los tratamientos no convencionales como la homeopatía, la acupuntura y el Reiki.

d'Aquili y Newberg han propuesto el modelo del continuo espiritual para explicar el alcance de subjetivas experiencias místicas y religiosas. Ellos argumentan que la capacidad humana de experiencias espirituales se deriva de complejas conexiones neuronales que confieren importantes ventajas evolutivas en los seres humanos. Según d'Aquili y Newberg, la oración individual o en grupo, la meditación y otras formas de contemplación ritual son experiencias unitarias que comparten características comunes experienciales y neurofisiológicas. El tipo y la intensidad de una experiencia espiritual están determinada por las regiones del cerebro involucradas y el grado de actividad compartida entre ellos. Los resultados de un estudio de tomografía por emisión de positrones son consistentes con la hipótesis de que altas uniones al receptor de serotonina se correlacionan con una capacidad relativamente mayor para la auto-trascendencia.³³

Métodos terapéuticos en la medicina china, el ayurveda, la homeopatía, el qigong, y Reiki (y otras formas de "energía curativa") se basan en la influencia dominante de supuestas formas no clásica de la energía o información sobre los vivos y el mundo no viviente. De acuerdo con la teoría médica china, el "qi" es una energía elemental que no puede ser adecuadamente descrito en el lenguaje de la ciencia contemporánea.

Resultados de investigaciones recientes sugieren que el "qi" puede tener características que son consistentes con las predicciones de la teoría cuántica de campos de vida compleja.

Quantum Brain Dynamics (QBD) es un modelo no clásico que invoca la teoría de campo cuántico para explicar las características dinámicas de observar el funcionamiento del cerebro. QBD puede ayudar a dilucidar los informes de los efectos beneficiosos de la "energía curativa", postulado en la salud física y mental. Se ha sugerido que las formas de oración y de otro tipo de intención curativa pueden operar a través de interacciones energéticas "no locales" o de información entre la conciencia del médico y el cuerpo físico o la conciencia del paciente.³³

Las correlaciones en la actividad eléctrica del cerebro entre los pares de individuos separados por el blindaje electromagnético a los que se les indica que se "comuniquen" a través de la intención puede ser consistente con las predicciones de QBD y otras nuevas teorías no clásicas sobre la consciencia. Las técnicas de resonancia magnética funcional mostraron un efecto positivo en la correlación entre la intención de sanar y cambios en la actividad metabólica del cerebro en pacientes que estaban unidos empáticamente con sus médicos.

Aunque hay una escasez de pruebas sobre la eficacia de Reiki como una modalidad de tratamiento clínico, es una "terapia de la energía", ampliamente usado en los países occidentales para tratar una variedad de trastornos médicos y psiquiátricos. A seis semanas de duración, doble ciego, controlado por simulación de juicio por Reiki a distancia en pacientes deprimidos, algunos de los cuales se reunieron criterios DSM-IV para el trastorno depresivo mayor, informaron importantes efectos beneficiosos de los tratamientos regulares de Reiki con el estado de ánimo en la escala estandarizada. Sin embargo, otros estudios incluidos en la revisión no encontraron diferencias entre Reiki y un tratamiento "falso" para la ansiedad o depresión en mujeres sometidas a biopsia de mama.

Los resultados de un estudio incluido en una revisión sistemática no mostró diferencias significativas en la recuperación después de un accidente cerebrovascular isquémico en personas tratadas con Reiki en comparación con el tratamiento simulado. Algunos defectos de los estudios incluyeron el tamaño de la muestra, el diseño inadecuado del estudio, y la información deficiente. Además, los efectos beneficiosos de Reiki no habían sido replicados

por investigadores independientes. Los revisores concluyeron que hay pruebas suficientes para apoyar el Reiki como un tratamiento efectivo de cualquier condición, incluyendo los trastornos psiquiátricos.³³

IV.6.3. La intersección de la oración en los trastornos psiquiátricos específicos

Las reclamaciones de los efectos beneficiosos de la oración sobre la salud han sido estudiadas desde la perspectiva de la persona que está orando, y de la persona que está recibiendo la oración. Muchas religiones y prácticas espirituales afirman que las formas de oración y de otro tipo de intención curativa afectan a la salud de manera beneficiosa, sin embargo, hay poca evidencia para apoyar estas afirmaciones. Una revisión de los ensayos aleatorios publicados en todas las formas de intersección de la oración comprobó los efectos positivos para algunas condiciones, pero concluyó que la evidencia de la intersección de la oración es equívoca.

En un gran estudio de 12 semanas, aleatorizado, controlado, a doble ciego, en la intersección de la oración de en el estado de ánimo deprimido, todos los sujetos sabían que estaban incluidos en el estudio, pero no se dijo si habían sido asignados al azar al grupo que recibió la oración o al que la daba. Las mejoras significativas y equivalentes en el estado de ánimo fueron reportados tanto en los individuos que rezaron ($n = 496$) como en los que recibían la oración ($N = 90$)³³

Estos hallazgos son consistentes con el elemento placebo o un efecto fuerte positivo en el grupo de oración en el estado de ánimo deprimido y están limitados por el hecho de que las escalas estandarizadas de calificación no se utilizaron. Un estudio controlado a doble ciego sobre la curación a distancia en los pacientes deprimidos no encontró diferencias en la respuesta en pacientes que recibieron la oración junto con los antidepresivos y los que recibieron antidepresivos en exclusiva.

En un estudio aleatorizado a doble ciego, los pacientes que se quejaban de ansiedad transitoria después de la cirugía hipofisaria fueron asignados al azar a un grupo de oración o a

una lista de espera. Los pacientes que rezaron por una ansiedad post-operatoria, en general, solicitaron un menor número de medicamentos para el dolor que los pacientes de la lista de espera. Los investigadores atribuyen efectos beneficiosos a la sugestión y a las expectativas compartidas.³³

V. Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Indicador	Escala
Religión	Sistema cultural de comportamientos y prácticas, cosmovisiones, ética y organización social, que relaciona la humanidad a una categoría existencial.	Cristiano católico Cristiano protestante Cristiano adventista Budista	Nominal
Creencia mágico-religiosa	Estado mental en el que se pone la fe en algo sobrenatural, sagrado o divino	Creyente No creyente	Nominal
Práctica mágico religiosa	Conjunto de actividades y costumbres adoptadas por los miembros de una doctrina, fe o comunidad religiosa	Cultos Celebraciones Plegarias grupales Hora Santa Ritos	Nominal
Frecuencia de prácticas mágico religiosa	Cantidad de veces que la persona realiza las diversas actividades relacionadas a su creencia, durante su vida cotidiana.	Semanal 2 veces por semana 3 veces por semana. 4 veces por semana. 5 o más veces por semana.	Numérica

Variables	Definición	Indicador	Escala
Tiempo de creencia y/o prácticas mágico religiosas.	Período determinado en el que el paciente ejerce o practica una fe, creencia o religión, desde su inicio hasta que se presenta a la consulta.	1 año 2 años 3 años 4 años 5 años o más.	Numérica
Trastornos psiquiátricos	Constituyen un grupo diverso de perturbaciones cerebrales con síntomas que afectan sobre todo las emociones, la función cognitiva superior y la capacidad para controlar comportamientos complejos.	Esquizofrenia Trastorno depresivo. Trastorno límite de la personalidad. Trastorno del estado de ánimo bipolar.	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta que se presenta a la consulta.	Años cumplidos	Numérica.
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas.	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente.	Soltero Casado Unión libre	Nominal

Variables	Definición	Indicador	Escala
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.	Obrero Comerciante. Profesor Ingeniero Ama de casa Estudiante	Nominal
Antecedentes patológicos	Información que detalla las enfermedades que el paciente ha padecido a lo largo de su vida hasta llegar a la consulta.	Diabetes mellitus Asma Hipertensión Arterial Historia de evento cardiovascular	Nominal
Antecedentes patológicos familiares	Información que se asocia al potencial de vida que trae la persona como herencia y que pueden estar relacionados al padecimiento actual o una posible enfermedad.	Diabetes mellitus. Asma. Hipertensión Arterial. Historia de evento cardiovascular.	Nominal
Antecedentes patológicos psiquiátricos	Información que detalla el historial de enfermedades psiquiátricas que el paciente ha padecido a lo largo de su vida hasta el momento de llegar a la consulta.	Trastorno del estado del ánimo bipolar. Esquizofrenia Depresión.	Nominal

Variables	Definición	Indicador	Escala
Antecedentes patológicos psiquiátricos familiares	Información que detalla el historial de enfermedades psiquiátricas que el que trae la persona como herencia y que pueden estar relacionados al padecimiento actual o una posible enfermedad.	Trastorno del estado del ánimo bipolar. Esquizofrenia Depresión.	Nominal
Antecedentes quirúrgicos	Información que detalla procesos quirúrgicos a los que haya sido sometido el paciente durante el transcurso de su vida.	Apendicitis. Intervención por eventos traumáticos. Cirugía ortopédica. Bypass coronario.	
Hábitos tóxicos	Consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona.	Café. Té y/o remedios caseros. Alcohol. Sustancias ilícitas (THC, cocaína, heroína, crack, etc.).	Nominal

VI.4. Muestra

La muestra la representan los 62 pacientes que acudieron a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el período mayo-octubre 2018. (ver anexos XII)

El tipo de muestreo aplicado para este estudio es el Accidental o Casual ya que se entrevistaron todos los pacientes nuevos que asistieron a consulta los días: lunes, martes y miércoles en el periodo mayo-octubre 2018. Este tipo de muestreo es recomendable ya que no se sabe cuáles ni cuantos pacientes asistirán a consulta y los mismos deben ser entrevistados en el momento de su visita, por lo que se puede utilizar una muestra no probabilística.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

- Todos aquellos usuarios que acudan a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el período mayo-octubre del año 2018.
- Pacientes nuevos en la consulta.
- No se discriminará edad, ni sexo

VI.5.2. De exclusión

1. Aquellos pacientes que no estén de acuerdo con el estudio.
2. Paciente de seguimiento.

VI.6. Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró un instrumento que contiene una guía de preguntas abiertas y cerradas, con datos sociodemográficos como: nombre, sexo, estado civil, edad, ocupación, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos, antecedentes patológicos familiares, antecedentes patológicos psiquiátricos, antecedentes patológicos psiquiátricos familiares y antecedentes quirúrgicos, inicio de los síntomas psiquiátricos actuales, práctica religiosa, tiempo de práctica religiosa, frecuencia semanal de práctica y cantidad de practicantes en el hogar, todas estas variables,

relacionadas con las creencias y prácticas mágico-religiosas de los pacientes que acuden a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador B. Gautier. (ver anexos IX).

VI.7. Procedimientos

Al obtener la aprobación de la Unidad de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, se sometió al Departamento de Enseñanza del H.S.B.G para su revisión y posterior aprobación. Luego los sustentantes procedieron a asistir a la consulta de psiquiatría los días: lunes, martes y miércoles, durante 6 meses, donde se les aplicó el cuestionario aprobado a los pacientes nuevos que acudían a la consulta, cumplieran con los criterios de inclusión y aceptaran participar en dicha investigación.

Se partió del total de la muestra, para así observar el porcentaje que representan los pacientes en cada una de las variables evaluadas y se procedió a identificar las relaciones que existen entre las distintas variables analizadas.

VI.8. Tabulación

Los datos cuantitativos y cualitativos de la presente investigación fueron tabulados a través del software Excel 2010, donde se introdujo la información de los instrumentos utilizados, en una matriz y de esta manera se proyectaron datos estadísticos por medio de tablas y gráficos, para realizar un posterior análisis de los resultados.

VI.9. Análisis

Los datos se analizaron, partiendo de las premisas de la investigación y los objetivos planteados, por medio de frecuencia simple, posterior a esto se realizó cruce con las principales variables que pudieran dar respuesta al tema objeto de estudio.

VI.10. Consideraciones éticas

El presente estudio se ejecutó con apego a las Normativas Éticas Internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Todos los datos que se recopilen en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad, donde la identidad de los pacientes participantes será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis tomada de otros autores fue justificada por su llamada correspondiente.¹⁶

VII. Resultados

VII.1. Presentación de los resultados

A continuación se presentan los resultados de los datos recolectados a través del instrumento utilizado para recabar la información sobre los pacientes consultados en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo–octubre 2018.

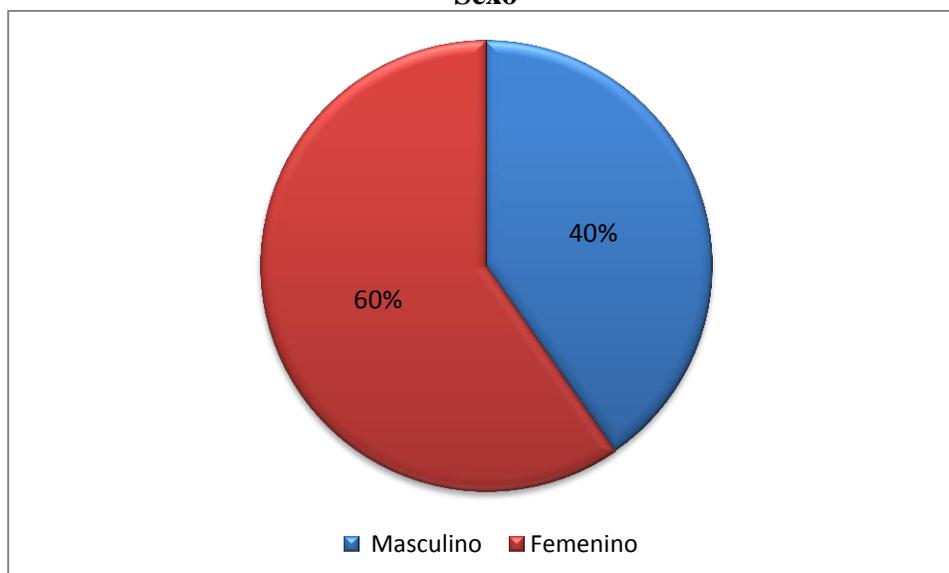
Tabla No. 1
Sexo

Variable	Cantidad	Porcentaje
Masculino	25	40.32%
Femenino	37	59.68%
Total	62	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Esta tabla refleja el sexo de los pacientes consultados, siendo el femenino el mayor con una proporción del 59.68% del total de la muestra, quedando el sexo masculino con el 40.32% restante.

Gráfico No. 1
Sexo



Fuente: Tabla No. 1

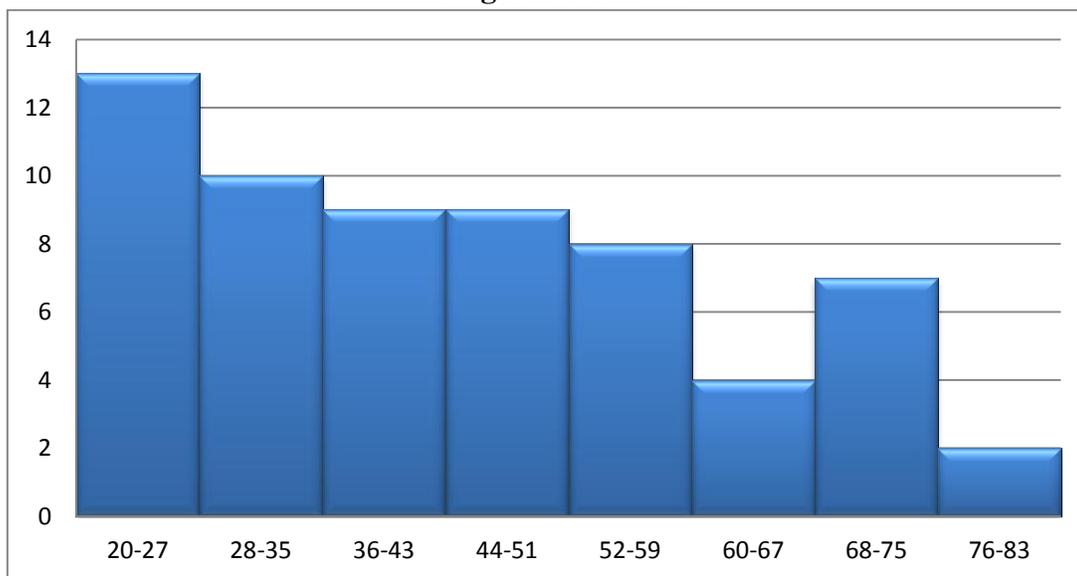
Tabla No. 2
Edad

Grupos	Frecuencia	Fre. Relativa	Fre. Rel. Acum.
20-27 años	13	21%	21%
28-35 años	10	16%	37%
36-43 años	9	15%	52%
44-51 años	9	15%	66%
52-59 años	8	13%	79%
60-67 años	4	6%	85%
68-75 años	7	11%	97%
76-83 años	2	3%	100%
Total	62	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

El rango de edad de mayor frecuencia está representado por el grupo de 20-27 años. El histograma producto de estos datos está sesgado a la derecha, es decir, la media es mayor a la mediana porque los rangos de menor edad tienen una mayor frecuencia, en este sentido se puede afirmar que el 66% de la muestra es menor de 51 años.

Gráfico No. 2
Histograma de Edad



Fuente: Tabla No. 2

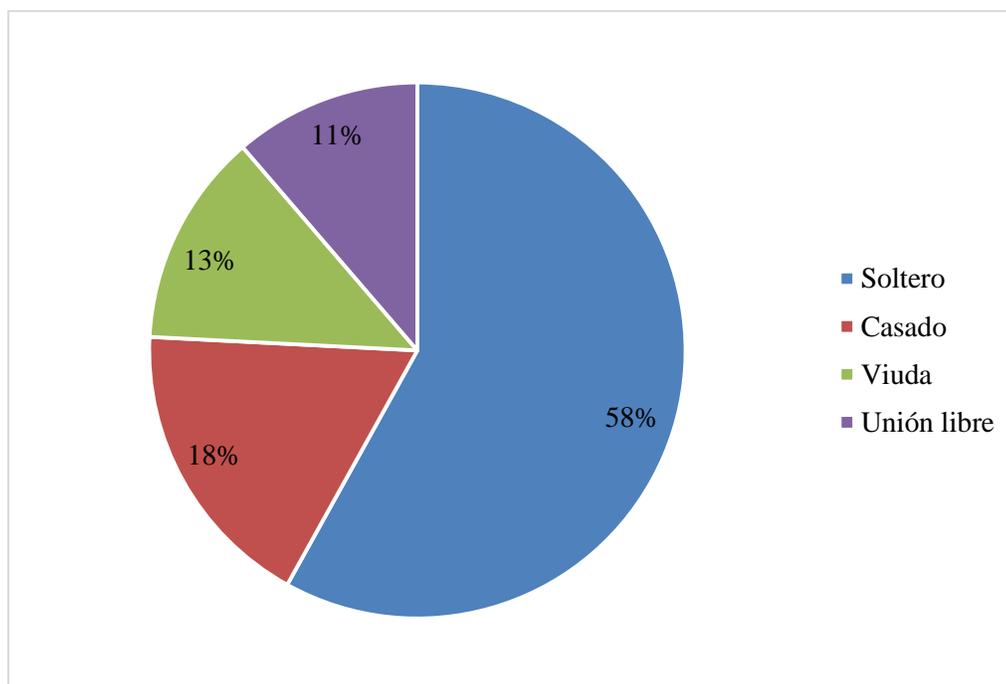
Tabla No. 3
Estado Civil

Variables	Cantidad	Porcentaje
Soltero (a)	36	58.06%
Casado (a)	11	17.74%
Viudo (a)	8	12.90%
Unión libre	7	11.29%
Total	62	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Estos resultados reflejan que el mayor porcentaje de pacientes son solteros, representando estos un 58.06% de la muestra, los pacientes casados(as) se encuentran en segundo lugar con un 17.74%, las viudas estuvieron representadas por el 12.90%, quedando en último lugar la unión libre con 11.29%.

Gráfico No. 3
Estado Civil



Fuente: Tabla No. 3

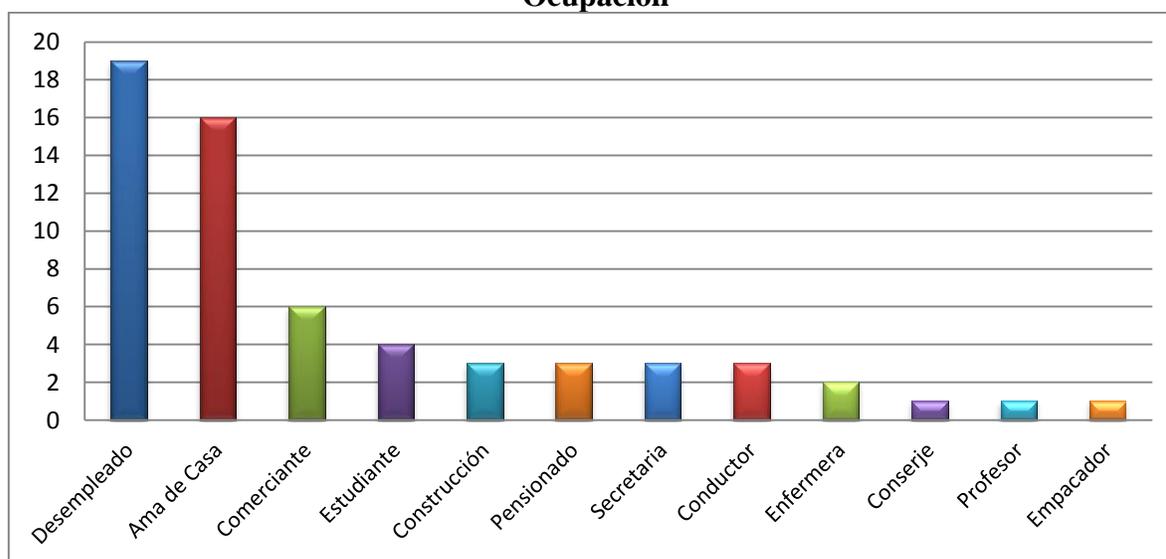
Tabla No. 4
Ocupación

Variables	Cantidad	Porcentaje
Desempleado	19	30.65%
Ama de Casa	16	25.81%
Comerciante	6	9.68%
Estudiante	4	6.45%
Construcción	3	4.84%
Pensionado	3	4.84%
Secretaria	3	4.84%
Conductor	3	4.84%
Enfermera	2	3.23%
Conserje	1	1.61%
Profesor	1	1.61%
Empacador	1	1.61%
Total	62	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Estos resultados indican la ocupación de los pacientes, donde el 30.65% está desempleado, el 25.81% es ama de casa, 9.68% es comerciante, el 6.45% es estudiante, las ocupaciones: construcción, pensionado, secretaria y conductor poseen el mismo valor de 4.84%. La ocupación de enfermera obtuvo un 3.23% y finalmente el conserje, profesor y empacador con un 1.61% cada uno.

Gráfico No. 4
Ocupación



Fuente: Tabla No. 4

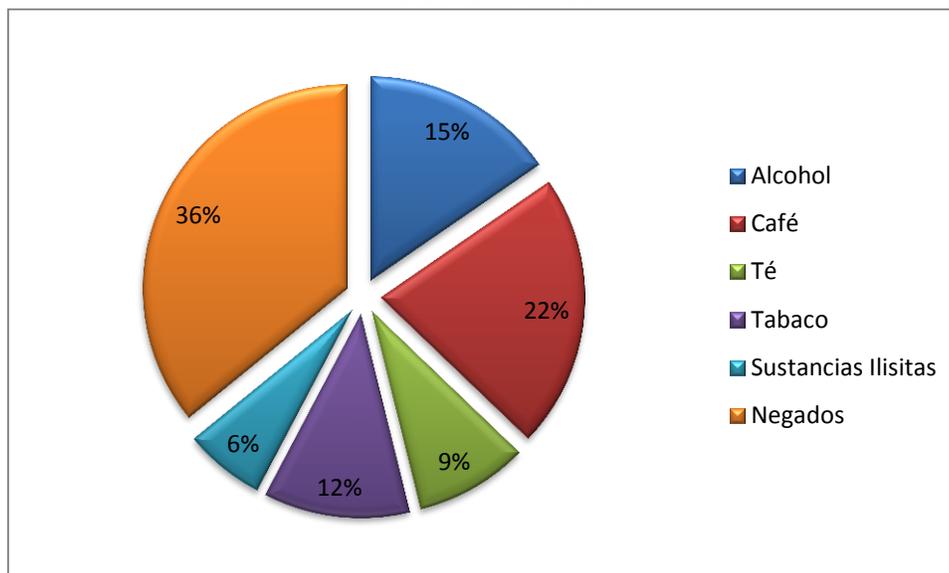
Tabla No. 5
Hábitos Tóxicos

Variables	Cantidad	Porcentaje
Alcohol	12	15.38%
Café	17	21.79%
Té	7	8.97%
Tabaco	9	11.54%
Sustancias Ilícitas	5	6.41%
Negados	28	35.90%
Total	78	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Como se observa en esta tabla los pacientes podían seleccionar múltiples respuestas, la mayoría de los pacientes no tiene ningún hábito tóxico, es decir que son negados el 35.90%. El hábito tóxico con mayor frecuencia fue el café con un 21.79%, continuando con el alcohol con un 15.38% de los pacientes, el tabaco estuvo representado por el 11.54%, el té con un 8.97% y finalmente las sustancias ilícitas que representaron el 6.41% de la muestra.

Gráfico No. 5
Hábitos Tóxicos



Fuente: Tabla No. 5

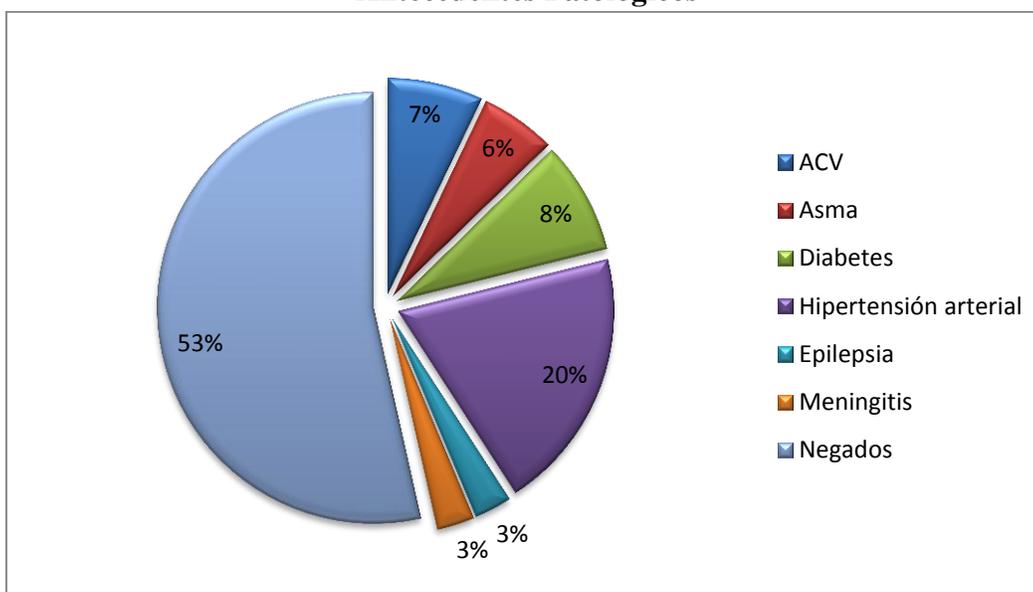
Tabla No. 6
Antecedentes Patológicos

Variables	Cantidad	Porcentaje
ACV	5	7.04%
Asma	4	5.63%
Diabetes	6	8.45%
Hipertensión arterial	14	19.72%
Epilepsia	2	2.82%
Meningitis	2	2.82%
Negados	38	53.52%
Total	71	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Como se observa en esta tabla los pacientes podían seleccionar múltiples respuestas, se indica que el 53.52% de los pacientes no presentan ningún antecedente patológico. El antecedente patológico más frecuente fue la Hipertensión arterial que está representada por el 19.72%, estando en segundo lugar la Diabetes con un 8.45%, el ACV representado con un 7.04%, el Asma obtuvo el 5.63% y en el último lugar se encontraron la Epilepsia y la Meningitis, ambos con un 2.82%.

Gráfico No. 6
Antecedentes Patológicos



Fuente: Tabla No. 6

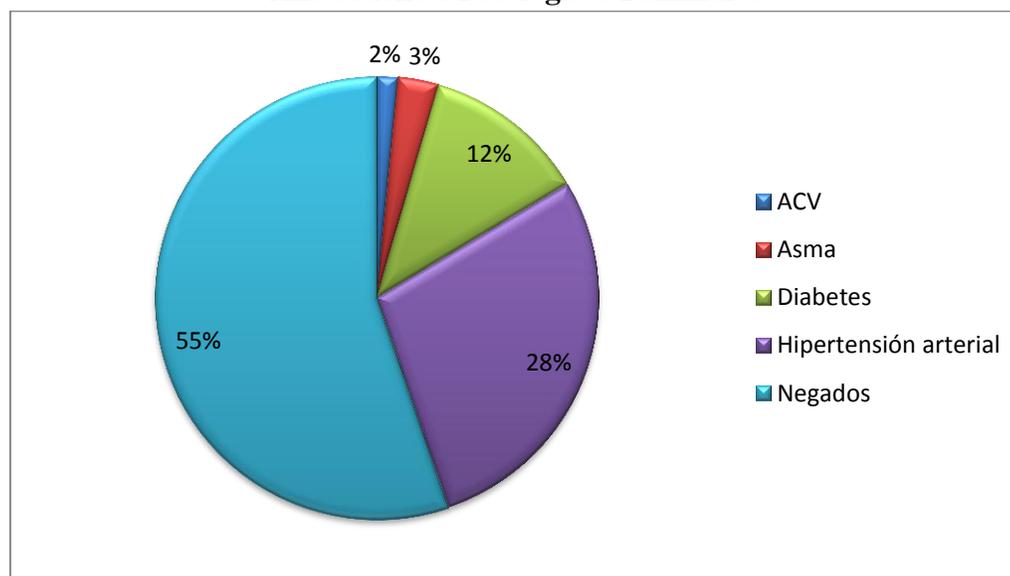
Tabla No. 7
Antecedentes Patológicos Familiares

Variables	Cantidad	Porcentaje
ACV	1	1.49%
Asma	2	2.99%
Diabetes	8	11.94%
Hipertensión arterial	19	28.36%
Negados	37	55.22%
Total	67	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Como se observa en esta tabla los pacientes podían seleccionar múltiples respuestas. Los resultados indican que el 55.22% de los pacientes no tienen antecedentes patológicos familiares. El antecedente patológico familiar más frecuente fue la Hipertensión arterial que está representada por el 28.36%, estando en segundo lugar la Diabetes con un 11.94%, seguido del Asma con un 2.99% y en último lugar se encuentra el ACV con un 1.49%.

Gráfico No. 7
Antecedentes Patológicos Familiares



Fuente: Tabla No. 7

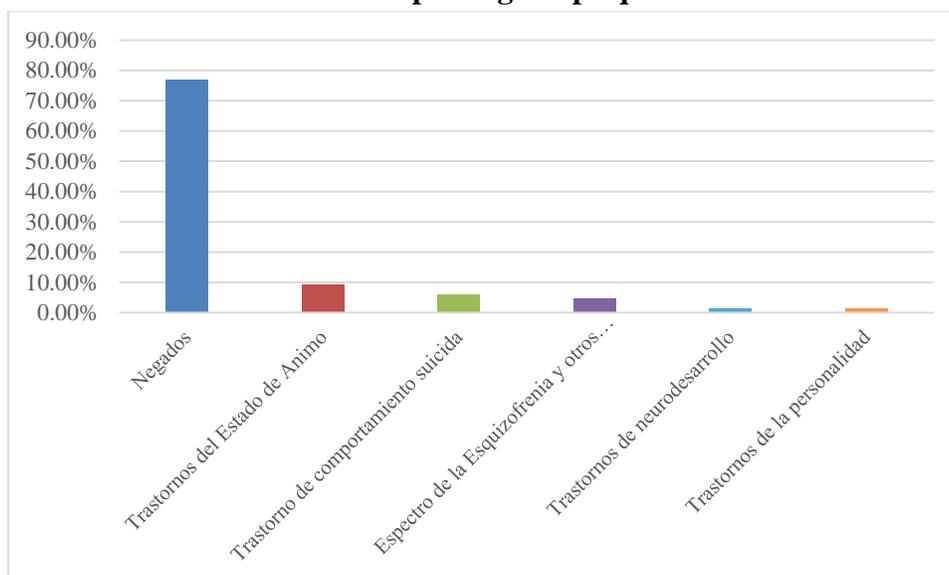
Tabla No. 8
Antecedentes patológicos psiquiátricos

Variables	Cantidad	Porcentaje
Negados	50	76.92%
Trastornos del Estado de Animo	6	9.23%
Trastorno de comportamiento suicida	4	6.15%
Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	3	4.62%
Trastornos de neurodesarrollo	1	1.54%
Trastornos de la personalidad	1	1.54%
Total	65	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Como se observa en esta tabla los pacientes podían seleccionar múltiples respuestas. Los resultados indican que el 76.92% de los pacientes no presentan ningún antecedente patológico psiquiátrico. Entre los pacientes que presentan antecedentes patológico psiquiátricos el más frecuente es el “Trastornos del Estado de Ánimo” con una proporción del 9.23%, en segundo lugar, el “Trastorno de comportamiento suicida” con un 6.15%, en tercer lugar el “Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” con un 4.62% y con una menor frecuencia están los “Trastornos de neurodesarrollo” y “Trastornos de la personalidad” con 1.54% cada uno.

Gráfico No. 8
Antecedentes patológicos psiquiátricos



Fuente: Tabla No. 8

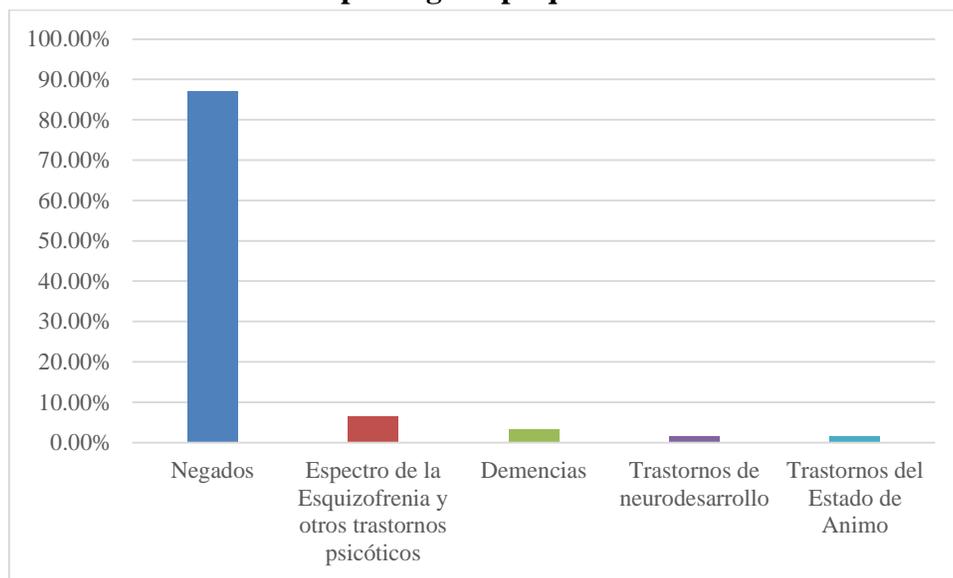
Tabla No. 9
Antecedentes patológicos psiquiátricos familiares

Variables	Cantidad	Porcentaje
Negados	54	87.10%
Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	4	6.45%
Demencias	2	3.23%
Trastornos de neurodesarrollo	1	1.61%
Trastornos del Estado de Animo	1	1.61%
Total	62	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Los resultados indican que el 87.10% de los pacientes no presentan ningún antecedente patológico psiquiátrico familiar. Entre los pacientes que presentan antecedentes patológico psiquiátricos familiares el más frecuente es el “Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” con una proporción del 6.45%, en segundo lugar, las “Demencias” con un 3.23%, y con una menor frecuencia están los “Trastornos de neurodesarrollo” y “Trastornos del Estado de Ánimo” con 1.61% cada uno.

Gráfico No. 9
Antecedentes patológicos psiquiátricos familiares



Fuente: Tabla No. 9

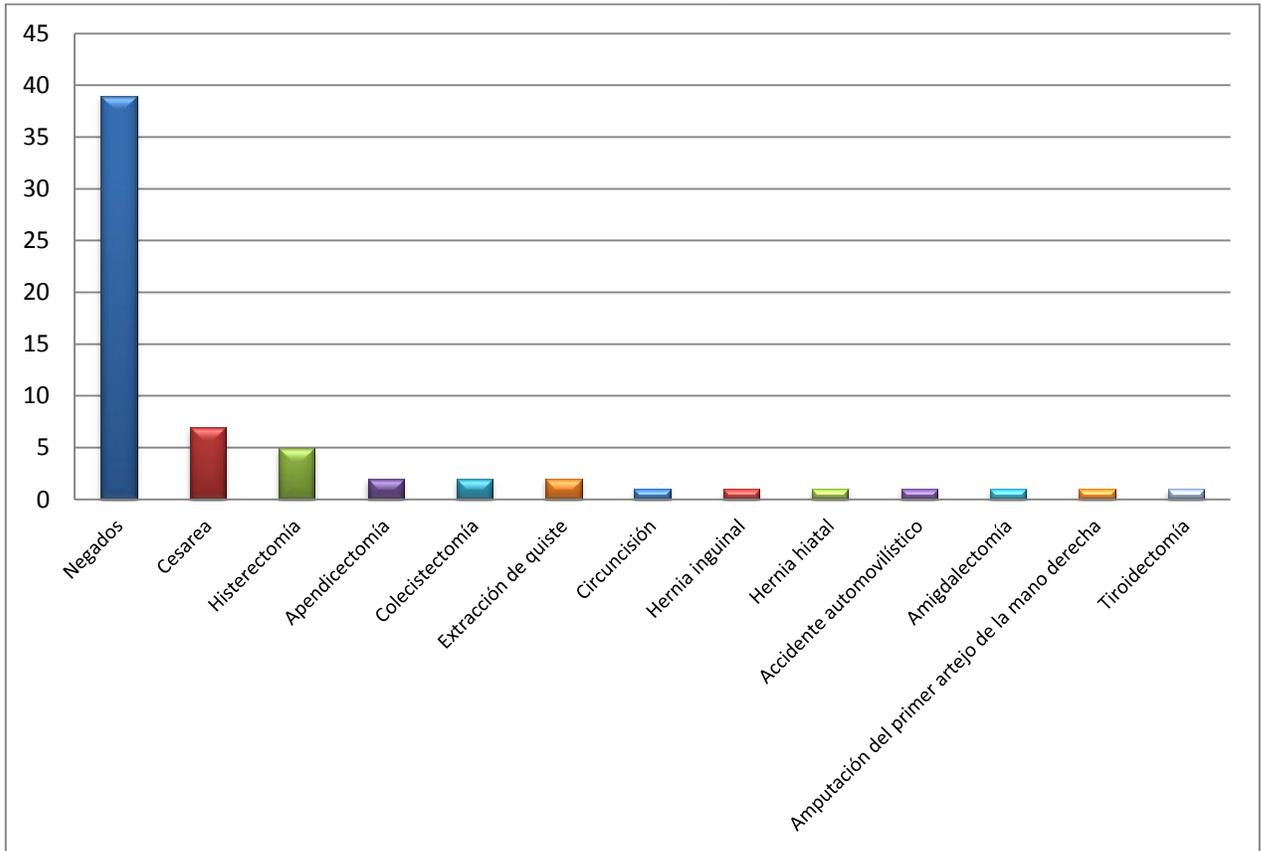
Tabla No. 10
Antecedentes quirúrgicos

Variables	Cantidad	Porcentaje
Negados	39	60.94%
Cesárea	7	10.94%
Histerectomía	5	7.81%
Apendicectomía	2	3.13%
Colecistectomía	2	3.13%
Extracción de quiste	2	3.13%
Circuncisión	1	1.56%
Hernia inguinal	1	1.56%
Hernia hiatal	1	1.56%
Accidente automovilístico	1	1.56%
Amigdalectomía	1	1.56%
Amputación del primer artejo de la mano derecha	1	1.56%
Tiroidectomía	1	1.56%
Total	64	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Como se observa en esta tabla los pacientes podían seleccionar múltiples respuestas. Los resultados indican que el 60.94% de los pacientes no presentan ningún antecedente quirúrgico. El antecedente quirúrgico más frecuente es la cesárea con un 10.94%, mientras que la histerectomía ocupa el segundo lugar con 7.81%, los antecedentes Apendicectomía, Colecistectomía, Extracción de quiste, obtuvieron 3.13% cada uno y con un menor porcentaje se registran la Circuncisión, Hernia hiatal, cirugía a causa de un accidente automovilístico, Amigdalectomía, Amputación del primer artejo de la mano derecha y Tiroidectomía, todos con un 1.56%.

Gráfico No. 10
Antecedentes quirúrgicos



Fuente: Tabla No. 10

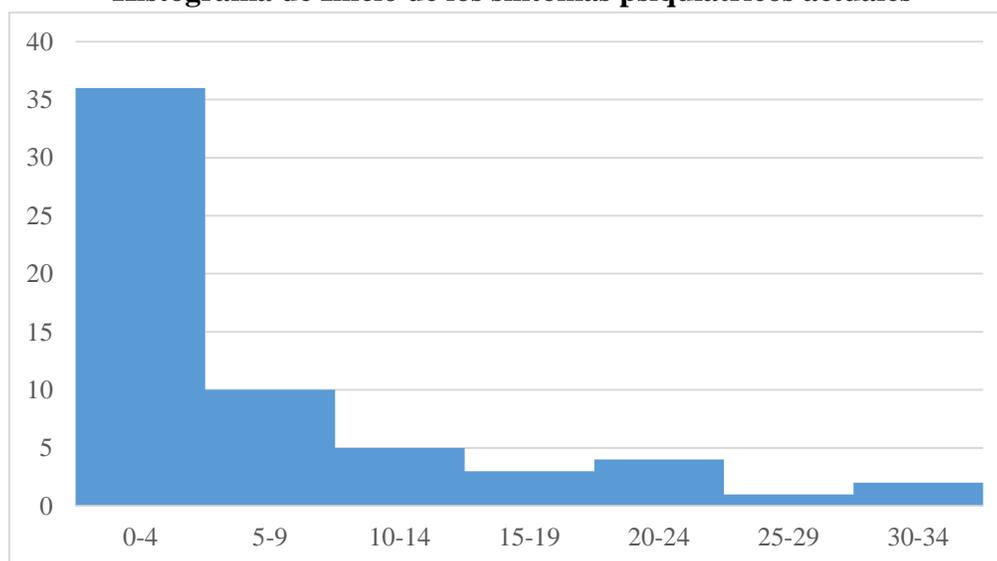
Tabla No. 11
Inicio de los síntomas psiquiátricos actuales

Grupos	Frecuencia	Fre. Relativa	Fre. Rel. Acum.
0-4 años	36	59%	59%
5-9 años	10	16%	75%
10-14 años	5	8%	84%
15-19 años	3	5%	89%
20-24 años	4	7%	95%
25-29 años	1	2%	97%
30-34 años	2	3%	100%
Total	61	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Un paciente no indicó hace cuantos años iniciaron sus síntomas psiquiátricos actuales por lo tanto el total de respuestas fue 61 en este caso. En la tabla se observa que el 59% de los pacientes tienen entre 0-4 años presentando los síntomas psiquiátricos actuales, el 16% tiene de 5-9 años, el 8% de 10-14 años, el 7% de 20-24 años, el 5% de 15-19 años, el 3% de 30-34 años y por último, el 2% de 25-29 años. El histograma producto de estos datos está sesgado a la derecha, es decir, la media es mayor a la mediana porque los grupos con menos años tienen una mayor frecuencia, en este sentido se puede afirmar que el 84% de la muestra tiene menos de 14 años con los síntomas actuales.

Gráfico No. 11
Histograma de Inicio de los síntomas psiquiátricos actuales



Fuente: Tabla No. 11

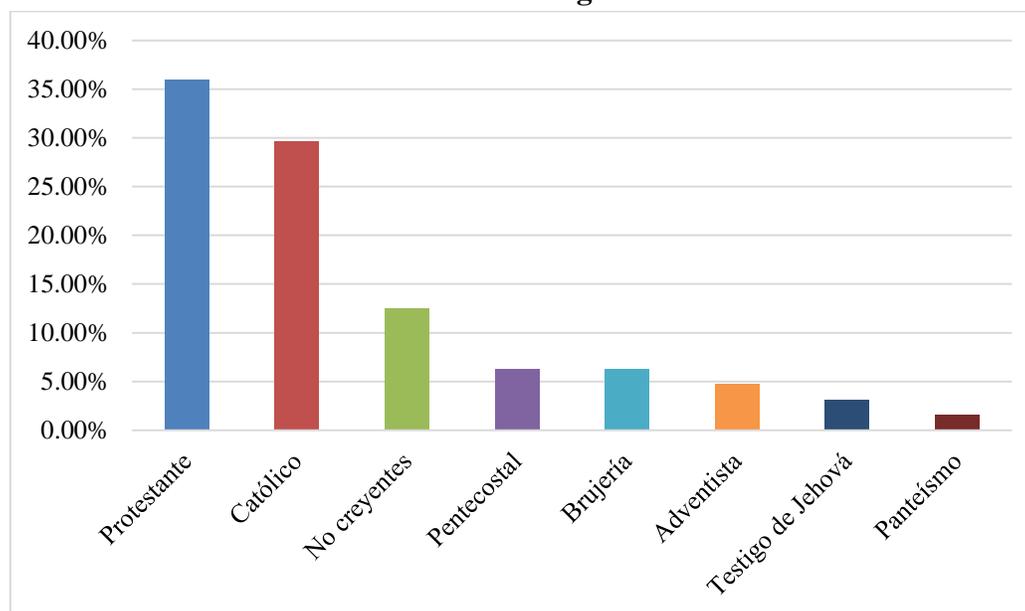
Tabla No. 12
Práctica religiosa

Variables	Cantidad	Porcentaje
Protestante	23	35.94%
Católico	19	29.69%
No creyentes	8	12.50%
Pentecostal	4	6.25%
Brujería	4	6.25%
Adventista	3	4.69%
Testigo de Jehová	2	3.13%
Panteísmo	1	1.56%
Total	64	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Como se observa en esta tabla los pacientes podían seleccionar múltiples respuestas. La práctica religiosa con mayor proporción es la protestante con un 35.94%, seguida con la católica con un 29.69%, en tercer lugar se encuentran los paciente no creyentes con un 12.50%, seguida de la pentecostal y la brujería con un 6.25% cada una, a continuación la adventista con un 4.69%, los testigos de Jehová con un 3.13% y por último el panteísmo con un 1.56%.

Gráfico No. 12
Práctica religiosa



Fuente: Tabla No. 12

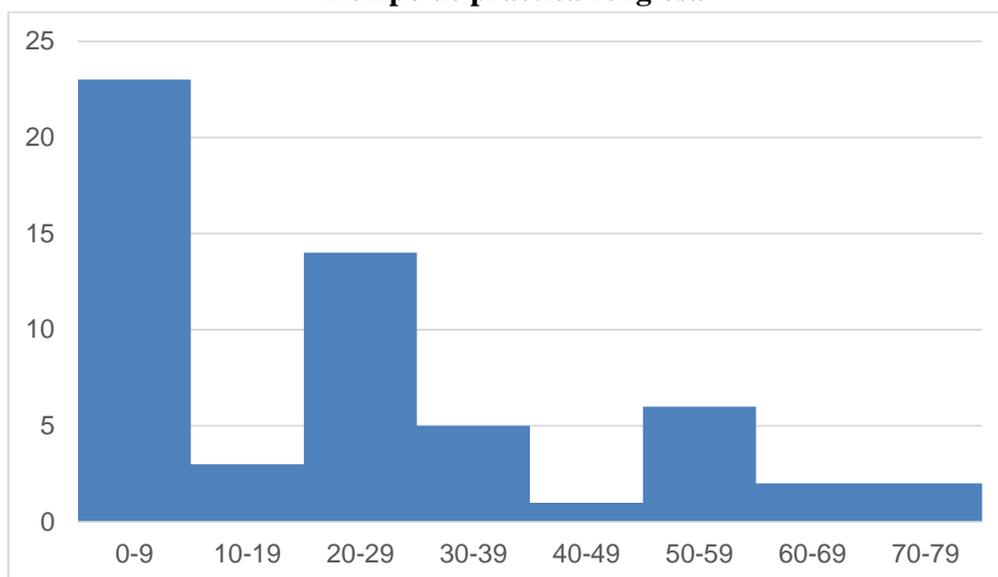
Tabla No. 13
Tiempo de práctica religiosa

Grupos	Frecuencia	Fre. Relativa	Fre. Rel. Acum.
0-9 años	23	41%	41%
10-19 años	3	5%	46%
20-29 años	14	25%	71%
30-39 años	5	9%	80%
40-49 años	1	2%	82%
50-59 años	6	11%	93%
60-69 años	2	4%	96%
70-79 años	2	4%	100%
Total	56	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Para este análisis no se tomaron en cuenta las 8 personas que indicaron no practicar ninguna religión en la pregunta anterior, pero el total es 56 porque 2 personas practican dos religiones. El rango de años de mayor frecuencia está representado por el grupo de 0-9 años. El histograma producto de estos datos está sesgado a la derecha, es decir, la media es mayor a la mediana porque los rangos de menor cantidad de años tienen una mayor frecuencia, en este sentido se puede afirmar que el 80% de la muestra tiene menos de 39 años realizando alguna práctica religiosa.

Gráfico No. 13
Tiempo de práctica religiosa



Fuente: Tabla No. 13

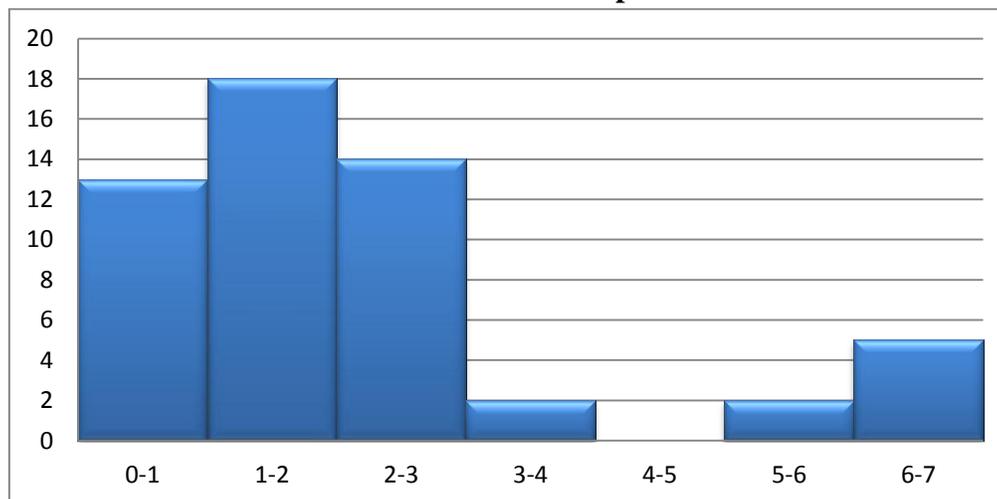
Tabla No. 14
Frecuencia semanal de la práctica religiosa

Grupos	Frecuencia	Fre. Relativa	Fre. Rel. Acum.
0-1 vez	13	24%	24%
1.1-2 veces	18	33%	57%
2.1-3 veces	14	26%	83%
3.1-4 veces	2	4%	87%
4.1-5 veces	0	0%	87%
5.1-6 veces	2	4%	91%
6.1-7 veces	5	9%	100%
Total	54	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Para este análisis no se tomaron en cuenta las 8 personas que indicaron no practicar ninguna religión en la pregunta anterior, pero el total es 56 porque 2 personas practican dos religiones. La mayor proporción de pacientes indican que practican la religión entre 1.1-2 veces por semana representando un 33%, el 26% de los pacientes practican de 2.1-3 veces por semana, mientras que el 24% la practica 0-1 vez por semana. El histograma producto de estos datos está sesgado a la derecha, es decir, la media es mayor a la mediana porque los rangos menores tienen una mayor frecuencia, en este sentido se puede afirmar que el 83% de la muestra practica entre 0-3 veces por semana alguna religión.

Gráfico No. 14
Frecuencia semanal de práctica



Fuente: Tabla No. 14

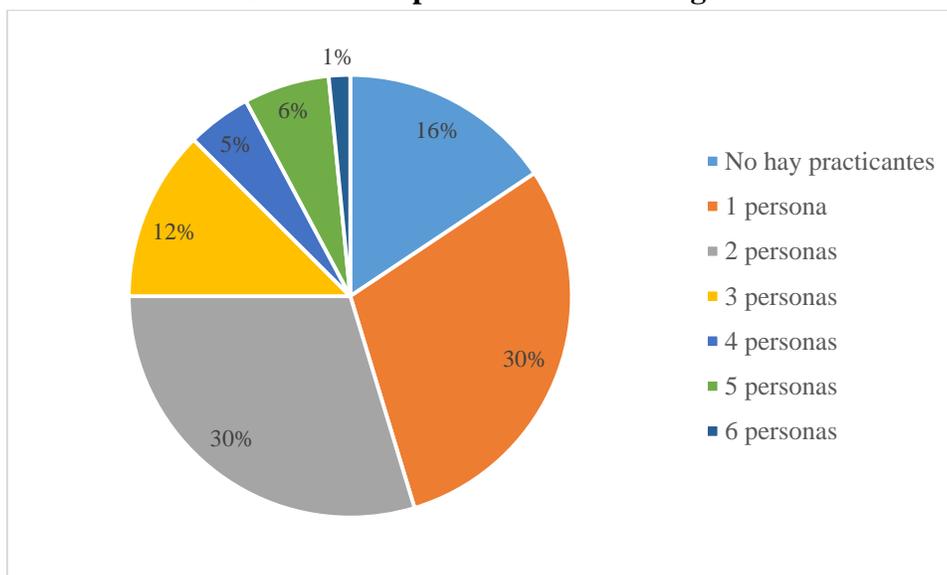
Tabla No. 15
Cantidad de practicantes en el hogar

Variables	Cantidad	Porcentaje
No hay practicantes	10	15.63%
1 persona	19	29.69%
2 personas	19	29.69%
3 personas	8	12.50%
4 personas	3	4.69%
5 personas	4	6.25%
6 personas	1	1.56%
Total	64	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

En esta pregunta se vuelven a incluir todos los encuestados, siendo el total 64 por las 2 personas que practican más de una religión. Cabe destacar que esta cantidad de practicantes no toma en cuenta al encuestado. En la tabla se observa que el mayor porcentaje de practicantes en el hogar se encuentra en las variables 2 y 3 personas representando un 29.69% cada grupo, luego siguen los hogares con no practicantes que representan un 15.63%, a continuación, los hogares con 3, 4, 5 y 6 practicantes que representan un 12.50%, 4.69%, 6.25% y 1.56% respectivamente.

Gráfico No. 15
Cantidad de practicantes en el hogar



Fuente: Tabla No. 15

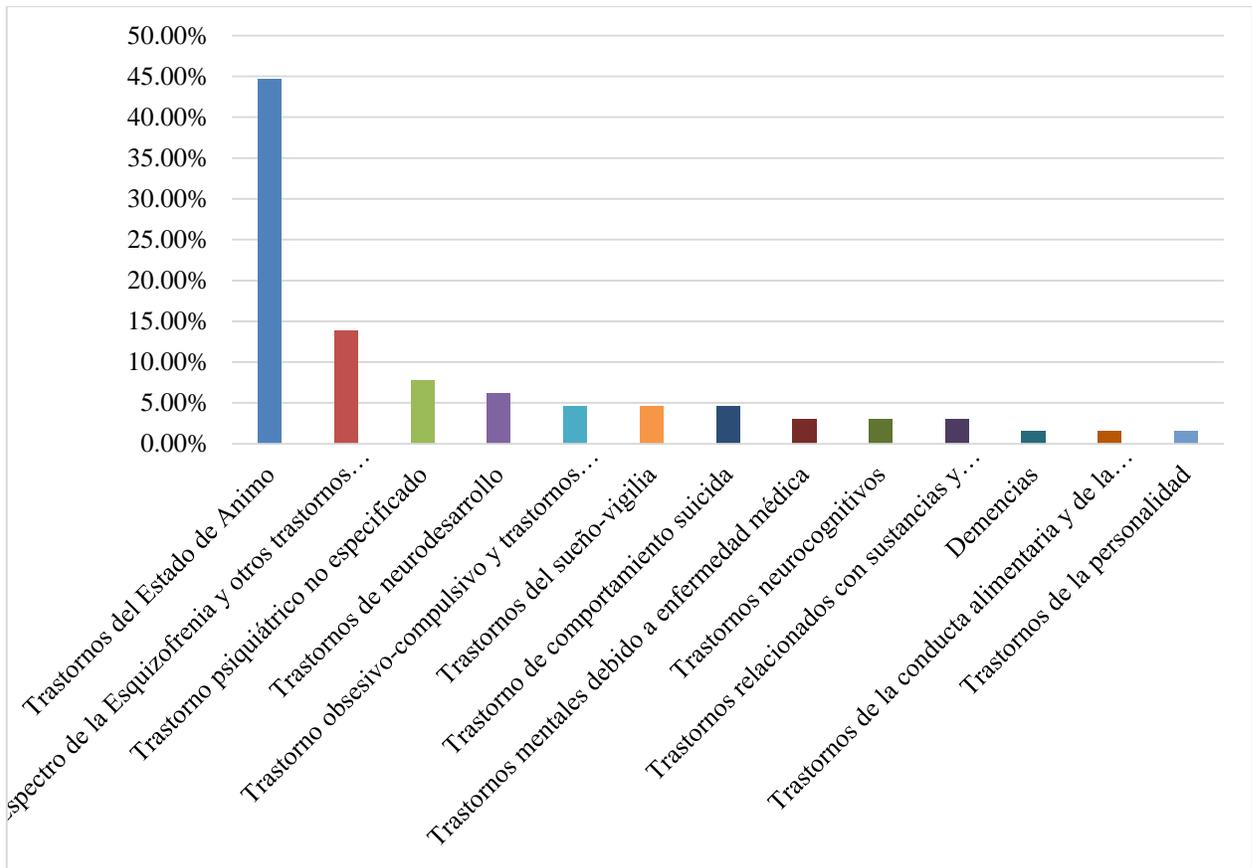
Tabla No. 16
Diagnóstico actual

Variables	Cantidad	Porcentaje
Trastornos del Estado de Animo	29	44.62%
Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	9	13.85%
Trastorno psiquiátrico no especificado	5	7.69%
Trastornos de neurodesarrollo	4	6.15%
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	3	4.62%
Trastornos del sueño-vigilia	3	4.62%
Trastorno de comportamiento suicida	3	4.62%
Trastornos mentales debido a enfermedad médica	2	3.08%
Trastornos neurocognitivos	2	3.08%
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	2	3.08%
Demencias	1	1.54%
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	1	1.54%
Trastornos de la personalidad	1	1.54%
Total	65	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

El total es 65 porque algunos pacientes tenían más de una enfermedad actualmente. El Diagnóstico actual con mayor proporción es el “Trastorno del Estado de Ánimo” con un 44.62%, seguido por el “Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” con un 13.85%, seguido por el “Trastorno psiquiátrico no especificado” y los “Trastornos de neurodesarrollo” con un 7.69% y 6.15% respectivamente; a continuación el “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”, los “Trastornos del sueño-vigilia” y el “Trastorno de comportamiento suicida” con un 4.62% cada uno; los “Trastornos mentales debido a enfermedad médica”, los “Trastornos neurocognitivos” y los “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” con un 3.08% cada uno; y por último las “Demencias”, los “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” y los “Trastornos de la personalidad” con un 1.54% cada uno.

Gráfico No. 16
Diagnóstico actual



Fuente: Tabla No. 16

VII.2. Relación entre variables

1. Práctica religiosa vs. Diagnóstico actual

Para determinar si estas dos variables tienen relación procedemos a crear las hipótesis, donde la hipótesis nula (H₀) afirma que las dos variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H₁) afirma que las dos variables no son independientes.

Tabla No. 17

Frecuencia observada de Práctica religiosa vs. Diagnostico actual

Diagnostico actual / Práctica Religiosa	Católico	Adventista	Brujería	No creyente	Panteísmo	Pentecostal	Protestante	Testigo de Jehová	Total
Demencias	1								1
Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	1	2		1			5		9
Trastorno de comportamiento suicida				2			1		3
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	1						1	1	3
Trastorno psiquiátrico no especificado	2	1	2				1		6
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	1								1
Trastornos de la personalidad						1			1
Trastornos del Estado de Animo	9		2	2	1	2	13	1	30
Trastornos del neurodesarrollo				3		1			4
Trastornos del sueño-vigilia	1			1				1	3
Trastornos mentales debido a enfermedad médica	1						1		2
Trastornos neurocognitivos	2								2
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos							2		2
Total	19	3	4	9	1	4	24	3	67

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Para comprobar si la hipótesis nula es cierta debemos calcular chi-cuadrado (x^2) utilizando la siguiente formula:

$$x^2 = \sum_{ij} \frac{(fo_{ij} - fe_{ij})^2}{fe_{ij}}$$

Donde:

i = Posición de la fila

j = Posición de la columna

fo = Frecuencia observada

fe = Frecuencia experimental

Siendo:

$fe_{ij} = (Total\ fila\ i - esima)(Total\ columna\ j - esima) \div Total\ global$

El resultado es $x^2 = 95.33$

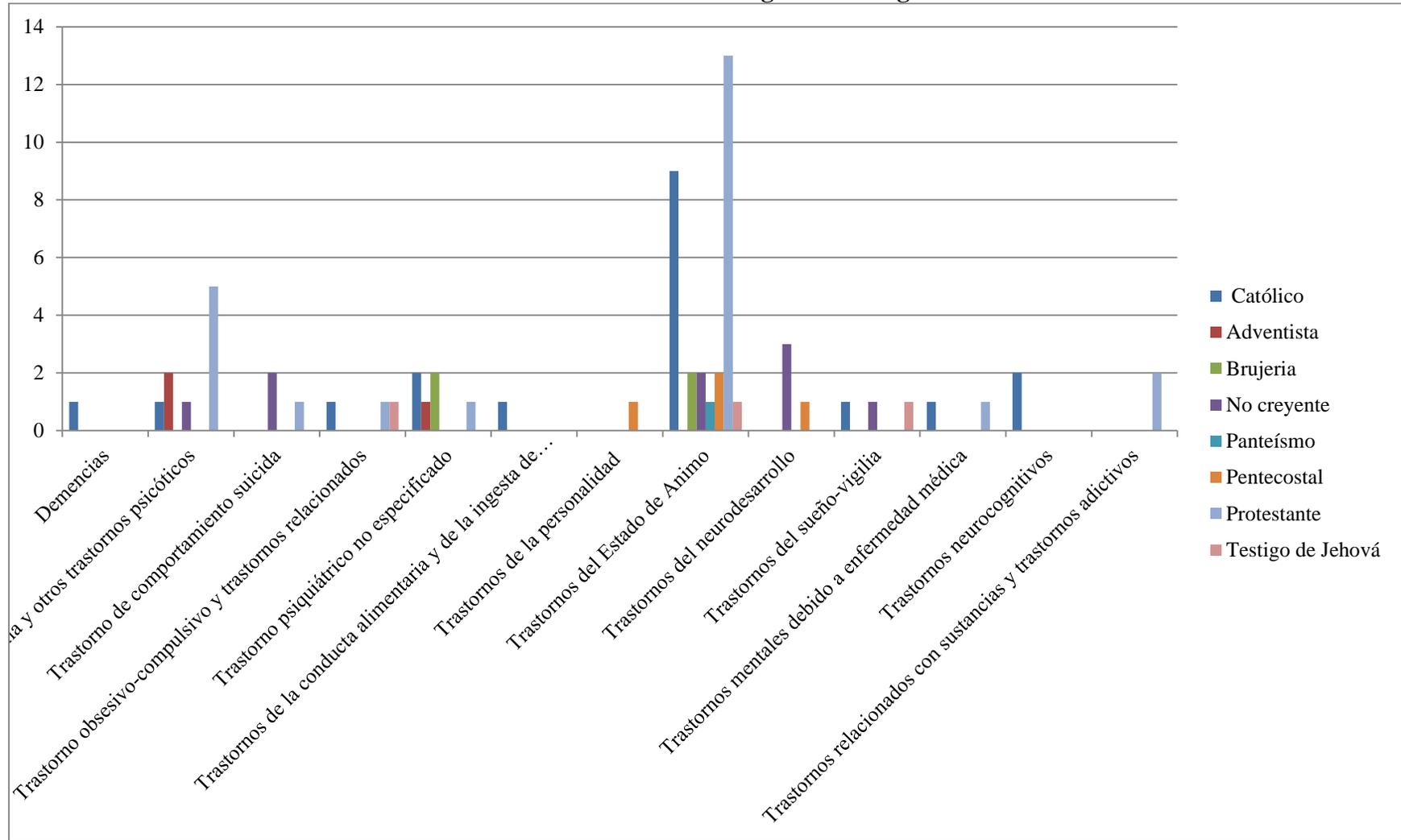
Y utilizando la función PRUEBA.CHI.INV en Excel obtenemos el x^2 crítico para 84 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

$x^2 = 100.98$

Nota: el grado de libertad (ν) = (Cantidad de filas-1)(Cantidad de columnas-1)

Y como x^2 calculado < x^2 Crítico (95.33 < 100.98) aceptamos la H_0 , por lo tanto, decimos que las variables “Práctica religiosa” y “Diagnostico actual” no guardan ninguna dependencia.

Gráfico No. 17
Frecuencia observada de Práctica religiosa vs. Diagnostico actual



Fuente: Tabla No. 17

2. Frecuencia de práctica religiosa vs. Diagnóstico actual

Para determinar si estas dos variables tienen relación procedemos a crear las hipótesis, donde la hipótesis nula (H₀) afirma que las dos variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H₁) afirma que las dos variables no son independientes.

Tabla No. 18

Frecuencia observada de Frecuencia Práctica religiosa vs. Diagnóstico actual

Diagnostico actual / Frecuencia de Práctica Religiosa	0 veces	0.5 veces	1 vez	2 veces	2.5 veces	3 veces	3.5 veces	4 veces	6 veces	7 veces	Total
Demencias				1							1
Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	1			3		3	1		1		9
Trastorno de comportamiento suicida	2			1							3
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados			3								3
Trastorno psiquiátrico no especificado	1			2	1	1				1	6
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos				1							1
Trastornos de la personalidad				1							1
Trastornos del Estado de Animo	5	1	3	10	1	7		1		2	30
Trastornos del neurodesarrollo	3					1					4
Trastornos del sueño-vigilia	1		2								3
Trastornos mentales debido a enfermedad médica				1					1		2
Trastornos neurocognitivos			1							1	2
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	1									1	2
Total	14	1	9	20	2	12	1	1	2	5	67

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágicas religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Utilizando las mismas formulas descritas arriba determinamos:

$$\chi^2 \text{ Calculado} = 100.79$$

χ^2 Crítico = 127.21 para 108 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

Y como χ^2 calculado < χ^2 Crítico (100.79 < 127.21) aceptamos la Ho, por lo tanto, decimos que las variables “Frecuencia de Práctica religiosa” y “Diagnostico actual” no guardan ninguna dependencia.

3. Hábitos tóxicos vs. Diagnostico actual

Para determinar si estas dos variables tienen relación procedemos a crear las hipótesis, donde la hipótesis nula (Ho) afirma que las dos variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H1) afirma que las dos variables no son independientes.

Tabla No. 19
Frecuencia observada de Hábitos tóxicos vs. Diagnóstico actual

Diagnostico actual / Hábitos tóxicos	Alcohol	Café	Negados	Sustancias ilícitas	Tabaco	Té	Total
Demencias		1				1	2
Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		2	7	1			10
Trastorno de comportamiento suicida			1	1	1		3
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	2	1	1		1		5
Trastorno psiquiátrico no especificado		2	2		1	1	6
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos		1					1
Trastornos de la personalidad	1				1		2
Trastornos del Estado de Animo	7	6	12	4	4	3	36
Trastornos del neurodesarrollo		2	2			2	6
Trastornos del sueño-vigilia			3				3
Trastornos mentales debido a enfermedad médica	1	2					3
Trastornos neurocognitivos			2				2
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	1				1		2
Total	12	17	30	6	9	7	81

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Utilizando las mismas formulas descritas arriba determinamos:

$$x^2 \text{ Calculado} = 62.11$$

x^2 Crítico = 74.40 para 60 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

Y como x^2 calculado < x^2 Crítico (62.11 < 74.40) aceptamos la H_0 , por lo tanto, decimos que las variables “Hábitos tóxicos” y “Diagnóstico actual” no guardan ninguna dependencia.

4. Hábitos tóxicos vs. Práctica religiosa

Para determinar si estas dos variables tienen relación procedemos a crear las hipótesis, donde la hipótesis nula (H_0) afirma que las dos variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H_1) afirma que las dos variables no son independientes.

Tabla No. 20
Frecuencia observada de Hábitos tóxicos vs. Práctica religiosa

Práctica religiosa / Hábitos tóxicos	Alcohol	Café	Negados	Sustancias ilícitas	Tabaco	Té	Total
Católico	3	6	10	1	2	1	23
Adventista		1	2				3
Brujería	1	1	1		1		4
No creyente		1	6		1	1	9
Panteísmo			1				1
Pentecostal	2	1			1	2	6
Protestante	5	7	8	4	4	3	31
Testigo de Jehová	1	1	1				3
Total	12	18	29	5	9	7	80

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Utilizando las mismas formulas descritas arriba determinamos:

$$x^2 \text{ Calculado} = 24.86$$

x^2 Crítico = 40.06 para 35 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

Y como x^2 calculado < x^2 Crítico (24.86 < 40.06) aceptamos la H_0 , por lo tanto, decimos que las variables “Hábitos tóxicos” y “Práctica religiosa” no guardan ninguna dependencia.

5. Hábitos tóxicos vs. Frecuencia de práctica religiosa

Para determinar si estas dos variables tienen relación procedemos a crear las hipótesis, donde la hipótesis nula (H₀) afirma que las dos variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H₁) afirma que las dos variables no son independientes.

Tabla No. 21
Frecuencia observada de Hábitos tóxicos vs. Frecuencia de Práctica religiosa

Frecuencia de Práctica religiosa / Hábitos tóxicos	Alcohol	Café	Negados	Sustancias ilícitas	Tabaco	Té	Total
0 veces	1	2	7	1	3	1	15
0.5 veces			1				1
1 vez	2	1	4	1	1		9
2 veces	4	7	5	3	1	2	22
2.5 veces	1						1
3 veces	3	4	7		3	2	19
3.5 veces			1				1
4 veces		1				1	2
6 veces		1	1				2
7 veces	1	1	2		1	1	6
Total	12	17	28	5	9	7	78

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Utilizando las mismas fórmulas descritas arriba determinamos:

$$x^2 \text{ Calculado} = 28.91$$

x^2 Crítico = 57.51 para 45 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

Y como x^2 calculado < x^2 Crítico (28.91 < 57.51) aceptamos la H_0 , por lo tanto, decimos que las variables “Hábitos tóxicos” y “Frecuencia de Práctica religiosa” no guardan ninguna dependencia.

Ninguna de las variables analizadas guarda relación entre sí, por lo que podemos afirmar que contrario a como se planteó inicialmente las enfermedades psiquiátricas no guardan ninguna relación con la práctica religiosa, la frecuencia de la práctica religiosa ni con los hábitos tóxicos de los pacientes. Al igual que la variable hábitos tóxicos no guarda ninguna relación con la práctica religiosa y la frecuencia de la práctica religiosa.

Cabe destacar que el tamaño de la muestra es pequeño para un análisis con tantos grados de libertad, como los que se presentaban en estos casos, por lo tanto, si se quieren tener resultados más contundentes se debe repetir el estudio con una muestra mucho más grande.

VII.3. Análisis de los trastornos del estado de ánimo

1. Práctica religiosa vs. Trastornos del estado de ánimo

Para determinar si estas dos variables tienen relación procedemos a crear las hipótesis, donde la hipótesis nula (H_0) afirma que las dos variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H_1) afirma que las dos variables no son independientes.

Tabla No. 22

Frecuencia observada de Práctica religiosa vs. Trastornos del estado de ánimo

Práctica religiosa	Pacientes con trastornos del Estado de Animo	Pacientes sin trastornos del Estado de Animo	Total
Católico	9	10	19
Adventista	0	3	3
Brujería	2	2	4
No creyente	2	6	8
Panteísmo	1	0	1
Pentecostal	2	2	4
Protestante	13	10	23
Testigo de Jehová	1	1	2
Total	30	34	64

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

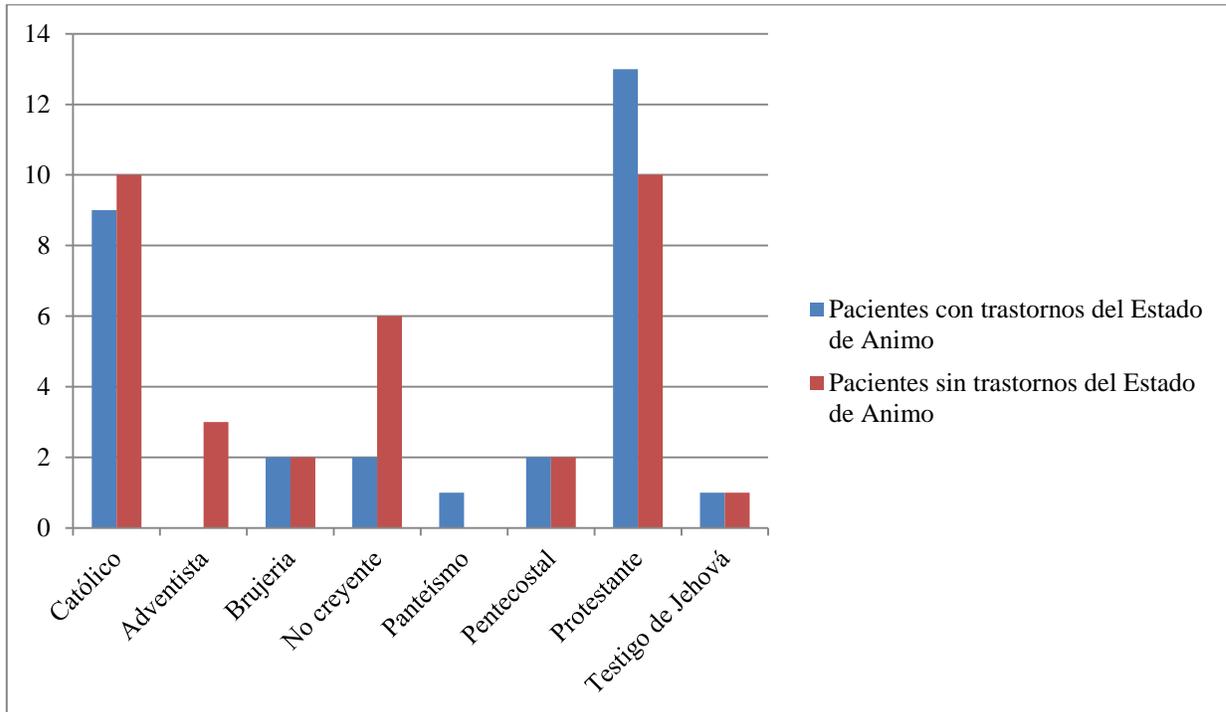
Utilizando las mismas fórmulas descritas arriba determinamos:

$$x^2 \text{ Calculado} = 6.22$$

x^2 Crítico = 12.02 para 7 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

Y como x^2 calculado < x^2 Crítico (6.22 < 12.02) aceptamos la H_0 , por lo tanto, decimos que las variables “Práctica religiosa” y “Pacientes con trastornos del Estado de Animo” no guardan ninguna dependencia.

Gráfico No. 18
Frecuencia observada de Práctica religiosa vs. Trastornos del estado de ánimo



Fuente: Tabla No. 22

Para un análisis más profundo procedimos a indagar en los distintos trastornos del estado de ánimo que presentaban los pacientes y los resultados obtenidos se muestran en la tabla presentada a continuación.

Tabla No. 23
Frecuencia observada de Práctica religiosa vs. Trastornos del estado de ánimo

Práctica religiosa	Trastorno Bipolar	Trastorno Depresivo Mayor	Trastornos del Estado de Ánimo a Especificar	Total
Católico	3	6	0	9
Brujería	1	1	0	2
No creyente	1	1	0	2
Panteísmo	0	1	0	1
Pentecostal	2	0	0	2
Protestante	7	4	2	13
Testigo de Jehová	0	0	1	1
Total	14	13	3	30

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

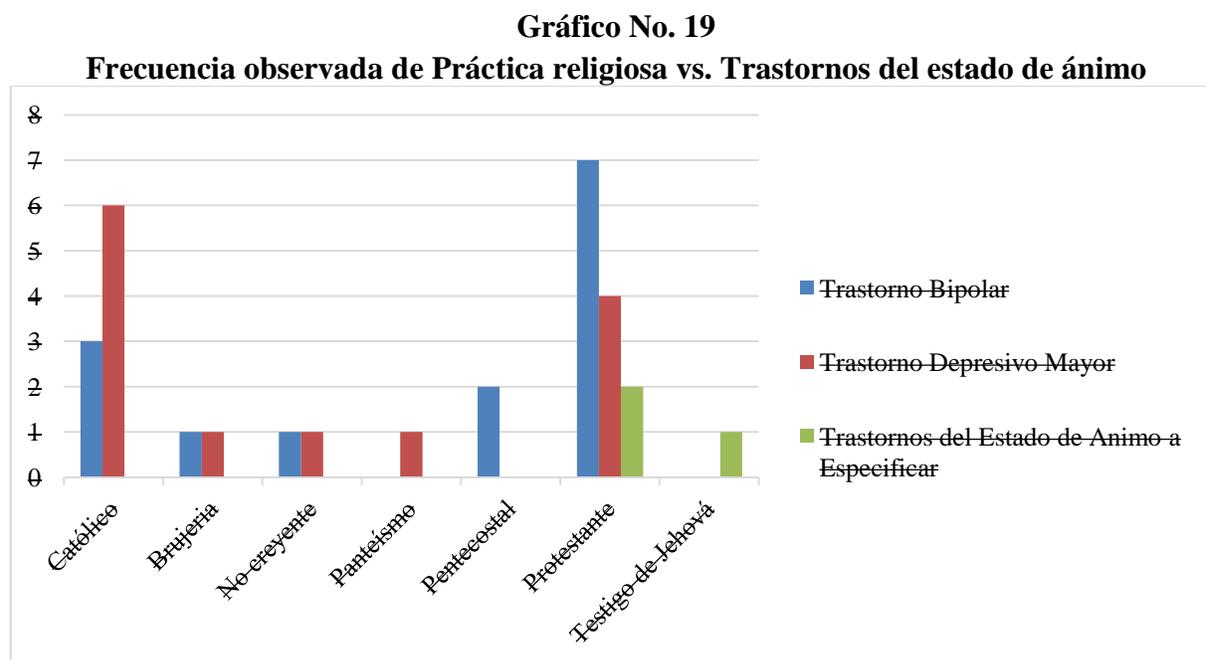
Para los diferentes trastornos del estado de ánimo también se analizó si existía relación entre estos y la práctica religiosa, para lo que se crearon la hipótesis nula (H_0) la cual afirma que las dos variables son independientes, y la hipótesis alternativa (H_1) que afirma que las dos variables no son independientes.

Utilizando las mismas fórmulas descritas arriba determinamos:

$$x^2 \text{ Calculado} = 16.41$$

x^2 Crítico = 18.55 para 12 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

Y como x^2 calculado < x^2 Crítico (16.41 < 18.55) aceptamos la H_0 , por lo tanto, decimos que las variables “Práctica religiosa” y “los Pacientes con los diferentes trastornos del Estado de Ánimo” no guardan ninguna dependencia.



Fuente: Tabla No. 23

2. Frecuencia de práctica religiosa vs. Trastornos del estado de ánimo

Para determinar si estas dos variables tienen relación procedemos a crear las hipótesis, donde la hipótesis nula (H_0) afirma que las dos variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H_1) afirma que las dos variables no son independientes.

Tabla No. 24
Frecuencia observada de Frecuencia Práctica religiosa vs. Trastornos del estado de ánimo

Frecuencia Práctica religiosa	Pacientes con trastornos del Estado de Animo	Pacientes sin trastornos del Estado de Animo	Total
0 veces	5	8	13
0.5 veces	1	0	1
1 Vez	3	5	8
2 veces	10	9	19
2.5 veces	1	1	2
3 veces	7	5	12
3.5 veces	0	1	1
4 veces	1	0	1
6 veces	0	2	2
7 veces	2	3	5
Total	30	34	64

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

Utilizando las mismas formulas descritas arriba determinamos:

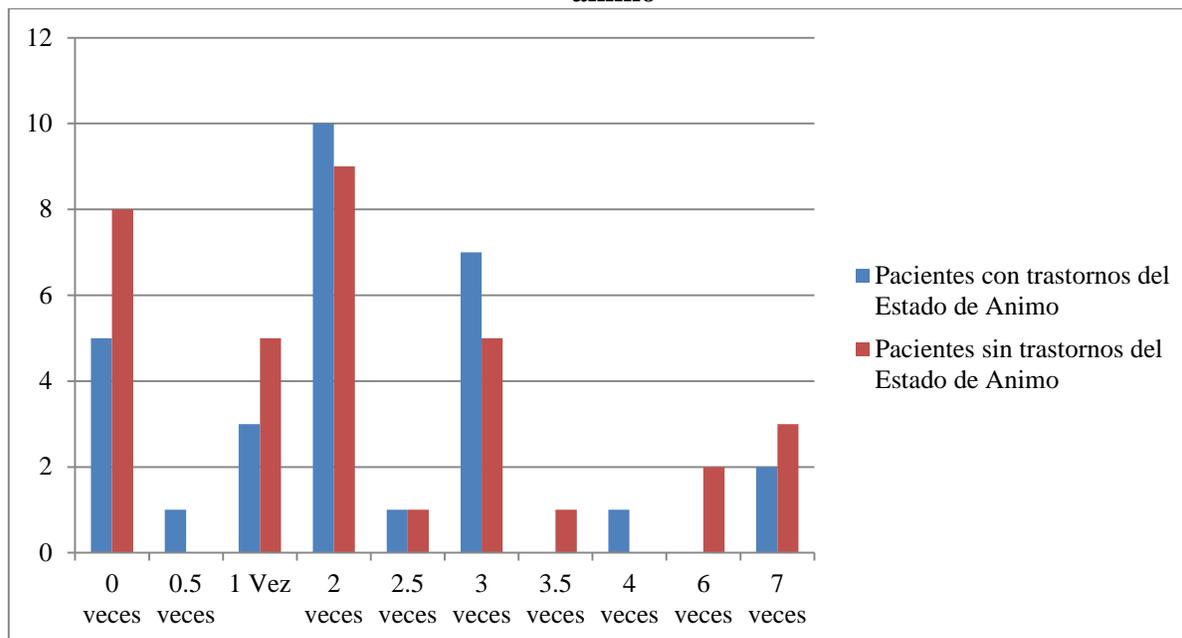
$$x^2 \text{ Calculado} = 6.55$$

x^2 Crítico = 14.68 para 9 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

Y como x^2 calculado < x^2 Crítico ($6.55 < 14.68$) aceptamos la H_0 , por lo tanto, decimos que las variables “Frecuencia de Práctica religiosa” y “Pacientes con trastornos del Estado de Animo” no guardan ninguna dependencia.

Gráfico No. 19

Frecuencia observada de Frecuencia Práctica religiosa vs. Trastornos del estado de ánimo



Fuente: Tabla No. 24

3. Hábitos tóxicos vs. Trastornos del estado de ánimo

Para determinar si estas dos variables tienen relación procedemos a crear las hipótesis, donde la hipótesis nula (H_0) afirma que las dos variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H_1) afirma que las dos variables no son independientes.

Tabla No. 25

Frecuencia observada de Hábitos tóxicos vs. Trastornos del estado de ánimo

Hábitos tóxicos	Pacientes con trastornos del Estado de Animo	Pacientes sin trastornos del Estado de Animo	Total
Alcohol	7	5	12
Café	6	11	17
Negados	12	16	28
Sustancias ilícitas	4	1	5
Tabaco	4	5	9
Té	3	4	7
Total	36	42	78

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, relacionado a prácticas mágico religiosas y patologías psiquiátricas. Santo Domingo, D. N., Mayo – octubre 2018.

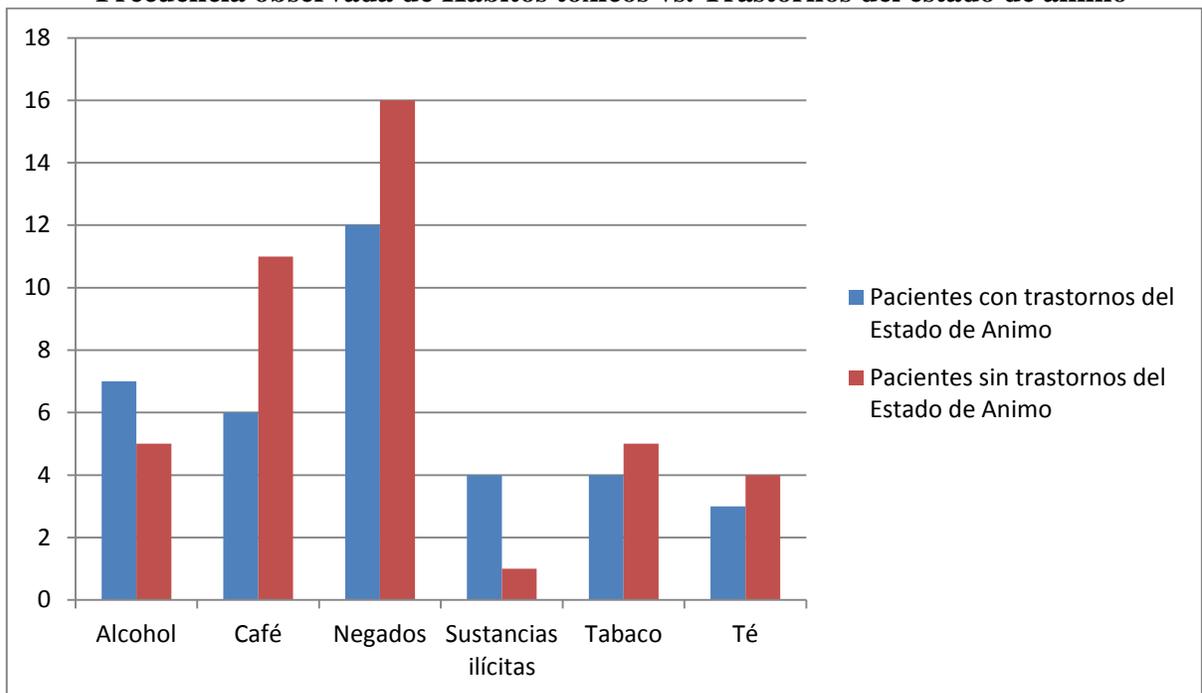
Utilizando las mismas formulas descritas arriba determinamos:

$$x^2 \text{ Calculado} = 3.99$$

x^2 Crítico = 9.24 para 5 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.10, que indica que hay una probabilidad del 90% de que el resultado de la prueba sea correcto.

Y como x^2 calculado < x^2 Crítico (3.99 < 9.24) aceptamos la H_0 , por lo tanto, decimos que las variables “Hábitos tóxicos” y “Pacientes con trastornos del Estado de Ánimo” no guardan ninguna dependencia.

Gráfico No. 25
Frecuencia observada de Hábitos tóxicos vs. Trastornos del estado de ánimo



Fuente: Tabla No. 25

En resumen podemos decir que ninguna de las variables analizadas guarda relación con los Trastornos del estado de ánimo, ya que el análisis con las variables “Práctica religiosa”, “Frecuencia de práctica religiosa” y “Hábitos tóxicos” mostraron ser independientes a los pacientes que poseen o no el Trastorno del estado de ánimo.

VIII. Discusión

Este estudio proporciona una perspectiva única en el abordaje del tema de la religión y los trastornos psiquiátricos, al ser realizado en una locación con un amplio contexto cultural, y una población que cuenta con una amalgama de tradiciones y rituales que se mezclan con variadas doctrinas religiosas y que han sido transmitidos de generación en generación. Estudios similares se han presentado alrededor del mundo, pero enfocados principalmente en pacientes ingresados en centros psiquiátricos de países desarrollados, que no cuentan con la carga cultural y religiosa de la República Dominicana, una nación predominantemente cristiana, pero con un amplio espectro de creencias y tradiciones. Aun así estudios anteriores han tenido la ventaja de trabajar con pacientes ingresados donde su evolución y seguimiento pudo haber sido analizado para observar la influencia de las creencias y prácticas a lo largo de los procesos patológicos psiquiátricos.

En la tabla No.1 "sexo", se observó que más pacientes del sexo femenino acudieron a la consulta de psiquiatría, constituyendo un 59.68% del total de pacientes, lo que plantea la interrogante de si las practicas mágico religiosas podrían tener una influencia más significativa según el sexo de la persona.

En la tabla No. 3 "estado civil", se pudo observar como el 58% de los pacientes fueron solteros (as) y un 12.90% de los pacientes fueron viudos (as), factores que podrían ser importantes en patologías como la depresión, comportamientos suicidad entre otros. No podemos descartar el hecho de que cada una de estas patologías diagnosticadas y cada creencia o práctica religiosa juegan un papel importante en las relaciones interpersonales de estos individuos, así implican maneras diferentes de interactuar con el mundo y la sociedad de las que forman parte.

En la tabla No.5 "Hábitos tóxicos" estos datos muestran claramente como La mayoría de los pacientes (35.90%) contesto al momento del cuestionario, no tener ningún habito tóxico, de los que respondieron positivamente a esta interrogante, el hábito toxico más utilizado fue el café (21.79%) y una minoría (6.41%) admitió consumir sustancias ilícitas, por lo que se puede observar que la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio no consumen sustancias que podrían estar influenciando sus síntomas actuales. Debemos hacer

referencia al estudio "creencias religiosas en esquizofrenia y su relevancia en la adherencia al tratamiento" publicado en enero del 2007, donde se vio la asociación directa de la religión a la adherencia a los respectivos tratamientos y donde una de las conclusiones fue que una mayor influencia religiosa influyo disminuyendo la probabilidad de abuso de sustancias. Por lo que la proporción alta de pacientes religiosos obtenida en este estudio y la baja proporción en los hábitos tóxicos específicamente, sustancias ilícitas podrían ser datos de interés.⁶

En la Tabla No .6, "Antecedentes patológicos" se muestra que la mayoría de los pacientes que participaron en este estudio no tienen antecedentes de patologías de base que pudieran estar afectando el cuadro psiquiátrico actual, así como en la tabla No.8 "antecedentes patológicos psiquiátricos" se puede apreciar que la mayoría de los pacientes participantes de este estudio (76.92%) no tenían un diagnostico psiquiátrico al momento de acudir a la consulta. Lo que nos permite hacer un análisis más directo a las patologías diagnosticadas enfocándonos en los aspectos mágicos y religiosos.

Al analizar la tabla No 12. "prácticas religiosas" se pudo observar que no hubo una diferencia numérica muy notable entre los distintos resultados, pero cuando se trae a consideración que el 68% de la población dominicana se identifica como católicos practicantes (39.0%) o no practicantes (29.0%), y solo un 21.0% de la población nacional se identifica como protestante, donde se observa una diferencia de un 47.0%. Tomando esto en cuenta al analizar los resultados de la investigación resalta el hecho de que la población participante del estudio con mayor proporción fue la protestante con un 35.94% que al compararse con la población católica (29.69%) vemos una diferencia de 6.25%, lo que nos indica que independientemente de la distribución religiosa del país, la población de pacientes psiquiátricos que participaron en el estudio es principalmente protestante. Esto podría relacionarse con el estudio del año 2017, "el factor de la espiritualidad y religiosidad en pacientes con psicosis", de los autores Huguelet P., Brandt PY, y Mohr S. En el cual se trabajó con 84 pacientes con psicosis del departamento de psiquiatría de la Universidad Hospitalaria de Geneva, donde se pudo observar la asistencia a las citas fue significativamente mayor en el grupo con asesoramiento espiritual, basándonos en estos hallazgos y los de este proyecto se podría asumir que la población protestante que participo en el estudio fue más propensa a ir a la consulta de psiquiatría.⁷

En la tabla No.16 "diagnostico actual", se analizaron los datos concernientes a los trastornos psiquiátricos que se les diagnosticó a estos pacientes. Esta tabla nos ofrece información importante, viendo que el tipo de patologías más diagnosticadas fueron los trastornos del estado del ánimo (44.62%), seguidos por la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Al relacionar las distintas variables se obtuvieron resultados interesantes. La tabla No.17 en la cual se observa el cruce de datos entre las prácticas religiosas y el diagnostico actual, se destaca el hecho de que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos fueron más comunes en la población protestante, los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos fueron exclusivos del grupo protestante, los trastornos suicidas fueron más comunes la población no creyente o practicante, donde la ausencia de una creencia de vida después de la muerte, o represalias de una entidad divina, podrían ser factores influyentes en este tipo de cuadro.

Al obtener los resultados discutidos anteriormente observar que la mayoría de los diagnósticos realizados en este periodo de tiempo fueron los trastornos del estado del ánimo, se procedió a cruzar los trastornos del estado de ánimo con diferentes variables. Partiendo desde la tabla No.22 se vieron como resultados que la mayoría de los pacientes diagnosticados con trastorno del estado el ánimo fueron protestantes. Cabe destacar que de 8 pacientes no creyentes, solo 2 fueron diagnosticados con trastorno del estado del ánimo.

De 9 pacientes católicos diagnosticados con trastorno del estado del ánimo, 6 presentaron trastorno depresivo mayor, y los 3 restantes presentaron trastorno bipolar. En cuanto a la población protestante, de 13 pacientes diagnosticados con trastorno del estado del ánimo, 4 pacientes presentaron trastorno depresivo mayor y 7 trastorno bipolar. Mostrando que hubo una diferenciación a nivel de diagnósticos entre ambas prácticas religiosas. En la tabla No.25 se pudo observar que los pacientes diagnosticados con trastorno del estado del ánimo fueron más propensos a utilizar sustancias ilícitas previas a su diagnóstico.

IX. Conclusiones

El objetivo general de esta investigación fue analizar la relación entre las prácticas mágico-religiosas y las patologías psiquiátricas en pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el período de mayo - octubre 2018.

Se observaron resultados relevantes en distintos aspectos, desde la cantidad de pacientes protestantes que asistieron a la consulta con un 35.94% que al compararse con la población católica (29.69%), esto llama la atención al tomar en cuenta el hecho de que el 68% de la población nacional se considera católica, y solo el 21% se identifica como protestante. Esto podría ser indicio de que la población protestante es más propensa a presentar trastornos psiquiátricos, o de que la población protestante es más consistente en buscar atención médica para los síntomas psiquiátricos. También se pudo notar una distinción al momento de los diagnósticos. En primer lugar el diagnóstico predominante en este estudio fue el trastorno del estado de ánimo con 29 pacientes que representan un 44.62% de estos pacientes la mayoría fueron protestantes (13 pacientes) y católicos (9 pacientes). La distribución de estos fue un total de 7 pacientes protestantes y 3 católicos con diagnóstico de trastorno bipolar y 6 católicos y 4 protestantes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Se puede afirmar que se cumplieron los objetivos específicos propuestos, a saber:

Le logró conocer la proporción de pacientes nuevos que asisten a la consulta psiquiátrica del Hospital Salvador Bienvenido Gautier de mayo a octubre 2018, con creencias o prácticas mágico-religiosas y comorbilidades psiquiátricas.

En relación a lo anterior, se pudo determinar que la práctica religiosa con mayor proporción es la protestante con un 35.94%, seguida con la católica con un 29.69%, en tercer lugar se encuentran los paciente no creyentes con un 12.50%, seguida de la pentecostal y la brujería con un 6.25% cada una, a continuación la adventista con un 4.69%, los testigos de Jehová con un 3.13% y por último el panteísmo con un 1.56%.

Fue posible describir características sociodemográficas de los pacientes que presentan comorbilidades psiquiátricas, con alguna creencia o prácticas mágico-religiosas.

Relacionado con el objetivo anterior, de los 62 pacientes que participaron en el estudio el 59.68% fue del sexo femenino, el rango de edad de mayor frecuencia está representado por el grupo de 20-27 años y se pudo afirmar que en el 66% de la muestra es menor de 51 años. El 58.06% de los pacientes participantes son solteros, el 17.74% de los pacientes era casado, un 12.90% fueron viudos y solo un 11.29% respondió estar en unión libre.

En otro orden, el 30.65% se encontraba desempleado al momento de aplicársele la encuesta. El trabajo predominante fue ama de casa con un 25.81%.

Otro objetivo alcanzado fue determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes, según creencias o prácticas mágico religiosas.

En este sentido, la práctica religiosa con mayor proporción es la protestante con un 35.94%, con un diagnóstico más frecuente de trastorno del estado del ánimo (bipolar) seguido del diagnóstico de esquizofrenia. En la población católica con un 29.69%, se observó que su diagnóstico más frecuente fue el trastorno del estado de ánimo (depresivo). En tercer lugar se encuentran los pacientes no creyentes con un 12.50%, donde se observaron más pacientes con neurodesarrollo y trastorno de comportamiento suicida, y trastorno del estado de ánimo. En la población de la pentecostal con un 6.26% se observó el único diagnóstico de trastorno de la personalidad. En la población practicante de brujería (6.26%) se vieron los trastornos del estado del ánimo como principal diagnóstico, a continuación seguidos por la adventista 4.69%, que obtuvieron un diagnóstico con mayor proporción de esquizofrenia. testigos de Jehová 3.13% y por ultimo panteísmo con un 1.56%.

Por último, se pudo valorar el tiempo y frecuencia de prácticas religiosa como factor relevante en las comorbilidades psiquiátricas.

Al respecto, se puede decir que el 59% de los pacientes, han desarrollado síntomas en los últimos 4 años, el 41% de los pacientes tiene de 0-9 años, en su respectiva práctica religiosa, por lo que no se ve una relevancia mayor entre el tiempo de práctica religiosa y el tiempo de la sintomatología.

En general, se puede decir que:

- La población protestante que participó en este estudio, mostro mayor proporción en la asistencia a la consulta psiquiátrica.
- La población que participó en este estudio fue en mayor proporción femenina.
- La población católica que participó en el estudio fue más propensa a presentar un trastorno depresivo mayor.
- La población protestante que participó en este estudio fue más propensa a presentar un trastorno bipolar.
- La población diagnosticada con trastorno del estado del ánimo en este estudio fue más propensa al uso de sustancias ilícitas.
- No se obtuvieron resultados que pudieran establecer el tiempo y frecuencia de práctica religiosa como factores influyentes en las patologías psiquiátricas.
- Se necesitan más estudios centrados en aspectos más específicos de la relación entre las creencias y practicas mágico religiosas y las patologías psiquiátricas.

X. Recomendaciones

- A las personas relacionadas con el sector salud, que lean este trabajo, se les recomienda tener en cuenta las creencias o prácticas religiosas en pacientes de consulta psiquiátrica, pues además de ofrecer información de sus estilos de vida, para así brindar un servicio más personalizado y dar un diagnóstico más preciso y eficiente.
- A las personas relacionadas con el campo de la investigación, se recomienda que repitan y amplíen este tipo de proyectos, debido a que en el presente trabajo se tomó una muestra reducida en comparación a grandes estudios que se han hecho respecto al tema, pero que no contaban con un contexto cultural tan significativo como el de la República Dominicana.
- Se recomienda a las instituciones competentes orientar a la población sobre los trastornos del orden psiquiátrico y sobre todo, tratar con dignidad, respeto y empatía a las personas que necesiten de asistencia psiquiátrica, así como a cualquier otro tipo de pacientes.

XI. Referencias

1. Tateyama, M.; Asai, M.; Hashimoto, M.; Bartels, M.; Kasper, S. - Transcultural study of schizophrenic delusions: Tokyo versus Vienna versus Tubingen (Germany). *Psychopathology* 31(2): 59-68, 1998.
2. Andrade, Manuel José. Folklore de la República Dominicana, 2009-2018 [citado 23 de agosto 2018] Instituto tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y Fundación Friedrich Ebert. Volúmen VII, Páginas 1-90.
3. Kendra Cherry, Freud and religión. Very Well Mind [internet]. 2018 [citado 23 de agosto 2018]. Disponible en: <https://www.verywellmind.com/freud-religion-2795858>
4. King, Michael Louise Marston, Sally McManus, Terry Brugha. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of english households. *The British Journal of Psychiatry* [internet]. 2013 [citado 23 ago 2018] 202(1): 68-73. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/religion-spirituality-and-mental-health-results-from-a-national-study-of-english-households/434CFF0E75402B578ED0149600BF55A4> -
5. Levin Jeff. Religion and mental health: theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies* [internet]. 2010 [citado 23 agosto 2018]. Disponible en: http://www.baylorisr.org/wp-content/uploads/levin_religion_mental_health.pdf -
6. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguelet P. Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull.* 2007 Sep;33(5):1238-46.
7. Lavoratto Neto G, et al Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Rev Bras Enferm.* 2018. [citado 23 agosto 2018] 71(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/30365801/?i=3&from=religion%20and%20psychiatry>
8. López, López María López Experiencia religiosa y psicopatología. *Actas Españolas de Psiquiatría* [internet]. 2012 [citado 23 ago 2018] 40(2). Disponible

en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/14/ESP/14-ESP-359106.pdf>

9. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguelet P. Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull.* 2007 Sep;33(5):1238-46.
10. Identidad Cultural y religiosidad popular, Carlos Andujar. ⁴
11. Alberto Barradas, El fanatismo religioso desde una perspectiva psicológica. *Psicovivir* [internet]. 2015 [citado 23 agosto 2018] <https://psicovivir.com/2015/01/07/el-fanatismo-religioso-desde-una-perspectiva-psicologica/>⁵
12. Victor Mopez, el fanatismo religioso podría deberse a una lesión cerebral. *Los Replicantes* [internet]. 2017 [citado 23 agosto 2018]. Disponible en: <https://www.losreplicantes.com/articulos/fanatismo-religioso-lesion-cerebral/>
13. Jairo Cardona, La religión como enfermedad mental. *Reflexiones Marginales* [internet]. 2007 [citado 23 agosto 2018]. Disponible en <http://reflexionesmarginales.com/3.0/la-religion-como-enfermedad-mental/>⁶
14. Siddle, R.; Haddock, G.; Tarrier, N.; Faragher, E. - Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 37(3):130-138, 2002^a.
15. Neeleman, J.; King, M.B. - Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88:420-424, 1993.
16. Organización Mundial de la Salud, Trastornos mentales. Organización Mundial de la Salud [internet]. 2017 [23 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
17. Schuster, M.A. *et al.* - A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine* 345:1507-1512, 2001.
18. Alberto Barradas, El fanatismo religioso desde una perspectiva psicológica. *Psicovivir* [internet]. 2015 [citado 23 agosto 2018]

19. Verghese, A.; John, J.K.; Rajkumar, S.; Richard, J.; Sethi, B.B.; Trivedi, J.K. - Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India: results of a two-year multicentre follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 154:499-503, 1989.
20. Szasz, Thomas. El segundo pecado. Alcor. Barcelona. 1992.
21. Educalingo, Pentecostal – Definición. [internet]. Disponible en: <https://educalingo.com/es/dic-es/pentecostal>
22. Bibliatodo Diccionario, Voodoo – Definición. [internet]. Disponible en: <https://www.bibliatodo.com/Diccionario-biblico/vudu>
23. Enciclopedismo, Evangelicalismo – Definición. [internet]. Disponible en: <https://enciclopedismo.com/evangelicalismo/>
24. Real Academia de la Lengua Española. Gran Diccionario de la Lengua Española, Catolicismo – Definición [internet]. 2009. Disponible en: <https://es.thefreedictionary.com/catolicismo>
25. MB-Soft, Adventismo – Definición [internet]. Disponible en: <http://mb-soft.com/believe/tsxtm/adventis.htm>
26. Filosofia, Panteismo – Definición [internet]. Disponible en: https://filosofia.idoneos.com/problemas_filosoficos/que_es_el_panteismo/
27. Libros Budistas, Budismo – Definición [internet]. Disponible en: <http://www.librosbudistas.com/budismo>
28. Bibliatodo Diccionario, Hechicería – Definición [internet]. Disponible en: <https://www.bibliatodo.com/Diccionario-biblico/hechiceria>
29. Christian Research Institute, Hank Hanegraaff, Wicca – Definición [internet]. Disponible en: <https://www.allaboutreligion.org/spanish/religion-wicca.htm>
30. Concepto Definicion, Brujería – Definición [internet]. 2017. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/brujeria/>
31. Bibliatodo Diccionario, Testigos de Jehová – Definición. [internet]. Disponible en: <https://www.bibliatodo.com/Diccionario-biblico/testigos-de-jehova>

32. República Dominicana. Sección I. Demografía Religiosa. [internet]. [Consultado el 20, diciembre, 2018]. Disponible en: <https://www.state.gov/documents/organization/132738.pdf>
33. Lake James. 12 de marzo 2012. Espiritualidad y Religión en Salud Mental: una revisión concisa de la evidencia. Psychiatric Times. [Internet Blog]. [Consultado el 15, diciembre, 2018]. Disponible en: <http://teoriasdelapersonalidad.blogspot.com/2012/03/espiritualidad-y-religion-en-salud.html>

XII. Anexos

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2018	
Selección del tema		Mayo
Búsqueda de referencias		Junio -
Elaboración del anteproyecto	2018	Julio
Sometimiento y aprobación		Agosto
Ejecución de las encuestas		Septiembre-
Tabulación y análisis de la información		Octubre
Redacción del informe		Noviembre
Revisión del informe	2019	Enero
Encuadernación		Febrero
Presentación	2019	Febrero

XII.2. Consentimiento informado

Título del estudio: relación entre prácticas mágico-religiosas y patologías psiquiátricas en pacientes nuevos que asisten a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier en el período mayo 2018 – agosto 2018.

Investigadores responsables: Mizael Pérez Mora y Raúl Fernández Paris.

Lugar donde se realizará el estudio: Departamento de Psiquiatría del Hospital Salvador B. Gautier.

Números de teléfonos asociados a la investigación: 809-903-5538.

Correo electrónico Investigador Responsable: dr.pereztapia32@hotmail.com

Usted ha sido invitado a participar en el presente estudio porque cumple con los criterios para está en el mismo. Este documento puede tener palabras que usted no entienda por, de ser así debe dirigirse al investigador para que le ayude a comprender; el propósito del consentimiento es informarle para que pueda decidir participar o no en el estudio.

Antes de que decida participar en el estudio lea el formulario, comprendiendo los propósitos de este y si antes o después de leer este documento no comprende puede preguntar sus dudas en absoluta confianza a los responsables de la investigación.

Si después de leer el consentimiento está de acuerdo en participar en el estudio, se solicitará que firme este consentimiento y se le dará una copia con fecha y firma.

PROPÓSITO Y OBJETIVO DEL ESTUDIO DEL ESTUDIO

Tiene como finalidad estudiar la relación entre las creencias y practicas mágico religiosas y los trastornos psiquiátricos en los pacientes nuevos de la consulta del Hospital Salvador B. Gautier.

BENEFICIOS

En este estudio no tendrán ningún beneficio económico los pacientes o los investigadores, sino que tendrán conocimientos científicos que sirvan tanto a especialistas de la salud, como a pacientes y familiares que padezcan enfermedades psiquiátricas.

RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO

A juicio de los investigadores el estudio no implica ningún tipo de riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ninguna naturaleza.

COSTOS

El estudio no tendrá costos adicionales, el procedimiento que se va a hacer será de rutina cómo se maneja en toda consulta, este estudio solo recogerá las informaciones proporcionadas por los pacientes y sus familiares presentes.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE IDENTIDAD

Los datos almacenados para llevar a cabo el estudio no tienen nombre ni identificación, por lo cual su identidad quedará protegida y estos datos solo serán manejados por los investigadores y médico de consulta; apegándonos a las normas del Comité Ético y Científico de este Centro, así como el Departamento de Enseñanza del mismo.

VOLUNTARIEDAD

Su participación en este proyecto es voluntaria puede o no participar y esto no afectara la atención que pueda recibir en este centro. Puede retirarse en cualquier momento de la investigación, sin ningún tipo sanción.

PREGUNTAS

Cualquier pregunta que tenga debe ir donde el investigador para que aclare sus dudas.

Usted podrá solicitar información relacionada con el proyecto de investigación en el momento que lo estime al Investigador Responsable, buscar los números telefónico y correo de encabezado. Después de leer y entender el propósito del estudio, si es su voluntad participar firme la siguiente autorización.

**YO _____ DESPUES DE
SER INFORMADO(A), SOBRE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
SUSTENTADOS POR MIZAEEL PÉREZ MORA Y RAÚL FERNÁNDEZ PARIS;
AUTORIZO PARA SER PARTICPE DEL MISMO; TENIENDO EN CUENTA QUE
PUEDO SUSPENDER MI PARTICIPACION EN CUAL QUIER MOMENTO.**

FECHA _____

XII.3. Instrumento de recolección de datos



El presente cuestionario tiene la finalidad de recolectar datos que contribuyan a estudiar la relación entre las prácticas mágico religiosas y las patologías psiquiátricas en pacientes nuevos que acudan a la consulta de psiquiatría del Hospital Salvador B. Gautier. Estos datos servirán para el trabajo de grado con miras a la obtención del título Doctor en Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Las respuestas obtenidas en este cuestionario serán tratadas de manera confidencial, por lo que esperamos se apeguen a su realidad. Muchas gracias de ante mano por su colaboración.

- Autorizo a llenar el formulario

Firma _____

- No autorizo llenar el formulario

Firma _____

1. Datos Sociodemográficos.

- Sexo: F M
- Edad:
- Estado Civil:
- Ocupación

2. Hábitos tóxicos:

Tabaco	
Café	
Té	
Alcohol	

Otros (Especificar): _____

3. Aspectos clínicos.

- Antecedentes patológicos:
- Antecedentes patológicos familiares:
- Antecedentes patológicos psiquiátricos:
- Antecedentes patológicos psiquiátricos familiares:

- Antecedentes quirúrgicos:
- Tiempo de inicio de los síntomas psiquiátricos actuales:
- Trastorno psiquiátrico:

Esquizofrenia		Ideación suicida	
Trastornos del estado de ánimo bipolar.		Trastorno psicótico	
Trastorno depresivo mayor		Trastornos psiquiátricos secundario a enfermedad sistémica	
Trastorno obsesivo compulsivo		Trastorno alimenticio	
Trastorno límite de la personalidad		Trastorno esquizoafectivo	

Otro (Especificar): _____

4. Aspectos mágico religioso.

- Prácticas religiosas, culturales, místicas o espirituales (especificar):

Católica		Budismo	
Protestante		Testigo de Jehová	
Adventista		Panteísmo	
Pentecostal		Vudismo	

Otros (Especificar): _____

- Tiempo en dicha doctrina o práctica mágico/religiosa:
- Frecuencia con la que ejerce, práctica o se congrega en dicha doctrina o práctica mágico/religiosa:

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas		240.
Papel Mastique	1 resmas	80.00	00
Lápices	2 unidades	180.	540.
Borras	2 unidades	00 3.00	00
Bolígrafos	2 unidades	4.00	36.0
Sacapuntas	2 unidades	3.00	0
Computador Hardware:			24.0
Pentium III 700 MHz; 128 MB RAM;		3.00	0
20 GB H.D.;CD-ROM 52x			36.0
Impresora HP 932c			0
Scanner: Microdesk 3700			18.0
Software:			0
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omni page Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0		600.	
Presentación:		00	
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data		75.0	
Proyector		0	1,20
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades		0.00
Calculadoras	2 unidades		150.
			00
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas			
(ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200		420.00
Encuadernación	copias	00.35	960.00
Alimentación	12		1,200.00
Transporte	informes	80.00	5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción del anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Imprevistos			
Total			\$11,824.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.5. Respuestas recolectadas mediante el instrumento de recolección de datos

Sexo	Estado civil	Edad2	Ocupación	Hábitos tóxicos	Antecedentes patológicos	Antecedentes patológicos familiares	Antecedentes patológicos psiquiátricos	Antecedentes patológicos psiquiátricos familiares	Antecedentes quirúrgicos	Medicación actual	Inicio de los síntomas psiquiátricos actuales	Práctica religiosa	Tiempo de práctica religiosa	Frecuencia semanal de práctica	Cantidad de practicantes en el hogar	Diagnostico actual
Masculino	Soltero	48	Pensionado	Negados	Diabetes y Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Carbamacepina	30	Protestante	3	3	1	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Masculino	Soltero	71	Desempleado	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Hernia hiatal	Negados	2	Católico	71	1	3	Trastornos neurocognitivos
Femenino	Soltero	22	Desempleado	Café	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Cesarea	Aloperidol	6	Protestante	1	3	2	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	30	Desempleado	Negados	Diabetes	Diabetes	Negados	Negados	Negados	Negados	6	Católico	1	0.5	2	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Casado	68	Construcción	Alcohol	Hipertensión arterial	Diabetes	Negados	Negados	Negados	Losartan	23	Protestante	30	0	2	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
Femenino	Viuda	47	Secretaria	Café	Asma	Hipertensión arterial y ACV	Trastornos del Estado de Animo	Negados	Histerectomía	Negados	15	Católico	5	2	2	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	38	Ama de Casa	Alcohol y Tabaco	Negados	Negados	Trastornos del Estado de Animo y Trastorno de comportamiento suicida	Negados	Negados	Negados	2	Pentecostal	0.33	2	3	Trastornos de la personalidad
Masculino	Soltero	36	Comerciante	Café y Sustancias ilícitas	Negados	Hipertensión arterial	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y Trastorno de comportamiento suicida	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Extracción de quiste	Ridona , Dormital y Litio	8	Protestante	8	2	1	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Femenino	Viuda	83	Ama de Casa	Café y té	Hipertensión arterial	Negados	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Negados	Decanoato de flufenacil. Antihertensivo	10	Protestante	20	7	2	Trastorno psiquiátrico no especificado
Masculino	Soltero	37	Comerciante	Alcohol	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	0.08	Negados	1	2.5	2	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Soltero	32	Profesor	Negados	Negados	Hipertensión arterial	Trastornos del Estado de Animo	Trastornos del Estado de Animo	Negados	Litio	13	Protestante	28	7	3	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Unión libre	50	Construcción	Café	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Negados	Difenidramina	0.67	Católico y brujería	50 y 0.5	2 y 2.5	6 y 1	Trastorno psiquiátrico no especificado
Femenino	Viuda	54	Ama de Casa	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Extracción de quiste	Negados	0.42	Católico	54	1	4	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Soltero	48	Desempleado	Café y té	Epilepsia, meningitis y ACV	Diabetes y Hipertensión arterial	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Negados	Negados	Inopan	0.08	No creyente	N/A	N/A	0	Trastornos del neurodesarrollo
Femenino	Soltero	32	Desempleado	Café	Negados	Diabetes y Hipertensión arterial	Negados	Negados	Amigdalectomía	Alendronato	6	Adventista	0.50	2	2	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Femenino	Viuda	76	Ama de Casa	Tabaco	Asma	Asma	Negados	Demencias	Cesarea	Hidroclorotazida	7	Protestante	50	7	2	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
Femenino	Viuda	68	Desempleado	Café	Diabetes y Hipertensión arterial	Diabetes	Trastornos del Estado de Animo	Negados	Amputación del primer arto de la mano derecha	Negados	0	Protestante	68	6	3	Trastornos mentales debido a enfermedad médica
Masculino	Soltero	27	Comerciante	Negados	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Negados	2	Protestante	27	3.5	2	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Femenino	Unión libre	27	Desempleado	Café	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Negados	0.33	Católico	27	2	1	Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos
Femenino	Casado	54	Ama de Casa	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	2	Protestante	14	3	1	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Viuda	51	Desempleado	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Negados	Loratadina	2	Protestante	2	2	1	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Unión libre	47	Desempleado	Alcohol y Café	Asma	Asma	Negados	Negados	Negados	Negados	6	Católico	8	2	1	Trastornos mentales debido a enfermedad médica
Masculino	Soltero	28	Conserje	Negados	Negados	Negados	Trastornos de neurodesarrollo	Negados	Negados	Haloperidol, Carbamazepina	28	No creyente	N/A	N/A	0	Trastornos del neurodesarrollo

Sexo	Estado civil	Edad2	Ocupación	Hábitos tóxicos	Antecedentes patológicos	Antecedentes patológicos familiares	Antecedentes patológicos psiquiátricos	Antecedentes patológicos psiquiátricos familiares	Antecedentes quirúrgicos	Medicación actual	Inicio de los síntomas psiquiátricos actuales	Práctica religiosa	Tiempo de práctica religiosa	Frecuencia semanal de práctica	Cantidad de practicantes en el hogar	Diagnostico actual
Femenino	Soltero	21	Desempleado	Negados	Negados	Negados	Trastornos del Estado de Animo y Trastornos de la personalidad	Trastornos de neurodesarrollo	Negados	Haloperidol	21	Panteísmo	21	0	1	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Soltero	22	Desempleado	Alcohol	Negados	Negados	Negados	Demencias	Negados	Negados	1	Protestante	2	2	2	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	47	Desempleado	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	3	No creyente	N/A	N/A	0	Trastornos del neurodesarrollo y Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Femenino	Soltero	69	Desempleado	Café y té	Hipertensión arterial y ACV	Hipertensión arterial	Trastornos del Estado de Animo	Negados	Tiroidectomía	Negados	0.25	Católico	60	2	2	Demencias
Femenino	Soltero	31	Enfermera	Café y té	Negados	Negados	Negados	Negados	Cesarea	Negados	2	Protestante	25	3	1	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Unión libre	68	Pensionado	Alcohol, Café y Tabaco	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Histerectomía	Negados	4	Protestante	5	1	1	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
Masculino	Soltero	26	Desempleado	Sustancias ilícitas	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Negados	0.08	Católico	20	0	0	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Soltero	20	Estudiante	Negados	Epilepsia y meningitis	Hipertensión arterial	Trastorno de comportamiento suicida	Negados	Circuncisión y hernia inguinal	Ketapina	2	No creyente	N/A	N/A	0	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Soltero	21	Empacador	Sustancias ilícitas	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	2	Protestante	1	2	5	Trastorno de comportamiento suicida y Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	38	Ama de Casa	Té	ACV	Negados	Negados	Negados	Colecistectomía	Pregabalina, Omeprazole, Aspirina y Amlodipina	5	Protestante	4.5	2	2	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Viuda	63	Ama de Casa	Té	Diabetes, Hipertensión arterial y ACV	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	23	Pentecostal	20	4	1	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	46	Ama de Casa	Café y té	ACV	Negados	Negados	Negados	Cesarea	Aspirina y rosuvastatina.	0.08	Pentecostal	0.25	3	1	Trastornos del neurodesarrollo
Femenino	Soltero	56	Desempleado	Café y Tabaco	Negados	Negados	Negados	Negados	Accidente automovilístico	Difenidramina y Ridona	16	Católico	0.25	0	2	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Unión libre	32	Ama de Casa	Alcohol y Café	Negados	Negados	Negados	Negados	Cesarea	Negados	6	Testigo de Jehová	1	2	4	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Unión libre	23	Conductor	Sustancias ilícitas	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	2	Protestante	2	1	5	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Unión libre	62	Desempleado	Negados	Diabetes	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Risperidona y Fendramin	0.25	No creyente	N/A	N/A	0	Trastorno de comportamiento suicida
Femenino	Soltero	57	Ama de Casa	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Histerectomía	Negados	2	Protestante	57	3	1	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Masculino	Casado	38	Construcción	Negados	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Amlodipina	0.25	Católico	38	1	2	Trastornos del sueño-vigilia
Masculino	Soltero	28	Conductor	Alcohol	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	15	Católico	28	1	2	Trastorno o-compulsivo y los relacionados
Femenino	Soltero	39	Comerciante	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	12	No creyente	N/A	N/A	0	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Casado	65	Secretaria	Alcohol	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Risperidona	20	Pentecostal	10	7	1	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	35	Ama de Casa	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Sedocil	0.50	Testigo de Jehová	3	1	2	Trastornos del sueño-vigilia y Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
Femenino	Viuda	75	Pensionado	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Colecistectomía	Negados	3	Católico	75	7	1	Trastornos neurocognitivos
Femenino	Casado	53	Ama de Casa	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Histerectomía	Ridona y Fendramin	5	Católico	53	2	1	Trastorno psiquiátrico no especificado
Femenino	Casado	58	Ama de Casa	Negados	Asma	Negados	Negados	Negados	Histerectomía	Negados	12	Católico y brujería	18 y 25	2 y 1	1 y 0	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	59	Ama de Casa	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	34	Católico	59	2	1	Trastornos del Estado de Animo

Sexo	Estado civil	Edad2	Ocupación	Hábitos tóxicos	Antecedentes patológicos	Antecedentes patológicos familiares	Antecedentes patológicos psiquiátricos	Antecedentes patológicos psiquiátricos familiares	Antecedentes quirúrgicos	Medicación actual	Inicio de los síntomas psiquiátricos actuales	Práctica religiosa	Tiempo de práctica religiosa	Frecuencia semanal de práctica	Cantidad de practicantes en el hogar	Diagnostico actual
Femenino	Soltero	31	Enfermera	Alcohol y Tabaco	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	0.50	Católico	1	3	1	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Soltero	36	Desempleado	Negados	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Haloperidol	10	Protestante	36	6	1	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Masculino	Soltero	25	Estudiante	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Apendicectomía	Negados	1	Católico	25	2	1	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	28	Estudiante	Sustancias ilícitas	Negados	Diabetes y Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Negados	2	Protestante	3	2	1	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Casado	62	Comerciante	Alcohol y Tabaco	Negados	Negados	Trastorno de comportamiento suicida	Negados	Negados	Negados	4	Protestante	25	3	1	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	22	Estudiante	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	2	Adventista	22	3	1	Trastorno psiquiátrico no especificado
Masculino	Casado	26	Comerciante	Alcohol, Café y Tabaco	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	0.58	Protestante	2	3	1	Trastornos del Estado de Animo
Masculino	Casado	36	Desempleado	Tabaco	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	0.33	Brujería	36	0	1	Trastorno psiquiátrico no especificado
Femenino	Casado	56	Ama de Casa	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Cesarea	Negados	Negados	No creyente	N/A	N/A	1	Trastornos del sueño-vigilia
Masculino	Soltero	40	Conductor	Tabaco	Negados	Diabetes	Negados	Negados	Negados	Negados	0.33	No creyente	N/A	N/A	1	Trastorno de comportamiento suicida
Femenino	Casado	72	Ama de Casa	Negados	Diabetes y Hipertensión arterial	Diabetes y Hipertensión arterial	Negados	Negados	Cesarea y Apendicectomía	Negados	5	Protestante	30	3	1	Trastornos del Estado de Animo
Femenino	Soltero	45	Secretaria	Negados	Hipertensión arterial	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	0.58	Católico	45	2	1	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Masculino	Soltero	23	Desempleado	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	Negados	negados	2	Adventista	23	3	1	Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

XII.6 Evaluación

Sustentantes:

Mizael O. Pérez Mora

Raúl Fernández Paris

Asesores:

Dr. Alejandro Uribe
(Metodológico)

Dra. Claridania Rodríguez
(Clínico)

Jurado:

Autoridades:

Dr. Eduardo García
Director Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____