

Funes, Mariángeles; Sarudiansky, Mercedes

LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA IGLESIA CATÓLICA. ASPECTOS  
SOCIALES, ESPIRITUALES Y MORALES EN UN SERVICIO PSICOEDUCATIVO

Mitológicas, vol. XXIV, 2009, pp. 29-44

Centro Argentino de Etnología Americana  
Argentina

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14615300002>



*Mitológicas*

ISSN (Versión impresa): 0326-5676

[caea@sinectis.com.ar](mailto:caea@sinectis.com.ar)

Centro Argentino de Etnología Americana  
Argentina

## LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA IGLESIA CATÓLICA. ASPECTOS SOCIALES, ESPIRITUALES Y MORALES EN UN SERVICIO PSICOEDUCATIVO

Mariángeles Funes\* y Mercedes Sarudiansky\*\*

**Summary:** In this paper we conduct the study of *Healing Social Network*, an NGO which provides psycho-educational service for the prevention and treatment of problems such as anxiety and depression, inspiring their mission in the model of Jesus, the Good Samaritan. The goal we have set is to investigate the relationships established between the sacred and health care -especially mental health- and analyze the resolution of problems through the official medicine in connection with the Catholic Church. We will also use the testimony of a user of the network in order to investigate the interaction between health practices related to physical, spiritual and moral states from the perspective of those who use this psychoeducational service.

*Key words:* mental health, health care, Catholic Church

### Introducción

En la sociedad colonial las normas sanitarias se encontraban estrechamente vinculadas con los rituales religiosos y constituían normas que encontraban su origen en la Iglesia y el poder político. Pero a partir de fines del siglo XIX la racionalidad científica se impuso e inicia un proceso de separación del Estado y la Iglesia. Es por esta razón que el proceso de medicalización deviene de la secularización iniciada en el marco de la transición postcolonial<sup>1</sup>.

La sociedad “religiosa” reconstruyó su herencia cristiana y a partir del reconocimiento de principios seculares la Iglesia cambió. La medicalización de la atención de la salud fue manifestación de la salida lenta y negociada del paradigma teológico, que imperaba en la Argentina colonial, hacia una organización jurídica y biopolítica. En este contexto el higienismo y sus pautas morales fueron los pilares en los que

se ampararon disciplinas como la higiene pública, la medicina social y la criminología, seguidas por reformas políticas y religiosas que instalaron el liberalismo, el catolicismo social y el socialismo.

El proceso de secularización implicó el consenso del saber biomédico que redefinió el concepto de enfermedad, sus causas, los síntomas y la terapéutica, comprendiendo una reelaboración de la idea del cuerpo. Este proceso fue asumido desde el Estado a partir de las recomendaciones de los médicos higienistas, politizando a la enfermedad y seleccionando problemáticas y dolencias a partir de los efectos que éstas generaban en la comunidad, evaluando el alcance de su peligrosidad para el orden del bien común y determinando las acciones terapéuticas más convincentes en función de los recursos disponibles (Krmptotic, 2006; Vallejo y Miranda, 2007).

En el marco de la consolidación del Estado moderno y de una incipiente economía

\* Centro Argentino de Etnología Americana e IUNA (Argentina). E-mail: angiefunes@hotmail.com

\*\* Centro Argentino de Etnología Americana - CONICET y UNSL (Argentina). E-mail: msarudi@gmail.com

capitalista en la Argentina, la biomedicina intentó imponerse y neutralizar otros sistemas de creencias, en particular sobre la fuerte presencia de una concepción cristiana (hispano-católica) que concebía a la enfermedad en relación con el sufrimiento, el pecado y el mal. Sin embargo, Le Breton (2002) señala que el hecho de que se siga recurriendo a concepciones y prácticas terapéuticas que se consideran “supersticiosas” sirven como evidencia de la mixtura a lo largo del tiempo de diversos modelos de atención de la salud y de su eficacia terapéutica, sin que ello implique una adhesión conciente y lógica.

Las disposiciones tuvieron al comienzo un notorio énfasis en la lucha anti-epidémica, pero luego se volcaron hacia un asistencialismo abocado a la construcción de redes Estatales de asistencia social que ayudó a traducir en términos médicos una multiplicidad de relaciones sociales y familiares.

El objetivo que nos hemos planteado para la redacción de este artículo es analizar las representaciones sociales que fundan y dan sentido a un modelo de tratamiento gratuito psico-educativo, que establece relaciones entre lo sagrado y la atención de la salud por medio de la medicina oficial en vinculación con la Iglesia Católica, para alcanzar la resolución de problemas asociados a los trastornos de ansiedad y la depresión.

### **Psicología, salud mental y creencias religiosas**

Los desarrollos de la psicología y de sus modalidades terapéuticas no se encuentran aislados de las corrientes de pensamiento y de cada momento histórico al que han

pertenecido. Cuestiones tales como el concepto de persona e individuo, así como también las diferentes formas de concebir la salud, la enfermedad y la cura, han atravesado de manera constante los distintos modelos psicológicos y terapéuticos. Por ejemplo, las primeras corrientes de pensamiento que impulsaron el advenimiento y desarrollo de las psicoterapias se respaldaban en la concepción del individuo moderno, relacionado con las ideas de racionalidad y progreso (Kriz, 2002). De hecho, el psicoanálisis y el conductismo -dos de las corrientes más dominantes en psicología del siglo XX-, eran coherentes con el modelo mecanicista y racional de la modernidad. El psicoanálisis, por su parte, denominaba a la mente como un conjunto de representaciones ligadas a un monto de afecto, llamado “aparato psíquico” (a partir de lo cual podemos inferir las influencias del modelo mecanicista) y postulaba que el núcleo del padecimiento humano (en los primeros desarrollos, particularmente la histeria y la neurosis obsesiva) se debía a los efectos de un sistema -el inconsciente-, que generaba efectos en los sujetos. El padecimiento se producía por el conflicto entre este sistema inconsciente y el preconscious-consciente<sup>2</sup>. El objetivo del proceso psicoanalítico suponía desentrañar otra realidad psíquica del individuo, por medio del análisis (de allí el nombre de “psicoanálisis”) y someterlo a la lógica del “proceso secundario”, ligada a lo que se denominó “principio de realidad” (Laplanche y Pontalis, 1981).

El conductismo, por su parte, tomaba en cuenta el planteo de una teoría reduccionista, atomista y determinista del ser humano en términos de estímulo-respuesta, considerando a la mente como “caja negra” -esto es,

imposible de ser estudiada empíricamente-, lo cual era coherente con la concepción del sujeto y con la metodología necesaria para la aplicación de la ciencia moderna.

A medida en que las ciencias de la salud fueron dominadas por las perspectivas naturalistas, biologicistas y positivistas, el aspecto espiritual de la naturaleza humana fue considerado por los psicólogos como inmaterial y así, por definición, un tópico impropio para la investigación científica (Miller y Thoresen, 2003). De hecho, en lo que se refiere al campo de investigación, se ha considerado que la religiosidad y la espiritualidad no pueden y no deben ser estudiadas científicamente, por no ser áreas legítimas de la investigación en salud. Esto es a su vez coherente con el hecho de que las variables religiosas no aparezcan en las reseñas metodológicas y en los resultados de las investigaciones.

En efecto, dentro de las discusiones planteadas en torno a la salud mental, muchas veces se ha hecho caso omiso respecto de la implicación de las variables religiosas y espirituales (Thielman, 2009). Ciertos autores (p.ej. Moreira-Almeida et al, 2006) atribuyen que cuando se relacionan los aspectos religiosos con las disciplinas psicológico-psiquiátricas, cuestiones relacionadas con el prejuicio y el escepticismo, han llevado a acentuar esta discrepancia y a invisibilizar los puntos en común que podrían tener estas dos posturas.

Concretamente desde las teorías psicológicas más orientadas hacia la práctica clínica, la inclusión de la religiosidad y la espiritualidad también ha sido dejada de lado por los profesionales de la salud mental, al menos hasta las últimas dos décadas, justamente por ser considerada como

irracional u obsoleta (Ellis, 1988). Esto ha llevado entonces a limitar su inclusión dentro de los tratamientos para los trastornos mentales, ya sea como un instrumento o como un aspecto del sujeto válido a considerar tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Desde el psicoanálisis, por ejemplo, la religión estaba asociada con un mecanismo de defensa inapropiado que inducía a quitarle valor a la vida y a distorsionar la representación del mundo real de manera ilusoria (Freud, 1927). Autores más actuales y de otras corrientes psicológicas, como es el caso del citado Albert Ellis, han considerado que la religiosidad de las personas generan efectos negativos sobre las emociones (Ellis, 1988) y, por ende, sobre la salud mental de las personas. Sin embargo, como veremos posteriormente, ésta no es una postura homogénea, ya que otros autores sugieren que la religiosidad es un constructo complejo que, no sólo tiene incidencia en la salud mental de las personas (James y Wells, 2003), sino que debe ser tenida en cuenta a la hora de conceptualizar un tratamiento psicológico o psiquiátrico.

En efecto, existen investigaciones que evidencian que algunos psicólogos clínicos no sólo tienen en cuenta las variables religiosas de sus pacientes, sino que también utilizan recomendaciones terapéuticas que incluyen aspectos de la religión de quienes atienden, entre otras cuestiones (Shafranske y Maloney, 1990).

En estas discusiones, en particular aquéllas que atañen a si las creencias y prácticas religiosas tienen incidencia en la salud mental y en la presencia de trastornos psicológico-psiquiátricos, existen diferentes posturas.

Koenig (2005), por ejemplo, sostiene que desde el sentido común se puede pensar que

la religión puede acarrear cuestiones ligadas con la culpa y el remordimiento, lo cual puede ser un factor negativo en lo que hace al bienestar del estado de ánimo del individuo. Sin embargo, también agrega que existen datos respecto de que la religión puede prevenir la depresión o facilitar su resolución (2005:91) A su vez expone que, en lo que hace a la presencia de trastornos de ansiedad, por ejemplo, de un meta-análisis de 69 estudios observacionales, la mayoría de éstos (35) establecieron que había menor presencia de ansiedad y miedos entre personas religiosas, 24 no encontraron relación alguna y 10 sostenían que la ansiedad y los miedos eran mayores (*ibid*:83).

Asimismo, algunos estudios realizados en los Estados Unidos avalan la hipótesis de que los individuos con creencias religiosas son físicamente más sanos, llevan estilos de vida más saludables y requieren menos servicios de atención de salud (Hummer et al, 1999).

Estas cuestiones nos dan cuenta de que variables tales como la religiosidad y la espiritualidad son un objeto de estudio incipiente en las cuestiones de la salud mental, y que de manera creciente se encuentran cada vez más incluidas en las investigaciones, la clasificación y conceptualización de las enfermedades mentales, así como también las modalidades de atención.

A continuación se abordará el caso de la Red Social Sanar, ONG que presta un servicio psico-educativo para la prevención y tratamiento de la salud mental, inspirando su misión en el modelo de Jesús, buen samaritano, el cual consideramos como un buen ejemplo respecto de los modos en que se entrecruzan, en la actualidad y en nuestro contexto, cuestiones tales como la enfermedad mental, la asistencia psicológica

y las instituciones y prácticas religiosas.

### **La Red Sanar: una cura integral multidimensional**

La Red Sanar (de ahora en más “La Red”) es una Organización No Gubernamental<sup>3</sup> creada en 1994 que trabaja en la prevención y asistencia de los trastornos de la ansiedad, el distrés, el estrés postraumático, la fobia, el pánico, el trastornos obsesivo compulsivo y la depresión a través de un programa psicoeducativo, organizado en seis niveles que intentan proporcionar al paciente una cura integral multidimensional en los aspectos físicos, emocionales, mentales, sociales y espirituales. Su fundador y director es el Dr. Roberto Ré, médico especialista en psiquiatría.

A partir de datos recogidos en su sitio web ([www.redsanar.org](http://www.redsanar.org)) y de su página en redes sociales de amplia difusión en nuestro país, podemos observar que sostiene que aproximadamente 380.000 personas se han recuperado gratuitamente con el tratamiento psicoeducativo planteado por el Dr. Roberto Ré y que esta organización cuenta con alrededor de 50 filiales en Argentina y delegaciones en Brasil, México, Bolivia y Chile.

La Red cuenta actualmente con 500 voluntarios y 70 profesionales de la salud, que son acompañados por un coordinador que suele ser un párroco de la iglesia en la que se realizan los encuentros, una religiosa, un profesional de la salud (preferentemente médicos, psicólogos y psicólogos sociales), o un laico fuertemente comprometido en su labor pastoral. A los mismos se los instruye en un programa de entrenamiento y capacitación al que se accede de manera

gratuita, cuyas características pasaremos a desarrollar más adelante.

El tratamiento propuesto se encuentra estructurado en seis niveles, de los cuales los cuatro primeros se dedican al tratamiento de los problemas que planteen los integrantes del grupo y los últimos dos se orientan a la formación del voluntariado y su articulación en el sistema como líderes de grupo.

Para acceder a la Red, los individuos que solicitan atención tienen que pasar por una entrevista de admisión, que por lo general se encuentra a cargo de profesionales de la salud y la salud mental. A partir de esta entrevista, se determina si la persona se encuentra dentro del grupo de personas a las cuales la red propone tratamiento. Las problemáticas que se incluyen, como hemos señalado anteriormente, son aquéllas que se vinculan con la depresión y la ansiedad. Luego se comienza el trabajo sobre el problema, a partir de la derivación a grupos de intervención, en los que *“se aprenderá a controlar y confrontar el estrés”* y que incluye, por ejemplo, un módulo de reestructuración cognitiva y comportamental. Estos dispositivos grupales, que se dividen en dos niveles, incluyen desde aspectos psico-educativos hasta modalidades de resolución de problemas y asertividad, los cuales son coherentes con los modelos de atención psicoterapéutica basados en la terapia cognitivo-conductual de Aaron Beck (Beck et al, 1983). En el siguiente nivel se fomenta la autoevaluación y el fortalecimiento de los vínculos y la integración de la familia en la recuperación del usuario.

En cuanto a los dos últimos niveles, se dedican específicamente a la formación de voluntarios a través del dictado de seminarios intensivos, de modalidad teórico-prácticos,

con una duración de 120 horas reloj y aprobados bajo una evaluación final. Sus objetivos se centran en la formación de líderes comunitarios y en una *“Escuela para padres”*, en convenio con el Instituto de Droga-dependencia de la Universidad del Salvador, ente donde se fomentan aspectos tales como *“Personas sanadas y saneadas”*, el entrenamiento en *“habilidades múltiples”*, uso activo del conocimiento para el capital social de la comunidad, *“para que puedan emprender con criterio estrategias personales y comunitarias”*, concluyendo su formación con la realización de pasantías en los talleres de la Red.

Los contenidos del mismo versan en torno a temas de antropología y filosofía, promoción y prevención de la salud, el espectro de la ansiedad-depresión, estrategias y tácticas de asistencia y de acompañamiento, psico-educación, terapia cognitiva comportamental, integración y resiliencia y organización de redes preventivas y asistenciales.

El trabajo voluntario en esta organización se rige por el principio de propiciar la vida, desde su inicio en la concepción hasta la definitiva y natural finalización, la persona en su dignidad y la salud en la búsqueda del bienestar y la calidad de vida. Se suman como voluntarios a aquellas personas recuperadas de trastornos de ansiedad y depresión, porque desde la ayuda a otros pueden también ayudarse a sí mismos en su recuperación. Con respecto a lo señalado podemos referirnos a los teólogos y médicos que durante la década del 60', y posteriormente filósofos, médicos y abogados se detuvieron a reflexionar en los principios éticos y legales que guiaban la toma de decisiones acerca de la salud con los pacientes y sus familias. Así -como señalan Luna y Salles (1995)- las discusiones

bioéticas giraron en torno de las decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto, formas artificiales de sostenimiento de la vida, y otros temas de ética médica. Por su parte, Gilligan (1982) introduce la cuestión de género al advertir que la filosofía moral tradicional ha dejado de lado el valor de sentimientos como la compasión, el cariño y el interés por el otro, aspectos que se vivencian en la experiencia femenina, distinta de la masculina. Así distingue dos tipos de enfoques en la interpretación de problemas morales: el de la “justicia”, que enfatiza principios abstractos y reglas universales, y el del “cuidado”, que se concentra más en los sentimientos y las relaciones interpersonales. Abona de esta manera el terreno de la discusión moral a partir de dimensiones como las emociones en la vida cotidiana, cuyos principios deben ser valorados a partir de la importante misión de ayudarnos no sólo a responder de manera apropiada a los demás, sino también a percibir la dimensión moral de las situaciones con las que nos enfrentamos.

En su página de Internet pudimos acceder al Decálogo del Voluntario. En él se observa una vinculación estrecha entre los valores del catolicismo y la práctica psico-socio-educativa que se propone la red: la confraternidad, la ayuda comunitaria y el asistencialismo, actividad que, como señalamos anteriormente, históricamente se encuentra relacionada a la ayuda que brindan los laicos y religiosos a los profesionales de la salud.

En sus talleres los especialistas promueven la confraternidad y la ayuda mutua, así como la formación psico-socio-educativa en valores y espiritualidad para alcanzar la integración progresiva del paciente a la comunidad. La orientación profesional intenta que el paciente aprenda a defenderse por sí

mismo de los males que lo apremian pero en un marco de contención comunitario como es la Parroquia.

A su vez podemos también observar cómo la participación no se piensa sólo puertas adentro sino que es planteada como una responsabilidad ciudadana pensada desde el asistencialismo con el fin de mejorar la calidad de vida de quienes son beneficiarios de estas actividades.

También se motiva el uso de tecnologías de información y comunicación digitales para facilitar la circulación de información entre los miembros del grupo que actúan como voluntarios. Participando activamente de la red comunitaria que les permite la planificación y desarrollo de programas estratégicos para concretar los fines que se propone la Red. Esperando que el voluntario se encuentre atento a complementar la labor profesional y los alivie de manera efectiva en las necesidades que surjan.

De la misma manera, si nos detenemos en el Ideario Educativo de la Red, encontramos una valoración por el cuerpo saludable cultivado por medio de hábitos higiénicos: se aprecia el amor a la naturaleza y a Dios, se promueve el desarrollo de una vida comunitaria y familiar, se estiman a las ciencias, el arte y la técnica y se consagra la figura de Cristo como guía espiritual para la realización de una vida moralmente cristiana que colabora con la misión evangelizadora de la Iglesia Católica. Considerando al hombre en diversas dimensiones se distingue la Dimensión Física, la Dimensión Afectiva, la Dimensión Cognitivo-Mental, la Dimensión Comunitaria-Social, la Dimensión Ético-Valorativa y la Dimensión Espiritual.

Para entender la imbricación entre las prácticas vinculadas a la salud física, espiritual

y moral que aparecen en el Ideario de la Red, debemos detenernos en el desarrollo de la eugenesia en Argentina y para ello es necesario revisar la estructura de relaciones constituidas entre distintos actores sociales (Avarez Peláez, 1999; Vallejo, 2005; Krmptic, 2006, O'Lery, 2007). Los postulados eugenésicos estuvieron presentes en el diseño sanitario, educativo e ideológico y fueron esbozados con una fuerte impronta de los preceptos de la Iglesia Católica, que interactuó como una voz más en el debate para el establecimiento de numerosas medidas eugenésicas durante el siglo XX.

La biotipología pendeana<sup>4</sup>, recibió adhesión entre los miembros de la Iglesia Católica, con el propósito de unificar y disciplinar a las agrupaciones del laicado católico.

La revista *Criterio* fue uno de los medios más representativos del catolicismo argentino. En la misma se informa sobre el Segundo Congreso Internacional de Médicos Católicos, que se llevó a cabo del 28 de mayo al 3 de junio de 1936 en la ciudad de Viena, y en el que se concluyó que la eugenesia “verdadera”<sup>5</sup> se ajusta a la doctrina católica y merece el apoyo de los médicos católicos e incita a su promoción en todos los países (Petrus Canisius, 1936).

A su vez debemos detenernos sobre la cuestión educativa que se hace manifiesta en el Ideario Psico-educativo de la Red y del que también podemos encontrar sus raíces en el tema que venimos desarrollando, ya que dentro de los preceptos eugenésicos resultaba necesario “*educar la voluntad y el carácter para mantener al hombre dentro del orden moral y del orden biológico*” (Cafferata, 1935). En el pensamiento eugénico de la Iglesia se le otorga importancia al ambiente

del individuo que se está educando y a su formación moral, específicamente en el ambiente familiar y a los estímulos que de la misma recibe. Partiendo de la idea de que la persona puede ser determinada por el ambiente, hay ambientes mejor preparados que otros para forjar las características “deseables” (como por ejemplo las parroquias, lugares recurrentes de encuentros para quienes participan en la Red). Y se ve en los profesionales de la salud, el clero, las religiosas y los fieles católicos con un fuerte compromiso con la institución religiosa como las personas más capacitadas para impartir conocimientos y consejos sobre estas cuestiones.

Para llegar a un análisis profundo del tema, necesariamente tuvimos que remontarnos a las contribuciones que realizó Winckelmann (1985), desde la historia del arte, afianzando en la ilustración un estereotipo corporal surgido en la Grecia clásica, cuyas condiciones morales se revelaban en su belleza física. Más tarde este estereotipo fue consolidado por fisiólogos que pensaban al cuerpo el manifiesto de virtudes y vicios del alma, y por frenólogos convencidos de poder registrar en los rasgos físicos las características internas del sujeto. La escuela positivista de Lombroso sostenía que estos nuevos conocimientos permitirían acceder a las predisposiciones que presenta el hombre para la enfermedad o el delito, posición que adquirió particulares matices aproximadamente a partir de 1920 cuando desde la biomedicina, embarcadas en la eugenesia, proponían nuevos aportes que permitieron el desarrollo de la endocrinología (Vallejo y Miranda, 2007)

Articulando ciencia y arte, el Humanismo reconstruyó las representaciones del cuerpo

que respondían a la necesidad de hacer inteligible el drama del hambre y la destrucción de comienzos del siglo XX. “*El cuerpo sano era expresión de una masculinidad que quedó indisolublemente ligada al ‘Estado fuerte’ instaurado por el fascismo, por representar también valores derivados del hombre heroico que había intervenido en la guerra de 1914 y era ahora re-invocado en pos de que sus atributos fueran trasladados a la nación en su conjunto para regenerar una sociedad ‘enferma’*” (Vallejo y Miranda, 2007). Luego, la biotipología italiana definió los patrones de normalidad y sus “desvíos”, vinculado a la búsqueda del “súper hombre” nietzchiano, convirtiendo al estereotipo de Wincklemann en el biotipo ideal, cumpliendo con los parámetros de la norma que acompañaba los avances de la biología celular, articulándolo al pensamiento clásico y el organicismo católico. El ideal del hombre griego aportó a las sociedades modernas una representación de cuerpos y hombres sanos que promovía y reconciliaba el movimiento y el orden. Estos conceptos encuentran repercusión hasta hoy día en el sustrato cultural de determinados grupos sociales, como se puede observar en el ideario educativo de La Red.

### **La parábola del Buen Samaritano como guía de acción y los testimonios de conversión**

Según como aparece en su presentación en la página web de la Red, su misión se encuentra inspirada en el modelo de Jesús, buen samaritano<sup>6</sup>. A nuestro entender, la figura de Jesús, actúa en este caso como respuesta simbólica y guía de acción (Turner, 1988;

Idoyaga Molina, 1986/87 y 1996) frente a las concepciones modernas que disocian la relación de la religión y la atención de la salud. Los relatos míticos asociados a la figura de Cristo, y hasta él mismo como héroe cultural y salvador favorecen el proceso mediante el cual las estructuras de pensamiento incorporan nuevas realidades dando respuestas simbólicas, en los términos de las creencias del grupo abordado, a la imposición de la ciencia positiva desde fines del siglo XIX, ya se trate de ideas religiosas, concepciones sobre la salud, biomedicina, educación, etc. La referencia a Jesús como buen samaritano opera como una estrategia adaptativa, que supera la disociación de la religión y la atención de la salud. La parábola del buen samaritano refuerza la conciencia ideológica, las formas de pensamiento y la identidad del grupo católico que lleva adelante las actividades de la Red Sanar.

De la Torre (2003) nos habla de los nuevos movimientos eclesiales que se generan al ser necesario adaptar la experiencia religiosa a nuevas realidades socio-culturales (Barker, 1985). En el caso que estamos analizando, podríamos ahora preguntarnos si la Red Sanar no estaría funcionando como un eslabón que articula los parámetros de ciencia que se impusieron en el proceso de medicalización -del que hablábamos al comienzo del artículo- con las manifestaciones religiosas que atraviesan los procesos de salud-enfermedad aún vigentes y constatables en nuestro país.

Estos movimientos del laicado no representan actividades separadas de la Institución Eclesiástica (Hervieu-Léger, 1996; De la Torre, 2003) como es el caso de la Red que estamos analizando. La misma ofrece una propuesta alternativa que brinda respuesta a necesidades no satisfechas del

todo por el culto o por el sistema de salud. A su vez, en la dinámica de su tratamiento promueven procesos de conversión, tanto a nivel individual como grupal, forjando una renovada reciprocidad e identificación con la religión católica a partir del discernimiento de un antes y un después del ingreso a la Red. Se reconstruyen renovadas relaciones en varios sentidos, por un lado existe una nueva lectura de los hechos de la vida cotidiana en relación con lo sagrado, se abren nuevos vínculos a nivel de la comunidad que profesa el culto, como así también con sus líderes religiosos.

En los testimonios que pueden observarse en su página web, el ejercicio de las prácticas actúan como referentes simbólicos que facilitan un camino hacia la “salvación” que, dados los trastornos psicológicos diagnosticados al iniciar el tratamiento, son leídos en términos de “sanación”. A continuación exponemos la experiencia de conversión de M.D., una mujer de 65 años que llegó a la Red en el año 2005 a través de enterarse por internet de una conferencia gratuita para presentar la Red Solidaria para Salud Mental en una Parroquia.

*“A mediados de marzo de 2005, leyendo nuestro periódico por internet, se anunciaba la conferencia de presentación de Red Solidaria y gratuita para Salud Mental, el día 17 en la Parroquia Sagrado Corazón de Jesús y providencialmente me interesó y fui. De más está decir que estaba tan lleno que no vi las diapositivas, apenas si el rostro del Dr. Ré, pero el Señor dio claridad a mis oídos y lo pude escuchar bastante. Fue entonces que supe lo que era ‘Psicoeducación’ (integración de vida, persona y salud) y con más asombro las seis dimensiones de la personalidad: física,*

*emocional, mental, social, valórica y espiritual. La importancia de los cambios en relación con la crisis...*

*Más avanzaba la conferencia y sentía que parecía hecha para mí, que tendría que aprender a curarme desde adentro, desde mí misma; pero uniéndome a muchas personas que como yo lo necesitaban.*

*Decidí de que ese era buen camino para mi vida sin rumbo y así llegué al primer encuentro del día 1º de abril. Era tanta la gente que el espacio no alcanzaba, creo que ni los coordinadores, ni el Dr. Ré, ni el padre Zanello pensaron que seríamos multitud; al extremo de no saber cómo atendernos, el lugar que parecía tan amplio quedaba chico.*

*Gracias al Señor primero y a un alma buena, conseguimos el maravilloso espacio en el que estamos hasta ahora por generosa ayuda de los Padres Jesuitas, y en este lugar donde tenemos nuestros talleres comunitarios y donde recibimos las charlas terapéuticas, es donde comienza una nueva historia de mi vida. En verdad una historia de amor, sí ¡Mucho amor! A los 64 años... Amor que recibimos de los profesionales, sacerdotes, coordinadores que, restando horas a sus trabajos y con todas sus fuerzas, capacidad e idoneidad nos transmitieron tantos saberes, tantos valores y como si fuera poco con gratuidad, aquí nadie cobra nada (en pesos digo). Se llevan sí, nuestro agradecimiento, nuestros aplausos, en definitiva ‘nuestro amor’ y la primera vez el libro del Dr. Ré como reconocimiento. Amor que nos damos entre compañeros de grupo al saber escucharnos, ayudarnos y comprendernos. Amor que llevamos a nuestras familias porque estamos bien y sólo estando bien y felices podemos hacer bien a otro.*

*Y así la Red se extiende, crece, suma, se multiplica. Nos ven bien y quieren saber cómo lo logramos y nosotros que hemos aprendido lo que es el verdadero amor, les decimos cómo pudimos mejorar y dónde, los invitamos a la Red Sanar y así llevamos a familiares, amigos, gente que Dios nos pone en el camino para que les demos nuestras manos que los conducen a la Red del amor.*

*En lo estrictamente personal llegué como dije, a los 64 años con un bagaje de sueños trancos, mucho dolor y amargura; habiendo padecido durante toda mi vida una autoestima baja, pero lo que es peor, creyéndome víctima de todo lo que me pasaba, como si todo hubiera venido del mundo externo. Aquí aprendí sobre vínculos sanos, verdadero Yo, conflictos, elecciones, aceptación de uno mismo, los miedos, los pensamientos negativos o irracionales, cambios cognitivos conductuales, resolución de problemas, etc., etc.*

*Todo esto me cambió la vida, lo reconoció así mi familia, lo ven mis amigas, hasta una hija de 23 años está asistiendo al grupo de jóvenes (y los hijos no hacen lo que uno les dice, sino que ven el proceder de los padres) y lo mejor de todo es que yo me siento bien conmigo misma. Ya no soy un valle de lamentos por las cosas que me pasaron, porque ahora comprendo que mis lentes no fueron claras para hacer buena lectura de la realidad, que por buena intención que tengamos no podemos cambiar al otro, que debo conocer mis propios límites, tengo conductas asertivas que me ayudan en la vida, mi colon no se irrita tanto, mi úlcera no existe, mis insomnios son muy distanciados y aprendí un nuevo A, B, C, D, E; que no es justamente el alfabeto pero me enseñó a leerme por dentro. Las visitas a*

*mis médicos son más espaciadas y se redujo el consumo de medicamentos.*

*Me siento una persona plena y no frustrada y fracasada como antes. Se aumentó mi confianza hasta con Dios.*

*Este año teniendo mi diplomita del 2005 decidí volver a Crisis y desde allí estoy nuevamente terminando otro ciclo, por entender que lo que tanto bien me hizo era válido repetirlo voluntariamente.*

*Por respeto a quienes lo van a leer, traté de ser breve, pero es imposible terminar sin dar mi agradecimiento y deseo de bendiciones abundantes que pido a Dios para todos los que hicieron posible mi transformación. De manera especial a la personita coordinadora que más psicología y psico-educación me enseñó en la vida, sólo en estos dos años de Red Sanar.*

*Nada pasa por casualidad, bendigo el momento en que Dios quiso que se encontraran el Padre Mateo Bautista y el Dr. Federico Ré y que esta luz llegara hasta el padre Zanello y Monseñor Arancedo, para que las alumnas estrategas seamos luciérnagas de esa Luz Divina”.*

A través de su testimonio podemos encontrar varias dimensiones que son relevantes.

En principio, la importancia de la identificación en todo el proceso de cambio al que se refiere, particularmente en lo que hace a la forma en la que se interesa por las temáticas tocadas en la conferencia (“sentía que parecía hecha para mí”).

Por otro lado, existe una constante referencia a Dios, a quien expresa su más profundo agradecimiento, y a su vez ubica como pieza fundamental tanto para propiciar su acercamiento a ese espacio (“Gracias al

*señor primero y a un alma buena, conseguimos el maravilloso espacio*”), a la posibilidad de entender aquello que le decían (“el Señor dio claridad a mis oídos y lo pude escuchar bastante”), para generar el encuentro entre el Dr. Re y las autoridades parroquiales, que dio lugar al espacio de la Red Sanar (“*bendigo el momento en que Dios quiso que se encontraran el Padre Mateo Bautista y el Dr. Roberto Ré*”), así como también para con su proceso de cambio (“*Me siento una persona plena y no frustrada y fracasada como antes. Se aumentó mi confianza hasta con Dios*”).

A su vez, establece una diferencia entre un antes y un después de su llegada a la red tanto desde un punto de vista externo (“*Todo esto me cambió la vida, lo reconoció así mi familia, lo ven mis amigas*”), como también desde su propia percepción (“*Ya no soy un valle de lamentos por las cosas que me pasaron, porque ahora comprendo que mis lentes no fueron claros para hacer buena lectura de la realidad*”), desde la presencia/ ausencia de sintomatología asociada con su malestar (“*tengo conductas asertivas que me ayudan en la vida, mi colon no se irrita tanto, mi úlcera no existe, mis insomnios son muy distanciados...*”) y desde una idea de cambio, aparentemente más global (“*deseo de bendiciones abundantes que pido a Dios para todos los que hicieron posible mi transformación*”).

En gran parte de su testimonio hace alusión a los aspectos psicoeducativos que le aportó su experiencia en la Red, los cuales incluyen cuestiones que podríamos suponer forman parte de distintas áreas del conocimiento. Sostiene que en la Red “*supe lo que era ‘Psico-educación’ (integración de vida, persona y salud) y con más asombro las seis*

*dimensiones de la personalidad: física, emocional, mental, social, valórica y espiritual. La importancia de los cambios en relación con la crisis...*” y que “*aprendí un nuevo A, B, C, D, E; que no es justamente el alfabeto pero me enseñó a leerme por dentro*”. Entre estas cuestiones encontramos aspectos más ligados a ciertas corrientes psicológicas: “*los miedos, los pensamientos negativos o irracionales, cambios cognitivos conductuales, resolución de problemas, etc., etc.*”, así como también cuestiones más generales del saber y sentido común: “*aprendí sobre vínculos sanos, verdadero Yo, conflictos, elecciones, aceptación de uno mismo...*”.

Todo ello nos orienta hacia una transformación, desde la perspectiva de la misma usuaria, que implica dimensiones aparentemente tan disociadas como son lo físico, lo social y lo espiritual, coherente con un modelo en el que se articulan, sin aparente contradicción, aspectos de los modelos psicoterapéuticos, morales y religioso-espirituales, como es el caso de la Red Sanar.

## **Palabras finales**

Durante los siglos XIX y gran parte del XX se pretendió cambiar el sentido de la salud y la enfermedad, es decir, su estructura ideológica, separando las condiciones materiales de las espirituales, proclamando la necesidad de atención médica en un sentido racional y funcionalista, destituyendo la atención de la salud por la vía espiritual por la de instituciones de beneficencia pública con carácter civil y estructuras administrativas. Hoy el discurso en los profesionales de la salud presenta algunos quiebres y la Red Sanar

es un ejemplo de la forma en que las prácticas médicas se conjugan con las experiencias religiosas.

El componente profesional de la identidad de los psiquiatras y psicólogos que integraban estos grupos no sólo estaba determinado por lo laboral; sus miembros participaban, además, por el componente religioso que interviene en el tratamiento, resultando difícil pensar una intervención duradera en el programa psico-educativo que propone el Dr. Re si no se comparten las creencias religiosas, por lo que la pertenencia identitaria de los sujetos se tornaba más compleja. En consecuencia, encontramos que existen en la Red voluntarios y profesionales que comparten las creencias del catolicismo, pero su compromiso en torno a la atención de pacientes fóbicos o depresivos estaba, según los testimonios que se encuentran publicados en su página web, influido por experiencias personales vinculadas a estos trastornos que habían sufrido en algún momento de sus vidas, participando en actividades humanitarias que a su vez obedecían a sus propios intereses profesionales.

Podríamos concluir que ha fallado la interpretación dominante sobre los resultados de la secularización, remitiéndonos a que las transformaciones socio-culturales no son unilaterales ni definitivas. La sociedad ha reconstruido su herencia cristiana y la Iglesia también se ha adaptado a los cambios que implicó el proceso de medicalización de la medicina en el auge del positivismo en el siglo XIX.

Históricamente la Iglesia se ha involucrado en temas vinculados a la atención de la salud, ya que la experiencia íntima del dolor se asocia a la vivencia espiritual frente a la pregunta por el sentido de la vida. Los sectores

eclesiásticos actuaron desde el propio Estado como las voces autorizadas para dar respuesta a las preguntas asociadas a la enfermedad. Es por esta razón que no es extraño encontrar ámbitos de negociación entre Estado-profesionales-Iglesias, como es el caso de la Red Sanar.

Las instituciones son espacios pensados para dar solución a los problemas de la comunidad, a partir de la internalización de valores y el suministro de servicios fiables y efectivos, más allá de su origen religioso o secular. Iniciativas religiosas como la de la Red Sanar se colocan actualmente al frente, para brindar respuestas a problemas asociados a la depresión, la drogadicción, el alcoholismo, la necesidad de acompañamiento terapéutico, o la atención de familias en duelo, entre otros. Los dolientes suelen encontrar en la religión consuelo, sin embargo ello no determina que formen parte indisoluble del grupo religioso pero sí fortalece las ofertas de servicios terapéuticos en el mercado religioso.

## Notas

1. En este punto es habitual encontrarse con la visión dicotómica que alimenta lo religioso vs. lo secular, esto último condición *sine qua non* para la modernización. Sobre el tema Krmpotic (2006) señala: “*Por secularizadas entendemos a las formas en que se asume la herencia cristiana y se vuelca a las esperanzas progresistas de autodomínio frente a toda forma de dominación, así como el repliegue de la creencia en la determinación teológica de la meta cede paso a la*

*noción de una historia productora de sus propios fines. La secularización remite a una transformación en la comprensión de la naturaleza y la cultura no unilateral y definitiva, sino en términos de ‘sucesivas cristianizaciones’ seguidas o acompañadas por retrocesos, en que cada momento presenta una recuperación de la fe en el marco de diferentes ángulos seculares; se trata entonces de la forma en que la herencia cristiana ha sido transpuesta a la modernidad.”*

2. El modelo psicoanalítico es muy complejo y ha presentado una gran cantidad de modificaciones a lo largo de la obra misma de Sigmund Freud, que posteriormente amplió su concepción del aparato psíquico incluyendo instancias tales como las muy difundidas “Ello”, “Yo” y “Superyó”. Sin embargo, como este ejemplo fue dado a título ilustrativo, no ahondaremos más respecto de esta cuestión
3. Una organización no gubernamental es una entidad de carácter privado, con fines y objetivos humanitarios y sociales definidos por sus integrantes, creada independientemente de los gobiernos locales, regionales y nacionales, así como también de organismos internacionales.
4. “Durante el período de entreguerras la eugenesia experimentó una notable expansión de sus alcances a través de fluidas redes internacionales. Entre ellas se encuentra la establecida por elites de países que compartían su

*ascendencia latina y el propósito de adscribir a los lineamientos de la biotipología italiana. La llamada eugenesia latina, fue así un campo que puede reconocerse nítidamente a través de congresos, reuniones científicas y diversas actividades académicas. Por esa red circuló intensamente un canon normativo que buscaba articular los avances de la biología y del saber endocrino con la teoría temperamental hipocrática. Incola Pende, creador de la corriente biotipológica italiana, fue también un insistente propagador de esas ideas en países latinoamericanos. Su protagonismo permitió acentuar la relación de esa teoría científica con el poder, a través de una ovni-comprehensiva perspectiva que asoció una determinada imagen del hombre la organicismo social.” (Vallejo, 2005)*

5. “Se suele denominar eugenesia reformista a un movimiento de crítica que aparece a mediados de los años veinte en Estados Unidos e Inglaterra y se desarrolla en los años posteriores como una reacción a los excesos de la línea eugenésica dominante (Kevles, 1986). Además de reorientar la eugenesia hacia una práctica de tipo médica, esta corriente reformista se caracterizaba por defender el carácter de voluntariedad de las prácticas eugenésicas, las cuales debían circunscribirse al ámbito de decisión privada de los individuos. Ahora bien, a partir de lo presentado anteriormente, a primera vista podríamos sentirnos tentados a enmarcar las

*opiniones de la Iglesia Católica dentro de este movimiento reformista.”* (O’Lery, 2007)

6. La Parábola del Buen Samaritano es una de las más importantes parábolas de Jesús, relatada en el evangelio según San Lucas, capítulo 10, versículos del 25 al 37.

## Bibliografía

- Avarez Peláez, R.  
1999 La eugenesia en América Latina. En: Romeo Casabona, C. (Ed.) *La eugenesia hoy*. Bilbao y Granada: Cátedra de Derecho y Genoma Humano y Editorial Comares.
- Barker, E.  
1985 *New Religious Movements: Yet Another Great Awakening?* En: Hammond, P. *The Sacred in a Secular Age*. Berkeley: University of California Press.
- Beck, A.T.; A. J. Rush; B. F. Shaw y G. Emery  
1983 *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cafferata, J.  
1935 Sobre la educación sexual, profilaxis antivenérea y certificado nupcial. *Criterio*, Año VIII, N°403.
- De La Torre, R.  
2003 La diversidad católica vista desde los nuevos rostros de Dios. *Ciencias Sociales y Religión*, Año 5, N° 5.
- Ellis, A.  
1988 Is religiosity pathological? *Free Inq*, 18 (2).
- Freud, S.  
1927 El porvenir de una ilusión. En: S. Freud, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Volumen XXI.
- Gilligan, C.  
1982 *In a different voice: Psychological theory and women’s development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hervieu-Léger, D.  
1996 Por una sociología de las nuevas formas de religiosidad: algunas cuestiones teóricas previas. En: Giménez, G. (Comp.) *Identidades religiosas y sociales en México*. México: Instituto Francés de América Latina, Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Hummer, R.; R. Rogers; C. Nam y C. Ellison  
1999 Religious involvement and us adult mortality. *Demography*, 36.
- Idoyaga Molina, A.  
1986-87 En torno a la noción de arquetipicidad en el relato mítico. *Mitológicas*, vol. 2.  
1996 Entre el mito y la historia. *Scripta Ethnologica*, vol. 18

- James, A. y A. Wells  
2003 Religion and mental health: towards a Cognitive-behavioural framework. *British Journal of Health Psychology*, 8.
- Kevles, D.  
1986 *La eugenesia ¿Ciencia o utopía?* Barcelona: Planeta.
- Koenig, H.  
2005 *Faith and mental health: religious resources for healing*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Kriz, J.  
2002 *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Krmpotic, C.  
2006 *Enfermedad y orden social. Medicalización en Buenos Aires a comienzos del siglo XX*, presentado en el II Simposio Internacional sobre Religiónes, religiosidades e culturas. Universidad Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, Brasil, del 23 al 26 de Abril de 2006. Editada en Libro de Resúmenes. Dourados: Editora UFMS.
- Laplanche, J. y J. B. Pontalis  
1981 *Diccionario del psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.
- Le Breton, D.  
2002 *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Luna, E. y A. Salles  
1995 *Decisiones de vida o muerte*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Miller, W. y C. Thoresen  
2003 Spirituality, Religion and Health. An emerging research field. *American Psychologist*, 58 (1).
- Moreira-Alameida, A.; F. Lotufo Neto y H. Koenig  
2006 Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3).
- O'Lery, M.  
2007 Aportes acerca de la relación Iglesia-Eugenesia en Argentina (1930-1940). En: Vallejo, G. y M. Miranda (comp.), *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Petrus Canisius,  
1936 Segundo Congreso Internacional de Médicos Católicos. *Criterio*, Año IX, N°457.
- Shafranske, E. P. y H. N. Maloney  
1990 Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27.
- Thielman, S. B.  
2009 Spirituality and the Care of Madness: Historical Considerations. En: P. Huguelet y H. G.

Koenig (Eds.), *Religion and Spirituality in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.

Turner, T.  
1988 *Ethno-Ethnohistory: Myth and History in Native South American Representations of Contact*. En: J. Hill (ed.), *Rethinking History and Myth*. Chicago: University of Illinois Press.

Vallejo, G.  
2005 *Las formas del organicismo social en la eugenesia latina*, En: Miranda M. y G. Vallejo (comp.), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Vallejo G. y M. Miranda  
2007 *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Winckelmann, J.  
1985 *Historia del arte en la antigüedad*. Buenos Aires: Hyspamérica.

samaritano. El objetivo que nos hemos planteado es indagar en las relaciones que se establecen entre lo sagrado y la atención de la salud -particularmente la salud mental- y analizar la resolución de problemas por medio de la medicina oficial en vinculación con la Iglesia Católica. Asimismo, utilizaremos el testimonio de una usuaria de la Red a fin indagar la imbricación entre las prácticas vinculadas a la salud física, espiritual y moral que se establece desde la perspectiva de quienes utilizan este servicio psicoeducativo.

## Resumen

En el presente trabajo se abordará el estudio de la Red Social Sanar, ONG que presta un servicio psicoeducativo para la prevención y tratamiento de problemas tales como la ansiedad y la depresión, inspirando su misión en el modelo de Jesús, buen