

Artículo Original

Estudio Cualitativo de la Experiencia de Búsqueda de Ayuda en Pacientes de Salud Mental

Qualitative Study about the Help Seeking Experience of Mental Health Patients

Irmay Rodríguez-Rivera ¹, José Martínez-González ², & Alfonso Martínez-Taboas ³¹ Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-7862-8090>² Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0002-1271-5404>³ Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-8331-0423>

* Correspondencia: irmaryr@hotmail.com; P.O. Box 9023711 San Juan, P.R. 00902-3711.

Recibido: 5 enero 2020 | Aceptado: 30 enero 2020 | Publicado: 1 febrero 2020

WWW.REVISTACARIBENADEPSICOLOGIA.COM**Citar como:**

Rodríguez-Rivera, I., Martínez-González, J., & Martínez-Taboas, A. (2020). Estudio cualitativo de la experiencia de búsqueda de ayuda en pacientes de salud mental. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(1), 55-69.
<https://doi.org/10.37226/rcp.v4i1.2051>

RESUMEN

La humanidad ha identificado varios recursos para atender su angustia emocional. Estos recursos de ayuda surgen del sistema familiar, proveedores y proveedoras de servicio de salud mental, física y religioso/espiritual que interactúan continuamente a través de la cultura. Aun reconociendo el impacto de otros recursos en sus intervenciones, los recursos de ayuda desconocen cómo incorporarlo a su práctica. Se recopiló la narrativa de 10 pacientes de salud mental a través de entrevistas a profundidad. El objetivo fue explorar los recursos de ayuda acudidos, experiencias con éstos, las razones de escogerlos y el significado que tuvo. Las personas informaron que su recurso inicial fue algún miembro de su familia, luego recurrieron a recursos convencionales y/o folclóricos. Los tres recursos de ayuda mostraron efectos beneficiosos e iatrogénicos. En ocasiones un recurso de ayuda usaba intervenciones practicadas por otros recursos o poseía un rol dual. Las razones primordiales para escogerlo se centraron en proximidad, referido y plan médico. Las personas del estudio reconocieron la necesidad de estos tres recursos, ya sea de manera simultánea o secuencial, para lograr su bienestar debido a que atienden diferentes áreas de forma holística a través de perspectivas cónsonas con sus creencias.

Palabras Claves: salud mental; religión; familia; servicios salud mental**ABSTRACT**

Humanity has identified various resources to treat their emotional anguish. These resources originate from the family system, mental and physical health providers, and religious/spiritual services that are continuously interacting through culture. Although help providers recognize the impact of other resources on their interventions, they are unclear on how to incorporate other help resources in their practice. Ten mental health patients' narratives were compiled through in-depth interviews. The aim was to explore the help resources sought, their experience with helpful resources, the reasons to choose them, and their meaning. People reported that the initial help resource they sought was a person they considered a family member and later conventional or folkloric resources. The three help resources demonstrated beneficial and iatrogenic results. In some instances, the help resource used interventions practiced by other resources or had a dual role. The primary reasons to choose a help resource were proximity, referral, and healthcare. Participants recognize the need for these three help resources, simultaneously or sequentially, to attain their wellbeing because the treatment becomes holistic through different perspectives that are consonant to their beliefs.

Keywords: mental health; religion; family; mental health services

INTRODUCCIÓN

La humanidad ha desarrollado varios recursos para atender sus conflictos y angustias emocionales a través del tiempo. En este sentido, la catarsis, los rituales, la religión, y hasta los exorcismos han tenido un lugar histórico prominente en la búsqueda de alivios y soluciones. Según Bermúdez et al. (2010) las personas buscan como recursos de ayuda a familiares y amistades (65%), guías espirituales (21%), profesionales (6%), y otras no buscaban ayuda (8%). Desde un modelo ecológico, el recurso inmediato a una persona son otros miembros que considera su familia, seguido por la comunidad y el ambiente sociopolítico y cultural en que está inmersa (Bronfenbrenner, 1987; Dueck & Byron, 2011; Landau, 2005; Landau, 2010; Landau et al., 2008). Este modelo se adapta a culturas colectivistas en que existe la característica del familismo. Familismo se define como el lazo entre personas en un contexto social inmediato (familia de sangre o extendida) en el que se ayudan mutuamente teniendo como meta el bienestar de otra persona, lo cual facilita la recuperación (Bronfenbrenner, 1987; Césoedes, 2005). Consecuentemente, la persona toma en consideración la perspectiva que tienen sus familiares hacia los recursos al momento de escoger la ayuda (Césoedes, 2005; Rodríguez-Rivera, 2015).

Landau (2005) y Landau et al. (2008) desarrollaron el modelo Vinculando Sistemas Humanos (LINC por sus siglas en inglés) que denota al individuo como resiliente a través del familismo o comunidad y recipiente de todas las destrezas necesarias para ayudarse. El modelo LINC evalúa las fortalezas internas y experiencias para personalizar un plan de acción que fomente resiliencia en el individuo, su familia inmediata, el ambiente y los aspectos ambientales en que está inmerso o inmersa (Bronfenbrenner, 1987; Dueck & Byron, 2011; Landau, 2005; Landau et al., 2008).

El ambiente sociocultural incluye las prácticas religiosas y espirituales. En este escrito, no incluimos las sectas, que conllevan un movimiento de un grupo minoritario con práctica sincretista de creencia religiosa/espiritual particular para poder practicarla en secreto (Sazo, 2010). La espiritualidad prescinde de la religión, no obstante, la religión requiere el componente espiritual para su práctica (Shafranske & Sperry, 2005). La espiritualidad conlleva (1) interpreta-

ción de textos (Núñez-Molina, 2007), (2) misión de empoderar y alcanzar los valores culturales, (3) voluntad y ausencia de rutina (Bosch, 2001), (4) relación personal con uno o varios entes divinos sin la obligación de reunión (Reyes-Estrada et al., 2014) y (5) conexión intrapersonal, de propósito y visión de vida (Burke, 1996; Castillo-Veliz, 2001; McGrath, 1995; Lannert, 1991; Wilber, 1999).

La religión conlleva (1) una visión institucional, (2) se guía por dogmas e interpretación de textos que le diferencian de otras prácticas religiosas y (3) se apoya en un grupo identificable de personas (Reyes-Estrada et al., 2014). Las diferencias más destacables de la religión y la espiritualidad son que para la primera es importante la interpretación de textos sagrados, rituales elaborados, mediación de sacerdotes o pastores, y acudir a un lugar designado específico para comunicarse con lo divino (Ferraro & Kelley-Moore, 2000; Reyes-Estrada et al., 2014; Rivera, 2008; Zayas-Cruz, 2015). En este estudio el recurso de ayuda folclórico se define como personas que practican, creen y son parte de la comunidad religiosa y/o espiritual.

Las personas con prácticas espirituales y/o religiosas pueden tener experiencias subjetivas de intervenciones con el mundo espiritual. Estas pueden ser directas con la entidad o a través de una persona mediadora. A través de una persona denominada como un médium se llevan a cabo acciones o dan mensajes por entes espirituales (Maraldi et al., 2010). La persona denominada médium es quien lleva a cabo la intervención o relevo de información, se le atribuye un don o habilidad para comunicarse con una o varias entidades desencarnadas y para mediar entre el mundo espiritual y terrenal (Alvarado et al., 2012; Espirito, 2012).

La espiritualidad y la religión incluyen intervenciones que buscan el desarrollo de alianzas, la participación activa y directiva en el tratamiento, además de una visión sistemática que incluye la familia y el referido a otros recursos de ayuda (Núñez-Molina, 2007; Rivera, 2008; Rodríguez-Rivera, 2015). Esto se lleva a cabo a través de técnicas espirituales como la oración, imposición de manos, meditación y yoga, entre otros (Nieves, 2015; Núñez-Molina, 2001; Rivera, 2008; Rodríguez-Rivera, 2015; Rosario-Díaz, 2008). El uso de estas prácticas ha sido útil en intervenciones de salud

física en hospitales de Brasil y Cuba (Moreira & Koss, 2009; Luchetti et al., 2012) e intervenciones de salud mental (Bermúdez et al., 2010; Núñez-Molina, 2007; Koss-Chioino & Soto-Espinoza, 2013).

Las prácticas religiosas y espirituales pueden ser beneficiosas al igual que detrimentales para el bienestar de las personas. De esta última, se identifican eventos históricos como la Inquisición (Acerbi, 2013) y en la persona dilemas y conflictos religiosos o espirituales luego de eventos estresantes. En los dilemas religiosos o espirituales la persona puede sentir distancia o abandono de la o las entidades divinas, y puede desarrollar alguna psicopatología por dicho conflicto (Buser & Bernard, 2013). Adicionalmente, influye en prácticas de cuidado en que la persona niega procedimientos médicos o terapias que propician el surgimiento de enfermedades. Un ejemplo de esto lo documenta Martínez-Taboas (2011) en el que se relata un caso de una mujer diagnosticada con cáncer tratable. Al ella decidir dejar su tratamiento en 'las manos de Dios', su condición empeoró y murió luego de varios meses.

El recurso de ayuda convencional incluye recursos de ayuda dentro de la salud conductual y recursos de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) como los y las doctores de cabecera, psicólogos y psicólogas (Miller et al., 2014; Reddy et al., 2015). Algunos estudios realizados en los EEUU indican que los y las médicos están de acuerdo (85-93%) sobre la importancia de incorporar creencias espirituales en su práctica (Handzo & Koenig, 2004), sin tener claro quién debe incorporarlo ni en qué modalidad. De igual forma, las personas que buscan recursos de ayuda tienen interés de conocer los efectos de la incorporación de varios recursos y técnicas en los servicios y efectividad de la ayuda conjunta (D'Souza, 2003; Garrison, 1977; González-Rivera, 2015; King, 2004). Los recursos convencionales concuerdan en que se debe incluir y colaborar con el área espiritual; de no hacerlo, se desatiende y deja a la persona desprovista de amortiguadores en los procesos de vida, seguridad, y bienestar (Chandler et al., 1992; Rodríguez et al., 2012). A continuación, se describen formas de intervención inclusiva entre recurso convencional y folclórico, y recurso convencional y familiar.

Handzo y Koenig (2004) sugieren la colaboración de un guía religioso, al que llaman chaplain, capellán

o consejero espiritual. El o la capellán consulta la raíz de la preocupación del cliente o clienta con su historial y sugiere formas de acercarse a la preocupación desde una postura espiritual. Luego el o la capellán y el recurso de ayuda convencional colaboran en las metas terapéuticas y las espirituales, hacen referidos, elaboran consejos o sugieren tratamientos como despojos, meditación, velas y oraciones (Quintero, 2017; Rodríguez-Rivera, 2015) a tono con las metas de beneficencia.

De las prácticas identificadas como perjudiciales se desprende la terapia reparativa, también conocida como de conversión y reorientación sexual (Santiago & Toro-Alfonso, 2010). Estas prácticas tienen una base religiosa y se ha documentado que se relacionan a un incremento de auto-estigma y homofobia internalizada. Asimismo, se han documentado casos de personas con problemas de salud mental que son tratados exclusivamente con intervenciones religiosas que culminan en tragedia o deterioro. Por ejemplo, en el 2003 murió un niño con autismo durante un exorcismo religioso (Sweetingham, 2004). Un ejemplo diferente es el estudio de Krajewski (1991) en la que una madre encerró a su hijo en el cuarto con una tijera colgando sobre su cabeza con fines de protegerlo de espíritus que lo enfermaban. Quienes estaban atendiendo el caso lo manejaron como maltrato y aumentaron la angustia de la madre y el hijo; consecuentemente la madre se negó a colaborar. No obstante, al participar una trabajadora social educada en el tema, la madre describió la razón de la conducta dando sentido y normalizándola su ritual espiritual, brindó apertura al diálogo y el niño pudo adquirir los servicios que necesitaba.

De nuestra revisión de literatura resaltan algunos estudios en donde se explora la interacción entre intervenciones psicológicas y las de tipo religioso/espiritual (Hook et al., 2019). Se han hecho esfuerzos que auscultan los beneficios de la atención abarcadora y sistemática que proveen los recursos al colaborar (King, 2004). En investigaciones exploratorias, longitudinales y cualitativas, en las que se estudió la colaboración de recursos, se sugiere una reducción de síntomas en las personas y cuidadores en torno a patologías mentales, ideación suicida, infertilidad femenina, cáncer, depresión, además de un aumento en el empoderamiento ante la búsqueda de recursos de ayuda (Castillo-Veliz, 2001; Magaldi et al., 2011;

Maldonado-Trinidad, 2005; McClean et al., 2012; Morits et al., 2011; Nieves, 2015; Revheim et al., 2010; Rosario-Díaz, 2008; Yanez et al., 2009).

A raíz de este trasfondo, el objetivo principal de nuestra investigación es conocer los diversos recursos de ayuda, las experiencias con éstos, las razones de escogerlos y el significado de búsqueda de ayuda de un grupo de pacientes de salud mental.

MÉTODO

Diseño de Investigación

El diseño de la investigación es de corte exploratorio cualitativo. Escogimos este diseño para obtener detalles del evento y contexto de búsqueda de ayuda, que es complejo, a través del diálogo con personas que como resultado podrían ser empoderadas mientras brindan detalles para continuar informando futuras investigaciones (Creswell, 2007).

Participantes

En la investigación participaron 10 personas, 8 mujeres y 2 hombres. El rango de edad de las personas fluctuó entre los 25 a 48 años de edad ($\bar{x}=35$, $DE=20.9$). Todas tenían una creencia y práctica religiosa y/o espiritual al momento de la entrevista. De las creencias y practicas se encontraron la pentecostal, cristiana, santería, palero, espiritismo folclórico, espiritismo kardeciano, ecléctico, alquimia y Kabbalah. De las 10 personas participantes seis eran estudiantes de posgrado en psicología, antropología y consultoría; dos no estaban estudiando ni trabajando, una trabajaba en asistencia en la carretera y otra fungía como enfermera y cuidadora de personas de edad avanzada a domicilio. Todas las personas que participaron tuvieron en el transcurso de su vida experiencia con recursos folclóricos y convencionales. La información que pudiera identificar a las personas participantes de la investigación fue modificada con el fin de proteger su confidencialidad. La información sociodemográfica de las personas que participaron, los recursos de ayuda familiar, la interacción inicial y las intervenciones se encuentran en la Tabla 1, para los recursos folclóricos en la Tabla 2 y recursos convencionales Tabla 3.

Procedimientos Generales

Esta investigación fue aprobada por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Carlos

Albizu recinto San Juan. La investigación requería que las personas tuvieran 21 o más años de edad, experiencia previa con un psicólogo o psicóloga y algún recurso de ayuda folclórico. Utilizamos la estrategia de muestreo aleatorio intencional en el que se escogen personas que hayan experimentado el fenómeno central de la investigación y tengan la capacidad de informarlo. Recogimos los datos a través de la entrevista a profundidad. Desarrollamos una entrevista que incluía una lista de preguntas guías explorando los recursos de ayuda acudidos y razones para buscarlos, su experiencia con los recursos, y el significado del proceso de búsqueda de ayuda. Incluimos dentro de cada área los temas de recurso familiar, folclor y convencional.

El primer contacto fue a través de opúsculos con información del propósito de la investigación, las características de las personas que podían participar e información contacto de la investigadora que fueron colocados en la Clínica Albizu en San Juan Puerto Rico, clínica de la comunidad de salud mental. Adicionalmente, invitamos a terapeutas de la Clínica Albizu a referir pacientes a la investigación. Algunos/as terapeutas lo compartieron en sus redes sociales o refirieron personas conocidas a participar. Luego la persona se comunicaba con la autora principal por correo electrónico, llamada o texto con el fin de evaluar los criterios de inclusión, le brindaba información sobre la investigación y pasaba a coordinar una reunión para la entrevista a profundidad.

Las reuniones se llevaron a cabo en un cubículo de la biblioteca de la Universidad Carlos Albizu en San Juan, en el hogar de la persona o en el hogar de la autora principal. Estos espacios proveían buena iluminación, mínima distracción de sonidos e interrupciones. Las personas fueron informadas sobre lo que conllevaba su participación, la confidencialidad, voluntariedad y riesgos al igual que se respondieron dudas y preguntas que surgieron durante el diálogo. Luego de firmar la hoja de consentimiento las personas participantes escogieron seudónimos con el que se identificaron. Se procedió a grabar el audio de la entrevista en una computadora portátil y al finalizar la guardamos en un archivo encriptado. Transcribimos el contenido del audio a computadora y el archivo de la transcripción lo guardamos en un archivo encriptado en la computadora portátil. Luego de dos

semanas de la transcripción el audio fue destruido en presencia de testigo.

Análisis de Datos

Realizamos análisis de la transcripción manualmente utilizando un marco fenomenológico hermenéutico. Este se enfoca en las experiencias de vida de las personas y la interpretación de la narrativa por los investigadores (Creswell, 2007; Krueger & Casey, 2015; Seidman, 2006). La interpretación de las narrativas se desprende del modelo Vinculando Sistemas Humanos, en el que las personas y comunidades poseen las destrezas y herramientas para ayudarse y desarrollar resiliencia (LINC; Dueck & Byron, 2011; Landau, 2002; Landau, 2005; Landau et al., 2008; Landau, 2010).

Las transcripciones de audio fueron evaluadas a través horizontalización. Lo cual guió al desarrollo de las categorías de recursos, razones, experiencia y significado de la búsqueda de ayuda y se agruparon en familia, folclor y convencional (Creswell, 2007). La horizontalización consiste en identificar conceptos referentes al fenómeno que ayuda a explorarlo. Los resultados se componen de narrativas textuales o según fueron verbalizadas, como también descripciones compuestas o el análisis de la narrativa (Ritchie, & Lewis, 2003). La validez de contenido de las respuestas recae en la honestidad y sinceridad de la persona al contestar, al igual que la saturación temática. No obstante, se atiende la validez de contenido al verificar consistencia en la narrativa de la persona durante la entrevista (Ruiz-Olabuenaga, 2003).

RESULTADOS

Familia

Recurso. Dentro de los recursos familiares, la mayoría de las personas participantes indicaron que su mamá fue quien buscó la ayuda y/o identificó la necesidad de ayuda. Yemaya, que vive con el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), narró que su madre fue quien escogió al recurso a través del plan médico y la acompañó a citas cuando experimentó mayor cansancio de lo usual, y presentó cambios repentinos de ánimo, *“Mami fue la que me dijo no puede ser normal que el panel de sangre un mes salga la tiroides alta y otro mes salga bajita.”*

Al igual que María, que vive con el diagnóstico de bipolaridad, la madre fungió en la narrativa como la guía a los recursos de ayuda al igual que un bálsamo de comprensión y apoyo: *“Yo siempre recurría a mi mamá... Para poder buscar ayuda ella... porque según ella me llevaba desde los 14 a leerme las cartas y todas esas cosas para saber qué yo tenía, también me llevó a psicólogo, a psiquiatra...”*

Otras personas del estudio, entre ellas Bella Diva, que vive con el diagnóstico de TPL, informaron que las madres también produjeron efectos iatrogénicos debido a su relación filial, que afectó su estado de bienestar. Bella Diva narró que *“...yo le agarré las dos manos. Basta ya, tu no me va a poner la mano ... como si fuera tu enemiga ¿por qué tú no puedes conversar conmigo?”*.

En torno a los recursos familiares, un poco más de la mitad de las personas informaron búsqueda activa (la persona participante hizo el acercamiento inicial) con ayuda de sus amistades. Las amistades fungían como personas con las que podían dialogar sobre sus dificultades para obtener comprensión, apoyo o validación. Domingo, que vivió con depresión mayor, describe el haber buscado ayuda de sus amistades como *“Validación en el sentido de que entendemos que estés así, todos hemos pasado por eso porque nadie sufre, nadie quien ama sufre, dice mi mejor amigo.”*

Las personas que participaron de la investigación buscaban activamente ayuda, acotaban sugerencias y preferían recursos que eran parte de las prácticas familiares, a quienes sus familiares habían asistido anteriormente, conocían, o confiaban. Gaia, que vive con el sistema inmune comprometido por efectos del agente naranja, escoge recursos de ayuda familiares que poseen creencias y prácticas semejantes a los suyos. En su narrativa, y similar a la de otras personas participantes, ella prefirió recursos familiares como una amiga, su padre y madre. Estas personas practicaban creencias espirituales cónsonas a las de ella y confían en recursos convencionales. Los familiares fueron la fuente principal de referido, y también llevaban a la persona al recurso de ayuda. Una de estas instancias fue el caso de Karla, que vive con el diagnóstico de bipolaridad. Luego de un intento de suicidio fue admitida a un hospital psiquiátrico por una amiga que luego de encontrarla solicitó la Ley 408 de hospitalización involuntaria.

Dentro de los servicios de ayuda observamos una categoría adicional que denominé 'tecnología' como lo son YouTube e Instagram. En estas las personas buscaban aceptación y consejos de la comunidad ciberespacial que tenían experiencias semejantes o conocimiento de cómo afrontarlas. Este recurso, el modo de interacción inicial e intervención se encuentra en la Tabla 4.

Razón. Para la mitad de las personas, la razón primordial para escoger un recurso de ayuda particular fue la confianza de algún miembro familiar importante en torno al recurso. Dentro de las razones de Jonás, que vive con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), era buscar empoderamiento, motivación y mejorar sus relaciones interpersonales. Por otro lado, Julieta, que deseaba trabajar duelo, y otros participantes identificaron en su búsqueda que su precursor fue el que un familiar le invitara a la Iglesia o reunión espiritual/religiosa y que ese familiar era parte del recurso de ayuda referido.

Por otro lado, la desconfianza de la familia ante el servicio recibido fue decisivo al momento de discontinuar el tratamiento, lo cual se debió a la percepción de los efectos secundarios del tratamiento o la percepción del estancamiento terapéutico. La mamá de Karla le pidió que desistiera de tomar los psicofármacos diciéndole *"hay hija, gracias a Dios que me lo dijiste porque yo estaba a punto de ya decirte que parara ya con esas pastillas porque estás con una nota todos los días"* debido a efectos secundarios de sedación.

El sentimiento de culpa o responsabilidad hacia el bienestar de la familia promovió la búsqueda de recursos folclóricos y convencionales por parte de la persona participante en la investigación. Se daba en situaciones donde la persona intentaba morir, por la discapacidad que provocaba alguna somatización y al percibir angustia emocional en sus familiares. Otra razón para buscar ayuda de un familiar se debe a la visión de vida en torno a lo folclórico o convencional, además el miembro familiar admitía practicar estos saberes en su vida personal. Inaru, que vive con TPL y conversión, narró que a través de su mamá ella accedió la alquimia y cursos espirituales *"Porque mi mamá sí cogía clases que se llama curso el milagro...el curso como tal fue a lo que mi mamá entró y yo empecé el curso como tal..."*.

La búsqueda de otros recursos la provocó la ausencia de empatía, al igual que no compartir las creencias de la persona, maltrato, exclusión o percepción de traición. En las razones de búsqueda de ayuda de Luz, quien tuvo dilema religioso y trauma, mencionó el tener que desistir de ir a la Iglesia debido a violencia doméstica y divorcio de su expareja. La familia de su expareja la segregó de participar en la iglesia en la que Luz era líder, fomentaron un ambiente incómodo lo cual resultó en dar por terminado el recurso. Según narró: *"Nosotros nos separamos y él siguió yendo a la iglesia ahí. Yo me tuve que ir para otra iglesia, mi cuñada que era como mi hermana me traiciona..."*.

Experiencia. Dentro de las experiencias en la familia las personas identificaron sentirse entendidos o validados por su familiar al compartir cómo experimentaban el problema y los servicios de recursos de ayuda que escogían. Se desprende de las narrativas la dialéctica de apertura y desconfianza hacia recursos de ayuda convencionales debido a la percepción de la familia sobre su utilidad. En ocasiones el/la familiar promovía o reforzaba la búsqueda de otros recursos o mantenerse dentro del mismo servicio de ayuda. La mamá de María, luego de haber acudido a recursos convencionales sin obtener los resultados que deseaba para la participante, comenzó a acudir a recursos folclóricos. María expresó: *"...yo tengo la energía sobre demasiado y ella, pues, no podía controlar eso. Ella pensaba que eran trabajos, y ella empezó a llevarme a que me leyeran las cartas y mil cosas a ver si sabían algo..."*.

Las personas indicaron que un miembro de la familia era quien identificaba el problema, generalmente la madre. Este miembro familiar luego promovía y apoyaba la búsqueda de recursos de ayuda o la detenía según su percepción del problema y la experiencia con los servicios. Consecuentemente, la familia promovía bienestar o aumento de la angustia. Esta última Yemaya la identificó como las reglas estrictas de su madrastra, María la identificó como maltrato psicológico, Bella Diva la identificó como maltrato emocional, Karla la identificó como rigidez para mantener una imagen familiar, y Luz la identificó como abandono y maltrato, entre otras.

Significado. El recurso de ayuda familiar significó seguridad, alivio, comprensión y crecimiento personal para las personas. Esto se debe a la percepción de

apoyo en identificar que algo no estaba bien, en la sugerencia de recursos y en el continuo respaldo durante el proceso.

Folclor

Recurso. Las personas preferían recursos de ayuda folclóricos que ya conocían. Lo conocían a través de la práctica de miembros de la familia, de alguna persona cercana o por su práctica personal y modo de vida. Luz tenía dos perspectivas similares a la de otras personas participantes sobre los recursos folclóricos que tomaba en consideración al momento de elegir. Percibía algunos recursos como distractores “...muchos sitios, lo que hacen es entretener a la gente, pero no le dan herramientas” y otros como incentivo al crecimiento personal “...me ayuda a entenderme principalmente...A amarme... no vivir con ese coraje conmigo misma por no ser como los otros quieran que sea”.

Domingo es creyente de la santería y ha buscado ayuda de recursos folclóricos. Durante la conversación narró que desconfió inicialmente del santero al que fue referido por su primo porque “el problema de la santería es que hay mucha gente que es abusadora en términos de emociones. Hay gente que se lucra de la necesidad económica de otro, del dinero”. Adicionalmente Inaru, narró el proceso de continuar buscando recursos de ayuda luego de la muerte de su maestra. Visitó diferentes recursos folclóricos que le recomendaron sus compañeros/as, madre y que buscó por internet, sin embargo “...estaban en otra línea, y eso no era lo que nos estaba enseñando”.

Razón. La razón primordial de la búsqueda se debió a la consolidación de la creencia del recurso y con la práctica religiosa o espiritual de la persona. Consecuentemente, permanecían asistiendo al recurso de ayuda por la percepción de alivio de la angustia, atender a eventos del diario vivir y como parte de su práctica folclórica.

Por otro lado, continuaban la búsqueda de recursos de ayuda folclóricos por la insatisfacción de respuestas ante la preocupación, al sentir miedo o por falta de accesibilidad. Al continuar insatisfechos/as o verse desprovistos/as del servicio buscaban otro recurso que les brindara seguridad y destrezas de mejoramiento personal. Ante el dilema religioso del diezmo, Jonás acudió a otros pastores y miembros activos de la iglesia en búsqueda de respuestas de su

suspensión como líder. Al explorar su dilema religioso indicó “...el motivo por el cual yo empecé a buscar ayuda con este pastor fuera de la iglesia era porque la misma iglesia me estaba exigiendo cosas que yo no estaba a favor...”.

Experiencia. En torno a la experiencia folclórica, las personas mencionaron sentir empoderamiento al obtener ayuda. La experiencia de Domingo fue en la fiesta de santo cuando el padrino “me sentó en una mesa y me dijo así mismo como te voy a decir ‘¿hasta cuándo vas a permitir que Echu haga lo que quiera en tu vida?’”. A Yemaya fue a través de la lectura de caracoles por su tío santero en el cual él y los seres le dijeron “básicamente si me ponía los pantalones y trabajaba...it was going to be great” y le refirieron a recurso de ayuda convencional.

Las personas mencionaron experiencias en las que percibieron el servicio del recurso como dañino debido a conductas similares a la de la adicción, fueron timados, exclusión de su práctica o dilema religioso. Luz lo vivió a través de la iglesia en la que mencionó fue excluida por sus familiares que eran miembros activos de la congregación, además con el tarot que “...se convirtió en una adicción para mí, gaste mucho dinero”, mientras Bella Diva encontró que no funcionaba debido a que no atinó con su vida las verbalizaciones de la persona que fungía como médium.

Las personas también expresaron tener experiencias educativas, incluyendo el crear relaciones interpersonales a través del recurso de ayuda. Los recursos de ayuda folclóricos les recetaban rituales (como orar, darse baños, prender velas, entre otros) para atender la preocupación que les aquejaba, sugerían la meditación o desarrollo de introspección y hacían intervenciones en estado de trance espiritual por las que daban sugerencias. Julieta tuvo la experiencia con la iglesia de que “me abrió conocer otras personas”, mientras Jonás lo evaluó según el mensaje en la prédica y la confraternización.

Significado. En torno al recurso de ayuda folclórico las personas identificaron principalmente crecimiento de su persona. El crecimiento personal engloba los valores, visión de mundo, destrezas de manejo y desarrollo de relaciones. No obstante, el recurso folclórico significó un espacio de comprensión, empoderamiento y curación del espíritu. Esta última no fue atendida por otros recursos de ayuda. Algunas

personas mencionaron que el recurso proveyó una percepción de que un dios o entidad existe y les enviaba un mensaje. Por otro lado, las personas indicaron que el recurso de folclor promovió la restricción de su comportamiento y forma de ser por la incongruencia de los dogmas y los valores personales.

Convencional

Recurso. Dentro de los recursos convencionales, la mayoría de las personas participantes indicaron que asistieron o asisten a un psicólogo o psicóloga quien le diagnosticaba por primera vez, retaba los esquemas o creaba un espacio de crecimiento personal. Jónás describió que su psicólogo *"...cuando voy tengo necesidad; no voy porque tengo que ir cada seis meses"*.

En los recursos convencionales se desprende iatrogénesis en torno al proceso de diagnóstico y medicación por psicólogos/as, psiquiatras y hospitales. Bella Diva, fue a la casa de una psicóloga como recurso y *"nosotras hablábamos, no hizo terapia como tal"*. Por otro lado, Karla menciona que con su psiquiatra *"me daban un párrafo de medicamentos y yo le digo, perdona la expresión, pero mejor me voy al punto... estas pastillas me ponían bien mal y decía pal' sirete el psiquiatra"*. Las personas evitaban el recurso al percibir una intervención disonante a sus metas o con efectos secundarios desagradables.

La persona terminaba el servicio cuando se sentía mejor, el recurso fallecía o se ausentaba físicamente. Así lo ejemplifica Luz que sus psicólogos se mudaron, cerraron por licencia de maternidad o cerró oficina sin aviso, mientras Bella Diva se mudó de país y no puede acceder al recurso conocido.

Razón. La razón primordial para buscar recursos de ayuda convencionales se centraba en la necesidad de atender la intensidad y frecuencia de la angustia emocional, somatización y la búsqueda de segundas opiniones. Yemaya mencionó que debido a unos cambios en su vida comenzó a sentirse angustiada por la emoción de tristeza y regresó con su psicóloga:

"the sadness que estaba teniendo diariamente se convirtió en semanas, y después en meses y ella [psicóloga] me dice 'mira yo entiendo que tú estás pasando por un momento de depresión; yo te sugeriría que fueras a un psiquiatra que te ayudara con la parte física de la depresión, mientras aquí tú y yo bregamos en las destrezas y lo que sea' y yo 'well it makes sense confío en ti'".

De la persona percibir que fue incomprendida continuaba buscando otros recursos. Asimismo, desistía del servicio si le era indiferente, el tratamiento tenía efectos secundarios adversos o percibía que estaba mejor. Gaia tuvo un médico cirujano que era *"católico cristiano"* y creía en el área espiritual de las personas. Durante el procedimiento quirúrgico Gaia falleció y pudo verse en tercera persona, según narró. Luego del proceso de resucitación y recuperación dialogó con el cirujano que le indicó creer la experiencia fuera de su cuerpo. Gaia entonces se motivó a buscar recursos que atendieran *"el alma"* y no solo el cuerpo; en este caso fue su padre y un psiquiatra humanista. Por otro lado, tuvo un médico oncólogo que describió como un profesional empírico, que se basaba únicamente en evidencia científica y tangible, que le dijo *"...ibas a morir... porque realmente tú no se supone que estuvieras viva a estas alturas y con estas condiciones"*. Luego de terminar su tratamiento no regreso a recibir servicios de él.

Experiencia. Las personas mencionaron notar varios recursos convencionales, en particular los de salud mental, no auscultaban su historial o buscaban conocerlos, lo que promovió terminación de servicios. Al sentirse entendidas por recursos convencionales balancearon la suspicacia y la confianza que tenían con el proceso y el recurso de ayuda. Domingo experimentó ambos polos, y mencionó *"Con la psicóloga yo me sentía bien. Bien en el sentido que me escuchaba, que podía validar mis emociones, pero nunca se adentró dentro de [la causa de] mis emociones"*.

Describieron su experiencia psicológica como de confrontación, al toparse con la realidad de su diagnóstico y preocupación. Bella Diva describió su última experiencia psicológica como útil para desarrollar introspección y aliviar la carga emocional de su diagnóstico de TPL y disociación. No obstante, las personas identificaron como variables imperativas para adherencia al tratamiento la personalidad del psicólogo o psicóloga, experiencias subjetivas agradables y que entendieran la preocupación. Karla describió la personalidad de su psiquiatra como *"hablaba bien malo y era como que así bien explayao y me gusta esa actitud..."*. El sentirse entendidas va a la par con la apertura y entender el proceso. Según informaron las personas participantes la intervención primordial de psicólogos, psicólogas y psiquiatras fue la psicoeducación.

La experiencia iatrogénica se dio durante la admisión a hospitales psiquiátricos y la estadía debido a una desconexión social y directrices de enfermeras para fingir estar estable y lograr el alta. En las narrativas identifiqué que las intervenciones psicológicas tuvieron unos beneficios particulares. Estos beneficios fueron en torno al manejo de la orientación sexual de la persona, el uso de recursos de ayuda complementarios, facilitaron la liberación emocional y psicoeducación.

Significado. El recurso convencional proveyó un momento de empoderamiento a través de la comprensión y liberación de la persona de su diagnóstico, síntomas y experiencias de vida. Adicionalmente, produjo un significado de estabilidad, confianza durante el proceso y como resultado extinción de la preocupación o síntomas.

Tabla 1

Perfil de participantes, recursos de ayuda familiar, forma de interacción inicial e intervención reportada por persona

Persona	Edad	Sexo	Recurso	Proceso en que llego	Intervención
Domingo	33	M	Madre	Identifica Problema	Referido, Apoyo
			Amistades	Búsqueda Activa	Comprensión, Validación
			Hermanos	Búsqueda Activa	Sugerencias, Comprensión
			Primo	Búsqueda Activa	Referido
Gaia	48	F	Madre	Identifica Problema	Referido, Cuidadora
			Padre	Búsqueda Activa	Médium
			Hermana	Búsqueda Activa	Espiritual
			Amistad	Búsqueda Activa	Espiritual
Luz	48	F	Compañeros	Búsqueda Activa	Referido Folclórico
			Amistad	Búsqueda Pasiva	Referido Folclórico
			Hermana	Búsqueda Activa	Apoyo
			Conyugue	Búsqueda Pasiva	Comprensión, Apoyo
Yemaya	25	F	Madre	Identifica Problema	Comprensión, Cuidadora
			Tío Santero	Búsqueda Pasiva	Medium
			Pareja	Identifica Problema	Apoyo
			Cocuñado	Búsqueda Pasiva	Referido Convencional
Karla	28	F	Madre	Búsqueda Activa	Apoyo y Sublimación
			Padre	Búsqueda Activa	Referido Convencional
			Amiga	Intento de Suicidio	Hospitalización
			Tía	Búsqueda Activa	Referido Folclórico
			Abuela Santera	Búsqueda Pasiva	Comprensión
Jonás	28	M	Tía Pentecostal	Búsqueda Pasiva	Referido Folclórico, Apoyo
			Mejor Amigo	Búsqueda Activa	Comprensión
			Amiga	Búsqueda Activa	Comprensión
María	28	F	Madre	Identifica Problema	Ref. Folclórico/Convencional
			Exparejas	Admisión Involuntaria	Farmacoterapia,
				Búsqueda Activa	Referido Folclórico
			Madrina	Búsqueda Activa	Espiritual
Julieta	25	F	Tío	Búsqueda Pasiva	Referido Convencional
			Padres	Búsqueda Pasiva	Referido Convencional
			Amistad	Búsqueda Pasiva	Referido Folclórico
Bella Diva	37	F	Madre	Identifica Problema	Referido Convencional
			Amiga	Búsqueda Pasiva	Referido Folclórico
			Amigo Psicólogo	Búsqueda Pasiva	Enfoque Realidad, Romance
			Expareja	Intento de Suicidio	Referido Convencional
Inaru	48	F	Madre	Búsqueda Activa	Referido Folclórico
			Abuela	Búsqueda Activa	Medium, Comprensión

Nota: Se presentan los seudónimos de cada uno de los participantes con su edad y sexo biológico. Adicionalmente, se delinea cada uno de los recursos de ayuda familiar con la forma en que interactuaron inicialmente y la intervención que reportaron las personas. El significado de la abreviación Ref.es Referido.

Tabla 2

Perfil de participantes, recursos de ayuda folclórico, forma de interacción inicial e intervención reportada por persona

Persona	Edad	Sexo	Recurso	Proceso en que llego	Intervención
Domingo	33	M	Palero	Referido Familiar	Médium
			Botánica	Referido Folclórico	Médium
Luz	48	F	Iglesia Católica	Búsqueda Activa	Religiosa
			Iglesia Cristiana	Búsqueda Activa	Religiosa
			Tarot	Referido Amiga	Médium
			Kabbalah	Referido Amiga	Espiritual
Yemaya	25	F	Tarot	Búsqueda Activa	Médium
Karla	28	F	Reikista	Referido Familiar	Hipnosis, Medium
			Yoga	Referido Folclórico	Espiritual
Jonás	28	M	Pastora	Búsqueda Activa	Consejo
			Pastor	Búsqueda Activa	Consejo
			Iglesia	Referido Familiar	Religioso
María	28	F	Iglesia	Búsqueda Activa	Religioso
			Santería/Palo	Referido Familiar	Médium
			Yoga	Referido Convencional	Espiritual
Julieta	25	F	Iglesia	Referido Familiar	Religioso
Bella Diva	37	F	Bruja	Referido Familiar	Médium
			Palo	Referido Familiar	Médium
Inaru	48	F	Espiritista	Referido Familiar	Médium
			Alquimia	Referido Familiar	Adiestramiento Espiritual
			Grupo Espiritual	Búsqueda Activa	Espiritual

Nota: Se presentan los seudónimos de cada uno de los participantes con su edad y sexo biológico. Adicionalmente, se delinea cada uno de los recursos de ayuda folclórico con la forma en que interactuaron inicialmente y la intervención que reportaron las personas.

Tabla 3

Perfil de participantes, recursos de ayuda convencional, forma de interacción inicial e intervención reportada por persona

Persona	Edad	Sexo	Recurso	Proceso en que llego	Intervención
Domingo	33	M	Psicóloga	Plan Médico	TCC
Gaia	48	F	Inmunólogo	Plan Médico	Cuidado Inmunológico
			Psicólogo	Plan Médico	TCC
			Psiquiatra	Referido Oncóloga	Humanista
			Oncóloga	Plan Médico	Cuidado Preventivo
			Cirujano	Plan Médico	Procedimiento Quirúrgico
Luz	48	F	Psiquiatra	Plan Médico	Farmacología
			Psicólogo	Plan Médico	Talk Therapy
Yemaya	25	F	Doctora PCP	Plan Médico	Cuidado Preventivo
			Hospitalización	Admisión Involuntaria	Farmacoterapia, Grupal
			Psicóloga	Referido Familiar	TDC
			Residencial	Búsqueda Activa	Activación Conductual
			Psiquiatra	Referido Convencional	Farmacoterapia
Karla	28	F	Hospital	Admisión Involuntaria	Farmacoterapia, Grupal
			Psiquiatra Fam.	Referido Familiar	Farmacoterapia
			Psicólogo	Búsqueda Activa	Sistémico Bowen
			Psiquiatra	Búsqueda Activa	Farmacología
			Consejera	Búsqueda Activa	Hospitalización
			Hospital	Búsqueda Activa	Farmacoterapia, Grupal
Jonás	28	M	Psicólogo	Referido Convencional	Psicoeducación y emocional
María	28	F	Psicóloga	Referido Convencional	Evaluación
			Psiquiatra	Referido Familiar	Farmacoterapia
			Ambulatorio	Referido Familiar	Modificación Conductual

Julieta	25	F	Ambulatorio	Plan Médico Familiar	Referido Convencional
			Hosp. Psiquiátrico	Búsqueda Activa	Farmacología
			Hosp. Psiquiátrico	Admisión Involuntaria	Farmacología
			Doctora E/R	Búsqueda Activa	Convencional
			Psicóloga	Búsqueda Activa	TCC
Bella Diva	37	F	Consejero	Búsqueda Activa	-
			Consejero	Referido Familiar	Psicoeducación
			Psicóloga Fam.	Referido Familiar	Talk Therapy
			Psicóloga	Referido Convencional	Psicodinámico
			Psicólogo	Búsqueda Activa	TDC
Inaru	48	F	Hospital E/R	Admisión Involuntaria	Estabilización
			Psiquiatra	Referido Convencional	Farmacoterapia
			Ambulatorio	Búsqueda Activa	Farmacoterapia y TCC
			Doctor PCP	Admisión Familiar	Vigilancia
			Hosp. Psiquiátrico	Plan Médico	Farmacoterapia
				Referido Convencional	Farmacoterapia
			Psicólogo	Referido Convencional	TDC
				Plan Médico	TCC, Narrativo
	Plan Médico	TCC, TEC			

Nota: Se presentan los seudónimos de cada uno de los participantes con su edad y sexo biológico. Adicionalmente, se delinea cada uno de los recursos de ayuda convencional con la forma en que interactuaron inicialmente y la intervención que reportaron las personas. Los acrónimos de las terapias son: CBT= Terapia Cognitiva Conductual; DBT= Terapia Dialéctica Conductual; ACT= Terapia de Aceptación y Compromiso; ECT= Terapia Electro Convulsiva. El significado de las abreviaciones son Hosp.= Hospital, Fam.= Familiar, PCP=proveedor de cuidado primario y E/R= Sala de Emergencias. Las intervenciones que no logro identificar la persona fueron dejados en blanco.

Tabla 4

Perfil de participantes, recursos de ayuda de tecnología, forma de interacción inicial e intervención reportada por persona.

Persona	Edad	Sexo	Recurso	Proceso en que llego	Intervención
Luz	48	F	Youtube	Búsqueda Activa	Empoderamiento
Karla	28	F	Youtube	Búsqueda Activa	Información
			Instagram	Búsqueda Activa	Información
Bella Diva	37	F	Internet	Búsqueda Activa	Búsqueda de recursos

Se presentan los seudónimos de cada uno de los participantes con su edad y sexo biológico. Adicionalmente, se delinea cada uno de los recursos de ayuda a través de la tecnología con la forma en que interactuaron inicialmente y la intervención que reportaron las personas.

DISCUSIÓN

La evaluación del paciente de salud mental debe incluir el historial de recursos de ayuda visitados, las técnicas y las herramientas empleadas por estos recursos para una intervención más efectiva (Richards & Bergin, 2005). Excluir estas áreas conlleva que las personas desisten de asistir o continuar con ese recurso de ayuda, se mueven a otros o no buscan más ayuda. Las personas que participaron de nuestra investigación frecuentan en un inicio recursos familiares (Bermúdez, et al., 2010; Césoedes, 2005), luego auscultan otros recursos según la creencia familiar, la experiencia familiar con el recurso convencional y folclórico o un miembro de la familia ofrece alguno de los servicios de ayuda. Por consiguiente, la

característica del familismo es un componente de importancia a considerar en la resiliencia del individuo, la comunidad y los recursos de ayuda a buscar (Landau, 2005; Landau, 2010; Landau et al., 2008; Landau, Mittal, & Wieling, 2008). Sugerimos que a mayor destreza y recursos disponibles en el círculo familiar es más común que las personas acudan a esos recursos de ayuda y mejoren su calidad de vida.

Dentro de las características de los recursos que las personas mencionaron como importantes incluyeron el entendimiento, características de la persona, la psicoeducación o información del proceso. Estas características no son exclusivas de un recurso de ayuda, por lo cual los recursos deben poseer destrezas, vivencias, técnicas y características que mejoran la intervención psicológica (Núñez, 2007; Rivera 2008;

Rodríguez-Rivera, 2015). Observamos también alguna apertura dentro de los recursos convencionales ante la inclusión de creencias religiosas y espirituales al acudir a recursos de ayuda de ambas áreas durante el proceso (D'Souza, 2003; Garrison, 1977; González-Rivera, 2015; King, 2004). Estas intervenciones folclóricas tienen el potencial de minimizar las bajas en el tratamiento, atendiendo la raíz de la preocupación, empodera y mueve al o a la paciente de salud mental al cambio.

Recomendaciones

En torno al área clínica, sugerimos que en cada caso se ausculte la posibilidad de incluir en el equipo consultor un capellán o recursos de ayuda folclóricos a quien hacer consultas clínicas, ofrecer adiestramientos, charlas u otros. Esto se ha hecho de manera limitada en Puerto Rico (Koss-Chioino & Soto-Espinoza, 2013). Por otro lado, otra alternativa es ofrecer lo que se conoce como psicoterapia culturalmente sensitiva en donde se incluyen y se integran componentes espirituales y religiosos en la intervención. Por ejemplo, Martínez-Taboas (1999, 2005) incluyó las creencias espiritistas de dos clientes que pensaban estaban siendo influidos o poseionados por espíritus vengativos. Al hacer esto, se incluyeron variables que eran cónsonas con sus creencias religiosas. Por otro lado, las investigaciones se han centrado en el efecto de un recurso de ayuda en la persona y cómo el recurso de ayuda folclórica y convencional interactúa en un tratamiento. Queda por profundizar la correlación entre los recursos de ayuda, el tipo de recursos e intervenciones favorecidas por región y el efecto de moderación en el bienestar. Al surgir el recurso tecnológico como forma de buscar ayuda se debe evaluar su modo de empleo y efecto. Otra recomendación se relaciona a la creación estandarizada de un instrumento que permita entrevistar o encuestar a un número mayor de personas para de esta forma validar las impresiones del presente estudio. Asimismo, otro aspecto que podría investigarse es la percepción y experiencias, no ya del paciente o su familia, sino de la experiencia del recurso de ayuda.

Limitaciones

Nuestro estudio es uno exploratorio y novel en Puerto Rico. Las conclusiones y hallazgos de nuestro

estudio se basaron predominantemente en una sola investigadora utilizando un modelo teórico particular. Esto podría afectar los resultados del estudio. Adicional, no se hizo una validación de contenido por otras personas expertas de la guía de entrevista. Los eventos históricos al momento de las entrevistas son cambiantes. Por lo cual, las razones y significado de acudir a los recursos puede ser diverso entre las muestras.

CONCLUSIONES

Dentro de lo que se conoce como la psicología cultural, ya queda claro que los pacientes de salud mental tienden a acomodarse mejor a intervenciones terapéuticas que son cónsonas con sus creencias espirituales o religiosas (Matsumoto & Hwang, 2019). Esto ha sido reconocido recientemente en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (American Psychiatric Association, 2013) al incluir en los apéndices una formulación cultural de la angustia expresada. Entendemos que nuestro estudio abre la puerta para crear curiosidad e inquietud respecto a la importancia de crear una alianza terapéutica en donde se plantean intersecciones entre el individuo y el clínico, creándose nuevos significados y narrativas, pero partiendo de las visiones de mundo del cliente. Se desprende que los servicios de salud mental podrían estar incompletos o fragmentados si no incluimos otros saberes u otras construcciones de vida que para el cliente son primordiales. Precisamente la religión y la espiritualidad son uno de dichos componentes (Hook, et al., 2019). De aquí radica la necesidad de incluir los aspectos culturales de esas personas. El no hacerlo puede tener costos: servicios inefectivos, deterioro en la sintomatología o retirarse de los servicios. Por lo tanto, nos debemos de encaminar a ofrecer servicios más holísticos y basados en formulaciones sensitivas culturales.

Financiamiento: La presente investigación no fue financiada por alguna entidad ni patrocinador.

Agradecimientos: A las personas que participaron en la investigación y compartieron sus historias con la suscribiente conociendo que su narrativa es eco del de otras personas.

Conflicto de Intereses: No existen conflicto de intereses de parte de los autores de la investigación.

REFERENCIAS

- Acerbi, J. (2013). Religio, ius y fas: Orígenes del uso de la religión como forma de desprestigio y condena social en occidente. En C. A. Ferez, R. Ottonello, & A. Cantisani (Eds.), *La bifurcación entre pecado y delito: Crimen, justicia y filosofía política de la modernidad temprana*. (1ra ed., pp. 49-66). Editorial Gorla.
- Alvarado, C., Nahm, M., & Sommer, A. (2012). Notes on early interpretations of mediumship. *Journal of Scientific Exploration*, 26(4), 855-865.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bermúdez, J. M., Kirkpatrick, D. R., Hecker, L., & Torres-Robles, C. (2010). Describing Latinos families and their help-seeking attitudes: Challenging the family therapy literature. *Contemporary Family Therapy*, 32(2), 155-172. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9110-x>
- Bosch, J. (2001). *Para conocer las sectas: Panorámica de la nueva religiosidad marginal*. Ediciones Verbo Divino.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós
- Burke, M. (1996). Using the spiritual perspective in counseling persons with HIV/AIDS: An integrative approach. *Counseling and Values*, 40(3), 185-195. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007x.1996.tb00851.x>
- Buser, J. K., & Bernard, J. M. (2013). Religious coping, body dissatisfaction, and bulimic symptomatology. *Counseling and Values*, 58, 158-176. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007x.2013.00031.x>
- Castillo-Veliz, E. (2001). *La inclusión del aspecto de la espiritualidad en la psicoterapia para pacientes con cáncer: Hacia un programa de intervención psico-espiritual* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan.
- Césoedes, G. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*, 5(1), 108-113. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a11.pdf>
- Chandler, C., Holden, J., & Kolander, C. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 71(2), 168-175. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb02193.x>
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. (2nd ed). SAGE publications.
- D'Souza, R. (2003). Incorporating a spiritual history into a psychiatric assessment. *Australasian Psychiatry*, 11(1), 12-16. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2003.00509.x>
- Dueck, A., & Byron, K. (2011). Community, spiritual traditions, and disasters in collective Societies. *Journal of Psychology and Theology*, 39(3), 244-254.
- Espirito, D. (2012). Imagination, sensation and the education of attention among Cuban spirit mediums. *Ethnos*, 77(2), 252-271. <http://dx.doi.org/10.1080/00141844.2011.600832>
- Ferraro, K., & Kelley-Moore, J. A. (2000). Religious consolation among men and women: Do health problems spur seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(2), 220-234. <https://doi.org/10.1111/0021-8294.00017>
- Garrison, V. (1977). Doctor, "espiritista", o psychiatrist? Help seeking behavior in a Puerto Rican neighborhood in New York City. *Medical Anthropology*, 1(2), 65-191. <https://doi.org/10.1080/01459740.1977.9965921>
- González-Rivera, J. (2015). *Espiritualidad en la clínica: Integrando la espiritualidad en la psicoterapia y la consejería*. Ediciones Psico-Espiritualidad.
- Handzo, R. G., & Koenig, H. G. (2004). Spirituality spiritual care: Whose job is it anyway? *Southern Medical Journal*, 97(12), 1242-1244. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146490.49723.AE>
- Hook, J. N., Captari, L. E., Hoyt, A., Davis, D., McElroy, S., & Worthington, E. (2019). Religion and spirituality. En J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3rd ed., Vol. 2, pp. 212-263). Oxford University Press.
- King, D. E. (2004). Publication in the field of spirituality, religion, and medicine: An uphill battle? *Southern Medical Journal*, 97(12), 1150-1151. <http://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146497.62722.40>
- Koss-Chioino, J. D., & Soto-Espinoza, J. (2013). Science and spirituality in the clinic: Medical doctors in Puerto Rico. *Diversity and Equality in Health and Care*, 10(3), 155-164.
- Krajewski-Jaime, E. R. (1991). Folk-healing among Mexican-American families as a consideration in the delivery of child welfare and child health care services. *Child Welfare*, 70(2), 157-167.
- Krueger, R., & Casey, M. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed). SAGE Publications.
- Landau, J. (2002, June 26-29). *Accessing resilience in times of trauma: Family, community and spiritual connectedness: An overview of the Linking Human Systems (LINC) model* [Keynote presentation]. The American Family Therapy Academy, New York, NY, United States.
- Landau, J. (2005). The LINC model: A collaborative strategy for community resilience. *Sistemas Familiares*, 20(3), 1-29. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-2>
- Landau, J. (2010). Communities that care for families: The LINC model for enhancing individual, family, and community resilience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 516-524. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01054.x>
- Landau, J., Mittal, M., & Wieling, E. (2008). Linking human systems: Strengthening individuals, families, and communities in the wake of mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 193-209. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00064.x>
- Lannert, J. (1991). Resistance and countertransference issues with spiritual and religious clients. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(4), 68-76. <https://doi.org/10.1177/0022167891314005>
- Luchetti, G., Aguiar, P., Braghetta, C., Vallada, C., Moreira-Almeida, A., & Vallada, H. (2012). Spiritist psychiatric hospitals in Brazil: Integration of conventional psychiatric treatment and spiritual complementary therapy. *Culture, Medicine, and*

- Psychiatry*, 36(1), 124–135. <http://doi.org/10.1007/s11013-011-9239-6>
- Magaldi-Dopman, D., Park-Taylor, J., & Ponterotto, J.G. (2011). Psychotherapists' spiritual, religious, atheist or agnostic identity and their practice of psychotherapy: A grounded theory study. *Psychotherapy Research*, 21(3), 286-303. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.565488>
- Maldonado-Trinidad, C. (2005). *Diseño de un programa de fortalecimiento espiritual cristiano con un enfoque cognoscitivo-conductual para mujeres con sintomatología depresiva* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan.
- Maraldi, E., Machado, F., & Zangari, W. (2010). Importance of a psychosocial approach for a comprehensive understanding of mediumship. *Journal of Scientific Exploration*, 24(2), 181-196.
- Martínez-Taboas, A. (1999). Case study in cultural psychiatry: A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23(3), 333-348. <https://doi.org/10.1023/a:1005504222101>
- Martínez-Taboas, A. (2005). Psychogenic seizures in an Espiritismo context: The role of culturally sensitive psychotherapy. *Psychotherapy*, 42(1), 6-13. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.6>
- Martínez-Taboas, A. (2011). Aportaciones para entender adversidades psicológicas y sociales de la religión y espiritualidad. En N. Varas-Díaz, D. Marqués-Reyes, S. Rodríguez-Madera, O. Burgos, & A. Martínez-Taboas (Eds.), *La religión como problema en Puerto Rico* (pp. 57-96). Terranova.
- Matsumoto, D., & Hwang, H. C. (Eds.) (2019). *The handbook of culture and psychology*. Oxford University Press.
- McClean, S., Bunt, L., & Daykin, N. (2012). The healing and spiritual properties of music therapy at a cancer care center. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(4), 402-7. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0715>
- McGrath, L. A. (1995). *The social spirituality of Latin American abuse Christian communities* [Disertación doctoral no publicada]. Universidad de Boston, Escuela de Teología.
- Miller, B., Petterson, S., Brown, S., Payne-Murphy, J., Moore, M., & Bazemore, A. (2014). Primary care, behavioral health, provider colocation, and rurality. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(3), 367-374. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.03.130260>
- Moreira-Almeida, A., & Koss-Chioino, J. (2009). Recognition and treatment of psychotic symptoms: Spiritists compared to mental health professionals in Puerto Rico and Brazil. *Psychiatry*, 72(3), 268–283. <http://doi.org/10.1521/psyc.2009.72.3.268>
- Moritz, S., Kelly, M. T., Xu, T. J., Toews, J., & Rickhi, B. (2011). A spirituality teaching program for depression: qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complementary Therapies in Medicine*, 19(4), 201-217. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2011.05.006>
- Nieves, G. (2015). *Correlación de los síntomas de depresión, ansiedad y actitudes espirituales y religiosas en una muestra de mujeres infértiles* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan.
- Núñez-Molina, M. (2001). Community healing among Puerto Ricans: Espiritismo as a therapy for the soul. In M. F. Olmos & L. Paravisini-Gebert (Eds.), *Healing cultures* (pp 115-129). Palgrave Macmillan.
- Núñez-Molina, M. (2007). *El espiritismo en Puerto Rico. Sistemas folclóricos de ayuda* [Tesis doctoral publicada]. Escuela de Educación de Harvard.
- Quintero, N. (2017). Estrategias espirituales y religiosas en la práctica de la psicoterapia y la consejería. En Rodríguez-Gómez, J. (Ed.), *La relevancia de las categorías de la espiritualidad y la religiosidad en la psicología contemporánea: Investigaciones puertorriqueñas* (pp 1-33). Publicaciones Gaviota.
- Reddy, A., Pollack, C., Asch, D., Canamucio, A., & Werner, R. (2015). The effect of primary care provider turnover on patient experience of care and ambulatory quality of care. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1157-1162. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1853>
- Revheim, N., Greenberg, W. M., & Citrome, L. (2010). Spirituality, schizophrenia, and state hospitals: Program description and characteristics of self-selected attendees of a spirituality therapeutic group. *Psychiatric Quarterly*, 81(4), 285-92. <https://doi.org/10.1007/s11226-010-9137-z>
- Reyes-Estrada, M., Rivera-Segarra, E., Ramos-Pibernus, A., Rosario-Hernández, E., & Rivera-Medina, C. (2014). Desarrollo y validación de una escala para medir religiosidad en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 226-242.
- Richards, P. S., & Bergin, A. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11214-000>
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. SAGE Publications.
- Rivera, R. (2008). *Las actitudes de los psiquiatras hacia la incorporación de la espiritualidad en la psicoterapia: Estudio piloto* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan.
- Rodríguez-Rivera, I. (2015, noviembre 12-14). *Espiritismo folclórico como servicio de ayuda alterno: Un estudio de casos de proveedores* [Presentación oral]. 62da Convención Asociación de Psicología de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
- Rodríguez, J. R., Delgado, R., & Rodríguez, D. (2012, diciembre 3-7). *Confiabilidad de la escala para explorar actitudes espirituales y religiosas en ancianos: Un estudio piloto en Puerto Rico*. [Presentación de cartel]. Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2012, La Habana, Cuba.
- Rosario-Díaz, A. (2008). *Diseño de un programa de apoyo grupal psicoespiritual para familiares cuidadores de personas con condiciones incapacitantes severas* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan.
- Ruiz-Olabuenaga, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa* (3ra ed, Vol. 15). Deusto.
- Santiago, M., & Toro-Alfonso, J. (2010). La cura que es (lo)cura: Una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. *Revista Salud y Sociedad*, 1(2), 136-144.

- Sazo, N. (2010). Entre locos y sinvergüenzas. Deslegitimación y subalternización de las sectas en Chile. *Cultura y Religión*, 4(2), 241-263.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. Teachers College Press.
- Shafranske, E., & Sperry, L. (2005). *Spiritually oriented psychotherapy*. American Psychological Association.
- Sweetingham, L. (2004). *Medical examiner: Autistic boy suffocated during exorcism*. Cult Education Institute.
- Varas-Díaz, N., Marqués, D., Rodríguez, S., Burgos, O., Martínez-Taboas, A. (2011). *La religión como problema en Puerto Rico*. Terranova Editores.
- Wilber, K. (1999). Spirituality and developmental lines: Are there stages? *The Journal of Transpersonal Psychology*, 31(1), 1-10.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: Relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 730-41. <https://doi.org/10.1037/a0015820>
- Zayas-Cruz, Y. (2015). *Construcción y validación de una escala para medir actitudes religiosas y espirituales en homosexuales y lesbianas que actualmente tengan pareja: Y sus propiedades psicométricas* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan.



Obra bajo licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).
© 2020 Autores.