



**Salud mental y su relación con la religiosidad, la espiritualidad y la ancestralidad en
América Latina: revisión de alcance con énfasis en Colombia (2020-2025)**

Juan Felipe Acosta Ortega

Trabajo de investigación para optar al título de Psicólogo

Tutor

Lina Marcela Gil Congote, PostDoctor (PostDoc)

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Caucasia, Antioquia, Colombia
2026

Cita	(Acosta Ortega J. 2026)
Referencia	Acosta Ortega J. (2026). <i>Salud mental y su relación con la religiosidad, la espiritualidad y la ancestralidad en América Latina: revisión de alcance con énfasis en Colombia (2020-2025)</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Cauca, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Biblioteca Seccional Bajo Cauca (Caucasia)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: Héctor Iván García García

Decano/Director: Alba Nelly Gómez García.

Jefe departamento: Johny Andrey Villada Zapata.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Le dedico este trabajo a mi mamá... “mira mami, lo logré. Tu hijo pequeño ahora es alguien”

Agradecimientos

Agradezco grandemente a las comunidades indígenas, a los hijos de Oshun, a la magia yoruba y a la naturaleza misma por permitirme acercarme a ustedes, con amor, con respeto y con gran admiración. Agradezco también a todas las personas que aportaron un granito de arena en este proceso, a quienes, para bien o para mejorar, me ayudaron en todo mi proceso formativo, y a mi familia, que aún siguen haciendo grandes cosas por mí todos los días.

Resumen

Introducción: La relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad en América Latina exige enfoques conceptuales sensibles a los determinantes sociales, la interculturalidad, los derechos y los sistemas comunitarios de cuidado. En Colombia, el marco normativo reciente en salud mental refuerza la pertinencia de enfoques diferenciales, étnicos, territoriales e interculturales, aunque persisten tensiones entre modelos biomédicos, saberes propios y formas comunitarias de nombrar el bienestar, el sufrimiento y el cuidado. **Objetivo:** Examinar y mapear las fuentes de evidencia publicadas entre 2020 y 2025 en América Latina, con énfasis en Colombia, sobre la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad, con el fin de identificar configuraciones del fenómeno, efectos reportados, tensiones conceptuales y vacíos de investigación. **Método:** Se realizó una revisión de alcance orientada por referentes metodológicos de este tipo de revisión y por los lineamientos de reporte PRISMA-ScR. Se consultaron PubMed, SciELO, LILACS, Dialnet, EBSCOhost y Google Académico, con combinaciones de términos sobre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad. Se incluyeron estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos, revisiones, tesis, documentos institucionales y fuentes conceptuales, jerarquizados según su pertinencia como directos, complementarios o contextuales. **Resultados:** Se incluyeron fuentes de evidencia heterogéneas, organizadas según su aporte al objeto de la revisión. La espiritualidad se asoció con bienestar psicológico, sentido de vida, afrontamiento, resiliencia y calidad de vida, especialmente en población general, universitaria, clínica y profesional. La ancestralidad apareció como sistema comunitario de cuidado, articulado con territorio, memoria, medicina tradicional, ritualidad, armonía, buen vivir y saberes propios. La religiosidad mostró efectos ambivalentes: puede favorecer apoyo social, pertenencia y afrontamiento, pero también asociarse con culpa, crisis religiosa, rigidez normativa, luchas espirituales o malestar en contextos específicos.. La ambivalencia emergió como eje interpretativo central, pues los efectos dependen del contexto cultural, el momento clínico, la red de apoyo, el significado atribuido y las condiciones sociales. Los vacíos principales fueron la baja representación de comunidades afrocaribeñas, raizales, palenqueras y Rrom dentro del corpus recuperado, la escasez de estudios comparativos y la persistente confusión conceptual entre religiosidad,

espiritualidad y ancestralidad. **Conclusión:** La revisión muestra que la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad es plural, situada y ambivalente. Su aporte principal es distinguir categorías, reconocer la especificidad de la ancestralidad como sistema de cuidado colectivo y ampliar la comprensión de la salud mental hacia lenguajes de cuidado, cura, sanación, armonía, territorio y comunidad.

Palabras clave: salud mental, religiosidad, espiritualidad, ancestralidad, determinantes sociales de la salud, interculturalidad, revisión de alcance.

Abstract

Introduction: The relationship between mental health, religiosity, spirituality, and ancestral heritage in Latin America calls for conceptual approaches that are sensitive to social determinants, interculturality, rights, and community-based care systems. In Colombia, the recent regulatory framework for mental health reinforces the relevance of differential, ethnic, territorial, and intercultural approaches, although tensions persist between biomedical models, indigenous knowledge, and community-based ways of conceptualizing well-being, suffering, and care. **Objective:** To examine and map evidence sources published between 2020 and 2025 in Latin America, with an emphasis on Colombia, regarding the relationship between mental health, religiosity, spirituality, and ancestry, in order to identify patterns of the phenomenon, reported effects, conceptual tensions, and research gaps. **Method:** A scoping review was conducted, guided by methodological frameworks for this type of review and the PRISMA-ScR reporting guidelines. We searched PubMed, SciELO, LILACS, Dialnet, EBSCOhost, and Google Scholar using combinations of terms related to mental health, religiosity, spirituality, and ancestry. Qualitative, quantitative, and mixed-methods studies, reviews, theses, institutional documents, and conceptual sources were included, categorized according to their relevance as direct, complementary, or contextual. **Results:** Heterogeneous sources of evidence were included, organized according to their relevance to the review's objective. Spirituality was associated with psychological well-being, a sense of purpose, coping, resilience, and quality of life, particularly among the general population, university students, clinical patients, and professionals. Ancestrality emerged as a community-based care system, intertwined with territory, memory, traditional medicine, rituality, harmony, good living, and indigenous knowledge. Religiosity showed ambivalent effects: it can promote social support, belonging, and coping, but it can also be associated with guilt, religious crisis, normative rigidity, spiritual struggles, or distress in specific contexts. Ambivalence emerged as a central interpretive axis, as the effects depend on the cultural context, the clinical moment, the support network, the meaning attributed, and social conditions. The main gaps were the low representation of Afro-Caribbean, Raizal, Palenquero, and Romani communities within the recovered corpus, the scarcity of

comparative studies, and the persistent conceptual confusion between religiosity, spirituality, and ancestry. **Conclusion:** This review demonstrates that the relationship between mental health, religiosity, spirituality, and ancestrality is multifaceted, context-specific, and ambivalent. Its main contribution lies in distinguishing between categories, recognizing the unique nature of ancestrality as a system of collective care, and broadening the understanding of mental health to include concepts of care, healing, harmony, territory, and community.

Keywords: mental health, religiosity, spirituality, ancestry, social determinants of health, interculturality, scoping review.

Introducción

La salud mental ha sido concebida predominantemente como un fenómeno clínico individual, pero también es un fenómeno relacional, social y cultural. La Organización Mundial de la Salud (2025) la define como un estado de bienestar que permite afrontar tensiones, desarrollar capacidades y contribuir a la comunidad. Sin embargo, esta definición general resulta limitada cuando se enfrenta a cosmovisiones donde el bienestar depende del equilibrio con la naturaleza, los ancestros y el territorio.

En este contexto, la religiosidad, la espiritualidad y la ancestralidad se consideran dimensiones fundamentales para comprender la salud mental. La religiosidad remite a sistemas de creencias y prácticas vinculados a tradiciones organizadas; la espiritualidad a experiencias de sentido, trascendencia o conexión; y la ancestralidad a marcos colectivos de memoria, territorialidad, ritualidad y cuidado (Koenig, 2012), especialmente visibles en pueblos étnicos y comunidades con sistemas propios de salud. Estas dimensiones no son equivalentes: pueden coexistir, superponerse o entrar en tensión según los contextos históricos, culturales, comunitarios y clínicos.

El problema latinoamericano y colombiano es particularmente agudo; gran parte de la población enfrenta afectaciones derivadas del conflicto armado, despojo territorial, discriminación estructural y fragmentación cultural. Por otro lado, los sistemas de atención en salud mental, de corte biomédico, no logran responder a estos problemas estructurales, mucho menos a cosmovisiones donde el bienestar se concibe como armonía entre persona, comunidad, naturaleza y ancestros. No obstante, las recientes políticas y planes en salud mental logran una mirada cada vez más amplia e intercultural, entre ellas el Decreto 0729 de 2025 reconoce por primera vez en Colombia la salud mental de comunidades étnicas como prioridad nacional, definiéndose más allá del enfoque biomédico e incorporando espiritualidad, territorio y armonía comunitaria. Sin embargo, la implementación de políticas interculturales requiere evidencia sólida y estudios diversos que aporten a la comprensión de una mirada compleja e incluyente de la salud mental.

Es conveniente decir que existe un vacío de síntesis: no se encontraron revisiones de alcance que integren las cuatro categorías (salud mental, religiosidad, espiritualidad, ancestralidad) en América Latina con un periodo actualizado (2020-2025) y que incluya tanto población general como poblaciones específicas, con énfasis analítico en Colombia. La literatura internacional ha documentado la dualidad funcional de la religión-espiritualidad, pero los estudios en la región son fragmentados y mayoritariamente cualitativos.

Por ello, este estudio se propone examinar y mapear las fuentes de evidencia publicada entre 2020 y 2025 en América Latina, con énfasis en Colombia, sobre la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad, identificando formas de configuración del fenómeno, efectos reportados, tensiones conceptuales y vacíos de investigación.

Justificación

La presente revisión de alcance se justifica por razones conceptuales, metodológicas y contextuales. La salud mental ha sido definida, en términos generales, como un estado de bienestar que permite afrontar las tensiones de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad; sin embargo, su comprensión contemporánea exige situarla también en las condiciones sociales, culturales e históricas en que transcurre la vida cotidiana¹. En esta dirección, los determinantes sociales de la salud muestran que las desigualdades en las condiciones de vida, trabajo, educación, vivienda y protección social afectan las posibilidades de bienestar y de sufrimiento psíquico. Del mismo modo, su operacionalización institucional ha tendido a concentrarse en el riesgo, los trastornos y la oferta de servicios, con menor atención a las mediaciones culturales desde las que distintos grupos nombran y viven el bienestar o el malestar psíquico.

En América Latina, la espiritualidad no puede reducirse a la religiosidad institucional ni abordarse desde los marcos teóricos convencionales, categorías clínicas o institucionales; se trata de una dimensión que se entrelaza con la ancestralidad, el territorio, las memorias colectivas, las prácticas rituales, los sistemas locales de cuidado y las cosmovisiones indígenas, configurando formas propias de comprender el bienestar y el malestar psíquico. En consonancia, las perspectivas latinoamericanas de salud mental colectiva han propuesto comprender este campo desde lo relacional, histórico y político, en vínculo con el sufrimiento social, la violencia, la desigualdad y los cuidados comunitarios (Arias y Hernández, 2020). Esta aproximación se postula como una alternativa crítica y fundamentalmente diferente a los modelos predominantes de salud mental que tienden a ser individualistas, enfocados en la funcionalidad (funcionalistas) y excesivamente centrados en la enfermedad o patología (morbicéntricos). Por esta razón, la presente revisión se circunscribe en principio a Latinoamérica como condición metodológica necesaria para captar esas especificidades culturales y epistemológicas, con énfasis en su incorporación en el contexto colombiano.

¹ La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS sostiene que las inequidades sanitarias son el resultado de “la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece”, así como de fuerzas políticas, sociales y económicas que estructuran esas condiciones (OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Esta formulación permite sostener que la salud mental no depende solo de factores individuales, sino también de arreglos sociales e institucionales más amplios.

En nuestro país esta particularidad no solo se reconoce, sino que se protege normativamente. La Constitución Política de 1991 en conjunto con el Decreto 0480 consagran la diversidad cultural y el pluralismo religioso como principios fundantes del Estado social de derecho, lo cual otorga legitimidad jurídica a la incorporación de la espiritualidad y las prácticas ancestrales en los sistemas de atención en salud mental². Este marco se ha fortalecido de manera progresiva durante la última década, configurando un conjunto de instrumentos normativos que integran de forma explícita la espiritualidad, la interculturalidad y el enfoque diferencial en la política de salud mental, lo que representa una transformación cualitativa en la comprensión oficial del bienestar psíquico³.

En ese tránsito, la ENSM 2015 registró la importancia subjetiva de la religión como apoyo en la vida cotidiana a la salud mental, pero el país ha avanzado hacia un enfoque intercultural y normativo más robusto⁴. El diseño ENSM 2025 propone incluir de forma expresa la espiritualidad dentro del abordaje salutogénico de la salud mental, al considerarla un posible factor protector, al igual que las prácticas ancestrales y comunitarias.

La definición consensuada de salud mental que fundamenta la nueva política nacional da un paso significativo al incorporar las experiencias espirituales como parte constitutiva del bienestar: la salud mental se entiende no sólo como ausencia de trastornos, sino como la búsqueda

² Para consultar el concepto emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública sobre protección a las diversidades étnicas revisar el siguiente enlace: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=259856>

³ La ampliación normativa reciente puede apoyarse, de forma sintética, en tres hitos. 1) La Ley 2460 de 2025 incorpora el acompañamiento espiritual en ciertos programas y establece que la promoción de la salud mental considerará la multiculturalidad en Colombia para fortalecer factores protectores y reducir factores de riesgo (Congreso de la República de Colombia, 2025). 2) La Política Nacional de Salud Mental (PNSM) 2025-2034 concibe la salud mental mediante la integración de enfoques sociales, culturales, estatales, demográficos, psicológicos y estructurales, con especial atención a poblaciones en condición de vulnerabilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). 3) La actualización de esta política se inscribe en el mandato del artículo 166 de la Ley 2294 de 2023, que ordena abordar la salud mental individual y colectiva con acciones transectoriales que inciden en los determinantes sociales.

⁴ La ENSM 2015 señaló explícitamente el papel de la religión como apoyo y reportó la categoría “muchísima importancia de la religión en la vida”, con porcentajes altos y crecientes con la edad. Para revisar la Encuesta Nacional de Salud 2015, puede consultarse el siguiente enlace: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>. La Encuesta Nacional de Salud Mental se desarrolla cada 10 años. La ENSM 2025 se encuentra actualmente en ejecución, a la espera de los resultados para el segundo semestre de 2026. Esta versión integra por primera vez en su diseño un componente cualitativo que permitirá conocer y ampliar éstas y otras dimensiones desde las vivencias de las personas.

de dignidad, sentido de vida y buen vivir, que incluye las dimensiones afectivas, emocionales, cognitivas, conductuales y espirituales de cada persona en su trayectoria vital⁵.

Por su parte, la Ley 2460 de 2025 incorpora de forma explícita la dimensión espiritual en la atención en salud mental y establece que determinados programas deben incluir el acompañamiento espiritual con pleno respeto a la voluntad y convicción de cada persona⁶. Asimismo, ordena que las estrategias de atención consideren la multiculturalidad colombiana como un eje para aumentar los factores protectores y reducir los de riesgo⁷.

Finalmente, el énfasis en Colombia se justifica por el aporte directo que esta revisión hace a la ENSM 2025 en su abordaje desde los determinantes sociales, la equidad, el enfoque diferencial y el reconocimiento de las capacidades comunitarias y ancestrales. De igual modo, la revisión se justifica también por un vacío de síntesis: para el periodo 2020-2025 no se identificó una revisión de alcance centrada en América Latina, con énfasis en Colombia, que integrara de manera conjunta salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad, distinguiendo configuraciones del fenómeno, efectos reportados, tensiones conceptuales y vacíos de investigación. . En síntesis, esta revisión ofrece un aporte conceptual y analítico para interpretar un campo todavía emergente, especialmente relevante para la discusión contemporánea sobre salud mental, interculturalidad y reconocimiento de capacidades comunitarias y ancestrales en Colombia y podría ampliarse en futuras investigaciones como insumo para el diseño de políticas públicas con enfoque diferencial.

⁵ El decreto 0729 de 2025 establece que la actualización de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034 debe garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios con criterios de equidad, interculturalidad y sostenibilidad.

⁶ El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 incorpora un enfoque de derechos humanos, equidad e interseccionalidad que prioriza la atención primaria y la valoración de las prácticas ancestrales de los pueblos étnicos, abordando simultáneamente las brechas sociales, culturales y económicas que determinan las condiciones de vida de las comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Para mayor información respecto al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, véase: Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

⁷ El artículo 38 de la ley 2460 del 2025 amplía el modelo comunitario de promoción y prevención al establecer la articulación con organizaciones basadas en la fe, en armonía con las políticas de libertad religiosa (Congreso de la República de Colombia, 2025).

Objetivos

Objetivo general

Examinar y mapear las fuentes de evidencia publicadas entre 2020 y 2025 en América Latina, con énfasis en Colombia, sobre la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad, con el fin de identificar formas de configuración del fenómeno, efectos reportados, tensiones conceptuales y vacíos de investigación.

Objetivos específicos

1. Identificar cómo se configuran la religiosidad, la espiritualidad y la ancestralidad en el corpus revisado.
2. Describir las funciones y efectos positivos, negativos y mixtos de estas dimensiones en la salud mental.
3. Reconocer las principales tensiones conceptuales y metodológicas presentes en el campo.
4. Identificar vacíos de investigación en el corpus revisado.

Marco conceptual

Salud mental y determinantes sociales

La Organización Mundial de la Salud define salud mental como un

Estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad. Tiene un valor intrínseco e instrumental y es un derecho humano fundamental. (World Health Organization. 2025)

Esta definición sitúa la salud mental en el plano del bienestar, las capacidades y la participación social, y no únicamente en la enfermedad. Desde la perspectiva de los *determinantes sociales* se comprende como un campo atravesado por condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que inciden en las formas de bienestar, sufrimiento y cuidado. Factores como pobreza, educación, vivienda, empleo, discriminación, violencia, conflicto, migración, estigma, redes de apoyo y acceso a servicios configuran las trayectorias de salud mental de las personas y las comunidades (OMS & Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). La evidencia reciente refuerza esta lectura al señalar que los determinantes sociales de la salud mental incluyen condiciones estructurales a lo largo del curso de vida —como ingreso, empleo, educación, seguridad alimentaria, vivienda, apoyo social, discriminación, adversidades tempranas, entorno físico y acceso a servicios—, cuya distribución depende de relaciones de poder, recursos y decisiones políticas (Kirkbride et al., 2024). Pero estas condiciones no solo actúan como factores asociados; su abordaje compromete la garantía efectiva del derecho a la salud, la vida digna y la justicia social (Maker y McSherry, 2024). En décadas de trayectoria de este campo se advierte la insuficiencia de una respuesta centrada exclusivamente en la atención clínica individual y se reconocen avances hacia el análisis del racismo, la exclusión, la soledad, la violencia estructural y las fortalezas psicosociales (Alegría et al., 2023).

No obstante, este giro hacia los determinantes sociales también ha recibido críticas porque la inclusión, la equidad y los derechos pueden quedar limitados al lenguaje o la “retórica” cuando no se transforman las condiciones estructurales que producen desigualdad, ni se cuestiona el modo en que el paradigma global organiza las respuestas viables en salud en los territorios. En esa línea,

se ha señalado que el enfoque promovido por organismos internacionales conserva aspectos del modelo neoliberal y traduce problemas estructurales en intervenciones focalizadas, gestionables y compatibles con la gobernanza global, sin incorporar de manera sustantiva saberes no occidentales ni cuestionar suficientemente las relaciones de poder que sostienen la inequidad (Obregón, 2020).

Esta crítica permite ver el enfoque de determinantes sociales como un punto de partida necesario, pero abierto a marcos más situados y sensibles a la historia, la cultura y los territorios. Asimismo, la pertinencia de ampliar el análisis hacia el Sur global porque no operan de forma aislada ni tienen el mismo peso en todos los contextos; su efecto se modifica por la cultura, la organización comunitaria, los sistemas de cuidado, las desigualdades históricas y las relaciones coloniales que atraviesan la producción de conocimiento. Se requiere, por tanto, fortalecer investigaciones situadas que permitan comprender cómo se configuran la salud mental, el sufrimiento y los recursos de cuidado en contextos distintos a los del Norte global (Gureje, 2024). En este marco, es cada vez más relevante el reconocimiento de componentes psicológicos, socioculturales y espirituales en salud mental, así como la inclusión de categorías asociadas a identidad, etnicidad, raza, contexto y significado, que permitan ampliar la discusión frente al predominio psicofarmacológico y a las explicaciones estrictamente individualizantes (Alarcón, 2024).

En América Latina esta discusión se ha profundizado con el enfoque de *determinación social de la salud*. Breilh (2013) propone una ruptura con el paradigma empírico-funcionalista de la salud pública porque los procesos de salud - enfermedad no se reducen a la sumatoria de factores aislados ni a una asociación lineal causa-efecto; por el contrario, deben leerse en conexión con las estructuras de poder, la inequidad y los modos de vida socialmente producidos. En el campo específico de la salud mental, esta perspectiva se articula con propuestas de *salud mental colectiva* que enfatizan el carácter relacional, histórico y político, con atención al sufrimiento social, los cuidados comunitarios, la territorialidad, la migración, la violencia y los derechos, en contraposición a una salud mental individualista, funcionalista y morbicéntrica, especialmente relevantes en contextos de violencia, desplazamiento y desigualdad (Arias y Hernández, 2020). Esta trayectoria conceptual ofrece un soporte pertinente para estudiar la religiosidad, la espiritualidad y la ancestralidad porque estas dimensiones no aparecen solo como creencias privadas, sino que constituyen marcos de sentido, prácticas de cuidado, formas de pertenencia,

recursos de afrontamiento y lenguajes culturales para nombrar el bienestar, el malestar y la reparación.

La salud mental, por tanto, es un estado dinámico, relacional y situado. No se limita al componente de bienestar individual o búsqueda de equilibrio psicológico, pues se configura en situaciones cotidianas de las personas, en los vínculos, en las condiciones sociales y en los sistemas culturales de cuidado. Keyes (2002) propone un continuo desde *languishing* (malestar) hasta *flourishing* (floreCIMIENTO), integrando dimensiones emocionales, psicológicas y sociales. En contextos étnicos e interculturales la categoría de salud mental adquiere sentidos que no siempre coinciden con el lenguaje clínico occidental y ponen en cuestión definiciones universalistas. Desde una perspectiva intercultural se reconoce que los sistemas de cuidado propios se basan en manifestaciones y prácticas que no siempre coinciden con el modelo biomédico. Esto exige situar culturalmente el concepto de salud mental y reconocer que, en ciertos contextos, se expresa mediante categorías como armonía, equilibrio, espiritualidad o buen vivir.

En coherencia con esta ampliación, la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034 complementa la definición legal previa y plantea que la salud mental incluye experiencias afectivas, emocionales, cognitivas, conductuales y espirituales a lo largo del curso de vida, y la vincula con la búsqueda de dignidad, bienestar propio, familiar y comunitario y buen vivir (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). De este modo, el presente trabajo asume la salud mental como una categoría dinámica, relacional y situada, atravesada por determinantes sociales, formas de vida, vínculos, espiritualidad y contextos socioculturales de cuidado.

Religiosidad institucional y salud mental

La religiosidad se entiende como un sistema estructurado de creencias, prácticas y normas asociadas a instituciones formales (Koenig, 2012). Esta definición permite distinguir la religiosidad de otras formas de experiencia espiritual o ancestral porque remite con mayor frecuencia a marcos organizados de creencias, normas, autoridades y prácticas compartidas (vinculada a iglesias u organizaciones religiosas), aunque su vivencia concreta puede ir más allá del espacio estrictamente eclesial.

Su relación con la salud mental es dual: puede promover bienestar mediante apoyo social y sentido de vida, o generar malestar a través de culpa, rigidez normativa y afrontamiento negativo

(Pargament et al., 2013). Esto significa que la religiosidad no opera de forma unívoca, sino ambivalente: en algunos casos ofrece apoyo, sentido, pertenencia y regulación emocional; en otros, puede articularse con culpa, auto-estigmatización, luchas espirituales o interpretaciones punitivas del sufrimiento. El análisis histórico de Gutiérrez Avendaño (2020) muestra que ciertas expresiones religiosas fueron leídas por la psiquiatría colombiana de la primera mitad del siglo XX como fanatismo, manía religiosa o locura moral; advierte así el riesgo de patologizar la religiosidad sin distinguir entre creencias significativas, sufrimiento psíquico, síntomas clínicos y control moral.

En cuanto al marco normativo y la inclusión dentro de la salud mental, ya se indicó que esta dimensión ha tenido presencia en la medición nacional desde la ENSM 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social 2015), con el reconocimiento de la importancia subjetiva de la religión como apoyo en la vida cotidiana, aunque con un alcance más restringido que el actual.

Espiritualidad y bienestar

La espiritualidad se define como una dimensión subjetiva de búsqueda de sentido, conexión con lo trascendente y paz interior, sin dependencia institucional (Pargament, 2011). Conviene ampliar esta definición para mostrar que la espiritualidad no sólo se expresa como experiencia íntima, sino también como práctica relacional, comunitaria y culturalmente situada. Puede ser individual, relacional, terapéutica o comunitaria. En el campo de la salud mental, la espiritualidad permite comprender modos de afrontamiento, sentido de vida, reinterpretación del sufrimiento y cuidado de sí que no siempre pasan por instituciones religiosas formales (Arroyo-Araya H. 2024). Por ello, su valor analítico en esta revisión consiste en abrir un espacio intermedio entre la religiosidad institucional y saberes ancestrales, sin confundirlos entre sí. La literatura revisada muestra asociaciones frecuentes entre espiritualidad, bienestar, sentido de vida, afrontamiento y calidad de vida, aunque con diferencias según población, diseño y forma de operacionalizar la espiritualidad (Rodríguez López et al., 2024; Alexandre, Lopes Júnior & Mendonça, 2024; Silva y Guerra, 2025; Gassull, 2024).

Por su parte, la política reciente en Colombia también amplía la noción de salud mental al incluir experiencias espirituales dentro del bienestar integral y al considerar la multiculturalidad como dimensión relevante para aumentar factores protectores y reducir factores de riesgo (Ley 2460 de 2025; Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Por ello, en esta revisión la

espiritualidad se entiende como una dimensión de sentido, relación y cuidado que puede operar como recurso protector, aunque también debe analizarse en sus ambivalencias y tensiones.

Ancestralidad, territorio y sistemas comunitarios de cuidado

La ancestralidad refiere al conjunto de saberes, prácticas rituales, medicina tradicional, vínculos con la naturaleza y sistemas de cuidado propios de comunidades indígenas y afrodescendientes (Jaramillo y Lombo, 2024). Esta definición puede ampliarse al reconocer que dichos saberes también se expresan en comunidades palenqueras, afroindígenas, quilombolas, campesinas y rurales, donde la cura, el cuidado y diferentes formas de organización comunitaria sostienen formas colectivas de bienestar, reparación y continuidad de la vida frente a la violencia, el despojo y el silenciamiento epistémico moderno-colonial (Parra-Valencia, 2023; Parra-Valencia et al., 2024). La ancestralidad implica memoria, territorio, ritualidad, autoridad de saberes y sistemas de cuidado colectivos que amplían el sentido de la salud mental expresada en el fortalecimiento de la identidad, el sentido de pertenencia y la cohesión comunitaria.

En varios pueblos indígenas de Colombia, la salud mental se configura desde una perspectiva ancestral holística, relacionada con buen vivir, espiritualidad, armonía con la madre tierra, territorio, leyes de origen, rituales y fortalecimiento de saberes propios (Montoya Vélez et al., 2020). Ese desplazamiento del lenguaje es una forma distinta de nombrar y organizar el bienestar psíquico y comunitario. En trabajos recientes sobre comunidades indígenas del Cauca, por ejemplo, se señala que en estas culturas “no se habla directamente de salud mental sino del buen vivir”, entendido como articulación entre lo físico, lo espiritual, la madre tierra y la vida comunitaria (Díaz Mestizo, 2023). La ancestralidad no es solo un rasgo cultural o identitario, es una forma de sostener la vida y tramitar el sufrimiento desde saberes propios, de ahí que se exprese también como transmisión intergeneracional de conocimientos, mediaciones espirituales, prácticas de curación y reconocimiento de autoridades tradicionales.

En esta línea de ampliación conceptual, la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034 reconoce la interculturalidad como factor protector en salud mental, valida las prácticas ancestrales y promueve un diálogo de saberes que integra espiritualidad, usos y costumbres de los pueblos étnicos, cuidado de las armonías espirituales y buen vivir (Ministerio de Salud y Protección Social,

2025). Por su parte, el informe institucional de Nicaragua (Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional - MINSA, 2024) sistematiza la medicina tradicional ancestral en pueblos originarios y afrodescendientes y la reconoce en marcos institucionales que articulan saberes propios, espiritualidad, armonía, comunidad y servicios de salud, en diálogo con experiencias como el SISPI en Colombia.

No obstante, la literatura occidental tiende a excluir esta dimensión o a patologizarla (Jaramillo y Lombo, 2024) cuando interpreta la salud mental desde marcos homogéneos, individuales y clínicos. Por ello, incorporar la ancestralidad en el análisis permite reconocer otras formas legítimas de nombrar, experimentar y cuidar el bienestar y el sufrimiento, así como de identificar prácticas de apoyo comunitario, tal como se incorpora en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM 2025, en ejecución).

Articulación de categorías en contextos étnicos, rurales y comunitarios

Aunque la religiosidad, la espiritualidad y la ancestralidad pueden converger en una misma trayectoria subjetiva o comunitaria, no deben tratarse como categorías equivalentes. La religiosidad remite con mayor frecuencia a sistemas de creencias y prácticas vinculados a tradiciones organizadas; la espiritualidad a experiencias de sentido, trascendencia o conexión; y la ancestralidad a marcos colectivos de memoria, territorialidad, ritualidad y cuidado, especialmente visibles en pueblos étnicos y comunidades con sistemas propios de salud.

En contextos latinoamericanos estas dimensiones se articulan de manera relacional y cambiante: una misma práctica (por ejemplo, una ceremonia de armonización) puede ser a la vez religiosa (si está institucionalizada), espiritual (como experiencia de conexión) y ancestral (como transmisión de saberes comunitarios). En tanto son prácticas histórica, cultural y territorialmente situadas, en algunos casos predomina una lógica institucional religiosa; en otros, una experiencia espiritual no confesional; en otros, una racionalidad ancestral vinculada al territorio, al buen vivir y a la armonización. En consecuencia, distinguir estas categorías y leer sus convergencias, permite un marco analítico más sensible a la diversidad de lenguajes y experiencias presentes en el corpus revisado.

Metodología

Se realizó una revisión de alcance (*scoping review*) siguiendo la guía metodológica del Joanna Briggs Institute (JBI, 2020) y los lineamientos de la declaración PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018; Peters et al., 2020).

Dado que las revisiones de alcance pueden incluir diversas fuentes de evidencia y no se restringen exclusivamente a estudios empíricos, esta revisión consideró estudios de campo, revisiones y trabajos conceptuales pertinentes al problema (Munn, Pollock et al., 2022). Para el análisis, las fuentes se jerarquizaron según su naturaleza y su relación directa con la pregunta de revisión, distinguiendo entre hallazgos empíricos, hallazgos conceptuales y fuentes de contexto.

Pregunta de investigación

¿Qué fuentes de evidencia publicadas entre 2020 y 2025 en América Latina, con énfasis en Colombia, abordan la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad , y qué permiten identificar en términos de formas de configuración del fenómeno, efectos reportados, tensiones conceptuales y vacíos de investigación?

Criterios de inclusión

- **Población:** Se consideraron estudios centrados en personas, grupos o comunidades de cualquier edad, género o condición, tanto de población general como de poblaciones específicas, siempre que abordaran la relación entre salud mental y religiosidad, espiritualidad o ancestralidad en contextos latinoamericanos
- **Concepto:** Se incluyeron fuentes que abordaran de manera explícita la relación entre *salud mental* y al menos una de las siguientes categorías: *religiosidad*, *espiritualidad* o *ancestralidad*. También se consideraron estudios que trabajaran constructos afines como bienestar psicológico, bienestar emocional, calidad de vida, florecimiento, armonía, buen vivir o sentido de vida, siempre que dicha relación estuviera claramente desarrollada en el texto asociada o derivada al concepto central de salud mental.

- **Contexto:** Se incluyeron fuentes producidas en países de América Latina, con énfasis analítico posterior en Colombia.
- **Tipo de fuente:** Se consideraron distintas fuentes de evidencia pertinentes para una revisión de alcance, incluyendo estudios empíricos cualitativos, cuantitativos o mixtos, revisiones, tesis y trabajos académicos, así como textos conceptuales o institucionales relevantes para la pregunta de investigación. Las fuentes fueron posteriormente jerarquizadas según su naturaleza, su pertinencia y su relación directa con el fenómeno estudiado.
- **Periodo:** Fuentes publicadas entre 2020 y 2025.
- **Idiomas:** Español, inglés, portugués.

Criterios de exclusión

- Fuentes cuya temática no permitiera establecer una relación suficiente entre salud mental y religiosidad, espiritualidad o ancestralidad, ni con constructos afines claramente justificados.
- Documentos de opinión, editoriales, cartas al editor, reseñas o documentos de divulgación sin desarrollo analítico pertinente.
- Estudios realizados fuera de América Latina.
- Documentos duplicados.
- Fuentes sin acceso al texto completo o sin información suficiente para su análisis.

Estrategia de búsqueda

Se consultaron las bases de datos PubMed, SciELO, LILACS, Dialnet, EBSCOhost y Google Académico. La búsqueda se organizó a partir del concepto central o raíz “salud mental”, articulado con las categorías de religiosidad, espiritualidad y ancestralidad, de acuerdo con la pregunta de investigación y el alcance de la revisión. Se utilizaron combinaciones de términos MeSH y DeCS con operadores booleanos: ("salud mental" OR "mental health") AND ("religiosidad" OR "religiosity" OR "espiritualidad" OR "spirituality" OR "ancestralidad" OR "ancestrality") AND ("comunidades étnicas" OR "ethnic communities" OR "indígenas" OR "afrodescendientes" OR "Rrom") AND ("América Latina" OR "Latin America" OR "Colombia"). La búsqueda se realizó entre enero de 2025 y marzo de 2026.

Categorías afines como bienestar psicológico, calidad de vida, florecimiento, armonía o buen vivir, no hicieron parte de la estrategia inicial de búsqueda, pero emergieron del corpus recuperado y se consideraron en la fase de elegibilidad cuando la relación con el fenómeno de interés estaba claramente desarrollada en el texto. No se realizó propiamente una búsqueda por poblaciones o comunidades específicas; en el caso de ancestralidad podía conducir más directamente a comunidades étnicas, pero no se intencionó como tal ni derivó en un filtro por poblaciones priorizadas. La búsqueda se realizó entre enero de 2025 y diciembre de 2025.

Selección y extracción de datos

La selección de fuentes se realizó en dos momentos: cribado de títulos y resúmenes y revisión de texto completo. Dos revisores independientes evaluaron títulos, resúmenes y textos completos. Los desacuerdos se resolvieron por consenso. Se extrajeron: autor/año, país, población, diseño metodológico, categorías abordadas, principales hallazgos (efectos positivos/negativos/mixtos), y vacíos identificados.

La matriz incluyó los siguientes campos: referencia, país, tipo de fuente, población o contexto, diseño metodológico, categorías abordadas, relación con salud mental o constructos afines, relación con religiosidad, espiritualidad o ancestralidad, principales aportes, vacíos o limitaciones, nivel de pertinencia y uso dentro del artículo. A partir de esta matriz, las fuentes fueron clasificadas como directas, complementarias o contextuales, según su relación con la pregunta de investigación (Ver anexo).

Heterogeneidad del corpus

El corpus final está compuesto por fuentes de distinta naturaleza y profundidad metodológica: artículos empíricos publicados en revistas indexadas, revisiones sistemáticas y narrativas, tesis de posgrado (especialización médica en psiquiatría y doctorado), un documento institucional, trabajos de conclusión de residencia médica y capítulos de libro. Se incluyeron adicionalmente algunos trabajos académicos de nivel de pregrado, únicamente cuando su pertinencia temática y regional era alta y la evidencia disponible sobre esa población específica era escasa. Esta heterogeneidad es congruente con el enfoque de una revisión de alcance en la medida en que permite una cartografía más amplia del campo y de los tipos de evidencia disponibles. Sin

embargo, impone limitaciones para establecer comparaciones directas entre fuentes y exige una lectura diferenciada según su naturaleza, alcance y fortaleza metodológica . La distribución detallada del corpus y su jerarquización se presenta en la matriz de extracción de datos (véase Anexos)

Análisis

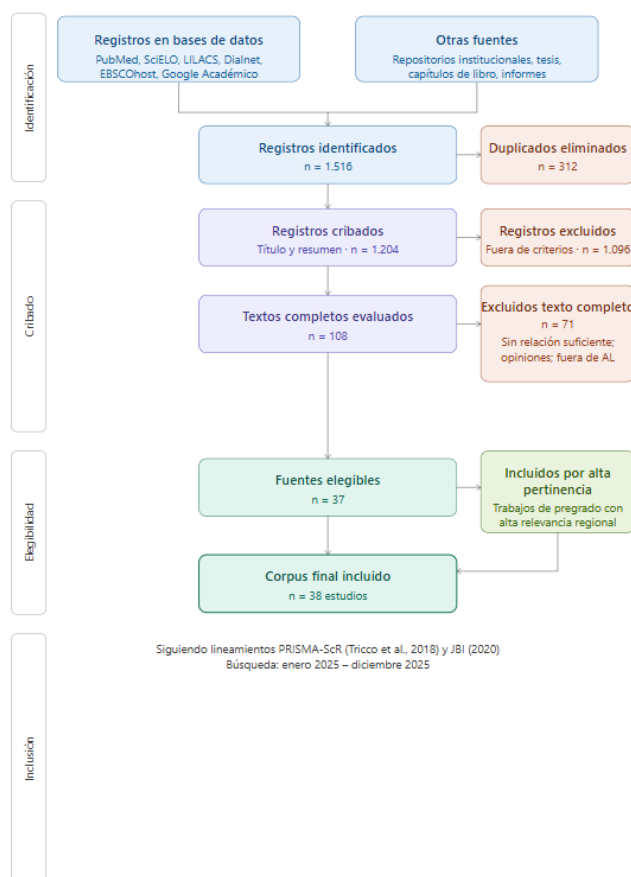
Se realizó un análisis temático-narrativo orientado a mapear el modo en que las fuentes revisadas abordan la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad. El análisis permitió agrupar los hallazgos según su contenido, su tipo de fuente y su nivel de relación con la pregunta de revisión. De manera inicial, los resultados se organizaron en ejes temáticos relacionados con: espiritualidad y ancestralidad como recursos de bienestar, cuidado y afrontamiento; religiosidad institucional y experiencias de apoyo; afrontamiento religioso positivo; efectos negativos o problemáticos asociados con culpa, ansiedad, rigidez normativa, luchas espirituales o delirios; efectos mixtos y ambivalentes; y vacíos conceptuales y metodológicos del campo.

Finalmente, los hallazgos se organizaron en seis ejes temáticos: espiritualidad y ancestralidad como factores protectores; religiosidad institucional y bienestar; afrontamiento religioso positivo; efectos negativos (culpa, ansiedad, delirios); efectos mixtos y ambivalencia; vacíos y limitaciones metodológicas.

Dado que el corpus incluyó fuentes empíricas, revisiones, textos conceptuales y documentos institucionales, el análisis diferenció entre hallazgos empíricos, hallazgos conceptuales y aportes contextuales. Esta distinción permitió conservar la amplitud propia de una revisión de alcance, sin tratar como equivalentes fuentes de distinta naturaleza, profundidad y soporte metodológico.

Resultados

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de fuentes según PRISMA-ScR



Nota. El diagrama resume el proceso de identificación, eliminación de duplicados, cribado, evaluación de texto completo e inclusión de fuentes. La clasificación analítica del corpus —fuentes directas, complementarias y contextuales— se presenta en la matriz de extracción y jerarquización.

El proceso de identificación, cribado, evaluación de texto completo e inclusión de fuentes se presenta en la Figura 1. El corpus final se organizó a partir de las fuentes que cumplieron los criterios de elegibilidad y de aquellas que, por su alta pertinencia conceptual o contextual, aportaron a la comprensión del campo. Dado el carácter heterogéneo de la revisión, las fuentes incluidas fueron posteriormente jerarquizadas según su función analítica: directas, complementarias y

contextuales. La caracterización detallada por tipo de fuente, país, población, diseño metodológico y nivel de pertinencia se presenta en la matriz de extracción y jerarquización (Ver anexo).

Tabla 1. Caracterización general del corpus incluido

Dimensión	Caracterización general
Tipo de fuente	Estudios empíricos cualitativos, cuantitativos y mixtos; revisiones; tesis de pregrado y posgrado; reportes de caso; trabajos de residencia; artículos conceptuales; documentos institucionales.
Países representados	Colombia, Brasil, Argentina, Chile, Ecuador, México, Nicaragua, Cuba, Perú y Costa Rica.
Poblaciones o contextos	Población general, universitaria, clínica y profesional; pueblos indígenas; comunidades afrodescendientes; contextos rurales y campesinos; migrantes; fuentes institucionales y conceptuales.
Categorías centrales	Salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad. También se consideraron constructos afines cuando emergieron del corpus: bienestar, calidad de vida, florecimiento, armonía, buen vivir, cuidado, cura y sanación.
Nivel de pertinencia	Fuentes directas, complementarias y contextuales, según su relación con la pregunta de investigación.
Uso analítico	Resultados, marco conceptual, discusión, vacíos y limitaciones, recomendaciones.

Composición y jerarquización del corpus

El corpus final se organizó como un conjunto heterogéneo de fuentes de evidencia sobre la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad en América Latina, con énfasis en Colombia. Esta composición se presenta de forma detallada en la matriz de extracción y jerarquización, mientras que en este apartado se expone su lectura analítica. En coherencia con el enfoque de revisión de alcance, se incluyeron estudios empíricos cualitativos, cuantitativos y mixtos, revisiones, tesis de pregrado y posgrado, reportes de caso, trabajos de residencia, artículos conceptuales y documentos institucionales. Esta diversidad permitió mapear un campo amplio, pero a su vez emergente y en construcción, por lo que exigió jerarquizar las fuentes para evitar que documentos de distinta naturaleza fueran tratados de manera equivalente.

Para el análisis, las fuentes se clasificaron en tres niveles. Las *fuentes directas* fueron aquellas que abordaron de manera explícita la relación entre salud mental —o constructos muy próximos como bienestar psicológico, calidad de vida, armonía, buen vivir o salud mental óptima— y religiosidad, espiritualidad o ancestralidad. Las *fuentes complementarias* aportaron evidencia parcial, conceptual o mediada por categorías afines, pero por su alcance no constituyen el núcleo principal del hallazgo. Las *fuentes contextuales* permitieron un acercamiento a determinantes sociales, territorio, conflicto, interculturalidad, medicalización o crítica institucional, como un aporte para avanzar en la comprensión del campo.

Esta jerarquización permitió conservar todas las fuentes revisadas, pero diferenciando su función dentro de los resultados para trazar una cartografía temática del campo. El corpus muestra cuatro grandes ejes: primero, la espiritualidad y el bienestar en población general, universitaria, clínica y profesional; segundo, la ancestralidad, la armonía y los sistemas propios de cuidado en pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes; tercero, los efectos negativos o problemáticos de ciertas formas de religiosidad o espiritualidad; y cuarto, la ambivalencia de estas dimensiones, que pueden operar como protección o riesgo según el contexto, el momento clínico y el significado atribuido.

Espiritualidad, bienestar y salud mental

Las fuentes directas y complementarias sobre población general, universitaria, clínica y profesional muestran una tendencia a relacionar la espiritualidad con bienestar psicológico, sentido de vida, resiliencia, afrontamiento y calidad de vida. En varios estudios, sin embargo, el concepto utilizado no es “salud mental” de forma textual, sino constructos próximos como bienestar subjetivo, bienestar psicológico, florecimiento o salud mental óptima. Por esta razón, estos estudios se incluyeron cuando la relación con el fenómeno de interés era clara, pero se jerarquizaron como fuentes directas o complementarias según el alcance de cada caso.

En la literatura de psicología positiva, la espiritualidad aparece como una dimensión asociada con bienestar y recursos personales. La revisión sistematizada de Rodríguez López, Rodríguez Caballero y Torres Hernández (2023) identificó aportes relacionados con bienestar, sentido, resiliencia y procesos terapéuticos, aunque su valor para esta revisión es complementario porque no todos los estudios incluidos trabajan salud mental como categoría central. En una línea semejante, el trabajo sobre florecimiento ayuda a precisar que bienestar, salud mental óptima y florecimiento son conceptos relacionados, pero no equivalentes; esta distinción permite incluir estudios que no nombran salud mental de forma literal, pero sí trabajan indicadores positivos de funcionamiento psicológico y social (Barragán Estrada, 2023). Una revisión integrativa brasileña identifica asociaciones positivas entre espiritualidad, calidad de vida y salud mental, especialmente en afrontamiento, sentido de vida y bienestar emocional. Su aporte es complementario, porque no presenta evidencia empírica propia ni se centra en poblaciones diferencialmente situadas (Alexandre, Lopes Júnior y Mendonça, 2024).

Los estudios cuantitativos recientes refuerzan esta línea, aunque con alcances diferentes. En adultos brasileños, la espiritualidad, el sentido de vida y la calidad de vida se asociaron con dimensiones del bienestar psicológico; por tanto, esta fuente aporta evidencia directa sobre espiritualidad y bienestar, pero se interpreta aquí como estudio de bienestar psicológico, no como prueba clínica de salud mental en sentido diagnóstico (Silva y Guerra, 2025). En estudiantes universitarios, una revisión narrativa ubicó la espiritualidad y la religiosidad como dimensiones vinculadas con satisfacción vital, propósito, relaciones interpersonales y afrontamiento del estrés;

su aporte es complementario porque se centra en bienestar subjetivo universitario (Ghasemisarukolai et al., 2025).

En población clínica, el afrontamiento religioso y espiritual opera como un recurso disponible, aunque sus efectos no son homogéneos. En pacientes ecuatorianos en hemodiálisis, se encontró mayor presencia de afrontamiento religioso-espiritual positivo que negativo; sin embargo, la asociación entre afrontamiento religioso-espiritual y calidad de vida no fue estadísticamente significativa. Por ello, esta fuente evidencia la presencia del recurso espiritual en enfermedad crónica, pero no demuestra un efecto positivo claro sobre calidad de vida (Bonilla Sierra et al., 2025). En profesionales de salud mental de Buenos Aires, la espiritualidad y la religiosidad se analizaron en relación con la empatía –una dimensión significativa de la salud mental–, lo que aporta a la comprensión de estas dimensiones en quienes prestan atención psicológica o psiquiátrica (Fuentes, 2020).

Las fuentes conceptuales advierten una tensión transversal: la literatura tiende a reportar asociaciones favorables entre espiritualidad, religiosidad y salud, pero suele presentar dificultades para definir con precisión los conceptos. Sarrazin (2021) señala que la literatura científica sobre espiritualidad, religiosidad y salud carece con frecuencia de definiciones claras y consensuales, y que religión y espiritualidad suelen usarse como categorías intercambiables. Esta advertencia es importante para la presente revisión porque justifica la distinción entre religiosidad institucional, espiritualidad individual o comunitaria y ancestralidad, como uno de los principales aportes.

Ancestralidad, armonía y sistemas propios de cuidado

El eje más significativo para comprender la ampliación del campo hacia la ancestralidad se encuentra en las fuentes sobre pueblos indígenas, pueblos originarios y comunidades afrodescendientes. En estos contextos, la salud mental no siempre se expresa en lenguaje clínico, sino mediante categorías como buen vivir, equilibrio, armonía, enfermedad del espíritu, sanación, territorio y cuidado comunitario. Este hallazgo permite reconocer que la relación entre salud mental y ancestralidad se asocia más a sistemas colectivos de cuidado y a formas culturalmente situadas de nombrar el bienestar y el sufrimiento.

En Colombia, el estudio cualitativo con líderes indígenas encontró que algunos participantes no asumen la salud mental como un concepto propio; entre quienes sí la desarrollan, aparecen una perspectiva occidental morbicéntrica y una perspectiva ancestral holística. Esta última se vincula con buen vivir, espiritualidad, armonía con la madre tierra, territorio y fortalecimiento de saberes ancestrales, en concordancia con el sistema propio de salud del SISPI. El estudio también identifica elementos negativos como aculturación, discriminación, violencia y desobediencia (Montoya Vélez et al., 2020).

En comunidades Pijaos del Tolima, la medicina tradicional se inserta en un sistema de cuidado relacionado con salud mental en contextos de violencia. La investigación muestra que el desplazamiento, la muerte de líderes, la desestructuración del tejido social y el desconocimiento de saberes ancestrales afectan la salud física, mental y espiritual. A su vez, el SISPI y la medicina tradicional permiten reconocer saberes propios en procesos de prevención, restablecimiento y promoción de la salud (Nupan-Criollo, Sanabria González y Chacón Peralta, 2022, p. 18). Esta fuente permite entender la ancestralidad como práctica de cuidado y como respuesta comunitaria frente a daños históricos y territoriales.

En el norte del Cauca, varias fuentes refuerzan esta relación entre buen vivir, equilibrio espiritual y cuidado comunitario. En el resguardo Nasa de San Francisco, el buen vivir se asocia con lo físico, lo espiritual, la madre tierra, la comunidad y la convivencia en alegría (Díaz Mestizo, 2023). En jóvenes Murui Muina del Putumayo, la medicina ancestral, el consejo de los abuelos y el retorno a las raíces culturales se relacionan con equilibrio, sanación espiritual y salud mental (Cuellar Hortua, 2023). En sabedoras afrocolombianas del norte del Cauca, la medicina tradicional integra plantas, baños, limpiezas, danzas y saberes transmitidos por mujeres mayores, asociados con regulación emocional, percepción, conciencia y bienestar emocional (Mina Navas y Sandoval Mera, 2024). Desde una perspectiva decolonial, en Montes de María se documentan prácticas de cura en comunidades campesinas y afroindígenas para tramitar los “dolores de la guerra”: movilizarse como “antibiótico”, cuidar y curar con plantas, y velar a los muertos. La salud mental se resignifica como prácticas de “grupalidad curadora”, cuidado, experiencia emocional, duelo y reparación espiritual-ancestral (Parra-Valencia, 2023).

Otras fuentes amplían el alcance regional del eje. En la comunidad Saraguro de Ecuador, los rituales ancestrales se presentan como prácticas de regulación emocional, paz y esperanza, articuladas con procesos somáticos, psíquicos y ético-sociales (Hinojosa Becerra, Rivas Paladines y Maldonado Espinosa, 2020). En el pueblo Mbya Guaraní, la salud mental se relaciona con prácticas culturales, bienestar o buen vivir, y algunas afectaciones se comprenden como enfermedades del espíritu que requieren mediación del *Opyguá* u otras formas de cuidado comunitario (von Schmeling, 2024). La revisión sobre pueblos amerindios aporta un soporte conceptual al mostrar que la cosmovisión y la sanación del espíritu organizan formas de cuidado y equilibrio en comunidades indígenas (Jaramillo y Lombo, 2024).

En Nicaragua, el síndrome cultural *pauka-krisi siknis* muestra una zona de tensión entre biomedicina, cosmovisión y sanación ancestral. La revisión documental indica que este padecimiento ha sido abordado desde marcos *miskitus* que incluyen espíritus, sanadores tradicionales, plantas y rituales; su aporte central consiste en mostrar que ciertas experiencias de sufrimiento requieren marcos culturalmente situados para su comprensión (Espinoza Blanco y Pastorino, 2021). También se identificaron fuentes contextuales sobre medicina ancestral e interculturalidad que aportan al mapa del campo. En la Sierra ecuatoriana la medicina ancestral se presenta como sistema de cuidado asociado a la cosmovisión andina, el equilibrio y la relación con la naturaleza (Cruz-Gavilanes et al., 2022). En Chile, las discusiones sobre medicina mapuche e interculturalidad muestran la necesidad de articulación entre sistemas de salud (Carretero Salazar, 2024). La crítica a la “interculturalidad vacía” advierte que el reconocimiento institucional de lo indígena puede quedarse en un plano formal si no transforma relaciones de poder, autoridad epistémica y condiciones de atención (Galdámez y Millaleo, 2022).

Religiosidad institucional, espiritualidad y afrontamiento

Las fuentes sobre religiosidad institucional y afrontamiento muestran que la religión puede operar como red de apoyo, marco de sentido y estrategia de afrontamiento ante la enfermedad, el sufrimiento o la incertidumbre. A diferencia de la ancestralidad, que suele aparecer vinculada con territorio, linaje, comunidad y sistemas propios de cuidado, la religiosidad institucional se asocia con mayor frecuencia a prácticas organizadas, pertenencia comunitaria, oración, comunidad de fe y normatividad moral.

En estudiantes y población universitaria, la religiosidad y la espiritualidad pueden ofrecer propósito, significado de vida y apoyo frente al estrés, aunque la evidencia se presenta sobre todo a través de bienestar subjetivo, ansiedad o factores protectores, más que mediante diagnósticos de salud mental. En estudiantes colombianos de psicología, se identificaron factores protectores y factores de riesgo dentro del mismo fenómeno religioso-espiritual, lo que ubica esta fuente en el eje de ambivalencia (Cubides Cárdenas y Delgado Hernández, 2020). En estudiantes de Psicología de Mendoza, la realización en la oración se asoció con menor ansiedad rasgo, mientras que la crisis religiosa se asoció con mayor ansiedad; este hallazgo muestra que la forma específica de experiencia religiosa o espiritual define la dirección del efecto (Gassull, 2024).

En una muestra no clínica de adultos interesados en temas espirituales, la experiencia de oír voces se relacionó con esquizotipia positiva, fantasía e ideación delirante, pero también con marcos espirituales que pueden reducir angustia y normalizar la experiencia. Esta fuente no permite afirmar que la espiritualidad sea protectora en sí misma, pero sí muestra que ciertos marcos espirituales pueden otorgar significado a experiencias inusuales sin traducirse necesariamente en disfunción clínica (Parra, 2023).

La formación psicológica también aparece como escenario de tensión entre religiosidad y salud mental profesional. En Brasil, una reflexión comparativa sobre psicología y religiosidad en estudiantes universitarios muestra que la formación puede producir distanciamiento, crisis o reformulación de creencias, dependiendo de cómo la academia aborde estas dimensiones (Silva Junior e Izidio da Costa, 2024). Esta fuente tiene un valor contextual y formativo, porque muestra que la relación entre psicología y religiosidad también atraviesa los procesos de profesionalización.

Efectos negativos: culpa, ansiedad, luchas espirituales, patologización y delirios

El corpus también identifica efectos negativos o problemáticos asociados con ciertas formas de religiosidad o espiritualidad. Estos efectos no se derivan de la religión o la espiritualidad como categorías generales, sino de modalidades específicas: apego religioso inseguro, afrontamiento religioso negativo, luchas espirituales, culpa, miedo, rigidez normativa, interpretación punitiva del sufrimiento o experiencias místico-religiosas insertas en cuadros psicopatológicos.

La revisión más clara sobre efectos negativos analizó 33 artículos empíricos publicados entre 2010 y 2021. Sus resultados agrupan las facetas perjudiciales en tres dimensiones: apego religioso, afrontamiento religioso y luchas espirituales. En esa revisión, el apego religioso ansioso o evitativo se vincula con estrés, neuroticismo y peor salud mental; el afrontamiento religioso negativo se asocia con depresión, ansiedad e ideación suicida; y las luchas espirituales aparecen relacionadas con síntomas psicopatológicos (Gallardo-Vergara, Silva-Maragaño y Castro-Aburto, 2022).

Otros trabajos permiten observar formas clínicas o históricas de esta relación. En México, la revisión sobre trastornos emocionales en practicantes de cultos religiosos relaciona enseñanzas religiosas, culpa, miedo, delirios de contenido religioso y escrúpulo religioso, (Zúñiga Carrasco, 2021). En Cuba, el reporte de caso de parricidio cometido en el marco de delirios místico-religiosos muestra un extremo clínico y forense de la relación entre creencias religiosas, psicosis y violencia (Vecino Madruga et al., 2022).

El análisis neuroético de un caso de epilepsia del lóbulo temporal muestra otra forma de ambivalencia: la interpretación religiosa de alucinaciones auditivas retrasó la atención especializada, pero después del diagnóstico y tratamiento el paciente mantuvo su práctica religiosa sin disfunción (Vega-Rosas, 2024).

Ambivalencia: efectos mixtos según práctica, contexto y momento clínico

Un eje transversal del corpus es la ambivalencia. Religiosidad, espiritualidad y ancestralidad no funcionan como variables lineales. Su relación con la salud mental depende del tipo de práctica, la interpretación subjetiva, el momento clínico, el apoyo comunitario, la relación con el territorio, la presencia de violencia, el grado de institucionalización y las condiciones sociales en que se vive la experiencia.

En pacientes psicóticos hospitalizados en Brasil, la religiosidad mostró asociaciones distintas según el momento clínico. Al ingreso, se asoció de manera negativa con calidad de vida psicológica; al alta, la religiosidad intrínseca se asoció positivamente con calidad de vida en distintos dominios. Este hallazgo sugiere que la estabilización clínica puede modificar la función

de la religiosidad, que pasa de estar entrelazada con el sufrimiento agudo a operar como recurso de sentido y afrontamiento (Fortunatti, 2023).

En estudiantes de Psicología, la relación entre espiritualidad y ansiedad también aparece en doble dirección. La realización en la oración opera como dimensión protectora frente a la ansiedad, mientras que la crisis religiosa se asocia con mayor ansiedad. De forma semejante, la investigación con estudiantes colombianos identifica factores protectores y de riesgo dentro del mismo fenómeno religioso-espiritual, asociados con calidad del vínculo, percepción de bienestar o malestar y formas de afrontamiento (Gassull, 2024; Cubides Cárdenas y Delgado Hernández, 2020).

En contextos indígenas, la ambivalencia aparece de otro modo. Las prácticas ancestrales, la medicina tradicional y la armonía comunitaria se presentan como recursos de bienestar, mientras que la aculturación, la discriminación, la pérdida territorial, la violencia y el debilitamiento de sistemas propios se asocian con deterioro del bienestar y sufrimiento colectivo (Montoya Vélez et al., 2020; Nupan-Criollo et al., 2022). En el pueblo Kokonuko, el suicidio se interpreta en relación con ruptura de la armonía, territorio, espiritualidad y sentido comunitario (Bedoya Gómez, Galíndez Bambagüe y Orozco López, 2024).

Fuentes contextuales: determinantes sociales, conflicto, territorio e interculturalidad

Un grupo de fuentes no desarrolla de manera directa la relación entre salud mental y religiosidad, espiritualidad o ancestralidad, pero se incluye por su pertinencia para interpretar por qué estas dimensiones adquieren relevancia en América Latina. Estas fuentes se clasificaron como contextuales porque muestran las condiciones sociales, territoriales e institucionales en que se configura el campo.

En el pueblo Awá, la determinación social de la salud mental de niñas, niños y adolescentes se relaciona con conflicto armado, violencia, inequidades sociales e imposición de relaciones de producción externas. El estudio concluye que el análisis de la determinación social permite diseñar estrategias comunitarias diferenciadas y señala que la oferta biomédica deja de lado múltiples vías de afectación contextual y social (Pantoja-Pantoja y Rocha Buelvas, 2025).

En Oaxaca, las trayectorias de atención de jóvenes indígenas con trastornos mentales muestran la coexistencia y tensión entre atención biomédica, medicina tradicional, racismo interpersonal, racismo institucional y racismo epistémico (Sánchez Bandala & Sesia, 2024). En Brasil, el estudio sobre uso de psicofármacos en comunidades indígenas y quilombolas permite leer la medicalización, la desigualdad y el debilitamiento de sistemas tradicionales de cuidado (Loures et al., 2024).

En Costa Rica, el conflicto territorial bribri permite comprender el daño psicosocial asociado al territorio, la violencia y la disputa por la tierra (Arroyo-Araya, 2024). En Antioquia, el estudio sobre mujeres rurales y campesinas aporta al reconocimiento de experiencias situadas de salud mental desde una perspectiva decolonial y territorial (Vanegas Gómez, 2024). La tesis sobre noción de salud mental en culturas indígenas aporta a la crítica del modelo occidental y a la comprensión de otras formas de nombrar el bienestar (Rozo Morales & Díaz, 2024).

En conjunto, estas fuentes preparan la discusión sobre el riesgo de usar “interculturalidad” o “ancestralidad” como etiquetas sin efectos reales en la organización del cuidado. También permiten ubicar la relación entre salud mental, espiritualidad y ancestralidad dentro de condiciones más amplias de conflicto, racismo, medicalización, desigualdad, territorio y disputa de saberes.

Síntesis de los hallazgos

Los resultados permiten identificar cinco hallazgos principales:

1) La espiritualidad se asocia de manera frecuente con bienestar psicológico, sentido de vida, afrontamiento, resiliencia y calidad de vida, especialmente en estudios de población general, universitaria, clínica y profesional.

2) En pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes, la ancestralidad aparece como sistema de cuidado que articula territorio, memoria, espiritualidad, medicina tradicional, autoridad de saberes y comunidad.

3) Ciertas formas de religiosidad o espiritualidad pueden asociarse con sufrimiento, ansiedad, culpa, luchas espirituales, delirios o patologización institucional.

4) La relación entre estas dimensiones y la salud mental es ambivalente: el mismo recurso puede proteger o intensificar el sufrimiento según el contexto y el momento vital o clínico.

5) Las fuentes contextuales muestran que en América Latina esta relación no puede separarse de determinantes sociales, conflicto armado, racismo, medicalización, desigualdad, territorio e interculturalidad.

Discusión

La presente revisión de alcance permitió ordenar un campo heterogéneo de fuentes sobre la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad en América Latina, con énfasis en Colombia. Su aporte principal consiste en mostrar que esta relación se configura como un campo plural, situado y ambivalente, atravesado por diferencias conceptuales, metodológicas, clínicas, culturales y territoriales. Más que reiterar los hallazgos por eje temático, esta discusión interpreta sus implicaciones para la delimitación conceptual del campo, la lectura de los efectos reportados y el reconocimiento de sistemas comunitarios de cuidado. En coherencia con el propósito de una revisión de alcance, el análisis no busca establecer efectos causales ni producir una síntesis homogénea de evidencia, sino mapear los modos en que la literatura reciente ha abordado el fenómeno, distinguir tipos de fuentes, reconocer tensiones conceptuales y señalar vacíos de investigación .

Un primer aporte analítico de este trabajo es la distinción entre las tres categorías: religiosidad, espiritualidad y ancestralidad. Esta distinción resulta necesaria porque parte de la literatura sobre religión, espiritualidad y salud usa estos conceptos de forma intercambiable, lo que dificulta interpretar sus efectos y su alcance. Sarrazin advierte que el campo presenta con frecuencia falta de definiciones claras y consensuadas entre religión, religiosidad y espiritualidad (Sarrazin, 2021).

El corpus latinoamericano revisado sugiere que la ancestralidad constituye una dimensión que no se puede reducir a la espiritualidad occidental: implica sistemas de cuidado colectivos, transmisión intergeneracional de saberes y una relación con el territorio que no puede ser capturada mediante instrumentos diseñados para medir la espiritualidad individual. Esta diferenciación tiene consecuencias metodológicas: define qué se puede preguntar, medir, comparar o interpretar cuando se estudia la relación entre salud mental y prácticas religiosas, espirituales o ancestrales.

Esta distinción modifica la forma de interpretar los efectos positivos. En estudios sobre población general, universitaria, clínica o profesional, la espiritualidad y la religiosidad suelen aparecer asociadas con bienestar psicológico, sentido de vida, afrontamiento, resiliencia o calidad de vida. En ese plano, la categoría “factor protector” resulta útil si se usa con prudencia y sin

afirmar causalidad. En cambio, en pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes, la ancestralidad opera más como sistema de cuidado, armonización, pertenencia y continuidad cultural. Por ello, el término “protección” debe ampliarse hacia nociones como cuidado, armonización, cohesión comunitaria, continuidad cultural y reparación territorial, especialmente cuando la salud mental no se nombra mediante categorías clínicas occidentales. Esta distinción es importante para evitar tratar estos conceptos como sinónimos y para diseñar intervenciones diferenciadas.

La ancestralidad constituye el aporte más distintivo del corpus latinoamericano revisado y no debe tratarse como una variante local de la espiritualidad. En las fuentes revisadas, el buen vivir, la armonía, la enfermedad del espíritu, la medicina tradicional, el consejo de mayores, las prácticas rituales y la relación con el territorio permiten reconocer otros lenguajes para nombrar bienestar, sufrimiento y cuidado.

Los efectos positivos identificados deben leerse en dos planos. En el primero, la espiritualidad y la religiosidad se asocian con bienestar, afrontamiento, apoyo, resiliencia y sentido de vida. En el segundo, la ancestralidad sostiene sistemas de cuidado colectivo, memoria y armonización. Esta diferencia evita convertir toda espiritualidad, religiosidad o ancestralidad en un “factor protector” homogéneo y permite ubicar la protección en prácticas situadas de cuidado, pervivencia cultural y recomposición del vínculo comunitario. En comunidades Pijaos, por ejemplo, la medicina tradicional se vincula con salud física, mental y espiritual en contextos de violencia, desplazamiento, muerte de líderes y desestructuración del tejido social; al mismo tiempo, el SISPI y la medicina tradicional aparecen como vías para reconocer saberes propios en procesos de prevención, restablecimiento y promoción de la salud (Nupan-Criollo, Sanabria González y Chacón Peralta, 2022).

Esta precisión muestra matices en los hallazgos: en población general la espiritualidad suele aparecer como recurso subjetivo o relacional; en comunidades indígenas y afrodescendientes, la ancestralidad articula territorio, memoria, comunidad, autoridad espiritual y reparación del vínculo colectivo. De ahí que la categoría de protección deba ampliarse hacia nociones como cuidado, armonización, cohesión comunitaria y continuidad cultural.

La tensión entre modelos biomédicos y saberes ancestrales tiene consecuencias prácticas en la atención. Las fuentes revisadas no niegan la importancia del diagnóstico, la atención clínica o el tratamiento especializado; muestran que estos recursos pierden pertinencia cuando se aplican sin lectura cultural, territorial y comunitaria. En el caso de ciertas experiencias de sufrimiento nombradas desde marcos propios —como el pauka/krisi siknis en Nicaragua—, las explicaciones exclusivamente biomédicas resultan insuficientes para comprender la función de sanadores, plantas, rituales y cosmovisión en los procesos de cuidado (Espinoza Blanco y Pastorino, 2021).

La lectura anterior conecta el corpus con los determinantes sociales, la determinación social y la salud mental colectiva. La relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad no se reduce a creencias privadas o a prácticas individuales de afrontamiento; se inscribe en condiciones de vida, relaciones de poder, territorio, historia, violencia y reconocimiento de saberes. Breilh propone la determinación social de la salud como una herramienta para comprender la relación entre reproducción social, modos de vivir y procesos de salud-enfermedad (Breilh, 2013). Arias y Hernández plantean, para el campo de la salud mental colectiva, una comprensión fundada en lo relacional, histórico y político (Arias & Hernández, 2020, p. 2). Estas perspectivas ayudan a interpretar por qué las fuentes contextuales resultan necesarias para comprender el campo, aunque no todas sean fuentes directas sobre religiosidad, espiritualidad o ancestralidad.

La ambivalencia constituye el hallazgo interpretativo más fuerte de la revisión. Los efectos positivos, negativos y mixtos expresan una misma tesis: la función de la religiosidad, la espiritualidad y la ancestralidad depende del contexto, del momento clínico, del tipo de práctica, del significado atribuido, de la red de apoyo y de las condiciones sociales en que se vive la experiencia. Los estudios clínicos, universitarios y comunitarios revisados (Fortunatti, 2023; Gassull, 2024; Cubides Cárdenas & Delgado Hernández, 2020) muestran que una misma dimensión puede organizar apoyo, sentido y pertenencia, o intensificar culpa, ansiedad, crisis religiosa o sufrimiento cuando se articula con rigidez normativa, desorganización clínica o pérdida de vínculos comunitarios.

Los efectos negativos deben interpretarse bajo esta misma consideración. La revisión no permite afirmar que la religiosidad o la espiritualidad sean perjudiciales en sí mismas. Lo que aparece son modalidades específicas asociadas con sufrimiento: apego religioso inseguro, afrontamiento religioso negativo, luchas espirituales, culpa, miedo, rigidez normativa, crisis religiosa o contenidos místico-religiosos en cuadros clínicos específicos. La revisión de Gallardo-Vergara, Silva-Maragaño y Castro-Aburto (2022) organiza las facetas perjudiciales en torno a apego religioso, afrontamiento religioso y luchas espirituales. Así, se evita caer en dos extremos: idealizar lo religioso y espiritual como siempre protector o patologizar toda experiencia religiosa intensa (Vecino Madruga et al., 2022; Vega-Rosas, 2024).

La incorporación de estas dimensiones en los sistemas de salud requiere, sin embargo, decisiones políticas y procesos de consulta que van más allá de lo que esta revisión puede fundamentar. La revisión permite ordenar evidencia y formular implicaciones analíticas, pero no sustituye procesos de consulta, concertación o diseño participativo con comunidades. Este límite es especialmente importante para evitar que la interculturalidad quede reducida a una mera declaración. Las fuentes contextuales sobre racismo institucional, medicalización, trayectorias de atención e interculturalidad muestran que el reconocimiento de saberes propios requiere transformar relaciones de poder, rutas de atención, condiciones de acceso y autoridad epistémica (Galdámez y Millaleo, 2022; Loures et al., 2024; Sánchez Bandala y Sesia, 2024).

En conjunto, esta revisión muestra que la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad exige un análisis como un campo situado. La religiosidad puede ayudar a sostener el sentido, la pertenencia y el apoyo, pero también puede asociarse con culpa, conflicto o sufrimiento cuando adopta formas rígidas, punitivas o desorganizadoras. La espiritualidad aparece vinculada con bienestar, afrontamiento y sentido de vida, aunque requiere mayor precisión conceptual y mejores diseños de investigación. La ancestralidad constituye el aporte más distintivo del corpus latinoamericano revisado, porque desplaza el análisis hacia territorio, memoria, sanación, autoridad comunitaria, sistemas propios de cuidado y armonización. Esta lectura avanza desde la pregunta por las dimensiones que “protegen” o “afectan” la salud mental, hacia una comprensión más precisa de cuándo, cómo, para quiénes y bajo qué condiciones

pueden constituirse en recursos de cuidado, fuentes de tensión o lenguajes culturales para nombrar el bienestar y el sufrimiento.

Vacíos de campo y limitaciones de la revisión

La revisión permitió mapear un campo amplio y heterogéneo sobre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad en América Latina, con énfasis en Colombia. Al mismo tiempo, el proceso permitió identificar vacíos en la producción disponible y límites metodológicos derivados del alcance de la revisión. En este apartado se diferencian dos planos: por una parte, los vacíos del campo, entendidos como asuntos poco representados o insuficientemente desarrollados en el corpus recuperado; por otra, las limitaciones de la revisión, relacionadas con la estrategia de búsqueda, la naturaleza de las fuentes y el procedimiento de selección.

En cuanto a los *vacíos del campo*, no se identificaron fuentes pertinentes sobre población Rrom dentro del periodo, las bases consultadas y los criterios de inclusión definidos. Esta formulación no implica afirmar que no existan estudios sobre población Rrom en América Latina, sino que no aparecieron fuentes que cumplieran los criterios definidos para esta revisión. También fue limitada la representación de comunidades afrodescendientes, raizales, palenqueras y afrocaribeñas. Aunque se incluyeron fuentes sobre sabedoras afrocolombianas y prácticas ancestrales, la producción recuperada sigue siendo reducida frente al peso cultural, territorial y político de estas comunidades.

También se observó menor presencia de estudios sobre migrantes, mujeres rurales, comunidades campesinas y otros grupos diferencialmente situados. Esta menor presencia no se interpreta como ausencia de producción académica sobre estas poblaciones, sino como efecto probable del enfoque de búsqueda adoptado. La revisión se organizó a partir de “salud mental” como concepto raíz, articulado con religiosidad, espiritualidad y ancestralidad. Se ha advertido que en estas poblaciones surgen otras categorías como cuidado, cura, sanación, bienestar comunitario, redes de apoyo o prácticas de afrontamiento, que no fueron descriptores iniciales. Este punto es importante porque muestra que el lenguaje de la salud mental, de tradición biomédica y psicológica, no siempre captura los modos en que ciertos grupos nombran el sufrimiento, el cuidado y la reparación; esta ampliación se constituye en un horizonte provechoso para investigaciones futuras.

Otro vacío relevante es la escasez de estudios comparativos entre países latinoamericanos. El corpus recuperado está compuesto, en buena medida, por estudios locales, trabajos exploratorios y fuentes centradas en comunidades o poblaciones específicas. Esta característica permite comprender experiencias situadas con riqueza contextual, pero limita la posibilidad de comparar configuraciones regionales del fenómeno.

En cuanto a las *limitaciones metodológicas de la revisión*, la principal se relaciona con la heterogeneidad del corpus. Las fuentes incluidas comprenden artículos empíricos publicados en revistas indexadas, revisiones, tesis de posgrado, trabajos académicos de pregrado, reportes de caso, documentos institucionales y textos conceptuales. Esta diversidad es coherente con una revisión de alcance; sin embargo, implica distintos niveles de profundidad metodológica, alcance analítico y fuerza de evidencia.

Dado el tipo de corpus, no fue posible realizar metaanálisis ni establecer relaciones causales. Los hallazgos deben leerse como un mapeo de asociaciones, significados, configuraciones, tensiones y vacíos, no como evidencia concluyente sobre efectos universales de la religiosidad, la espiritualidad o la ancestralidad en la salud mental. Además, predominan estudios cualitativos, exploratorios, de alcance local y con muestras pequeñas, intencionales o no probabilísticas. Estos diseños son valiosos para comprender experiencias situadas, pero limitan la comparación entre poblaciones, territorios y países.

Otra limitación se relaciona con la estrategia de búsqueda. Categorías como bienestar, florecimiento, armonía o buen vivir no fueron descriptores iniciales, sino expresiones emergentes durante el cribado y análisis. Esta decisión permitió mantener un alcance manejable y coherente con la pregunta de investigación, pero pudo dejar por fuera fuentes que abordaran el fenómeno desde esos lenguajes sin usar explícitamente la expresión salud mental, como ya se indicó en algunos grupos o comunidades diferencialmente situados.

También debe reconocerse que, aunque se incluyeron tesis, documentos institucionales y trabajos académicos cuando eran pertinentes, no se realizó una búsqueda exhaustiva de toda la literatura gris disponible en la región. Puede existir, además, un sesgo hacia fuentes que reportan asociaciones positivas entre espiritualidad, religiosidad, ancestralidad y bienestar, dado que los resultados negativos, ambiguos o nulos suelen tener menor visibilidad en la producción publicada.

Conclusiones

La presente revisión de alcance permitió mapear un campo emergente sobre la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad en América Latina, con énfasis en Colombia. El corpus revisado muestra que se configura como un campo plural, situado y atravesado por diferencias conceptuales, culturales, clínicas, territoriales y políticas. En este sentido, el aporte principal del artículo consiste en ordenar una producción heterogénea y ofrecer una lectura analítica que distingue niveles de evidencia, tipos de fuentes y formas diferenciadas de configuración del fenómeno.

Una primera conclusión es que religiosidad, espiritualidad y ancestralidad no deben tratarse como categorías equivalentes. La religiosidad se asocia con mayor frecuencia a creencias, prácticas, normas e instituciones religiosas; la espiritualidad remite al sentido de vida, conexión, afrontamiento, trascendencia y bienestar; y la ancestralidad se vincula con territorio, memoria, medicina tradicional, ritualidad, autoridad de saberes, transmisión intergeneracional y sistemas colectivos de cuidado. Esta diferenciación es central porque permite evitar lecturas generales o erradas que reduzcan las particularidades de cada dimensión.

En relación con la espiritualidad, la revisión muestra una asociación frecuente con bienestar psicológico, resiliencia, sentido de vida, afrontamiento y calidad de vida, especialmente en estudios con población general, universitaria, clínica y profesional. Sin embargo, esta relación debe leerse con cautela, dado que varias fuentes trabajan constructos próximos a la salud mental —como bienestar, florecimiento o calidad de vida— y no siempre categorías clínicas o diagnósticas. Por ello, la espiritualidad aparece como una dimensión relevante del campo, pero no como un factor protector universal ni homogéneo.

Por otro lado, la ancestralidad constituye el aporte más distintivo del corpus latinoamericano revisado. En pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes, la salud mental puede nombrarse a través de categorías como buen vivir, armonía, equilibrio, enfermedad del espíritu, sanación, territorio y cuidado comunitario. Esto permite concluir que la ancestralidad no es una variante local de la espiritualidad, sino una categoría con espesor propio, asociada con sistemas de cuidado colectivo que integran cuerpo, comunidad, territorio, memoria, espiritualidad y saberes propios.

La revisión también permite concluir que la relación entre religiosidad, espiritualidad y salud mental es ambivalente. Estas dimensiones pueden ofrecer apoyo social, pertenencia, sentido, regulación emocional y recursos de afrontamiento; pero también pueden asociarse con culpa, miedo, rigidez normativa, crisis religiosa, luchas espirituales, afrontamiento religioso negativo o contenidos místico-religiosos en contextos clínicos específicos. Esta ambivalencia es uno de los hallazgos centrales del estudio, pues muestra que los efectos dependen del contexto, del momento vital o clínico, de la red de apoyo y del significado atribuido a la experiencia.

Otro aporte relevante es que las fuentes revisadas exigen situar el análisis en condiciones sociales, históricas y territoriales concretas. La salud mental, la espiritualidad y la ancestralidad se configuran en relación con determinantes sociales, conflicto armado, racismo, medicalización, desigualdad, territorio, interculturalidad y reconocimiento de saberes. En consecuencia, el campo requiere aproximaciones que articulen salud mental colectiva, derechos, enfoque diferencial y determinación social de la salud.

La revisión confirma, además, que el lenguaje de la salud mental no siempre es suficiente para captar la forma en que diversas comunidades nombran el bienestar, el sufrimiento y el cuidado. En algunos contextos, especialmente indígenas, afrodescendientes, rurales o comunitarios, categorías como armonización, cuidado, sanación, buen vivir o equilibrio pueden expresar dimensiones próximas a la salud mental, aunque no usen ese término de manera directa. Esta constatación tiene valor conceptual porque amplía la mirada más allá de las categorías biomédicas o psicológicas convencionales.

En síntesis, esta revisión muestra que la relación entre salud mental, religiosidad, espiritualidad y ancestralidad en América Latina es plural, situada y ambivalente. Su contribución consiste en diferenciar categorías, reconocer la especificidad de la ancestralidad, matizar la noción de factor protector y mostrar que estas dimensiones solo adquieren sentido pleno cuando se leen en relación con territorio, comunidad, histórica, desigualdad y cuidado, especialmente en territorios atravesados por violencia, reparación y búsqueda de paz. Este mapeo ofrece una base para futuras investigaciones y para discusiones conceptuales sobre salud mental en contextos culturalmente diversos, sin derivar conclusiones causales ni generalizaciones aplicables a todas las poblaciones o territorios.

Recomendaciones

Las políticas, programas y servicios de salud mental están llamados a fortalecer enfoques interculturales que reconozcan los sistemas propios de cuidado, en especial si las comunidades las identifican como recursos legítimos para el bienestar, la armonización y la atención del sufrimiento. Está claro que la revisión no evaluó modelos de implementación ni midió la efectividad de intervenciones interculturales, pero sí mostró que en varias fuentes la medicina tradicional, los sabedores, las prácticas rituales, el territorio y la espiritualidad cumplen funciones significativas en la comprensión y el cuidado de la salud mental.

Esta orientación puede considerarse especialmente pertinente para los pueblos y comunidades sobre los cuales el corpus recuperado ofrece evidencia directa o complementaria (entre otros, pueblos indígenas Nasa y Pijao, así como algunas comunidades afrocolombianas del norte del Cauca). En estos casos, las fuentes revisadas muestran vínculos entre salud mental, buen vivir, armonía, territorio, medicina tradicional, espiritualidad, sabedores y prácticas comunitarias de cuidado (Montoya Vélez et al., 2020; Nupan-Criollo, Sanabria González y Chacón Peralta, 2022; Cuellar Hortua, 2023; Díaz Mestizo, 2023; Mina Navas y Sandoval Mera, 2024). No obstante, la extensión de estas orientaciones a otros pueblos o comunidades requiere investigación situada, participación comunitaria y procesos de consulta o concertación.

Se recomienda que las políticas de salud mental con enfoque diferencial reconozcan el territorio como una dimensión fundamental del bienestar y del cuidado colectivo, especialmente en pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes, comunidades campesinas y poblaciones afectadas por el conflicto y la violencia. Con base en el corpus, es más preciso señalar que la pérdida territorial, la violencia, el desplazamiento, la discriminación y la desestructuración comunitaria son condiciones que afectan el bienestar y los sistemas propios de cuidado. Esta orientación se apoya en estudios que muestran la relación entre salud mental, territorio, violencia y pervivencia cultural (Montoya Vélez et al., 2020; Pantoja-Pantoja y Rocha Buelvas, 2025).

De igual modo, es importante fortalecer la formación de psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales vinculados a la salud mental en enfoques interculturales, determinantes sociales, salud mental colectiva, derechos humanos y

lectura crítica de la religiosidad, la espiritualidad y la ancestralidad. Esta formación podría ayudar a distinguir entre experiencias religiosas o espirituales significativas, prácticas de afrontamiento, sufrimiento psíquico, síntomas psicopatológicos y situaciones de riesgo. Esta recomendación se deriva de las tensiones identificadas entre modelos biomédicos, saberes propios, racismo institucional, medicalización y barreras de acceso; sin embargo, la revisión no incluyó estudios que evaluaran programas de formación profesional en interculturalidad, por lo que debe entenderse como una orientación a partir del mapeo, pero no está basada en evaluación de intervenciones (Galdámez y Millaleo, 2022; Loures et al., 2024; Sánchez Bandala y Sesia, 2024).

Para futuras investigaciones conviene afinar la distinción conceptual de las categorías religiosidad, espiritualidad y ancestralidad antes de utilizarlas como dimensiones de análisis. La revisión mostró que estas nociones se emplean a veces de manera poco diferenciada, lo que dificulta comparar resultados y valorar sus efectos. En particular, la ancestralidad requiere enfoques propios, pues involucra territorio, memoria, medicina tradicional, ritualidad, autoridad comunitaria y transmisión intergeneracional de saberes.

También es pertinente ampliar el horizonte de búsqueda y producción de conocimiento hacia categorías como cuidado, cura, sanación, bienestar comunitario, redes de apoyo, armonización y buen vivir. Esto opera especialmente para estudios con migrantes, mujeres rurales, comunidades campesinas, comunidades afrodescendientes, raizales, palenqueras y otros grupos diferencialmente situados, donde el lenguaje de la salud mental puede no ser el principal modo de nombrar el sufrimiento o el cuidado.

Finalmente, se recomienda que los instrumentos de medición y los estudios cualitativos sobre salud mental incorporen preguntas culturalmente sensibles. En población general, puede ser pertinente indagar por religión, espiritualidad, sentido de vida, apoyo social y afrontamiento. En pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes y otros contextos comunitarios, conviene abrir espacio a categorías como territorio, buen vivir, armonía, medicina tradicional, sabedores, prácticas rituales, memoria comunitaria y relación con servicios. Esta recomendación puede aportar al diseño de estudios nacionales de salud, entre ellos la actual ENSM 2025, que ya incorpora esta orientación conceptual y metodológica en el marco de políticas de salud mental cada vez más incluyentes y con perspectiva intercultural en un país tan profundamente diverso como lo es Colombia.

Referencias

- Acosta Díaz, E. (2023). Bienestar, salud mental y trascendencia: Una comprensión hermenéutica. Tiempos Nuevos, UNICESMAG.
<https://tiemposnuevos.unicesmag.edu.co/index.php/TiemposNuevos/article/view/139/127>
- Alarcón R. (2024). Determinantes sociales de la salud mental: retórica, realidades y esperanzas. *Acta Herediana*, 67(1), 19–36.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/AH/article/view/5524/5766>
- Alegría, M., Alvarez, K., Cheng, M., & Falgas-Bague, I. (2023). Recent advances on social determinants of mental health: Looking fast forward. *American Journal of Psychiatry*, 180(7), 473-482. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230371>
- Alexandre, C. M. de A., Lopes Júnior, H. M. P., & Mendonça, F. C. (2024). *Espiritualidade e qualidade de vida: Uma revisão dos efeitos positivos na saúde mental*. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(11), 4805–4816.
<https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16798>
- Arias López, B. E., y Hernández Holguín, D. M. (2020). *Salud mental colectiva y cuidados transnacionales: Retos y desafíos*. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1–12.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/31370>
- Arroyo-Araya, H. (2024). *Impacto psicosocial del conflicto territorial en el pueblo indígena bribri de Salitre (Costa Rica)*. **Revista Espiga**, 23(48), 107–126.
<https://revistas.uned.ac.cr/index.php/espiga/article/view/5586>
- Bedoya Gómez, M., Galíndez Bambagüe, V. y Orozco López, J. C. (2024). Representación social del suicidio en comuneros del Pueblo Kokonuko [Tesis de pregrado]. Universidad FUP Virtual.
<https://fupvirtual.edu.co/repositorio/files/original/df1920b3990cf48679f59657fbb2a78f795a4b74.pdf>

- Bonilla Sierra, P., Pérez-Jiménez, J. M., Espinoza Quezada, D. P., Lucchetti, G. y De-Diego-Cordero, R. (2025). Afrontamiento religioso/espiritual y calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Artículo de investigación. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40241946/>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 513–527.
- Carretero Salazar, M. (2024). Medicina intercultural y Pueblo Mapuche: Aportes al modelo biomédico occidental. *Revista de Antropología Experimental*, Universidad de Jaén. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/8737/8875>
- Constitución Política de Colombia [Const]. (1991). 2da Ed. Legis. Recuperado de: Secretaría General del Senado
- Cruz-Gavilanes, T. M., Muñoz Piloza, A. G., Cruz-Gavilánez, Y. de la N., Cruz-Gavilánez, M. T., Muñoz-Cruz, A. G. y Quintana-Cruz, D. N. (2022). Saberes ancestrales de la medicina en la región Sierra del Ecuador y su cosmovisión andina. Artículo científico. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8637924.pdf>
- Cubides Cárdenas, L. y Delgado Hernández, N. A. (2020). Factores protectores y de riesgo relacionados con creencias espirituales y prácticas religiosas en estudiantes universitarios. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/5f93ffb2-471c-423d-b215-df0c07d2965e/content>
- Cuellar Hortua, Y. C. (2023). Significados de la salud mental en jóvenes indígenas de la comunidad Murui Muina del Putumayo [Tesis de pregrado]. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/deac88f2-fe5b-46c8-8403-53ee5c297f1e/content>
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (s. f.). *Concepto jurídico sobre empleo público y funciones (Gestor Normativo)*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=259856>

- Díaz Mestizo, V. (2023). Prácticas ancestrales que aportan a la salud mental en el resguardo de San Francisco, Toribío, Cauca [Tesis]. FUP Virtual.
<https://fupvirtual.edu.co/repositorio/s/repositorio/item/14339>
- Espinoza Blanco, S. y Pastorino, M. S. (2021). El proceso de sanación del pauka/krisi siknis desde la medicina ancestral de los indígenas miskitus. *Revista de Ciencias e Investigación, CAMJOL*. <https://camjol.info/index.php/RCI/article/download/11458/13304/42320>
- Fortunatti, J. A. (2023). Religiosidad y calidad de vida en pacientes psicóticos hospitalizados. Universidad Federal de Rio Grande do Sul.
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/274099/001198692.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fuentes, L. del C. (2020). Espiritualidad, religiosidad y empatía en profesionales de la salud mental de Buenos Aires. Universidad Católica Argentina.
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/12569/1/espiritualidad-religiosidad-empatia.pdf>
- Galdámez Zelada, L. y Millaleo Hernández, S. (2022). Perspectiva intercultural en la protección del derecho a la salud en pueblos indígenas y población migrante en Chile. *Acta Bioethica*, 28(1), 25–35. <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v28n1/1726-569X-abioeth-28-01-25.pdf>
- Gallardo-Vergara, R., Silva-Maragaño, P. y Castro-Aburto, Y. (2022). Efectos negativos de la religiosidad y/o espiritualidad en la salud mental: Una revisión bibliográfica. *Revista Costarricense de Psicología*, 41(1), 43–62. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v41n1/1659-2913-rcp-41-01-43.pdf>
- Gassull, M. (2024). Espiritualidad y sentimientos religiosos en relación con la ansiedad, rasgo y estado en estudiantes de Psicología [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica Argentina.
<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/18811/1/relacion-espiritualidad-sentimientos.pdf>
- Ghasemisarukolai, M., Lacrouts, K., López, A. A., Rofrano, P. e Ibañez, E. (2024/2025). Espiritualidad, religiosidad y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios: Revisión

narrativa. Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara, 10.
<https://doi.org/10.32351/rca.v10.385>

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, Ministerio de Salud, Instituto de Medicina Natural y Terapias Complementarias. (2024). Medicina tradicional en pueblos originarios y afrodescendientes de Nicaragua [Informe institucional]. MINSA.
<https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/publicaciones/MEDICINA%20TRADICIONAL.pdf>

Gureje, O. (2024). Deconstructing the social determinants of mental health. *World Psychiatry*, 23(1), 4-5. <https://doi.org/10.1002/wps.21168>

Gutiérrez Avendaño, J. (2020). Delirio místico-religioso y psicopatología moderna en Colombia (1920–1960). *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 72(2).
<https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/1006/1644>

Hinojosa Becerra, M., Rivas Paladines, M. A. y Maldonado Espinosa, M. (2020). Sanación ancestral, bienestar y personalidad en el pueblo Saraguro. Artículo de investigación. Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/server/api/core/bitstreams/0d7021c9-3444-42ae-920a-f77be899dda9/content>

Jaramillo, B. y Lombo, J. A. (2024). Prácticas ancestrales, cosmovisión y sanación espiritual en la población amerindia. *Ánfora*, Universidad Autónoma de Manizales.
<https://publicaciones.autonoma.edu.co/index.php/anfora/article/view/1049>

Keyes, C. L. M (2002). The Mental Health Continuum: from Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Reserch*. Vol 43: 207 – 222.

Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>

Koenig HG (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. doi: 10.5402/2012/278730. PMID: 23762764; PMCID: PMC3671693.

Loures, G. S. G., et al. (2024). Uso de psicofármacos en comunidades indígenas y quilombolas de Brasil. *Saúde Coletiva*, 20. <https://www.scielo.org/pdf/scol/2024.v20/e4892/es>

Maker, Y., & McSherry, B. (2024). Human rights and the social determinants of mental health: Fostering interdisciplinary research collaboration. *Psychiatry, Psychology and Law*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13218719.2023.2243297>

Mesa Permanente de Concertación (MPC). (s. f.). *Sistema indígena de salud propio intercultural (SISPI)*. <https://www.mpcindigena.org/sispi-2/>

Mina Navas, B. Y. y Sandoval Mera, B. Y. (2024). Prácticas de la medicina tradicional y ancestral para el bienestar emocional de sabedoras afrocolombianas del norte del Cauca [Trabajo de Grado]. FUP Virtual. <https://fupvirtual.edu.co/repositorio/files/original/9a2a3b2d63546e26435651a4516147caachd8941.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Presentación: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Decreto 0729 de 2025: Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0729-de-2025.pdf>

Montoya Vélez, E. M., López Ríos, J. M., Cristancho Marulanda, S., Valencia Franco, M. C., Montero de La Rosa, O. D. y Hernández Holguín, D. M. (2020). Salud mental desde la perspectiva de los pueblos indígenas de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/4jkWHLjgJGrgSpBdgcsRr4H/?format=pdf&lang=es>

Munn Z., Pollock D., Khalil H, Alexander L., McInerney P., Godfrey CM., Peters M, Tricco AC. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIE Evid Synth*; 20(4):950-952. doi: 10.11124/JBIES-21-00483. PMID: 35249995.

Nupan-Criollo, H., Sanabria González, J. A. y Chacón Peralta, H. (2022). Salud mental en la medicina tradicional de las comunidades ancestrales Pijaos del Tolima en contextos de violencia. Editorial Bonaventuriana.
https://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co/libros/2022/pdfs/salud_mental_pijaos_violencia.pdf

Obregón Torres, D. (2020). La OMS y el paradigma global: los determinantes sociales de la salud o la retórica de la inclusión. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(2), 1-10.
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341524>

Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). Subsana las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS.
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493

Pantoja-Pantoja, A. & Rocha Buelvas, A. (2025). Salud mental de niños(as) y adolescentes indígenas Awá sobrevivientes al conflicto armado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35(2).
<https://www.scielosp.org/article/physis/2025.v35n2/e350202/es/>

- Pargament, K. I. (2013). Spirituality as an irreducible human motivation and process. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(4), 271–281.
<https://doi.org/10.1080/10508619.2013.795815>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Parra, A. (2023). Experiencias de oír voces, esquizotipia y espiritualidad en una muestra no clínica. Trabajo libre presentado en el XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Universidad de Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-009/16>
- Parra-Valencia, L. (2023). *Grupalidad curadora: Prácticas cotidianas, comunitarias y descoloniales*. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
<https://doi.org/10.16925/9789587604108>
- Parra-Valencia, L., Mendoza, C., Chamorro Arrieta, E. P., y Espíritu Santo Silva, A. do. (2024). Mujeres rurales montemarianas y quilombolas: Cosmopolítica para sembrar y cultivar la vida, en territorios ancestrales (Colombia-Brasil). *Palimpsesto. Revista Científica de Estudios Sociales Iberoamericanos*, 14(25), 30–54. <https://doi.org/10.35588/cdyc5x15>
- Rodríguez López, K. Y., Rodríguez Caballero, L. J. y Torres Hernández, M. A. (2023). Aportes empíricos de la espiritualidad desde la psicología positiva (2004–2023) [Tesis de especialización]. Universidad El Bosque.
<https://repositorio.unbosque.edu.co/items/f5ebed8b-a9e0-4751-90d1-2f698b4e38d4>
- Rozo Morales, S. D. y Díaz, D. M. (2024). Noción de salud mental en culturas indígenas: Una mirada psicoanalítica y decolonial [Tesis de pregrado]. Universidad Los Libertadores.
<https://repository.libertadores.edu.co/server/api/core/bitstreams/aae886e4-3d9c-410e-a056-5b41c36d2fa0/content>

- Sánchez Bandala, M. A. y Sesia, P. M. (2024). Trayectorias de atención a trastornos mentales en jóvenes indígenas en la Zona Metropolitana de Oaxaca. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9873958.pdf>
- Sarrazin, J. P. (2021). Revisión crítica de la literatura sobre espiritualidad, religiosidad y salud humana. Artículo de revisión. Colombia. <http://orcid.org/0000-0002-8022-4674>
- Silva Junior, J. das G. e Izidio da Costa, I. (s.f.). Psicología y religiosidad en estudiantes universitarios: Reflexión comparativa. Artículo de reflexión. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9919966.pdf>
- Silva, A. B. y Guerra, V. M. (2025). Espiritualidad, sentido de vida y bienestar psicológico en adultos brasileños. *Revista de Ciências da Saúde*, 18(1), 67–85.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v18n1/2011-3080-cesp-18-01-67.pdf>
- Vanegas Gómez, M. (2024). Formas otras de experimentar la salud mental de mujeres rurales y campesinas de Antioquia [Trabajo de grado]. UNIMINUTO.
<https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/feb50b8d-7e4c-433d-99fa-c6f877504cc7/content>
- Vecino Madruga, L., Rodríguez Cárdenas, O., Estupiñán Rodríguez, N. y Rodríguez Hernández, E. (2022). Influencia de las creencias religiosas en el paciente psicótico: Reporte de un caso de parricidio. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*.
https://www.uv.es/gicf/5C1_Estupinyan_43.pdf
- Vega-Rosas, A. (2024). Análisis neuroético y reporte de un caso de epilepsia con alucinaciones auditivas de contenido religioso. *Bioethics Update*.
<https://www.researchgate.net/publication/385237034>
- Von Schmeling, C. (2024). Salud mental, prácticas culturales y sistemas terapéuticos en la población indígena Mbya Guaraní: Revisión sistemática. MSF Science Portal.
<https://scienceportal.msf.org/api/assets/9097/download/15520>

World Health Organization. (2025). Mental health: strengthening our response.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Zúñiga Carrasco, I. R. (2021). Panorama de los trastornos emocionales en practicantes de cultos religiosos. Difusión de la Ciencia. <https://www.researchgate.net/publication/355130627>