

Medicina y religión

L.M. Gonzalo Sanz
Universidad de Navarra

Correspondencia:
Luis M^º Gonzalo Sanz
Facultad de Medicina. Universidad de Navarra
Campus Universitario
31080 Pamplona
(lgonzalo@unav.es)

Varios son los motivos que han determinado que, tanto en el estudio como en el ejercicio de la Medicina, lo somático predomine sobre lo psíquico. En primer lugar, porque lo visible y palpable es más fácil de conocer que aquello que no es accesible a nuestros sentidos, como lo psíquico. En segundo lugar, el frecuente prejuicio de que la ciencia psicológica es más elucubración que ciencia. En tercero, porque los medios a disposición para tratar las enfermedades psíquicas eran, hasta hace poco, muy escasos. Por el contrario, el prodigioso desarrollo de la bioquímica, de la genética y de la farmacología, así como de las técnicas de imagen, ha exagerado más, si cabe, la tendencia somaticista de la Medicina en la segunda mitad del siglo XX. Un factor importante ha sido, también, el cambio que la práctica médica ha experimentado en este último medio siglo: el tiempo que muchos médicos disponen para cada enfermo es muy limitado, por lo que el conocimiento de la personalidad del paciente es prácticamente imposible. Así mismo, la participación de varios médicos, tanto en la exploración como en el tratamiento del paciente contribuye a que la relación médico-enfermo sea menos personal.

En estrecha relación con la dificultad que hay para acceder al conocimiento de la personalidad del enfermo, está el desconocimiento del papel que la Religión tiene en la salud y en la enfermedad. Dos causas pienso que son responsables de esto: por un lado, que la Religión ha perdido una gran parte de su significado en la sociedad actual y, por otro, un falso concepto de la intimidad personal. En efecto, se piensa que la creencia y la práctica religiosa corresponden a la intimidad de la persona, por lo que se toma como indiscreción que el médico penetre en ese terreno, que se considera propio del sacerdote. Por otra parte, la escasa o nula formación religiosa de bastantes médicos es responsable de que no se piense en la influencia que la Religión tiene en los enfermos. Un estudio de la American Psychiatric Association muestra que, en Estados Unidos, entre el 30 y el 60% de los psiquiatras (según los Estados) son ateos y los pocos que tienen en cuenta la práctica religiosa de sus pacientes es más bien porque la consideran como uno de los factores desencadenantes de trastornos mentales. Es corriente, por otra parte, que estos médicos identifiquen la oración como una práctica mágica y que consideren el pensamiento de las personas creyentes como el de individuos de culturas primitivas

o el de un niño, o bien como signo de una mentalidad esquizoide. Esto queda reflejado en el DSM-3, que incluye entre tipos raros a los hombres con práctica religiosa¹.

Frente a este olvido del factor religioso o a la manera sesgada de interpretarlo, tanto en la salud como en la enfermedad, está el hecho de que en estos últimos años van apareciendo bastantes trabajos en los que se constata el importante papel de la Religión en la vida de las personas.

Literatura actual sobre Medicina y Religión

Hasta hace poco tiempo, la proporción de artículos publicados sobre la influencia de la religión en la salud y en la enfermedad frente a los que trataban de aspectos puramente biológicos del hombre, era mínima. Una idea aproximada la puede dar el trabajo de Larson, *et al.*². Contabilizaron el número de trabajos publicados entre 1978 y 1982 en 4 de las revistas psiquiátricas más prestigiosas. De un total de 2.348 artículos sólo 59 incluían la Religión como uno de los factores a tener en cuenta. Kroll³, atribuía esta desproporción, por una parte, a la escasísima importancia que se le da a la Religión en Medicina y, por otra, a que los revisores rechazaban con mucha facilidad los trabajos que de alguna manera trataban de Religión.

Afortunadamente, desde 1982, fecha en que terminó el estudio de Larson, hasta el momento actual, el número de trabajos en los que se habla de la influencia de la Religión en la salud y en la enfermedad, ha aumentado considerablemente. Voy a citar a título de ejemplo, algunos de ellos.

Frankel y Hewitt⁴, estudiaron la influencia de la Religión en dos grupos de estudiantes de la universidad Western, Ontario (Canadá). Los componentes de uno de estos grupos eran 172 miembros de alguna de las asociaciones cristianas del Campus. Los 127 componentes del otro grupo, no pertenecían a ninguna asociación o grupo religioso. Las circunstancias de edad, estilo de vida, estrés y enfermedades eran similares en ambos grupos, pero los resultados mostraron que los universitarios del primer grupo se enfrentaban y respondían mejor a las situaciones de estrés que los del segundo y, en el período de observación, presentaron menos dolencias que los poco religiosos y su índice de bienestar era superior. Williams y Faulkner⁵, en su trabajo sobre Religión y salud mental, llegaron a la conclusión de que la

práctica religiosa juega un papel de primera magnitud en la salud mental y física. Abunda en estos resultados, sobre todo por lo que respecta al aspecto psíquico, Cox⁶, que aboga por que el psiquiatra se interese por la creencia de sus pacientes y su práctica religiosa, dada su honda significación en la evolución de la enfermedad. De hecho el DSM-4⁷, en la nomenclatura diagnóstica, incluye una nueva categoría: "Problema religioso o espiritual" y aparece en la sección: "otras Condiciones que pueden ser foco de atención clínica". De todas formas, por el mero enunciado de "problema religioso o espiritual" se ve que el DSM-4 continúa considerando la Religión como factor perturbador más que como favorecedor de la salud mental.

La influencia de la práctica religiosa es especialmente beneficiosa en enfermos con depresión: en los creyentes y practicantes, el grado de depresión es menor y evoluciona más favorablemente que en los que no creen o no practican⁸⁻⁹. Otro tanto sucede en las personas mayores: los que viven su fe padecen menos enfermedades y sus estancias hospitalarias son más breves^{10,11}. Y no sólo en la enfermedad, en la salud el efecto positivo de la Religión se traduce en una mayor calidad de vida^{12,13}.

La razón de su influencia

La mayor parte de los trabajos a los que más arriba he aludido establecen la relación Religión-calidad de vida pero no suelen aludir a la razón de tal efecto beneficioso. Quizá no lo hacen por el temor a ser tildados de poco científicos ya que esa razón no es algo que se pueda demostrar por procedimientos biológicos. Ahora bien, al tratarse del hombre, en el que no se puede separar lo biológico y lo espiritual, parece lógico y aún obligado ocuparse del por qué la Religión influye de forma patente tanto en el enfermo como en el sano. En mi opinión, la razón más poderosa es la tranquilidad y la seguridad del que se sabe en las manos de Dios, que es un Padre providente, que nos cuida con todo cariño. Esa seguridad y confianza, en un mundo muchas veces hostil, en una existencia en la que enfermedad y contrariedades nos visitan con frecuencia, es un apoyo sólido para no perder en ningún momento la paz y aún la alegría. La segunda razón, en íntima relación con la primera, es que para el creyente, que mantiene un trato filial con Dios, todo tiene sentido aún lo que, como la enfermedad, a primera vista puede parecer negativo, en el fondo no lo es, pues es un medio de purificación y de participar en los sufrimientos que Cristo padeció para nuestra redención, por tanto, acepta la enfermedad y todo lo que ella lleva consigo, incluso la misma muerte, en entera conformidad con el querer de Dios.

Postura del médico

Si la Religión juega un papel importante en la evolución de la enfermedad, es natural que, como decía Cox⁶, el médico

trate de este tema en la conversación con aquellos enfermos en los que se ve que su situación anímica requiere mayor profundización. Hay, sin duda, una dificultad inicial: el tiempo. En una entrevista de unos minutos no es posible tratar este tema. No se puede preguntar al enfermo cómo anda de religión, de la misma manera que se le pregunta como anda de apetito, se necesita una conversación distendida para abordar temas que, como su relación con Dios, no son biológicos sino que pertenecen a la intimidad de la persona. Otra posible dificultad, ya ha sido aludida antes: pensar que en el hombre hay dos estratos, biológico uno y espiritual otro y que al médico sólo le interesa el biológico. Pero como ambos estratos forman una unidad, cualquier enfoque reduccionista es incompleto, por no decir erróneo. Otro tercer factor es el concepto que el médico tiene de la Religión. El médico no creyente o no practicante posiblemente no piensa en este factor o le da muy poca importancia, o le concede, a lo sumo, un efecto placebo. Indudablemente que el efecto placebo existe, como siempre que el paciente tiene confianza en su médico o en la medicación que éste le receta. Pero hay algo más que el efecto placebo. Le invito a que, sin prejuicios, haga la prueba.

Bibliografía

1. Post SG. DSM-3-R and Religion. *Soc Sci Med* 1992;35:81-90.
2. Larson DE, Pattison EM, Kaplan BH. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *Am J Psychiatry* 1986;143:329-34.
3. Kroll J. *Religion and Psychiatry Curr Opin Psychiatry* 1998;11:559-62.
4. Frankel BC, Hewitt WE. Religion and well-being among canadian university students: The role of faith groups on Campus. *J Sci St Religion* 1994;33:62-73.
5. Williams RN, Faulconer JE. Religion and mental health: A hermeneutic consideration. *Rev Relig Res* 1994;35:335-49.
6. Cox JL. Psychiatry and Religion, a general psychiatrist's perspective. *Psychiatr Bull* 1994;18:673-6.
7. DSM-4. *Diagnostic and statistical manual*, 4th ed. Washington DC: Am Psychiatr Press, 1994.
8. Braan AW, Beckman ATF, Deeg DJH, et al. Religiosity as a protective factor of depression in later life. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:199-205.
9. Braan AW, Beckman ATF, Tilburg W van. Religion and depression in later life. *Curr Opin Psychiatry* 1999;12:471-5.
10. Koenig HG, Pargament KL, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Mental Dis* 1998;186:513-21.
11. Koenig HG, George LK, Petersen BL. Religiosity and remission in medically older patients. *Am J Psychiatry* 1998;155:536-42.
12. Levin JS. En: WM Clemente ed. Religious factors in aging, adjustment and health. Nueva York: The Hawort Press, 1989.
13. Myers DG, Diener B. Who is happy? *Psychol Sci* 1995;6:10-5.