
DETERMINANTES ESPIRITUALES DE SALUD

Spiritual determinants of health

Montse Esquerda

*Institut Borja de Bioètica, Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida, Lleida
mesquerda@ibb.url.edu; <https://orcid.org/0000-0002-5781-8298>*

Angela López-Tarrida

*Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla
angelacarmen.lopez@sjd.es; <https://orcid.org/0000-0002-4716-2897>*

David Lorenzo

*Institut Borja de Bioètica, Barcelona. Campus Sant Joan de Déu, Barcelona
david.lorenzo@sjd.edu.es; <https://orcid.org/0000-0002-7647-4224>*

Margarita Bofarull

*Institut Borja de Bioètica, Barcelona
mbofarull@ibb.url.edu; <https://orcid.org/0000-0001-8215-4115>*

Enviado: 30 de enero de 2023

Aceptado: 16 de marzo de 2023

DOI: <https://doi.org/10.14422/ryf.vol287.i1461.y2023.002>

RESUMEN: Desde los albores de la historia, la ciencia y la creencia están destinadas a un diálogo permanente, puesto que ambas están centradas en el ser humano, que trata de asignar sentido y significado a los acontecimientos que suceden, tanto a los que le ocurren a sí mismo, como a los que acontecen a su alrededor. Considerando esta estrecha relación, se pretende con este artículo realizar una reflexión acerca de cómo las creencias pueden ser contempladas como determinantes para la salud de igual modo que lo son otro tipo de factores psicológicos o sociales como la cultura o el ambiente. Se interpela a ello mediante una reflexión fundamentada en las consideraciones de autores como Cassell o Frankl, y en investigaciones científicas relevantes que han demostrado de manera fehaciente el impacto positivo que las creencias tienen sobre la salud.

PALABRAS CLAVE: religión, espiritualidad, determinantes de salud, creencias, salud.

ABSTRACT: *Since the dawn of history, science and belief have been engaged in a permanent dialogue, as they are centered on the human being, who tries to assign meaning and significance to the events that occur, both those that happen to him or her and those*

that happen around him or her. With this intricate relationship in mind, the aim of this article is to reflect on how beliefs can be considered determinants of health in the same way as other types of psychological or social factors such as culture or environment. This reflection is based on the considerations of authors such as Cassell and Frankl, as well as relevant scientific research that has convincingly demonstrated the positive impact that beliefs have on health.

KEYWORDS: *religion, spirituality, health determinants, beliefs, health.*

1. LA RELIGIÓN, LA ESPIRITUALIDAD Y LA MEDICINA, UNA LARGA HISTORIA DE RELACIÓN

La religión y la medicina comparten una larga y compleja historia, así como un complejo presente. Entre ellas no existe necesariamente un conflicto. La medicina, desde tiempos antiguos, ha estado vinculada con las creencias del ser humano y con algunos de los grandes interrogantes de la humanidad, como son la enfermedad, el sufrimiento o la muerte. Éstos han sido espacios de coexistencia, controversia y cuestionamiento tanto en el mundo de la medicina como en el de la religión.

Se puede apreciar una evolución desde la época en que las respuestas a estos grandes interrogantes empleaban elementos comunes en ambos mundos: la enfermedad como castigo divino o incluso como posesión (demoníaca), y la figura del médico, sanador, sacerdote o chamán. Algunas culturas mantienen todavía la ausencia de división, sin distinguir entre la ciencia y la creencia.

El desarrollo de la ciencia médica, del conocimiento del cuerpo humano y su funcionamiento en cuanto a la anatomía, la fisiología, la fisiopatología y, en las últimas décadas, la genética, ha ido de hito en hito resituando los ámbitos y las atribuciones, llegando a una desvinculación entre el entorno médico y el de las creencias religiosas y espirituales. El modelo biologicista de aproximación al ser humano ha supuesto un reduccionismo de su carácter multidimensional, olvidando la unidad de la persona.

En una época reciente, más allá de esa progresiva desvinculación de ámbitos, incluso se han considerado las creencias religiosas como enemigas de la salud. Los grandes maestros de la sospecha, Freud, Nietzsche o Marx consideraban que las religiones eran peligrosas pues fomentaban aspectos infantiles e inmaduros de la persona (Torrallba, 2013).

El mismo Freud hablaba de la religión como una neurosis obsesiva que no ayudaba al desarrollo de la persona y que era fuente de problemas de salud debido a la inmadurez que provocaba para afrontar el mundo: "La religión es la neurosis obsesiva común al género humano. El hombre religioso es inmaduro, infantil, sueña y sueña un Dios que le promete que le cumplirá todos sus deseos".

De una manera similar, Marx hablaba de la religión como una droga que anestesiaba a la persona y que era necesario erradicar, pues no ayudaba a las personas a afrontar los problemas de la vida real: "La religión es el suspiro de la criatura oprimida (...). Es el opio del pueblo". Por su parte, Nietzsche proclama o constata la muerte de Dios como un hecho terrible, pero a la vez liberador para el hombre y que le permite iniciar una nueva historia de creación de valores y sentido.

Esta mirada de los filósofos de la sospecha puede que perviva aún en parte en el mundo de la medicina, coexistiendo con una perspectiva más positivista que considera que solo forma parte del mundo de la medicina aquello que es científico (empírico) y objetivo.

Seguramente una de las actitudes más frecuentes es que la religión y la espiritualidad pertenecen a un mundo independiente y ajeno al entorno sanitario; es decir, se reconoce su existencia en el ámbito de la salud, pero entendiendo que están diferenciados el uno del otro, sin influencia ni relación, y por tanto no se las considera en el cuidado. Sería una posición de ausencia o de falta de vínculo.

No obstante entre ambas perspectivas nace una nueva mirada de la relación entre las creencias religiosas o espirituales y la salud. Entre la beligerancia recalcitrante, en la que la creencia se contrapone a la razón, y la callada presencia, que la sitúa fuera del campo científico que la inhibe o aparta la creencia de la persona en el cuidado clínico, ha emergido en las últimas décadas una nueva visión de la relación entre creencia y salud.

2. HACIA UNA NUEVA RELACIÓN ENTRE CREENCIAS RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES Y SALUD

El significado de "salud" ha cambiado con el tiempo. Inicialmente se la determinaba como el normal funcionamiento del cuerpo en un marco puramente biológico, pero la OMS en 1948 la define como el bienestar físico, psicológi-

co y social y es entonces cuando el paradigma biologicista se cuestiona y la visión positivista se tambalea. Esta es una definición quizá demasiado amplia, que equipara malestar a enfermedad, pero por otra parte es una definición que abre la mirada a las diferentes dimensiones de la persona.

En el progreso de las ciencias y las humanidades, se comienza a reconocer que el ser humano está compuesto por diferentes dimensiones y en cada una de ellas desarrolla su potencial y sus cualidades, garantizando así su bienestar y crecimiento personal. Esas diferentes dimensiones se interrelacionan entre sí y han de estar en equilibrio para garantizar el estado de salud. Toda persona cuenta con un aspecto espiritual/religioso, con características propias y diferenciales de la vertiente meramente psicológica.

Conviene señalar que la espiritualidad es un concepto más amplio que la religión. Todas las personas tienen esa dimensión de trascendencia, conexión y significado, que es la espiritualidad, que puede canalizarse o concretarse en una religión, la creencia en un Dios, en unas normas y ritos determinados.

La religión ha sido considerada como un conjunto de creencias y conductas con valores éticos y sociales expresados en una comunidad, que la conecta con lo trascendente mediante un Dios. De esta manera se aprecia el cariz social de la religión, mediante la expresión de un grupo de personas y de comportamientos, maneras de relacionarse, rituales, leyes, estilos de vida, símbolos y narrativas, determinadas por esas creencias y valores.

Para Speck (1993), habría tres esferas concretas de influencia de la espiritualidad en la salud: la de sentido de la propia existencia, la de valores o finalidades, y la de apertura a la trascendencia.

La dimensión de sentido estaría vinculada con la pregunta sobre el significado de la propia existencia y el hecho de considerar la propia vida desde ella como respuesta a esta pregunta, lo que Viktor Frankl (1987) denominaba “la dimensión constitutiva de la persona”, pues es la que configura a la persona y la orienta. La vida no es sólo un hecho biológico, sino en el ser humano es también un hecho biográfico, y esta biografía va ligada a la búsqueda de sentido y significado, como muy bien expresa la famosa frase nietzcheniana de *“quien tiene un porqué (para vivir), puede soportar casi todos los cómo”*.

La segunda faceta de la espiritualidad según Speck es la de los valores. La psicología humanista sitúa claramente las creencias espirituales como constituyentes de salud a través de valores que se puedan manejar. De hecho, conceptos como ‘salud’ o ‘enfermedad’ no son meramente “hechos” bio-

lógicos, sino que son acontecimientos vitales biográficos en la vida de las personas, y como tales, comportan una carga de valores.

Y la última, la de apertura a la trascendencia, quizás la más compleja de describir, implica todas aquellas experiencias que van más allá de los sentidos, ya sean estéticas, éticas o religiosas. El dominio espiritual y el religioso se han confundido a menudo, los dos están íntimamente relacionados pudiendo ser coincidentes.

Tal como comenta el médico paliativista Erick Cassell, "las dimensiones de la persona son interdependientes: El hombre es una unidad, su pensamiento, sus sentimientos, su forma de vivir, sus biología están inseparablemente relacionadas. Son diferentes aspectos, biológica, psicológica, social, espiritual, familiar, laboral, cultural, en constante equilibrio..." (Cassell, 1998, p. 130).

La psicología humanista sitúa claramente las creencias espirituales y/o religiosas como un elemento más de la salud. En palabras de Maslow, "estamos aprendiendo que el estado de existir sin un sistema de valores es patógeno. El ser humano necesita de una trama de valores, una filosofía de vida, una religión o sustituto de la religión para poder vivir y pensar tal como necesita la luz del sol, el calcio o el amor" (Maslow, 2016, p. 45). Abraham Maslow, autor de la conocida pirámide de las necesidades de la persona, planteaba las necesidades espirituales y religiosas como necesarias para el desarrollo de la persona y su autorrealización.

Erich Fromm lo amplía y concreta:

"El hombre ha nacido como un producto de la naturaleza, estando en ella y a la vez trascendiéndola. Tiene que encontrar los principios de acción y decisión que sustituyan los principios de los instintos. Debe tener un marco de orientación que le permita organizar un dibujo coherente del mundo a fin de realizar conductas coherentes. Tiene que luchar no tan solo con los peligros de la supervivencia, el hambre o del dolor, sino también con otras preocupaciones específicamente humanas: la de la cordura. En otras palabras, tiene que protegerse no tan solo de los peligros de perder su vida sino también de los peligros de perder su mente" (Fromm, 1977, p. 75).

Según Fromm, el hombre actual ha perdido instinto y tradición, y precisaría un marco de orientación creencial necesario para poder no tan sólo sobrevivir sino formarse un esquema coherente del mundo y darle sentido.

Para Fromm la discusión no sería tener un marco de orientación o no, sino cuál sería el más saludable para la persona, un marco existencial para vivir y

sobrevivir sanamente. En el mismo libro, plantea también de qué forma se puede lograr este objetivo:

“no hay cultura en el pasado y parece que no habrá cultura en un futuro que no tenga religión. El estudio del hombre nos permite reconocer la necesidad de un sistema común de orientación. La cuestión no es de religión o no religión sino de qué clase de religión, de si permite al hombre desarrollar sus potencialidades específicamente humanas o no”.

Frankl, denominado el psiquiatra del sentido, va más allá y habla claramente de la faceta espiritual y/o religiosa como una característica de la salud esencial: “la dimensión espiritual es la constitutiva del hombre, somos personas no porque tenemos instintos o impulsos, sino porque somos capaces de estar abiertos a la trascendencia” (Frankl, 1987, p. 49). Frankl contesta claramente a su maestro Freud, y sitúa taxativamente a la persona: es cierto que la persona no es un ser irracional: gran parte de sus acciones y pensamientos están condicionados por los instintos y los impulsos -como ocurre en los animales-, pero las personas no son personas por este hecho, al contrario; aquello que nos hace personas, según el autor, es la capacidad de trascender.

Una de las grandes precursoras de los cuidados paliativos, Cicely Saunders (2001), insiste en la espiritualidad como un aspecto humana necesaria e imprescindible para la salud, y, en su caso, como dimensión que cuidar para poder acompañar al final de la vida. Saunders habla por ejemplo del dolor espiritual: “muchas de nuestras angustias y dolencias son consecuencia de una espiritualidad poco desarrollada, anémica, deformada o totalmente reprimida. El dolor espiritual es la expresión de un sentimiento desolador de vacío” (Saunders, 2001, p. 25).

Diego Gracia hace referencia a la salud como la “capacidad de posesión y apropiación por parte del hombre de la propia corporeidad” (Gracia, 2003, p. 97), distinguiendo la relación entre salud biológica y salud biográfica o moral, es decir, la capacidad de llevar adelante el propio proyecto de vida determina el bienestar personal.

Encontramos en la actualidad una mezcla de visiones en el mundo de la medicina y la psicología, destacando la visión en la que se incorpora la dimensión espiritual y/o religiosa como una más de la salud y considerando imprescindible abordar las creencias desde el ámbito de la salud en una perspectiva más humanista e integrativa del cuidado.

3. LAS CREENCIAS ESPIRITUALES Y RELIGIOSAS DESDE LA MEDICINA

En las últimas décadas, siguiendo el marco conceptual en que las creencias espirituales y religiosas tienen un componente favorable para la salud, ésta se ha convertido en un área de investigación emergente desde el entorno de las ciencias de la salud. En la última década, se ha producido un incremento exponencial del número de estudios científicos publicados en revistas médicas especializadas de reconocido prestigio: aparecen unos 15.000 estudios publicados, que suponen un incremento del 600%.

La mayoría de estos estudios (casi un 90%) muestran un efecto positivo de las creencias espirituales y religiosas en diferentes áreas de la vida y en diferente medida, como, por ejemplo, una mayor longevidad, una mayor calidad de vida en diferentes enfermedades crónicas y en el final de la vida, mejor adaptación a la enfermedad, y menor incidencia de ansiedad, depresión o suicidios (Koenig 2004, 2012; Mueller *et al.*, 2001; Balboni *et al.*, 2022; Counted *et al.*, 2018; Ransome, 2020; Shattuck y Muehlenbein 2020; Almaraz *et al.*, 2022; Garssen *et al.*, 2021).

En un metaanálisis, Koenig (2012) analiza centenares de artículos publicados en revistas revisadas por pares en medicina, enfermería, trabajo social, rehabilitación, ciencias sociales, asesoramiento, psicología, psiquiatría, salud pública, demografía, economía y religión. Identifica que las creencias y las prácticas religiosas/espirituales (R/S) son comúnmente utilizadas por pacientes para hacer frente a enfermedades y otros cambios de vida estresantes. Un gran volumen de investigación muestra que las personas con más creencias R/S tienen una mejor salud mental y se adaptan más rápidamente a los problemas de salud en comparación con aquellas que son menos R/S.

Estos posibles beneficios para la salud mental y el bienestar tienen consecuencias fisiológicas que influyen a la salud física, afectan al riesgo de enfermedad e influyen en la respuesta al tratamiento. Koenig sostiene que los estudios muestran que, para brindar una atención sanitaria de alta calidad, conviene subrayar la necesidad de integrar la espiritualidad en la atención al paciente y que todos los profesionales de la salud deberían estar familiarizados con el tema, conocer las razones para integrar la espiritualidad en la atención al paciente y ser capaces de hacerlo de una manera sensata y sensible (Koenig, 2012).

En el ámbito de la salud física, se han asociado creencias R/S a un mejor nivel cardiovascular, metabólico e inmunológico (Shattuck y Muehlenbein,

2020), probablemente minimizando los efectos disruptivos del estrés que provocan inflamación y alteraciones a nivel fisiológico. En el área de la demencia y del deterioro cognitivo, diversos estudios refieren una relación positiva entre R/S y una mejor función cognitiva tanto en demencia como en edad avanzada (Koenig, 2012; Coin *et al.*, 2010; Zhang, 2010). En algunos estudios incluso se relacionan las creencias R/S con una mayor longevidad (Ebert, 2020; Stavrova, 2015).

Alpert (2010) analiza diversos estudios que demuestran que las diferentes prácticas R/S (orar, meditar, la vida de fe, etc.) influyen positivamente en la salud de las personas: por ejemplo, la probabilidad de sobrevivir a determinadas enfermedades es un 29% más alta en personas con alguna práctica espiritual habitual; el sistema inmunitario en un grupo de personas con VIH tiene mejor respuesta en aquellas con un cuidado espiritual o religioso; la práctica de la oración mejora la salud en pacientes con una enfermedad coronaria y ayuda a aumentar los porcentajes de supervivencia en niños con leucemia. Hermann señala que son muchos los estudios que permiten afirmar que “la religión y la espiritualidad han mostrado ayudar a las personas a afrontar la enfermedad y la muerte” (Hermann, 2006, p. 738).

En el terreno de la salud mental, un metaanálisis que engloba 48 estudios longitudinales (Garssen *et al.*, 2021) de 59 muestras independientes sobre el efecto de R/S en salud mental, medida en forma de satisfacción con la vida, bienestar y calidad de vida y R/S, incluyó la participación en actividades religiosas públicas y privadas, el apoyo de los miembros de la iglesia, la importancia de la religión, la religiosidad intrínseca, el afrontamiento religioso positivo, el significado y las medidas compuestas. El metaanálisis sugiere que existe evidencia de un efecto positivo de R/S en la salud mental, aunque este efecto es pequeño.

Hay investigaciones que intentan demostrar de manera eminentemente científica la relación de las creencias con la salud. En esta línea, un importante estudio de 2017 publicado en la revista JAMA de Psiquiatría y realizado en la Universidad de Columbia demostró, mediante resonancias funcionales, que las personas con tendencia familiar a la depresión, pero con una R/S más cuidada tenían cortezas cerebrales más gruesas y un menor riesgo de padecerla (Miller *et al.*, 2014).

Como crítica, una de las dificultades más acusadas en este tema es la definición de las variables de medida: la gran pregunta es cómo se miden las creencias religiosas o espirituales. Es importante tener en cuenta que el he-

cho religioso no es reductible a un solo ámbito y se puede valorar desde distintos ángulos, ya sea como conductas, prácticas, conocimientos, razonamientos, emociones o moralidad (Koenig, 2012; Alpert, 2010; Britt, 2022; Aukst-Margetić y Margetić, 2005). La diferencia entre estudios es muy marcada, y mientras algunos calibran “el sentimiento de adhesión o pertenencia a una religión”, otras miden “la práctica religiosa”, de forma que se valora la participación en ritos y la oración (Alpert, 2010; Hermann, 2006; Miller *et al.*, 2014; Hoogeveen *et al.*, 2022; Pérez Izquierdo, 2014; Britt *et al.*, 2022).

Además, la espiritualidad es un término que presenta una elevada ambigüedad, significando cosas diferentes para diferentes personas o colectivos. Así pues, una de las dificultades cuando hablamos de ella es intentar enmarcar qué queremos decir cuando decimos espiritualidad, y cómo podría estar “determinada”.

Sí que se pueden identificar dos aproximaciones en la medida del hecho religioso: por una parte, una serie de variables intentan cuantificar la religión de forma funcional o extrínseca y otras la valoran como experiencia de encuentro y sentido, pero sigue habiendo graves dificultades para saber exactamente donde incluir cada factor y como medirlo (Miller *et al.*, 2014). Algunos estudios muestran cómo la religiosidad puede ser perjudicial para la salud psicológica cuando es fundamento de la patología mental que se padece o se contemplan como creencias negativas para el afrontamiento de la enfermedad (Britt, 2022; Aukst-Margetić y Margetić, 2005; Abu-Raiya, 2013).

Otra dificultad metodológica reseñable es que prácticamente lo que todos los estudios muestran son correlaciones, no causaciones. Es decir, la asociación de variables que acontecen de forma concomitante, que influyen pero no son realmente el motivo del objeto de estudio y se asocian a otros motivos. Por ejemplo, podría hallarse un menor número de enfermedad oncológica en personas religiosas, pero ello podría deberse a otros factores, como un menor consumo de tabaco o de alcohol de este colectivo. Dado el tipo de estudio, es muy difícil el control de las variables de confusión.

Un gran desafío actual será determinar cuáles son los factores que valoran realmente el impacto de la espiritualidad y la religión en la salud. En la sociedad actual, cada vez más plural y compleja, aspectos clave serían la identificación R/S frente a los modelos tradicionales y la medición de resultados en salud considerando qué parámetros analizar, como, por ejemplo, la asistencia a culto, las prácticas de meditación o la frecuencia de oración (Abu-Raiya, 2013; Frankl, 2011; Chaeyoon y Putnam, 2010).

4. ¿PODRÍAMOS HABLAR DE LAS CREENCIAS COMO DETERMINANTES ESPIRITUALES DE SALUD?

A pesar de las dificultades metodológicas, aparecen muchos y diversos elementos saludables asociados a las creencias religiosas o espirituales, por lo que podría plantearse si existen determinantes espirituales en la salud, tal como existen determinantes sociales.

Los determinantes sociales de salud se definen como aquellas condiciones económicas y sociales que establecen diferencias individuales y grupales en salud. Entre los determinantes sociales de salud se encuentran factores como el lugar de residencia, el acceso a la educación, al empleo, las condiciones de vivienda, o culturales. Estos determinantes vienen dados por el lugar de nacimiento, geográfico o social, circunstancias que “condicionan la vida de una persona”. Se pueden expresar en la conocida sentencia “tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético” (Fenton, 2011, p. 8).

Ante esto nos planteamos si hay similitudes entre dichos determinantes y las creencias R/S, que tuvieran esa misma influencia, es decir, si existen aspectos de estas creencias que determinan o condicionan una mejor salud y que dependen de si se ha fomentado o educado una determinada dimensión R/S.

Intentaremos identificar aquellos elementos saludables que podemos atribuir a la espiritualidad y/o religiosidad:

- Las creencias R/S se relacionan con estilos de afrontamiento de la adversidad más positivos, como mejor manejo del estrés y de los aspectos ansiosos asociados a la enfermedad y al envejecimiento (Koenig, 2012; Mueller *et al.*, 2001; Shattuck y Muehlenbein, 2020; Almaraz, 2022; Hoogeveen *et al.*, 2022). Los estilos de afrontamiento son un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo. Estas estrategias de afrontamiento pueden ser más o menos adecuadas o adaptativas, pero median la respuesta de la persona ante una situación.
- La mayoría de las religiones promueven una serie de emociones positivas que pueden mejorar el ajuste a la enfermedad e incluso el pronóstico de ésta (Koenig, 2012; Almaraz *et al.*, 2022; Hoogeveen *et al.*, 2022): bienestar, altruismo, compasión, perdón o agradecimiento. Este tipo de emociones se asociarían con una mejor respuesta a la enfermedad.

- La adhesión a un estilo de vida relacionado con el espacio de las creencias religiosas, como ocurre en el entorno anglosajón (Counted, 2018; Stavrova, 2015; Alpert, 2010), puede estar relacionado con la mejora de hábitos de vida (menos consumo de alcohol, tabaco, más relaciones sociales...). La calidad de vida mejora en las personas que tienen prácticas R/S entre sus hábitos de vida (Counted, 2018), así como su bienestar (Hoogeveen *et al.*, 2022).
- La pertenencia a una religión comporta normalmente también la pertenencia a una comunidad, y el solo hecho de pertenecer y sentirse parte de la misma tiene efectos positivos sobre la salud, tanto física como mental. Según algunos estudios (Garssen, 2021; Chaeyoon y Putnam, 2010), el mero factor de participar en un espacio social ya sería saludable.
- El locus de control interno es mayor en personas con creencias religiosas, hecho que facilita el ajuste a la enfermedad (Koenig, 2012). El locus de control hace referencia al grado en que las personas sienten que tienen el dominio de lo que ocurre en sus vidas, desde un evento rutinario hasta una situación de peligro. Este aspecto puede ser interno, considerado un factor de protección de síntomas emocionales y físicos; y externo, referente a un predictor de enfermedad. Así pues, dependiendo de si tienen un locus interno o externo, las personas afrontan los acontecimientos vitales de formas distintas.
- El sentido y la esperanza son elementos clave para un afrontamiento positivo de los aspectos negativos de la vida (Hermann, 2006; Pérez Izquierdo, 2014; Frankl, 1999; Saunders y Baines, 1983). Para Frankl, la dimensión de sentido es fundamental, principalmente lo que llama el "sentido final o último", y relaciona el significado del sufrimiento con el sentido de la vida. Decía Frankl, "el hombre en busca de sentido no es un título ingenioso para un libro. Es una definición de ser humano. El ser humano es un buscador de sentido" (Frankl, 1999, p. 112).

La antropología de la salud habla de tres vertientes de la enfermedad: *disease*, *illness* y *sickness*. *Disease* se refiere a la vertiente biológica, fisiológica o técnica de la enfermedad. *Illness* refleja la vivencia subjetiva de *disease*, es decir, cómo el individuo, partiendo de los parámetros conceptuales de su cultura y de su pensamiento propio, interpreta, vive y experimenta la *disease* que padece. *Sickness* significa o expresa la vertiente social y política de la enfermedad, cómo esta influye en la relación de la persona enferma con los demás, con la sociedad, con el cuerpo político, etc. (Bouché, 2001; Comelles y Hernández, 1993; Helman, 2001). La espiritualidad juega un papel relevante en todas ellas, pero especialmente en la vertiente de *illness*.

Sin ser completamente exhaustivos, creemos que estos son los elementos fundamentales vinculados con las creencias R/S. Pero tanto la dimensión espiritual como la religiosa no se desarrollan de forma aislada, sino que tienen una enorme influencia el entorno social, y estarían, por lo tanto, parcialmente determinadas socialmente. Es decir, según la zona geográfica, país, comunidad o familia, hay mayor probabilidad de desarrollar creencias R/S y que éstas sean saludables.

La aproximación al cuidado de esta dimensión por parte de la medicina está mostrando las limitaciones de los planteamientos que tienden a no tener en cuenta esa faceta de la persona, así como su complejidad. La relación profesional sanitario-paciente es una relación basada en la confianza (Laín Entralgo, 1983) y, dentro de este marco de proximidad, puede ser difícil no tan solo evaluar las creencias, sino hasta qué punto puede o debe el profesional sanitario promover creencias R/S saludables.

El concepto de salud integral incorpora rasgos muy positivos, pero no se ha desarrollado un modelo de atención multidimensional, o quizás es que sencillamente hay muchos aspectos del modelo de salud que están más allá de la asistencia sanitaria o incluso del ámbito de la medicina, como el sistema de creencia, que podría tanto posibilitar un estilo de vida más saludable, como un ajuste más positivo a la enfermedad y al sufrimiento.

Balboni *et al.* (2022) realizan una triple propuesta de abordaje de las creencias R/S desde la medicina:

- (1) incorporar enfoques centrados en el paciente y basados en la evidencia a cerca de las asociaciones de la comunidad espiritual con la mejora del paciente y la población en los resultados de salud;
- (2) aumentar la conciencia y formación entre los profesionales de la salud de la evidencia de la relación protectora de la salud que aporta la comunidad espiritual y religiosa; y
- (3) reconocer la espiritualidad como un factor social asociado con la salud en la investigación, las evaluaciones comunitarias y la implementación de programas.

Como comenta Siddhartha Mukkerjee, oncólogo estadounidense,

“es fácil tomar decisiones perfectas con perfecta información. La medicina, en cambio, te pide tomar decisiones perfectas con información imperfecta. Mi educación médica me enseñó un montón de datos, pero poco sobre los espacios que existen entre estos datos. Estoy aprendiendo que

hay muchos y muchos espacios. La profusión de datos oculta un problema mucho más profundo e importante: la necesidad de reconciliación entre conocimiento (cierto, fijo, perfecto, concreto) y sabiduría clínica (incierta, fluida, imperfecta, abstracta)" (Mukherjee, 2015, p. 6).

Para dar una atención holística y amplia a las personas, es fundamental aprender a integrar datos y espacios entre los datos. Reconocer y dar cabida a las creencias R/S, como moduladores de la respuesta a la enfermedad o como elementos saludables, implica y genera una mirada abierta y más completa de la asistencia en los profesionales de la salud.

Referencias

- ABU-RAIYA, H. (2013), "On the links between religion, mental health and inter-religious conflict: a brief summary of empirical research", *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 50(2), 130-139. MDPI: 24225441
- ALMARAZ, D., SAIZ, J., MORENO MARTÍN, F., SÁNCHEZ-IGLESIAS, I., MOLINA, A. J., y GOLDSBY, T. L. (2022, agosto), "What Aspects of Religion and Spirituality Affect the Physical Health of Cancer Patients? A Systematic Review", en *Healthcare* (Vol. 10, n.º 8), 1447-ss. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10081447>
- ALPERT, P. T. (2010), "Spirituality goes beyond religiosity: a much needed practice in nursing", *Home Health Care Management & Practice*, 22(2), 140-143. DOI: <https://doi.org/10.1177/1084822309343867>
- AUKST-MARGETIĆ, B., y MARGETIĆ, B. (2005), "Religiosity and health outcomes: Review of literature», *Collegium antropologicum*, 29(1), 365-371. PMID: 16117349
- BALBONI, T. A., VANDERWEELE, T. J., DOAN-SOARES, S. D., LONG, K. N., FERRELL, B. R., FITCHETT, G., y KOH, H. K. (2022), "Spirituality in serious illness and health", *JAMA*, 328(2), 184-197. DOI: 10.1001/jama.2022.11086
- BOUCHÉ, H. (2001), "La salud en las culturas", *Educación XX1*, 4, 61-90. DOI: <https://doi.org/10.5944/educxx1.4.0.364>
- BRITT, K. C., RICHARDS, K. C., ACTON, G., HAMILTON, J., y RADHAKRISHNAN, K. (2022), "Older adults with dementia: Association of prayer with neuropsychiatric symptoms, cognitive function, and sleep disturbances", *Religions*, 13 (10), 973. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel13100973>
- CASSELL, E. J. (1998), "The nature of suffering and the goals of medicine", *Loss, Grief & Care*, 8 (1-2), 129-142. DOI: 10.1056/NEJM198203183061104
- CHAEYOON, L., y PUTNAM ROBERT, D. (2010), "Religion, social networks, and life satisfaction", *American Sociological Review*, 75 (6), 914-933. DOI: <https://doi.org/10.1177/0003122410386686>

- COIN, A., PERISSINOTTO, E., NAJJAR, M., GIRARDI, A., INELMEN, E. M., ENZI, G., y SERGI, G. (2010), "Does religiosity protect against cognitive and behavioral decline in Alzheimer's dementia?", *Current Alzheimer Research*, 7 (5), 445-452. DOI: 10.2174/156720510791383886
- COMELLES, J. M., y HERNÁEZ, Á. M. (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Eudema.
- COUNTED, V., POSSAMAI, A., y MEADE, T. (2018), "Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: An integrative research review», *Health Qual Life Outcomes* 16, 75, 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x>
- EBERT, T., GEBAUER, J. E., TALMAN, J. R., y RENTFROW, P. J. (2020), "Religious people only live longer in religious cultural contexts: A gravestone analysis", *Journal of Personality and Social Psychology*, 119 (1), 1-ss. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pspa0000187>
- FENTON, M. (2011), Health care's blind side: the overlooked connection between social needs and good health, Robert Wood Johnson Foundation.
- FRANKL, V. E. (1987), *El hombre doliente: fundamentos antropológicos de Logoterapia*, Editorial Herder.
- FRANKL, V. E. (2011), *Logoterapia y análisis existencial: textos de cinco décadas*. Editorial Herder.
- FRANKL, V.E. (1999), *El hombre en busca de sentido último*, Editorial Paidós.
- FROMM, E. (1977), *El miedo a la libertad*, Editorial Paidós.
- GARSSSEN, B., VISSER, A., y POOL, G. (2021), "Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies", *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31 (1), 4-20. DOI: <https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1729570>
- GRACIA, D. (2003), *Como arqueros al blanco*, Triacasleta.
- HELMAN, C. G. (2001), *Culture, Health and Illness*, Arnold.
- HERMANN, C. P. (2006, julio), "Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life", en *Oncology nursing forum* (Vol. 33, n.º. 4). DOI: 10.1188/06.ONF.737-744
- HOOGEVEEN, S., SARAFIOGLOU, A., ACZEL, B., ADITYA, Y., ALAYAN, A. J., ALLEN, P. J., y NILSONNE, G. (2022), "A many-analysts approach to the relation between religiosity and well-being", *Religion, Brain & Behavior*, 1-47. DOI: <https://doi.org/10.1080/2153599X.2022.2070255>
- KOENIG, H. G. (2005, enero), "Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice", *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1194-1200. DOI: 10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE
- KOENIG, H. G. (2012), "Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications", *International Scholarly Research Notices*, 2012. DOI:10.5402/2012/278730
- LAÍN ENTRALGO, P. (1983), *La relación médico-paciente*, Alianza.

- MASLOW, A. (2016), *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*, Editorial Kairós.
- MILLER, L., BANSAL, R., WICKRAMARATNE, P., HAO, X., TENKE, C. E., WEISSMAN, M. M., y PETERSON, B. S. (2014), "Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: A study in adults at high and low familial risk for depression", *JAMA psychiatry*, 71 (2), 128-135. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.3067
- MUELLER, P. S., PLEVAK, D. J., y RUMMANS, T. A. (2001, diciembre), "Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice", *Mayo clinic proceedings*, vol. 76, n.º 12, 1225-1235. DOI: 10.4065/76.12.1225
- MUKHERJEE, S. (2015), *The laws of medicine: Field notes from an uncertain science*, Simon and Schuster.
- PÉREZ IZQUIERDO, K. P. (2014), *Duelo desautorizado en el aborto clandestino* (Tesis de maestría), Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán, México.
- RANSOME, Y. (2020), "Religion, spirituality, and health: New considerations for epidemiology", *American journal of epidemiology*, 189 (8), 755-758. DOI: 10.1093/aje/kwaa022
- SAUNDERS, C. (2001), "The evolution of palliative care", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94 (9), 430-432. DOI: 10.1177/014107680109400904
- SAUNDERS, C. M., y BAINES, M. (1983), *Living with dying: The management of terminal disease*, Oxford University Press
- SHATTUCK, E. C., y MUEHLENBEIN, M. P. (2020), "Religiosity/spirituality and physiological markers of health", *Journal of Religion and Health*, 59 (2), 1035-1054. DOI: 10.1007/s10943-018-0663-6
- SPECK, P. W. (1993), "Spiritual issues in palliative medicine", en D. DOYLE, GWC HANKS y N. MACDONALD, *Textbook of Palliative Medicine* (pp. 517-525). Oxford.
- STAVROVA, O. (2015), "Religion, self-rated health, and mortality: Whether religiosity delays death depends on the cultural context", *Social Psychological and Personality Science*, 6 (8), 911-922. DOI: <https://doi.org/10.1177/1948550615593149>
- TORRALBA, F. (2013), *Los maestros de la sospecha*, Fragmenta.
- WEBER, S. R., y PARGAMENT, K. I. (2014). "The role of religion and spirituality in mental health", *Current opinion in psychiatry*, 27 (5), 358-363. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000080
- ZHANG, W. (2010), "Religious participation, gender differences, and cognitive impairment among the oldest-old in China", *Journal of Aging Research*, 2010. DOI: 10.4061/2010/160294

