

"La SALUD es completa solamente si se considera en su totalidad física, mental, social y espiritual."

Coordinador Ad hoc de las discusiones: Dr. Halfdan Mahler, tercer director general de la Organización Mundial de la Salud (1973-1988).

Este escrito e informe del panel proporciona una breve descripción de expertos en campos diversos en la dimensión religiosa y espiritual en salud. Los efectos que creencias y prácticas pueden tener no solamente en la salud de la población, sino también en el sistema de salud y el cuidado médico, se han subestimado. Se tratan aquí el potencial benéfico y las dificultades de considerar la dimensión religiosa y espiritual en salud. Este escrito espera servir como catalizador de las discusiones e investigaciones futuras en el campo de la religión, espiritualidad y salud para los creadores de políticas, las comunidades de la salud y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que trabajan en mejorar la salud de la gente. Las contribuciones incluidas en este panel se construyen con base en estudios científicos de la evidencia y de casos. Subrayan el valor de incluir dimensiones religiosas y espirituales en la investigación, la educación, el cuidado médico y programas de la rehabilitación, así como el trabajo con la organización religiosa para tratar la salud para todos de una manera más coherente y más comprensiva. Ésta es la tercera vez que un panel sobre "la dimensión espiritual en salud" que ha ocurrido durante la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra. Sin embargo, es la primera vez que un informe del panel se produce con el propósito de promover discusiones y resoluciones para tomar en el futuro, considerando este aspecto esencial de la vida y de la salud. Esperamos que esto sea solamente un primer paso en esta dirección...

"Este informe del panel representa un vasto potencial para todos en la sociedad - el paciente, el proveedor de la asistencia médica así como los creadores de políticas, la sociedad civil y sectores gubernamentales. Por lo tanto, lo recomiendo para darle el respeto debido para la puesta en práctica en la política actual y prácticas en todo el mundo." Manoj Kurgan, MD, Consejo Mundial de Iglesias, Jefe de la Sección Salud y Curación; anterior directivo del foro del ONGs en Salud.

Le invitamos a que articule en nuestra discusión lo que pueden hacer y proponer la OMS, los gobiernos, las ONGs, las instituciones académicas, las agencias de la salud y los profesionales para:

- identificar el vínculo y efectos entre la espiritualidad, la religión y la salud
- relance la oferta de la OMS para una enmienda de la definición (véase abajo)
- prepare un plan de acción sobre "la salud es un estado del bienestar físico, mental, social y espiritual completo y no simplemente de la ausencia de la enfermedad."

Espiritualidad, religión y salud social

Jueves, mayo 19; 13:00 - 15:00 Naciones Unidas

Los presentadores:

- Dr. Rajinder Pal, Miembro del Panel de Expertos Consejeros de la OMS,
- Dr. Astrid Stuckelberger, Universidad de Ginebra Escuela de Salud Pública, Suiza
- Profesor Dr. Fahri Saatcioglu, Oslo de Suiza, del departamento de biociencias moleculares,
- Consejero especial de Noruega Rev. Roberto J. Vitillo en el VIH y del SIDA, Asociación Internacional Caritas Internationalis
- Moderador: Werner Peter Luedemann Asociación Internacional para los valores del ser humano

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Están dotados con razón y conciencia y deben actuar hacia unos y otros en un espíritu de fraternidad (artículo 1).

Cada uno tiene el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad para cambiar su religión o creencia, y la libertad, solo o en comunidad con otras y en público o privado, para manifestar su religión o creencia en la enseñanza, la práctica, la adoración y la observancia (artículo 18). Declaración universal de los derechos humanos adoptada y proclamada en la Asamblea General Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

Gente de diversas religiones y culturas vive de lado a lado en casi cada parte del mundo, y la mayoría de nosotros tiene identidades traslapadas que nos unen con grupos muy diversos. Podemos amar lo que somos, sin odiar a quienes no somos. Podemos prosperar en nuestra propia tradición, incluso mientras que aprendemos de otros, y respetamos sus enseñanzas.
Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas.

Preámbulo

La mesa redonda "Espiritualidad, religión y salud" es un foro internacional, basado en el reconocimiento de la importancia de la dimensión universal espiritual y religiosa en el campo de la *Salud para Todos*.

Propósito

La mesa redonda tiene como objetivo el traer a las agenda de Naciones Unidas y del orden público internacional la dimensión universal espiritual y religiosa en la salud. La mesa redonda reconoce que la dimensión espiritual es común a todas las fes, culturas y tradiciones; la dimensión espiritual es universal en naturaleza y puede apoyar para superar límites de la religión y de la nacionalidad. La participación está abierta a las instituciones internacionales, las organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, los oficiales del gobierno, los funcionarios de la ONU, las misiones de la ONU, y la sociedad civil que está deseando participar y aspirando individualmente o colectivamente a tomar responsabilidad para satisfacer estas metas.

Metas

- I. Para compartir la información y el conocimiento sobre las varias tradiciones espirituales y religiosas y realzar la consideración y el respeto. Por ejemplo compartiendo conocimiento basado en evidencia o causando mayor comprensión de las técnicas y prácticas que las religiones, las culturas y las tradiciones alrededor del mundo utilizan para mejorar la calidad de la vida y de ser (es decir silencio, oración, contemplación, meditación, las técnicas de respiración, los rituales).
- II. Para participar en el trabajo de las Naciones Unidas y en conferencias internacionales:
 - animando una perspectiva espiritual dentro de la comunidad internacional y el aporte de contribuciones escritas para la inclusión en los declaraciones de Naciones Unidas y los programas de acción referente a la dimensión espiritual y religiosa en salud;
 - apoyando y explorando el vínculo entre la espiritualidad, la religión y la ciencia, presentando la evidencia basada en el conocimiento que demuestra el efecto causal de religión/espiritualidad-relación de la salud en el individuo, la familia, la sociedad así como para el sistema del cuidado médico y el nivel de la política sanitaria;
 - promover el derecho de conducir una forma de vida espiritual y religiosa en el respeto completo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos;
 - desarrollando y poniendo programas en ejecución referentes a la dimensión espiritual en salud;
 - publicando una serie de documentos de acontecimientos y de reuniones comunes, o según proyectos con los socios;
 - creando y desarrollando una red global de participantes y de instituciones;
- III. Organizar, facilitar eventos públicos para iniciar diálogo entre los dignatarios religiosos y espirituales, presentadores de las agencias de la ONU, de las misiones de la ONU, de las ONGs, de la sociedad civil, del sector privado, de medios y de otros.

Comité de dirección de la Mesa Redonda

Manoj Kurian, PhD, jefe de la sección de la salud, Consejo Mundial de Iglesias, directivo del foro de ONGs en salud.

Amigacho de Rajinder, PhD, DSC, miembro del panel consultivo experto de la OMS.

Astrid Stuckelberger, PhD, Universidad de Ginebra, Escuela de Salud Pública, co-fundadora del comité de ONGs sobre espiritualidad, valores y asuntos globales en las Naciones Unidas en Ginebra.

Werner Peter Luedemann, asociación internacional para los valores humanos, co-fundador del comité de las ONGs sobre espiritualidad, valores y asuntos globales en las Naciones Unidas, en el teléfono 0041-22 - 738 28 88, E-mail de Ginebra: info@rt-geneva.org

Introducción

Werner Peter Luedemann

Asociación internacional de los valores humanos

Cofundador del comité de las ONGs sobre espiritualidad, valores y asuntos globales.

Este panel y el informe - dirigido hacia constructores de política en el sector del cuidado médico, incluyendo gobiernos y comunidades de negocios - proporciona una breve descripción de las ventajas potenciales substanciales de poner en ejecución las llamadas por algunos "técnicas basadas evidencia natural" (NEBT, por su sigla en inglés) para proporcionar "salud completa" para todas las capas de la sociedad. NEBT demuestra una gran promesa en este sentido, de acuerdo con la investigación científica reciente. La constitución de la Organización Mundial de la Salud define salud como un estado del bienestar físico, mental y social completo. Es decir la salud holística -más que simplemente la ausencia de enfermedad o de debilidad- es un derecho principal de cada ser humano. No obstante la gran mayoría de la población del mundo no goza de la este derecho fundamental en la práctica, incluyendo los países desarrollados. Con el uso de la medicina moderna, a pesar de avances y utilidad significativos, no ha resultado en ningún país, rico o pobre, una comunidad que sea constantemente sana según la definición de *salud* de la OMS. NEBT promete ser un recurso fértil en este sentido, que debe ser explorado completamente. Las ideas, descritas en este escrito, sugieren que una nueva síntesis de la medicina moderna y de NEBT es muy oportuna, en línea con las circunstancias económicas, científicas, políticas y sociales en todos los países, subdesarrollados como desarrollados. Ésta es la tercera vez que un panel sobre "La dimensión espiritual en salud" ha ocurrido durante la Asamblea Mundial de la Salud, de la OMS. Con el incremento de gastos médicos y de recursos limitados, ha llegado a ser cada vez más importante explorar los métodos alternativos que pueden proporcionar asistencia médica de alta calidad para todas las sociedades.

Espiritualidad y salud

Dr. Rajinder Pal Miembro del panel consultivo de expertos de la OMS

Queridos amigos,

La Mesa Redonda ha resuelto varias veces y ha sentido la necesidad de tener la ayuda de la OMS en su esfuerzo para incluir bienestar espiritual en el preámbulo de la constitución de la OMS. Nos animó, el que en 1988 bajo la dirección del Dr. Halfdan Mahler, entonces director general de la OMS, el consejo de dirección 101 aprobó un *proyecto de resolución* que expresó: la "salud es un estado del bienestar físico, mental, social y espiritual completo y no simplemente de la ausencia de la enfermedad y de debilidad." El proyecto de resolución fue sometido a la 51ª. Asamblea Mundial de la Salud durante mayo de 1998 al revisar la fraseología de la constitución en su preámbulo para incluir "bienestar espiritual" pero fue sido decidido por la Asamblea Mundial de la Salud no considerar la enmienda propuesta. El grupo de trabajo me pidió solicitar al director general actual, Dr. Jong-Wook, reconsiderar este asunto y por lo tanto le envié una carta el 17 de octubre de 2004. La carta fue circulada a muchos departamentos en el OMS y finalmente recibí la contestación siguiente, yo estoy presentando solamente los titulares:

- "la oferta del proyecto fue leída con interés y deseamos al grupo de trabajo todo éxito en su realización."
- "si el proyecto consigue concretarse, el investigador puede estar interesado en enterarse, si no ya, de una del instrumento de calidad de la prueba en práctica de los aspectos de la vida relacionados con la espiritualidad, religiosidad y creencia personal.
- Los weblinks relevantes son:
 - http://www.OMS.int/mental_health/resources/evidence_research/en/
 - a. OMSQOL-SRPB manual de usuarios del que anota y que cifra para el instrumento OMSQOL [pdf 92kb]
 - "espiritualidad, Religiousness y creencia personal"
http://www.OMS.int/mental_health/media/en/622.pdf
http://www.OMS.int/mental_health/evidence/OMSqol_srbp_users_manual_rev_2005.pdf
 - b. OMSQOL-SRPB Field-Test Instrument OMSQOL [pdf 92kb]
"Spirituality, Religiousness and personal Beliefs"
http://www.OMS.int/mental_health/media/en/622.pdf
- "Considerando la necesidad urgente de orientar una variedad de otros desafíos acuciantes a la salud humana, no se espera que en el futuro inmediato se establezca un comité para considerar la dimensión espiritual en salud."
- "Sugerimos que usted pueda entrar en contacto con la fundación John Templeton, que entendemos está interesada en espiritualidad y salud, y puede ser que por lo tanto estén interesados en el proyecto
- "También estaríamos interesados en mantenernos informados de cualquier progreso que usted haga en esta área."

En conclusión, para proseguir el tema de espiritualidad y salud, necesitaríamos:

- a) discutir este tema entre los Estados miembros de la OMS interesados
- b) convocar una reunión de los Estados miembros después de entrar en contacto con ellos y contar con el aumento de buena voluntad de los fondos necesarios para convocar tal reunión.
- c). Personalmente, tengo una creencia fuerte: fe y esperanza. Nuestros genes y DNA pueden predisponer seres humanos hacia fes religiosas y algunos individuos están interesados hacia la meditación y el yoga. La nueva Comisión de la OMS en Determinantes Sociales de la Salud debe también considerar este tema. Correspondencia: Amigacho Dr, Pal Tel/Fax +41 22 755 11 52

Religión, espiritualidad y salud

Astrid Stuckelberger, PhD. programa de la salud pública, Facultad de Medicina, de la Universidad de Ginebra

Una perspectiva científica sin religión es pobre, igualmente la religión sin ciencia es ciega.
Albert Einstein, Science, Philosophy y Religion (1941)

Los que digan que la religión no tiene nada hacer con política no saben qué es la religión.
Mohandas K. Gandhi

El vínculo científico entre la religión, la espiritualidad y la salud ha sido a menudo demasiado olvidado, o evitado por razones políticas irracionales, emocionales. Es hora de que la comunidad científica pueda integrar los factores religiosos y espirituales, que han orientado el comportamiento humano por siglos, en salud y ciencias humanas. Es tiempo que la comunidad internacional y todos nosotros comencemos a tratar este tema. Es hora de restaurar de manera principal esta dimensión en el desarrollo y la salud y en la agenda de las Naciones Unidas como derecho fundamental, pero más como un elemento central de los valores de la gente y de su vida. La religión, la espiritualidad y la salud tienen en común el hecho de que son preocupación universal, están en el centro de la vida y de la muerte humanas y han marcado todas las civilizaciones a través de la historia de la humanidad. A pesar de su preocupación común enclavada en el sufrimiento del ser humano y el comportamiento humano, ligando espiritualidad, la religión y la salud, el tema de la investigación científica confiable es muy reciente. La publicación de datos y de resultados confiables ha provocado una "inquietud intelectual" en las mentes de los científicos que realizaban las discusiones más apasionadas. Gracias a los avances de las herramientas de investigación y de las técnicas se han demostrado los efectos de la práctica de la religión y de la espiritualidad desde el nivel celular a las funciones del cerebro, específicamente en cuanto a las mejoras generales de la salud. Hoy, más que siempre, la religión y la espiritualidad están en la mesa académica y están preguntando los límites de la base-evidencia en la medicina. El objetivo de esta contribución es delinear algunos resultados y ediciones que emergen en las reflexiones sobre el tema para los progresos futuros en la ciencia y en la política. Primero miraremos la evolución de las definiciones y de los conceptos, en segundo lugar, revisaremos los resultados y desafíos relevantes y finalmente daremos algunas recomendaciones y mensajes.

Definición(es) de Salud

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la salud fue suscrita por los Estados miembros en el preámbulo de la constitución de la OMS en 1947. El OMS proporciona la única definición reconocida mundial de la salud, que no se ha cambiado desde entonces: la "salud es un estado de físico completo, mental y el bienestar social y no simplemente la ausencia de la enfermedad o de debilidad". La definición de la OMS no se ha sometido a revisión hasta hace algunos años: en el final de la década pasada, bajo impulso del Dr. Halfdan Mahler, director general de la OMS en aquella época, el consejo

de dirección sometió una nueva definición de la salud incluyendo la dimensión espiritual de la salud en la manera siguiente "salud es un estado del bienestar físico, mental, social y espiritual completo y no simplemente de la ausencia de enfermedad o debilidad." Esta definición de la salud , modificada a partir de la adoptada por la OMS, fue presentada a la 51ª. Asamblea del Mundo de la Salud en 1998 mientras que se solicitaba una revisión de la constitución de la OMS. Finalmente, esta propuesta todavía no se ha incluido en la agenda [vea el artículo del Dr. Amigacho. Rajinder] aunque, el concepto y las definiciones de la salud incluyen raramente cualquier referencia a la creencia y a los aspectos metafísicos del ser humano, ha sido desafiada por religiones del mundo de muchas maneras. Por ejemplo, mientras que respeta la definición de la OMS de la salud, la Iglesia Católica la ha reformulado agregando la dimensión espiritual así como dar a la salud un propósito para la vida individual en la tierra.

El papa Juan Pablo II dio la definición siguiente de la salud: la "salud es una tensión dinámica hacia armonía física, mental, social, y espiritual, y no solamente la ausencia de la enfermedad, que da al hombre la capacidad de satisfacer la misión que se ha confiado a él, según el estado de la vida en el cual él mismo se encuentra."¹

Otras fes y religiones han encontrado la definición de la OMS incompleta y proponen una definición más comprensiva. La modificación de una definición tiene implicaciones en la manera como una comunidad adopta el cuidado de la persona (cuerpo/mente/espíritu) y de su red formal e informal. La definición de la salud también es desafiada por avances en biotecnología y la ingeniería biomédica, teniendo en cuenta que sería la primera vez en la historia que modifique los parámetros naturales del espectro de la enfermedad/muerte, vida/salud.

Muchas discusiones éticas están ocurriendo en los asuntos que incluyen modificaciones del gene, decisiones de final-de-vida, con respecto a trasplante de órganos, el coma, la muerte de cerebro, o la vida tecnológica inducida. Los parámetros y los límites están cambiando no sólo la realidad de la controversia sino que hasta ahora, todavía no hay posición clara respecto a muchas de esas controversias. Esta situación revela en un lado que la definición fundamentada de la OMS se basó en el paradigma científico del modelo biomédico y por otra parte hace falta el vínculo entre el acercamiento estructural-funcional a la salud y las funciones más altas tales como sentido, religiosidad y espiritualidad. Es decir, las falsedades del espacio entre "deber" en medicina basada en evidencia y "deber" como requisito de valor en la vida humana.

¿Puede la medicina basada en la evidencia integrar el acercamiento a los valores?

¿Los factores religiosos y espirituales tienen un papel legítimo en medicina y salud pública? ¿Pueden ser considerados como factores en el acercamiento al

¹ Juan Pablo II,

modelo de evidencia dominante para la estructuración de la salud y de política? Primero tengamos una mirada sobre qué se requiere de la religión y de la espiritualidad como aspectos integrales para este acercamiento. La medicina basada en evidencia (por su sigla en inglés EBM) fue primero descrita formalmente en 1992 (EBM WG, 1992; Jenicek, 1997; Brownson et al., 1999, 2003)

Algunas definiciones recientes han incluido un acercamiento a la medicina basada en valores: "EBM es la integración de la mejor evidencia de la investigación con maestría clínica y los valores de los pacientes" (Sackett et al., 2000). EBM se considera hoy como "revolución" en la salud por dos razones principales: primero, fijando un estándar de oro basado en recopilar y sintetizar la información más confiable para las mejores decisiones posibles con respecto a la prevención, a la diagnosis, al pronóstico y al tratamiento; en segundo lugar cada vez más influenciando la construcción de políticas en salud que actualmente está definiendo un modelo basado en la evidencia para la salud pública (por su sigla en inglés: EBPH) como otro estándar. Sin embargo, este acercamiento sistemático y estructurado se ha criticado para no enfatizar los valores del paciente, perspectivas, y las opciones, así como no poder explicar las variaciones socio-culturales y biológicas individuales (Kohatsu, Robertson y Torner, 2004).

Los críticos también demandan que las pautas de EBM devalúen el juicio y fallas clínicas para incluir preferencias y valores de los pacientes en la ecuación que conduce a las decisiones de gerencia clínica (Sackett et al., 1996). Una visión de conjunto sobre salud y desarrollo humano ha subrayado en una parte la necesidad de abarcar un acercamiento a la medicina "basada en valores" y por otra parte de tomar un acercamiento más amplio a la salud pública. Kohatsu et al. (2004); propusieron incluir una perspectiva más fuerte de la comunidad en definir la salud pública Basada en Evidencia (EBPH) como "el proceso de integrar intervenciones basadas en la ciencia con preferencias de la comunidad para mejorar la salud de la población". Comparado las definiciones anteriores de EBPH (véase la tabla 1 - Jenicek, 1997; Brownson et al, 1999, 2003), Kohatsu toma más "centralidad en la gente" la perspectiva en la cual los puntos de la visión de la población afectada están en la vanguardia de la toma de decisión con respecto a intervenciones de la salud pública (Kohatsu et al., 2004). En este contexto, los valores de la comunidad y el sistema de creencia incorporado a la religión o a la espiritualidad se deben integrar completamente en medicina y salud pública. En la misma línea, el Dr. Beaglehole, Director de Evidencia e Información para el cluster de la política en el OMS, y sus colegas sugirieron recientemente una definición corta y sucinta de la salud pública que es amplia en alcance y de amplia cobertura: "La salud pública es una acción colectiva para la mejora sostenida de la salud de la población en el rango más amplio". Beaglehole et al. (2004)

Beaglehole et al. reconocen la necesidad de colaborar a través de todos los sectores que afectan la salud en compañía con las poblaciones servidas para tratar lo mejor posible sus necesidades, directa o indirectamente: en la Conferencia a los doctores de las federaciones internacionales de los trabajadores católicos del cuidado médico (febrero) en la Ciudad del Vaticano por parte del arzobispo Lozano, presidente del Consejo Pontificio para la ayuda pastoral a los trabajadores del cuidado médico de la salud, ha dicho se puede medir fácilmente, por ejemplo el colesterol o la presión arterial, mejor que las aplicaciones mucho más complejas las fuerzas sociales más amplias que también afectan salud, directa o indirectamente "(2004:2085). Otros expertos de la OMS reconocieron el imperativo de incluir el aspecto mental y social de la salud en estrategias tempranas de la intervención durante y después de que las emergencias agudas para tratar problemas mentales tales como desórdenes post-traumáticos de estrés durante y después de los desastres naturales, de las guerras, de la violencia y de los conflictos (van Ommeren, Saxena y Saraceno, 2005).

Tabla 1 - Tres Definiciones de Salud Pública Basada En Evidencia (EBPH):

Definición 1 JENICEK (1997) EBPH es el uso concienzudo, explícito, y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado de comunidades y de poblaciones en el campo de la protección sanitaria, de la prevención de la enfermedad, del mantenimiento y de la mejora de la salud (promoción de la salud).

Definición 2 - BROWNSON et al. (1999, 2003) EBPH es el desarrollo, la puesta en práctica, y la evaluación de programas y de políticas eficaces en salud pública con el uso de principios del razonamiento científico, incluyendo aplicaciones sistemáticas de los sistemas de datos y de información y se apropia del uso de los modelos del planeamiento del programa.

Definición 3 - KOHATSU (2004) EBPH es el proceso de integrar intervenciones basadas en la ciencia con preferencias de la comunidad para mejorar la salud de las poblaciones.

Muchos autores han subrayado el desafío para integrar valores de la comunidad y cultivar "la objetividad y la racionalidad que es parte de la retórica de la medicina basada en evidencia que tiende a obscurecer el hecho de que los valores desempeñan un papel importante en las conclusiones de la medicina basada en evidencia." (Hope, 1995: 260). Trayendo evidencia causa-efecto entre la salud y valores de la comunidad, relaciona su sistema de creencias, si es religioso, espiritual o no. Este acercamiento requeriría sin embargo que los valores que una comunidad atribuye a lo religioso y a las dimensiones espirituales de las prácticas de la salud y la creencia, estén determinadas científicamente como factores potenciales de riesgo positivo y negativo para la salud y la calidad de la vida. ¿La pregunta es ¿qué tenemos hoy en el cuerpo de

investigación y la evidencia en cuanto al vínculo entre religión/espiritualidad y la salud y cuáles son los desafíos futuros en este campo de investigación?

¿Cómo la evidencia científica tiende un puente entre espiritualidad, la religión y la salud?

Durante un siglo, los científicos sociales han discutido si la ciencia y la religión son necesariamente antagónicas y si los modelos para el futuro tendrían sentido: religión sin ciencia, religión con ciencia, ciencia sin religión o ciencia con la religión. La discusión científica sobre la relación de religión/espiritualidad-salud ha aumentado desde la década pasada. El interés en este asunto ha polarizado a investigadores en muchos aspectos que mostraban resultados e interpretaciones pero también críticas contradictorias en las líneas metodológicas inducidas por los escépticos contra los convencidos. La gente ha utilizado en sus preocupaciones de la salud las técnicas religiosas o espirituales para propios y extraños por millares de años. Esas técnicas son muchas y diversas: la oración, el cantar, el yoga, la meditación, el reiki, el tai chi, etc. así como los rituales del cuerpo tales como sacudirse rezando, los objetos sagrados que dan vuelta como el rosario y otros rituales. Esas técnicas también representan un espectro repetidor, "aclarando la mente" para sacar mediante la relajación una supuesta respuesta. La investigación científica cuidadosa de prácticas religiosas y espirituales apareció solo recientemente. Sus efectos sobre salud son apoyados por un cuerpo cada vez mayor de la investigación fundamental y clínica pero también últimamente por estudios de la comunidad. Los estudios fundamentales y clínicos tienen como objetivo una mejor comprensión de los mecanismos subyacentes del trabajo en los niveles genéticos, moleculares, y celulares que miran marcadores y medidas en el cuerpo y el drenaje sobre un arsenal de herramientas de alta tecnología y de técnicas, tales como proyección de imagen del cerebro o la respuesta del sistema inmune. En el nivel de la población-comunidad, las metas se extienden a mejorar la calidad de la vida, a mirar el impacto de estas prácticas y en condiciones crónicas serias de la salud, a asistir a la gente al final de la vida. Los resultados destacan el patrón positivo o negativo del comportamiento de la salud apoyado por la creencia religiosa y espiritual. Con sus dogmas, las religiones proporcionan un sistema de códigos de conducta, incluyendo una clase de política del comportamiento de la salud del que hipotéticamente puede beneficiar u obstaculizar el desarrollo de la salud de la población. Por ejemplo, la práctica de la higiene de la mano y su recomendación en la Iglesia Ortodoxa tienen un impacto decisivo en el comportamiento de la salud de poblaciones de la fe ortodoxa (Vachicouras, 2005). Igual se pueden decir con la comunidad Jaïn en la India y muchas otras.

Como el financiamiento para la investigación es la base para ampliar nuestro conocimiento en el área, la colección de datos y el número de estudios dependen en gran parte del gobierno y de la política de investigación. Por ejemplo, desde el año 2000 en los Estados Unidos, las instituciones de investigación prominentes incluyendo el funcionamiento médico del instituto de

Mente/Cuerpo, del Dr. Benson profesor asociado médico de la Escuela de Harvard, así como Duke University y la Universidad de Washington, han hecho estudios numerosos en el campo. Mente-cuerpo medicina² es también una prioridad de la investigación del Centro nacional para la medicina complementaria y alternativa (NCCAM) dentro del Instituto nacional de la salud de Estados Unidos. Con un arsenal grande de investigación, este centro intenta descubrir los medios para realzar y acelerar el proceso curativo más allá de los efectos de la medicina convencional; previniendo, tratando, y retardando la progresión de enfermedades y desórdenes; reducción de la carga de enfermedades crónicas relacionadas con el estrés; y realzando la resistencia de la gente y haciendo frente para mejorar salud pública y el bienestar. Según lo observado por el Dr. Straus de NCCAM: "el cuerpo cada vez mayor de la evidencia fisiológica sobre esto está ayudando a romper una creencia cultural desde hace mucho tiempo en el oeste que la mente y el cuerpo son separados, de hecho, el potencial existe para que las prácticas seguras y eficaces de mente-cuerpo se agreguen al repertorio de la medicina convencional. NCCAM está trabajando para hacer estudios en este campo importante. En años recientes, los estudios encontraron la evidencia de hechos que los pacientes crónicos e incluso con enfermedades terminales -particularmente condiciones como enfermedad cardíaca y cáncer- pueden aprender y utilizar una variedad de prácticas mente-cuerpo de alcanzar la relevación del síntoma, una calidad de la vida mejor, y, en algunos casos, mejoras en los resultados de la salud (NIH, 2005).

Con una revisión sistemática de más de 1.200 estudios en la relación religión-salud, Koenig et al. (1999, 2001) han demostrado que la gran mayoría de estos estudios muestran una relación entre la mayor implicación religiosa y una salud mental mejor, una salud física mejor o más bajo uso de los servicios médicos. Muchos estudios no son perfectos debido a la dificultad del asunto; sin embargo solamente pocos estudios no encuentran ninguna relación e incluso pocos estudios demuestran la relación negativa significativa entre la religión y la salud. También reveló que cuando la gente cae físicamente enferma ella confía sólidamente en su sentido del significado y del propósito en la vida. De los datos recopilados, la implicación religiosa parece permitir al enfermo, particularmente esos con seria enfermedad médica que inhabilita, hacer frente mejor y experimentar crecimiento psicológico a partir de sus experiencias negativas de la salud, más que ser derrotada o superada por ellas (Koenig, Larson y Larson, 2001). Muchos otros estudios clínicos y de la población son hoy disponibles y no se pueden mencionar aquí. Algunos autores han contradicho esos resultados con una selección de investigaciones para demostrar la 'línea de ningún efecto' (Sloan et al., 1999). Otros estudios en un aspecto específico de prácticas religiosas tales como la revisión sistemática de Cochrane sobre oraciones de intercesión de Ahmed (2000) encontraron resultados pequeños o contradictorios.

² 2 mente-cuerpo implica la interacción de la mente, del cerebro, de otros sistemas del cuerpo, del comportamiento, y, en última instancia, de la salud y de la enfermedad.

http://nccam.nih.gov/news/newsletter/2005_winter/prayer.htm#overview#overview

Otros autores han tratado la importancia de la religión para la salud pública (Chatters, 2000). Después de analizar el aspecto metodológico de Sloan et al. sobre revisión negativa, Koenig et al. (1999, 2001) criticaron los aspectos negativos altamente selectivos y acentuados demasiado de muchos estudios altamente creíbles publicados en algunos de los mejores diarios epidemiológicos, mientras que reduce al mínimo o abandona sus resultados positivos substanciales. Por otra parte la "filosofía" del científico puede tener efectos enormes en su perspectiva en el tema. Por ejemplo, los autores de "Neurotheology", el estudio de la neurobiología de la religión y la espiritualidad, toman una línea dura en centrarse en evidencia biológica. Desde este punto de vista, la experiencia de Dios y la religión es biológica y en su cabeza; la pregunta es encontrar en qué parte del cerebro todo sucede. Esta perspectiva extremista de la máquina-cuerpo-humano considera el estado del 'bienestar físico, mental y social' en su materia reduccionista que legitima la duda sobre cualquier referencia a los factores no tangibles o aun que el cerebro tenga cualquier efecto en la salud. "La cuestión de si nuestro cableado del cerebro crea a Dios o si Dios creó nuestro cableado del cerebro seguirá siendo muy probablemente una pura cuestión de fe" (Newsweek, 2001). De una descripción corta y del análisis de la literatura científica, algunos puntos más se pueden subrayar para nuestra discusión:

El Impacto del Comportamiento Religioso y Espiritual en la Salud, la Mortalidad y la esperanza de Vida

La religión y los grupos espirituales tienen generalmente dentro de su sistema la creencia en un sistema de "reglas o pautas del comportamiento", algunos "mandamientos de vida" por los cuales viven. Algunos de esos preceptos de la vida forman muy claramente los estilos de vida sanos o malsanos (no-violencia, buena nutrición, no beber, etc.), que disminuye el riesgo en un cierto plazo de la morbilidad y la mortalidad y aumenta el capital de la salud para edades más altas. Así, la medida de la esperanza de vida en diversos grupos de fe hipotéticos demostraría una diferencia con los grupos no-religiosos. Hasta ahora, solamente se han tomado pocas medidas sobre datos de la religión en la investigación de la mortalidad (McCullough et al., 1999). Un estudio longitudinal reciente en Israel encontró que las características de su vecindad inmediata, a saber, riqueza de la comunidad y afiliación religiosa, tienen implicaciones valiosas en la salud que deben ser incluidas al determinar riesgos de mortalidad (Jaffe et al., 2005). Otro estudio reveló que la atención religiosa está asociada a mortalidad del adulto de Estados Unidos en una manera calificada: gente que nunca es atendida religiosamente presenta 1.87 veces más de riesgo la muerte en el período subsiguiente comparado con la gente que es atendida más de una vez por semana. Esto se traduce en una diferencia de siete años en esperanza de vida a los 20 años, entre los que nunca son atendidos y los que se atienden más de una vez por semana. La selectividad de la salud es responsable de una porción del efecto religioso de la atención: gente que no asiste a la iglesia o los servicios religiosos son también más probables de ser

malsanos y, por lo tanto, morir. Con todo, la atención religiosa también trabaja con lazos sociales crecientes y factores del comportamiento para disminuir los riesgos de la muerte (Hummer et al., 1999).

Impacto de prácticas religiosas y espirituales en la salud

a. Oración

¿Puede la oración curar la enfermedad? ¿Puede la ciencia probar los efectos de la oración? Estudiar la asociación de causa-efecto entre la oración y los parámetros de la salud se ha convertido en un campo de investigación complejo y polémico del cual emergen los resultados, las interpretaciones e hipótesis contradictorias. El Centro Nacional NIH para la medicina complementaria y alternativa (NCCAM) ha apoyado una serie de investigación para demostrar a) la importancia de la oración en la comunidad, b) la motivación para rogar, c) los efectos del ruego en la salud y de hacer frente, d) el cuidado de la comunidad de salud/enfermedad/muerte relacionado con los grupos religiosos. Algunos de los resultados podrán ser mencionados pronto: ¿El examen más grande y más comprensivo hasta la fecha en el uso de los americanos de la medicina complementaria y alternativa demostró que muchos americanos están utilizando oraciones y otras prácticas espirituales (véase Barnes P.M. et al., 2004). Este examen de más de 31.000 adultos encontró que el 36% había utilizado la medicina complementaria y alternativa (por su sigla en inglés: CAM), cuando la oración no fue incluida en la definición de la CAM; cuando la oración fue incluida en la definición de la CAM, el 62% había utilizado la CAM (todas las figuras se refieren al uso en los 12 meses que preceden). Entre los encuestados: 45 % habían utilizado la oración por razones de la salud. 43 % habían rogado para su propia salud. Casi 25 % había hecho que otros rogaran por ellos. Casi 10 % habían participado en un grupo de oración por su salud. Un estudio reciente del gobierno encontró que el 45% de adultos rogaron específicamente por razones de salud, y sugirió que muchas de ellas son gente pobre con acceso limitado al cuidado. Los autores concluyen que es un imperativo de la salud pública entender si la oración ofrece cualquier ventaja. Catherine Stoney, oficial del programa en la división de NCCAM observó: "hay ya una cierta evidencia preliminar para una conexión entre la oración y las prácticas y los resultados relacionados con la salud. Por ejemplo, hemos visto una cierta evidencia que la afiliación religiosa y las prácticas religiosas están asociadas a salud y a mortalidad -es decir, con una salud mejor y una vida más larga-. Tales conexiones pueden implicar la función inmune, la función cardiovascular, y/o otros cambios fisiológicos." Sin embargo, ella agregó, esto no se prueba fácilmente: "para algunos individuos, las prácticas religiosas son una manera eficaz de hacer frente al estrés, y los efectos de salud beneficiosos pueden venir reduciendo el estrés. Para otros, las prácticas religiosas no pueden dar lugar a la reducción del estrés o asociar a los subsidios por enfermedad. Puede ser desafiante separarse de estos efectos porque la gente tiene diversas ideas con respecto al significado de varias prácticas. Por esta razón, estamos

particularmente interesados en entender el impacto del significado personal, positivo en salud."

b. Meditación

Los avances de la tecnología médica permiten diversas investigaciones de esas técnicas: por ejemplo la neurología y la bioquímica han desarrollado las herramientas de alta tecnología que pueden encontrar cómo esas ventajas trabajan en el nivel microcelular. Cada vez más, los científicos se están centrando en cómo la oración y la meditación pueden ayudar no solamente al cuerpo sino al cerebro (desde el incremento de la depresión hasta combatir el dolor en la gripe). Mientras que algunos de los estudios más llamativos han implicado a monjes expertos en la meditación, más y más se investiga también las demandas de reserva que menos meditación avanzada puede traer científicamente a ventajas demostrables: "mientras que más avanza el tiempo, estamos entendiendo que este fenómeno en términos científicos siempre más avanzados" dijo el Dr. Benson, presidente del Instituto médico de Mente/Cuerpo y profesor asociado médico de la Escuela de Harvard que ha estudiado la respuesta de la relajación del cuerpo por casi 40 años. (IHT, 2005).

En noviembre de 2005, el Herald Internacional Tribune divulgó recientemente, una investigación inédita presentada en la 35ª. Convención 2005 de la Neurología³, elogiando los efectos de la meditación con una conferencia inaugural del Dalaï Lama. Esta convención divulga resultados llamativos:

- Los investigadores generales del Hospital de Massachusetts exploraron los cerebros de 20 personas que meditan regularmente. Esta gente tenía cuatro regiones de la corteza del cerebro asociada a funciones más altas como la toma de la memoria y de decisión, que era más gruesa que en 15 sujetos que no meditan. Además, los investigadores encontraron muestras de que un área de la corteza parecía haber envejecido menos rápidamente que en el caso de los no meditantes. Igualmente, hubo gente que alcanzó profundos estados de relajación exhalando más óxido nítrico, un gas conocido por su influjo en la relajación de los músculos lisos en arterias, y por ayudar al flujo sanguíneo.
- La Universidad de Kentucky encontró que la meditación podría compensar el letargo de la privación del sueño mejor que una siesta, uniformemente para el principiante meditante.
- Los monjes budistas han demostrado que la meditación puede darles energías extraordinarias de la mente según trabajo de Olivia Carretero, de Harvard. Se realizó una prueba sobre concentración de energías en 76 monjes tibetanos a quienes se les mostró diversas imágenes en cada ojo. El giro normal del cerebro para la gente normal es de dos imágenes cada 2.5 segundos, pero el de los monjes fue un promedio cerca de 4

³ Ver <http://web.sfn.org/am2005/>

segundos por ojo y de centrarse en una de las imágenes por 723 segundos. En última instancia, los científicos apuntan a entender no solamente las energías de los monjes sino también las experiencias diarias de un aficionado que comienza a entrenar tarde en su vida: después de seis semanas de entrenamiento su tensión arterial alta baja y tiene más energía. La neurología 2005 ha innovado y ha ampliado sus límites lanzando una nueva serie de conferencias, los "diálogos entre la neurología y sociedad," ofreciendo a líderes de campos fuera de la neurología cuyo trabajo se relaciona con los temas del interés de los neurólogos. El acercamiento basado en la evidencia está limitando con valores más sociales según lo demostrado por este acontecimiento. Muchos otros investigan en el vínculo entre la salud, oración, meditación y otras prácticas realizadas ⁴ (para una revisión ver: Pargament et al.1997; Koenig et al., 2001). Muchos más se hacen o están en curso en diversos países y no alcanzan notoriedad en la comunidad científica. Esos estudios todavía necesitan desarrollar la metodología irreprochable y divulgar el análisis estadístico que se reconocerá y publicará. Las prácticas religiosas y espirituales tienen muchos otros campos de estudio potenciales todavía no investigados por ejemplo en las situaciones post-traumáticas para el cuidado mental y social en la comunidad (van Ommeren, Saxena y Saraceno, 2005). Las prácticas religiosas y espirituales son también relacionadas con otros comportamientos de la salud para incluir en el futuro tal como las prácticas de la higiene de las manos o de los pies que se lavan, y muchos otros (Vachicouras, 2005). Los estudios también ganarían visibilidad y credibilidad si demuestran cómo los factores religiosos y espirituales importantes están para la comunidad y poder traducir entonces los resultados a estructuras de salud pública y de política según lo mencionado por Beaglehole et al. (2004).

Las reflexiones que concluyen y recomendaciones

La medicina basada en la evidencia y la salud pública basada en la evidencia (EBPH) reproducirán una intervención solamente si el resultado previsto se alcanza dentro de una comunidad (mortalidad reducida, calidad de la vida mejorada, predominio disminuido del factor de riesgo o adopción creciente de una forma de vida sana). De la descripción antedicha, aparece claramente que todos los componentes están hoy presentes para suscribir la oferta de modificar la definición de la salud de la OMS mencionada al principio de este escrito:

- para reconocer que las prácticas religiosas y espirituales cupieron en la definición de la salud pública dada por Beaglehole et al., 2004: son parte "de una acción colectiva para mejorar sosteniblemente la salud de la población"; así como la definición de Kohatsu (2004) que reflejan esas prácticas una preferencia de la comunidad elegida por muchos para su propia salud mental, física, social y espiritual.

⁴ Ver http://www.cognitiveliberty.org/neuro/Dalai_lama_brain.html

- para reconocer prácticas religiosas y espirituales como inherentes al comportamiento individual y colectivo de la salud e incluirlas como determinantes de la salud;

- porque la oración y otras prácticas religiosas y espirituales en diversas partes del mundo son tan comunes en respuesta a la enfermedad, los investigadores y los expertos de la salud tienen una responsabilidad de investigarla. Las recomendaciones para tratar el tema de la religión, de la espiritualidad y de la salud se pueden trazar del análisis antedicho.

- **Conflicto de intereses**

Necesita ser clarificado y trazar una línea objetiva neutral entre científicos. Hope (1995) demostró que las preguntas tratadas y las conclusiones de revisiones sistemáticas son afectadas por los propios valores del revisor. Los criterios de la objetividad y el marco ético se deben poner de presente para salvaguardar una actitud neutral en ambos finales del extremismo científico (del ultraconvencido contra el ultraescéptico). Si la medicina basada en evidencia puede beneficiarse desde la crítica ética así también puede la ética beneficiarse de los valores de la medicina basada en evidencia (Hope, 1995).

- **Relación Doctor-paciente**

La necesidad de ser respetado: mucha gente encuentra comodidad en la frente de la crisis de la enfermedad y de la vida, en actividades religiosas o espirituales. Al tiempo que ninguna objeción ética podría ser hecha cuando el doctor y los pacientes discuten asuntos médicos en el contexto de una tradición compartida de la fe, las pautas para el comportamiento ético apropiado y actitud de cara a diversas fes, es necesario respetar el sistema de creencia de cada persona.

- **Derecho al cuidado religioso y espiritual** durante estancia en el hospital, en cuidados de enfermedad terminal y finales de la vida: si **respétese como derecho humano** (véase el declaración universal de los derechos humanos, del artículo 18 - el principio de este escrito). El equipo de la salud tiene el deber de tratar las necesidades más profundas de la salud de una persona y de asegurar la calidad del cuidado y de la vida. Al respecto de las prácticas religiosas que rodean la muerte, no se hace caso demasiado a menudo, y los equipos del cuidado médico son desamparados delante de ciertos rituales - un nuevo campo de especialización necesita ser desarrollado. Si el cuidado de la etapa fin-de-vida y los rituales de moribundo/muerte no se respetan y no se hacen dentro de los valores de religiosidad/espiritualidad del individuo y de la comunidad, las cicatrices pueden continuar para las generaciones que vengan. (Stuckelberger, 2002). Por lo tanto, los derechos humanos para personas más viejas se deben tratar seriamente en la agenda de la ONU - solamente muy pocos comentarios y derechos específicos se han suscrito

dentro de la comisión de los derechos humanos (Stuckelberger, 1999, 2005).

- **Límites Fin-de-Vida:** Los avances en tecnología médica tienen que conducir a la pregunta sobre los límites de la vida y de la muerte. La religión está demandando los límites y el respeto éticos de la muerte natural. La respiración inducida tecnológicamente, el coma, pueden facilitar a los equipos médicos a mantener un ser humano artificialmente vivo. Los líderes religiosos y espirituales disputan los límites de esta práctica en definir muerte no sólo como orgánica, sino funcional y de carencia de sentido. Por ejemplo, bajo códigos legales judíos establecidos, se prohíbe hacer cualquier cosa para acelerar la muerte. Pero otras enseñanzas dicen que es permitido quitar un "impedimento" que está deteniendo el fin natural de la vida, tal como un tubo de alimentación o un respirador. Puesto que se han presentado los comités de Harvard en nebrilla y la tentativa altamente acertada de redefinir muerte en 1968 (el comité hoc del anuncio de Harvard, 1968), las controversias han sido múltiples pero no se ha reconocido ninguna definición clara todavía. La mayoría de las naciones europeas, Canadá, Australia, y las naciones centrales y suramericanas definen muerte como la pérdida de toda la función independiente del pulmón y del corazón o la pérdida permanente e irreversible de la función del cerebro.
- El plan de estudios de **enseñanza médica en el campo de religión/espiritualidad** está aumentando en Estados Unidos y en el mundo. La importancia de este tema se reconoce con el hecho que entre 60 a 126 escuelas médicas en los Estados Unidos se ha iniciado el curso sobre religión/espiritualidad, y están planeando hacer más (Koenig, 1999). Científicos e investigadores se entrenan en adoptar una actitud ética neutral en la construcción de la investigación así como en orientarla e interpretar sus resultados.
- **Recomendaciones Metodológicas**
 - Mortalidad y esperanza de vida: dados los vínculos recientemente observados entre la religión y la longevidad, recomendamos que los investigadores de la mortalidad y de esperanza de vida incluyan medidas más adecuadas de la religión en los estudios futuros.
 - Cuestionarios adecuados e instrumentos de: los instrumentos todavía necesitan ser refinados metodológicamente mucho más. En la OMS se desarrolló un cuestionario sobre la Calidad de vida por el Dr. Saxena; es un primer paso en el ofrecimiento de un instrumento confiable y probado que se aplicará con diversos ajustes (grupo de OMSQOL SRPB, en prensa). La OMS prueba la calidad de la puesta en práctica del instrumento de los aspectos de

la vida relacionados con la espiritualidad, la religiosidad y la creencia personal que se pueden encontrar y utilizar en los weblinks siguientes:

http://www.OMS.int/mental_health/resources/evidence_research/en/

- a. OMSQOL-SRPB Users Manual Scoring and Coding for the OMSQOL SRPB Field-Test Instrument [pdf 216kb]
- b. OMSQOL-SRPB Field-Test Instrument OMSQOL [pdf 92kb]

La "espiritualidad, religiosidad y la creencia personal" que los cuestionarios desarrollados deben ser considerada como principal en toda investigación de la salud la participación de la población, su estilo de vida, cambios del comportamiento que permitirán para crecer el cuerpo de la investigación para aumentar la comprensión de éstos factores encrucijadas-culturales relacionados con la salud, la calidad de la vida y las nociones sobre el fin-de-vida (Saxena, O'Connell y Underwood, 2002). Factores demasiado a menudo pasados por alto, espirituales y religiosos en envejecer y en las marcas colectivas del edificio de la memoria sanas y los patrones malsanos del comportamiento de las generaciones (Stuckelberger, 2002, en prensa). Las preguntas cuantitativas relacionadas con la fe deben ser canalizadas en cuestionarios, por ejemplo:

Factores Socio-demográficos (es decir ¿a qué religión o movimiento espiritual es usted afiliado? ¿En qué religión usted se ha educado?); del comportamiento (es decir qué práctica religiosa? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Colectivo contra individuo?),

Creencia de la valoración (es decir usted se siente mejor de la salud después de meditar, después de orar, etc.), el hacer frente y arreglárselas con la salud (Stuckelberger, 2000). que define y clasifica parámetros en las diversas prácticas religiosas y espirituales.

Nueva necesidad de factores como ser convertido y de ser conceptuado más a fondo sobre los valores de base de la comunidad o de culturas específicas: amor⁵, perdón, justicia, el curativo, reconocimiento, reconciliación, concepto de la muerte, elementos naturales, etc.

Definición y desarrollo de los criterios para cada práctica religiosa o espiritual: por ejemplo, las oraciones varían en su propósito y contenido: algunas dan alabanza, otras solicitan fuerza, muchas se orientan solamente a que la voluntad de Dios esté hecha. Esto demuestra que detrás de la medida de la práctica (frecuencia, duración, lugar de la adoración) otros aspectos tendrán que ser definidos mejor con respecto a componentes psicológicos más profundos tales como intención, intensidad de la convicción, creencia. Por otra parte, nadie sabe qué constituye una "dosis" y la "concentración de esta dosis": algunos estudios han probado algunas oraciones al día por los curadores individuales, mientras que otros han hecho que oren juntos en las congregaciones. Además, diversas religiones y los grupos espirituales pueden estar conformes a la

⁵ See for example text on Love and just behaviour, Pope Benedict XVI first Encyclical (25.1.2006) http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20051225_deus-caritas-est_en.html

investigación y deben ser distinguidos y comparados: mientras que algunos estudios han implicado a cristianos evangélicos, los mormones o los musulmanes, otros han contratado a rabinos, budistas, los hindú y los nuevos curadores de la Nueva Era, o algunas combinaciones. La clasificación de parámetros según religiones y sus prácticas es imprescindible probar.

- Conceptos del fondo de que están careciendo. Poniendo la hipótesis supone un marco conceptual: los mecanismos explicativos subyacentes el vínculo causa-efecto entre la oración y la salud que no está todavía claro entre investigadores. Algo es el "neuroteólogo" para quién están todos en la biología del cerebro al tipo de "auto-activación celular", algunos piensan que los efectos de las oraciones - si existen - tienden más a realizarse con "energías sutiles", "mente para importar de la comunicación" o de "dimensiones adicionales del espacio-tiempo", algunos sugieren que la oración desempeña el papel de un placebo para los creyentes que saben para qué están rogando. Mientras que se emocionan algunos científicos para demostrar su propia creencia y fe o para probar el hecho de la no-existencia de efectos, ultrajan a algunos otros autores de que los científicos desean tocar la religión: degradan la religión, y promueven una teología infantil que el dios está fuera allí listo para desafiar milagrosamente los leyes de la naturaleza en respuesta a una oración.⁶
- **Financiamiento:** Cualquier persona que desea proceder a una revisión científica cuidadosa del tema será hecha frente automáticamente con el hecho de que la mayoría de repases de los diarios y los artículos científicos reconocidos son anglosajones. Los gobiernos que financian la investigación sobre la dimensión religiosa y espiritual en salud deben hacer frente a veces a la resistencia de científicos. Por ejemplo, en la oración de intercesión, en Estados Unidos, la investigación comenzó a mediados de los 1990's. Los críticos expresan como un ultraje el que el gobierno federal de los E.E.U.U. haya financiado el excedente \$2.3 millones los cuatro años anteriores para investigación de la oración gastando así el dinero del contribuyente para estudiar algo que, dicen, no tiene nada que ver con ciencia (Times de Nueva York, 2004). El desarrollo occidentalizado de la ciencia ha creado naturalmente una selección de investigadores y de temas. Por lo tanto los datos actuales presentan cierta dirección, el efecto de una región específica con práctica religiosa o espiritual específica. Más tendrán que ser hechas en el futuro para animar y para abarcar las diversas prácticas religiosas y espirituales en la investigación sobre salud. Aunque la literatura indica que la religión está asociada generalmente a comportamientos de la salud, al estado de salud, y a la longevidad, es necesaria la investigación adicional sobre los detalles de esta relación. Por otra parte las organizaciones basadas

⁶ Rev. Raymond J. Lawrence Jr, director of pastoral care at New York Presbyterian Hospital, Columbia University Medical Center quoted in Carey Benedict "Can prayers heal? Critics say studies go past science's reach" New York Times, 10 October 2004.

en la fe están contribuyendo substantivamente a la salud de poblaciones y están comenzando a ser reconocidas por las agencias de Naciones Unidas y los programas especializados tales como el informe reciente de UNFPA "Asuntos Culturales" (2004). Se puede hacer más para mejorar la coherencia consolidando la evidencia de vincular salud y desarrollo a la religión y a la espiritualidad, en sus aspectos positivos y negativos. Mejorará todos los aspectos de la salud, calidad de la vida, de la esperanza de vida y de la reducción de la pobreza. Sin salud, un país no puede crecer... El impacto verdadero no se puede alcanzar sin un esfuerzo renovado por los gobiernos nacionales - nuestros cuerpos que gobiernan - de hacer frente a las opiniones que he planteado hoy: abordando salud y otras inconsistencias de la política, consiguiendo el derecho de la investigación y de la religión, y reunir la religión, la espiritualidad, el desarrollo y la salud de nuevas y productivas maneras. Los muchos de trabajo mienten en la mesa para traer más comprensión y respeto dentro de la mente científica y además más ciencia y objetividad dentro de la realidad religiosa y espiritual para construir necesidades públicas sostenidas y coherentes de la comunidad el dar la prioridad de la política sanitaria de una dimensión más alta y el significar a la salud y a la vida humana.⁷ vea por ejemplo el texto sobre el amor y el comportamiento justo, papa Benedicto XVI Primera Encíclica (25.1.2006)

Rev. Raymond J. Lorenzo Jr.

Director de cuidado pastoral en el Hospital Presbiteriano de Nueva York, Centro Médico de la Universidad de Columbia citado en Carey Benedict: "¿Pueden las oraciones curar? Los críticos dicen que los estudios van más allá del alcance de la ciencia", Nueva York Times, 10 de octubre de 2004.

Referencias

- Bainbridge WS (2004) , Religion and Science Futures, Vol 36 (9)
- Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. CDC Advance Data Report #343. 2004. Accessed at nccam.nih.gov/news/report.pdf on January 17, 2005.
- Beaglehole R., Bonita R., Horton R., Adams O. and McKee M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action, *The Lancet*, Vol. 363: 2084-2086.
- Benedict Carey (10 October 2004). Can prayers heal? Critics say studies go past science's reach, *The New York Times*: New York. www.nytimes.com
- Brownson RC, Baker EA, Leet TI, Gillespie KN (2003). Evidence-based public health. New York: Oxford University Press.
- Brownson RC, Gurney JG, Land GH. (1999). Evidence-based decision making to public health, *Journal of Public Health Manag. Practice*, 6:86-97.

⁷ http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20051225_deus-caritas-est_en.html

Chatters L. M. (2000). Religion and health: public health research and practice, Annual Review of Public Health, 21:335-67.

Comments by Shields Wright Karen (2004). The Association for Catholic Chiropractors, USA has adopted the definition of health of Pope John Paul II.

Committee on Assuring the health of the Public in the 21st Century. (2002). The future of the public's health in the 21st century. Washington DC: National Academy Press.

Herald Tribune International (24 November 2005). Techniques to manage the mind: New looks at the types, and effects, of meditation, Health and Science, p. 12. New York

Hope T. (1995). Evidence based medicine and ethics (Editorial), Journal of medical ethics, 21: 259-260.

http://www.mbmi.org/about/articles/press/healing_prayers.pdf

Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. Demography, 36(2): 273-85.

Jaffe DH., Eisenbach Z., Neumark Y.D. and Manor O. (2005). Does living in a religiously affiliated neighbourhood lower mortality? Annals of Epidemiology, Vol. 15 (10): 804-810.

Koenig HG, Larson DB and Larson SS (2001). Religion and coping with serious medical illness, The Annals of Pharmacotherapy, Vol. 35(3): 352-359.

Kohatsu ND, Robinson JG. and Torner JC. (2004). Evidence-based public health: an evolving concept, American Journal of Preventive Medicine, 27(5): 417-421.

McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet. 2003;361(9369):1603-1607.

McCullough ME , Larson DB, Koenig HG , Lerner R (1999). The mismeasurement of religion in mortality research, Vol. 4(2): 183 – 194.

National Center for Complementary and Alternative Medicine. Mind-Body Medicine: An Overview. National Center for Complementary and Alternative Medicine Web site. Accessed at nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm on December 2, 2004.

National Institute of Health (2005). Prayer and Spirituality in Health: Ancient Practices, Modern Science, CAM at the NIH, Vol. 12(1)

http://nccam.nih.gov/news/newsletter/2005_winter/prayer.htm#overview#overview

New York Times (10 October 2004) Can Prayers Heal? Critics Say Studies Go Past Science's Reach? by Benedict CAREY

Newsweek (10 November 2003). God & Health: Is Religion Good Medicine? Why Science Is Starting to Believe. Claudia Kalb,

"Faith and Healing."

Newsweek (7 May 2001). Religion and the Brain by Sharon Begley.

Pargament K.I. (1997). The psychology of religion and coping: theory, research, practice. The Guilford Press: New York.

Roberts L., Ahmed I. and Hall S. (2000). Intercessory prayer for the alleviation of ill health. The Cochrane Database of

Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD000368. DOI: 10.1002/14651858. CD000368.

Sackett DL, Rosenberg MC, Gray JAM, Jaynes RB, Richardson WS. (1996).

Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 312: 71-72.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (2000).

Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone.

Saxena S., O'Connell, K. and Underwood L. (2002). Cross-cultural aspects of quality of life assessment at the end of life, The

Gerontologist, 42: 81-85.

Stuckelberger A. (2000). Vieillesse et santé subjective: Déterminants et mécanismes différentiels hommes femmes à

partir d'une étude transversale de la population genevoise. Rapport de thèse de doctorat no 286, Université de Genève,

Faculté de Psychologie : Genève.

Stuckelberger A. (2002). Population Ageing & World Peace. Empowering Future Generations. Older Persons Role and

Responsibility. Journal of Psycho-Social Intervention, Special Issue for the United Nations World Assembly on Ageing in

Madrid (pp. 29-75). Madrid, Spain.

Stuckelberger Astrid (2005). Statement on Ageing and the Rights of Older Persons. 61st Session of the Commission on

Human Rights, United Nations, Geneva, 13 April 2005 – supported by 20 NGOs. Statement on the web:

http://www.ngocongo.org/ngosubs/CtteeAgeingStatement_HRC05_item14d.pdf

UNFPA (2004). Culture Matters, Working with communities and faith based organizations: case studies from country

programmes. United Nations Population Fund, New York.

Vachicouras G. (2005). Hand Hygiene in Health Care Settings: an Orthodox Christian Perspective. Institute of Postgraduate

Studies in Orthodox Theology, Chambésy, Geneva (unpublished Paper)

Van Ommeren M., Saxena Sh. And Saraceno B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies:

emerging consensus? Bulletin of the World Health Organization, 83(1).

WHOQOL SRPB Group (in press). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of

quality of life, Social Science and Medicine.

Correspondencia: Dr Astrid Stuckelberger, tel. +41 76 391 36 21, e-mail:

astrid.stuckelberger@imsp.unige.ch

Espiritualidad y salud el ejemplo de la ciencia Yogic de la respiración

Fahri Saatcioglu, Ph.D. University Oslo, Departamento de Biociencias Moleculares

La "salud es un estado del bienestar físico, mental y social completo y no simplemente de una ausencia de la enfermedad o de debilidad." Organización Mundial de la Salud.

"Los grandes errores que los médicos hacen consisten en estar procurando curar el cuerpo sin curar la mente. La mente y el cuerpo son uno." Hipócrates, el padre del juramento hipocrático de la medicina moderna, 400 A.C..

"Hay dos clases de enfermedad: corporal y mental. Cada una surge de la otra, y ni una ni otra puede existir sin la otra. Así los desórdenes mentales surgen de los físicos, y los desórdenes físicos surgen de los mentales." Introducción épica India antigua de Mahabarata,

Es un placer estar implicado en esta discusión muy oportuna. Según lo observado arriba, la descripción de la salud por la Organización Mundial de la Salud es muy comprensiva, y apunta a incluir a todas las capas del individuo. La influencia de estos diversos aspectos de su ser a que daba lugar, salud o enfermedad se ha reconocido por milenios. Sin embargo, este reconocimiento, y la descripción misma de salud de las Naciones Unidas, todavía no ha encontrado su lugar firmemente en nuestros sistemas de salud hoy. Creo que además de los milenios excesivos de la experiencia personal sólida por diversas culturas, ahora hay bastante evidencia científica que documenta la interacción del cuerpo y de la mente y las prácticas del papel espiritual/religioso que juegan en esta interacción. Por lo tanto, estoy sinceramente esperanzado de que esta discusión de esta mesa redonda será el principio de una exploración de este campo para el uso directo en sistemas del cuidado de la salud al lado de los responsables de política alrededor del mundo. La tesis principal de mi presentación es que hoy hay un vínculo íntimo en esa fisiología, mente/emociones, la estructura social de la ayuda, y la experiencia de espiritualidad/religiosidad. La convergencia de estos estados es la tensión y su importancia. La espiritualidad o la experiencia religiosa es tensión muy eficaz de la lucha interna y de tal modo directamente afecta la salud del individuo y por lo tanto la salud de la sociedad. Utilizaré la ciencia Yogic de la respiración como ejemplo para proporcionar la ayuda detallada para esta discusión.

Psiconeuroinmunología, conexión cercana entre la mente y el cuerpo se ha reconocido desde las épocas antiguas y ha influenciado los artes curativos tradicionales de culturas alrededor del mundo por milenios. El reconocimiento científico moderno de esta relación comenzó en los 1900s tempranos, con amplias investigaciones que comenzaban en los años 40 sobre los fenómenos psicósomáticos. En las últimas décadas, esta línea de investigación se ha intensificado grandemente. La importancia de interacciones bidireccionales entre los sistemas nervioso, endocrino, y los sistemas inmunes, y la importancia de la interferencia que la enfermedad indica, se ha reconocido y se documentó más extensamente que nunca antes. Esto ha dado a luz a un nuevo campo científico

llamado Psiconeuroinmunología (PNI) (para las revisiones, ver a Ader, 1996; Kiecolt-Glaser et al., 2002). PNI se basa en los principios antiguos que exploran cómo los pensamientos positivos y negativos, las opiniones y las emociones pueden afectar respuestas corporales, específicamente con respecto al inicio y a la progresión de los estados de la enfermedad. Un cuerpo rápidamente cada vez mayor ahora robusto de investigación liga factores psicológicos y del comportamiento a los parámetros fisiológicos y a la incidencia y a la biología de un amplio espectro de enfermedades, extendiéndose de cáncer a la enfermedad cardíaca coronaria, al asma y a la infección HIV-1 (e.g. la recaudación et al., 1987; Redd et al., 1991; Andersen et al., 1994; Kiecolt-Glaser et al., 2002; Antoni, 2003).

Existe la evidencia de los factores psicológicos de los vínculos en la incidencia y la progresión del cáncer (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1999; Lewis et al., 2002; Thomas et al., 2002). Por ejemplo, un número de estudios documentan una asociación entre el estrés de la vida y una incidencia más alta del cáncer en el pulmón, el pecho y los dos puntos (Horne y Picard, 1979; Courtney et al., 1996).

Semejantemente, estudios numerosos han demostrado que hay un aumento significativo en riesgo de la enfermedad cardiovascular y de la mortalidad en respuesta al estrés creciente (e.g. Schekelle et el al., 1983; Anda et al., 1993). Aun, la misma diagnosis y tratamiento de las condiciones amenazadoras de la vida induce a menudo la tensión aguda y crónica que puede exacerbar más lejos la progresión de la enfermedad (e.g. Van der Pompe et al., 1996; Ben-Eliyahu, 2003). Inundan a los pacientes nuevamente diagnosticados del cáncer a menudo con las emociones abrumadoras (es decir miedo, depresión, ansiedad, y cólera) y los estresores incontrolables (es decir costes médicos crecientes, dificultad financiera, estigmatización social, deterioro de la salud) que pueden reducir funciones inmunes celulares (Herberto y Cohen, 1993). Afortunadamente, la investigación actual también ha demostrado que este efecto puede ser atenuado, y que el funcionamiento psicológico e inmunológico se puede realzar con ciertos programas del comportamiento cognoscitivos de la gerencia del estrés (por su sigla en inglés: CBSM). Las subsidios por enfermedades mentales y físicas de tales intervenciones se pueden mediar por la endocrina específica y/o el sistema inmune cambia (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1992; Fawzy et al., 1993; Andersen et al., 1994). Ejemplificado por esta breve revisión, el estrés tiene un papel importante en la etiología de la mayoría de las enfermedades. ¡Sin embargo, si uno mira el sitio Web de la Organización Mundial de la Salud en donde se enumeran todos los asuntos relacionados con la salud, el estrés no puede ser encontrado! (www.OMS.int/topics/en/). Ésta es una reflexión de los sistemas médicos generales de la práctica y de la salud alrededor del mundo donde el papel del estrés y de su importancia debida no se considera para la promoción de la salud y el aligeramiento de la enfermedad.

¿Cómo relevar la tensión? Hay muchas diversas maneras por las cuales la tensión puede ser administrada, como en la gerencia del tiempo, dieta, ejercicio, terapia del masaje, yoga, meditación, las prácticas religiosas... que quisiera

sugerir que la manera más eficaz de relevar la tensión son las prácticas espirituales y religiosas. Daré algunos ejemplos para apoyar esta perspectiva. En un estudio sobre el rezo del rosario (tradición cristiana) y cantar de los mantras del yoga, fue encontrado que estas prácticas tenían efectos muy beneficiosos en variabilidad cardiovascular, del ritmo del corazón y sensibilidad barorefleja fue resaltado que son predictores de la enfermedad cardiaca cuando se reducen (Bernardi et al., 2001). Fue encontrado que el rezo del rosario y del canto del mantra yoga retardó la respiración abajo casi exactamente a los 6/min y esto fue correlacionado al efecto observado. ¡Así, estas prácticas religioso/espirituales se pueden ver como práctica distinta de la salud! En haber seleccionado al azar, el ensayo controlado, en pacientes con osteoartritis, el dolor, la diabetes, y la gama del dedo del movimiento, fue demostrada su mejoría después de 8 semanas de entrenamiento del yoga (Garfinkel et al., 1994, 1998). Además, fue observada la disminución significativa de la intensidad del dolor en pacientes con síndrome de túnel carpiano. Otro estudio interesante determinó la hospitalización y las visitas del doctor en 2000 personas que antes y después aprendieron una práctica de la meditación (Orme-Johnson, 1987). Fue encontrado que después de aprender la meditación, las visitas al doctor y la hospitalización fueron disminuidas marcadamente; por ejemplo, había menos enfermedad cardiovascular y entre el 73% y el 87% menos problemas de la nariz, de la garganta y del pulmón. Había obviamente una enorme ventaja para la sociedad en todos los niveles.

La ciencia Yogic de la respiración que ahora quisiera centrarme para proporcionar más extensamente, una evidencia más detallada sobre el papel que las prácticas espirituales pueden desempeñar para la promoción de la salud. Las prácticas de respiración Yogic se han utilizado como herramienta para la promoción de la salud por milenios. El exponente principal de la ciencia Yogic en el mundo, sobre estados de la respiración es Sri Sri Ravi Shankar: “la respiración y la mente se ligan como cuerpo y mente. La respiración queda fuera de los desequilibrios en la mente y el cuerpo. Es el secreto de la vida que nos hemos olvidado.” La práctica de respiración en la administración del estrés es enseñada por el arte de la Fundación Viviendo que fundó Sri Sri Ravi Shankar, y se conoce como Sudarshan Kriya (SK). SK es la única práctica de respiración rítmica entendida tradicionalmente para disolver la señal de socorro emocional y para crear la experiencia subjetiva de relajamiento y bienestar. Se enseña durante un curso que dura 4-6 días después del cual los participantes reciben un programa diario minucioso 20-30 minutos para continuar independientemente. Este curso y el régimen casero de la práctica se han divulgado para conducir a las mejoras significativas en bienestar emocional y físico en individuos sin importar edad, sexo, la religión, y el estado socioeconómico, educativo o cultural. Algunos de los estudios de la investigación en SK y las prácticas relacionadas (SK&P) se repasan brevemente abajo.

SK&P y la señal de socorro psicosocial

Según lo repasado arriba, es buena evidencia de que la señal de socorro emocional/psicológica pueda ser un factor significativo en la génesis de la enfermedad. Varios estudios en SK&P lo han demostrado ser muy eficaces en la administración de desórdenes psicológicos. Por ejemplo, en un ensayo clínico abierto de tres meses, con pacientes *dysthymic* (depresión crónica, suave) y moderado presionados, SK&P fue utilizado como el tratamiento único. Produjo efectos significativos del antidepresivo y un índice de la remisión del 68% en el plazo de cuatro semanas (Janakiramaiah et al., 1998). Varios estudios han demostrado que SK&P tiene efectos importantes del antidepresivo (Murty et al., 1998; Janakiramaiah et al., 2000). En un estudio fue determinado que pacientes depresivos con droga-libre recibieron SK&P como tratamiento único y clínico en el tratamiento previo, o entre 1 mes y 3 meses después del tratamiento (Murty et al., 1998); entonces, SK&P fue encontrado uniformemente eficaz contra la depresión, sin importar la severidad de la función biológica según lo indicado por las grabaciones de P300 ERP EEG. El concurrente con la remisión (según lo medido por "Beck Depresión Inventory, Hamilton Self Rating Scale for Depression and Psychiatric Evaluation" fue normalización de P-300 ERP, una medida de la respuesta prevista al tratamiento. En el segundo estudio, un ensayo anticipado, seleccionado al azar, controlado en pacientes melancólicos depresivos, la actividad antidepresiva de SK&P fue comparada con los de un medicamento común, Imipramine, o de una terapia electroconvulsiva (ECT) (Janakiramaiah et al., 2000). La intervención de SK&P dio lugar a una escala de remisión del 67% en cuatro semanas que era comparable a Imipramine, y casi tan eficaz como ECT. Esto sugiere que SK&P sea un alternativa potencial no invasiva del tratamiento a las drogas y a ECT en melancolía.

Semana 1 del gravamen de la cuenta de HRSD 2 3 4 efecto del antidepresivo de ECT (n=15) IMN (n=15) SK&P (n=15)

Cuadro 1 de SK&P. La actividad antidepresiva de SK&P comparado con las de un medicamento común, Imipramine, o de una terapia electroconvulsiva (ECT) (Janakiramaiah et al., 2000).

SK&P y los estudios numerosos de los cambios inmunes han demostrado que la tensión psicológica puede afectar muchos aspectos de la función inmune (e.g. Glaser et al., 1987; 1992; Malarkey et al., 1995). Dada la eficacia de SK&P en relevar la tensión psicológica, conocida arriba, los cambios posibles del sistema inmune fueron determinados en los individuos que practican este programa. En un estudio, los niveles totales de los linfocitos de T y su subconjunto del T-ayudante (implicado en la activación del linfocito de B y la amplificación de la inmunorespuesta) junto con las células de NK fueron comparados entre los controles normales, pacientes del cáncer en la remisión y profesores de SK&P (Das et al., 2002). Mientras que no había diferencia significativa en las poblaciones de la célula de T entre el control y los grupos de SK&P, que exhibieron una célula de T más alta cuenta que los pacientes del cáncer, los profesores de SK&P exhibieron las células de NK perceptiblemente más arriba que circulaban comparadas con el grupo de control y los pacientes del cáncer.

En otro estudio, los niveles de la célula de NK fueron determinados en 16 pacientes de cáncer en la remisión antes y después que aprendieron el SK&P (Devinder et al., 2002). Los datos sugieren que haya un aumento significativo en número de la célula de NK con práctica de SK&P. Estos estudios indican cambios beneficiosos en el sistema inmune en médicos de SK&P.

Cuadro 2. Mejora en la cuenta de la célula de NK en la gente que practica SK&P (AOL) comparado con los temas del control o los pacientes del cáncer (Devinder et al., 2002). Flowcytometry: Las células de NK 0 5 10 15 20 25 30 controlan a pacientes p del cáncer de AOL

Conclusión

La comunicación constante entre el sistema nervioso, el endocrino y los sistemas inmunes y la importancia de esta interferencia en los estados de la enfermedad con la regulación del impacto del estrés en la fisiología está ahora bien documentada. El tiempo está maduro para integrar responsablemente las intervenciones psicosociales y fisiológicas que son proporcionadas por las prácticas de espiritual/religiosa en protocolos médicos actuales, para la prevención de la enfermedad y para el tratamiento de los individuos que sufren de enfermedades serias. Además, creo que estas prácticas se deben incluir como parte integral de política sanitaria del gobierno. Las varias prácticas se pueden considerar a este respecto con las ventajas documentadas por la investigación científica. SK&P proporcionan una estrategia robusta y fácilmente puesta en ejecución que puedan llenar esta necesidad y que apoye protocolos existentes y aparezca ser beneficiosa de una perspectiva fisiológica, psicológica, financiera y humanitaria. Además de las decisiones de política, en el futuro, estudios científicos controlados más grandes, mejores en los intervenciones psicosociales derivados de prácticas espirituales necesitan ser orientados para validar y ampliar los resultados actuales.

Referencias

- Perspectivas de Ader R. Historical en psychoneuroimmunology. En: Friedman H KT, AL de Firedman, redactor. Psychoneuroimmunology, tensión, e infección. Boca Raton: Prensa del Crc; 1996. p. 1-24.
- Aggarwal D, Bhatnagar, S., Rociada, C., Leekha, S., Guha, S., Bhardwaj, N., Goswami, R., Gupta, N., Kochupillai, V. Una comparación de los niveles antes y después Pranayam y Sudarshan Kriya del cortisol del suero. Presentación en todo el instituto de la conferencia médica de las ciencias (AIIMS), Nueva Deli, India, 2002.
- Andersen BI, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Un modelo biobehavioral de la tensión del cáncer y del curso de la enfermedad. Psychol 1994;49(5):389-404.
- Antoni Mh. Psychoneuroendocrinology y psychoneuroimmunology del cáncer: ¿Mecanismos plausibles dignos de perseguir? Cerebro Behav Immun 2003;17 Suppl 1:S84-91.

Ben-Eliyahu S. La promoción de la metástasis del tumor por cirugía y la tensión: base e implicaciones inmunológicas para el psychoneuroimmunology. *Cerebro Behav Immun* 2003;17 Suppl 1:S27-36.

Bernardi L, Sleight P, Bandinelli G, Cencetti S, Fattorini L, Wdowczyc-Szulc J, Lagi A. Effect del rezo del rosario y de los mantras del yoga en ritmos cardiovasculares autonómicos: estudio comparativo. *BMJ*. DEC 2001 22-29;323(7327):1446-9. MS de Cooke, Evans MD, Dizdaroglu M, daños de Lunec J. Oxidative DNA: mecanismos, mutación, y enfermedad. *Faseb J* 2003;17(10):1195-214. Courtney JG, P. M. De Longnecker, Peters RK. Aspectos sicosociales del trabajo y del riesgo del cáncer de dos puntos. *Epidemiología* 1996;7(2):175-81. SN de Das, Kochupillai, V., Singh, D., Aggarwal, D., Bhardwaj, N. Flowcytometric Study del subconjunto de la T-Célula y de las células de asesino naturales en la sangre periférica del arte de profesores vivos, de temas Normales y de pacientes del cáncer. Presentación en todo el instituto de la conferencia médica de las ciencias (AIIMS), Nueva Deli, India. Abril 2002 2002. Devinder Ss, Das, S.N., Saurabh, V., Aggarwal, D., Bhardwaj, N.K., Kochupillai, V. Devinder, S.S., Das, S.N., Saurabh, V., Aggarwal, D., Bhardwaj, N.K., Kochupillai, V. Estudio inmunológico de los pacientes del cáncer antes y después Sudarshan Kriya y Pranayam.(2002). Presentación en todo el instituto de la conferencia médica de las ciencias (AIIMS), Nueva Deli, la India de la India. Abril de 2002.

CS de Fawzy FI, de Fawzy nanovatio, de Hyun, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Melanoma malo. Efectos de una intervención psiquiátrica temprano estructurada, de hacer frente, y de un estado afectivo en la repetición y la supervivencia 6 años más tarde. *Psiquiatría* 1993;50(9):681-9

De la GEN Del Arco. MS De Garfinkel, Schumacher Hora Jr, Husain A, Recaudación M, RA De Reshetar. La evaluación de un yoga basó el régimen para el tratamiento de la osteoartritis de las manos. *J Rheumatol*. 1994 Dec;21(12):2341-3.

MS de Garfinkel, Singhal A, Katz WA, Allan DA, Reshetar R, Jr. de Schumacher hora Yoga-baso' la intervención para el síndrome de túnel carpal: un ensayo seleccionado al azar. *JAMA*. 1998 nov 11;280(18):1601-3.

Geetha H. Effect de la práctica de Sudarshan Kriya en perfil del lípido y del peroxidation del lípido en individuos Normales. Presentación en todo el instituto de la India de la conferencia médica de las ciencias (AIIMS), abril de 2002, Nueva Deli, la India 2002.

Glaser R, arroz J, Sheridan J, Fertel R, cerveza de malto J, Speicher C, et al. supresión inmune Tensionar-relacionada: implicaciones de la salud. *Cerebro Behav Immun* 1987;1(1):7-20.

Herberto TB, Cohen S. Stress e inmunidad en seres humanos: una revisión meta-analítica. *Psychosom Med* 1993;55(4):364- 79. Horne RL, Picard RS, Fundación BMNJ Del Portador. Factores de riesgo sicosociales para el cáncer de pulmón. *Psychosom Med* 1979;41(7):503-14.

Janakiramaiah N, BN de Gangadhar, naga Venkatesha Murthy PJ, magnesio de Harish, Subbakrishna DK, eficacia de Vedamurthachar A. Antidepressant del yoga de Sudarshan Kriya (CIELO) en melancholia: una comparación

seleccionada al azar con la terapia electroconvulsiva (ECT) e Imipramine. *J Afecta Disord* 2000;57(1-3):255-9.

Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychoneuroimmunology: ¿pueden los intervenciones psicológicas modular inmunidad? *J Consulta Clin Psychol* 1992;60(4):569-75. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychoneuroimmunology y cáncer: ¿hecho o ficción? *Cáncer* 1999;35(11):1603-7

De Eur J. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology y medicina psicosomática: de nuevo al futuro. *Psychosom Med* 2002;64(1):15-28.

Recaudación S, Herberman R, Lippman M, d'Angelo T. Correlación de los factores de la tensión con la depresión sostenida de la actividad de la célula de asesino natural y pronóstico predicho en pacientes con el cáncer de pecho. *J Clin Oncol* 1987;5(3):348-53.

CE de Lewis, Barraclough OBR, J. Psychoimmunology del cáncer. En: CE OBR, Barraclough, J, redactor de Lewis. Oxford: Prensa De la Universidad De Oxford; 2002. McEwen BS. Efectos protectores y perjudiciales de los mediadores de la tensión. *N Inglés J Med* 1998; 338(3):171-9.

Naga Venkatesha Murthy PJ, Janakiramaiah N, BN De Gangadhar, Subbakrishna DK. Amplitud P300 y respuesta del antidepresivo al yoga de Sudarshan Kriya (CIELO). *J Afecta Disord* 1998;50(1):45-8.

Orme-Johnson. La utilización de la asistencia médica y la meditación trascendental programan *Psychosom Med ADO* de 1987 Nov-Dec;49(6):637

Redd WH, de Silberfarb P.M., de Andersen BL, de Andrykowski mA, de Bovbjerg, Burish TG, et al. Investigación fisiológica y psicobehavioral en oncología. *Cáncer* 1991;67(3 Supl):813-22.

Tensión psicológica de Scarpellini F, de Sbracia M, de Scarpellini L. y lipoperoxidation en aborto. *Ana N.Y. Acad Sci* 1994;709:210-3.

Sharma H, sensor S, Singh A, Bhardwaj NK, Kochupillai V, médicos de Singh N. Sudarshan Kriya exhibe un estado antioxidante mejor y niveles más bajos del lactato de la sangre. *Biol Psychol* 2003;63(3):281-91.

Thomas A.C., Pandey M, Ramdas K, Nair Mk. Señal de socorro psicológico en pacientes del cáncer: hipótesis de un modelo de la señal de socorro. *Cáncer Prev* 2002;11(2):179-85 De Eur J. Van der Pompe G, Antoni M, Visser A, Garssen B. Adjustment al cáncer de pecho: los efectos psicobiológicos de intervenciones psicosociales. *Educ Paciente Couns* 1996;28(2):209-19. Para más información y acceso a los artículos sobre SK&P, vea por favor la correspondencia de www.aolresearch.org: Dr Fahri Saatcioglu, tel.: + 47 228 545 69, E-mail: fahris@imbv.uio.no

Papel de la fe en la respuesta global

Rev. Roberto J. Vitillo consejero especial de VIH y del SIDA Caritas Internationalis

Considero un gran honor haber sido invitado para esta discusión del panel. Mientras que el asunto total para el panel es el amplio-extenso y comprensivo, restringiré mis observaciones a un campo en el cual mis esfuerzos, como sacerdote católico y como trabajador social profesional-entrenado, se concentran casi exclusivamente en la actualidad, sobre la respuesta basada en la fe ante la pandemia global del VIH y del SIDA.

¿Por qué un foco tan al parecer "estrecho" a mi trabajo? Dudo que es necesario recordar a esta audiencia bien informada que casi no hay aspecto alguno de la práctica y de la determinación de política, dentro de la búsqueda de la ciencia del cuidado médico, que no sea afectada por la pandemia del VIH y de SIDA. De hecho, en muchas partes del mundo, uno no puede encontrar un individuo cuya vida no haya sido afectada profundamente por la presencia de este virus en su propio cuerpo o en el de uno que amó, miembro de la familia, o el vecino. En vista de los números de escalonamiento de las personas que vivían con el VIH (estimado en 39.4 millones a finales de 2004), el número implacable de las nuevas infecciones (unos 5 millones anualmente en años recientes), y el número de la gente que ha muerto, a menudo en una edad temprana, como resultado de las enfermedades relacionadas (más de 3 millones en 2004)⁸, esto demanda un esfuerzo concertado por todos los que suscriben la loable pero hasta ahora no realizada meta de la "salud para todos". En su informe a la 59ª. Asamblea General de Naciones Unidas en el "progreso hecho en la puesta en práctica del declaración de la comisión en HIV/AIDS," secretario general Kofi Annan hace urgente la observación siguiente: "El aspecto más perjudicial de la epidemia puede ser su tendencia a separar los lazos generacionales de los cuales las sociedades dependen para la transmisión de valores, de normas culturales y de conocimientos técnicos prácticos. Apuntando a los jóvenes, los adultos de en edad de trabajar, SIDA desencadenan una serie de acontecimientos que amenazan a las sociedades enteras. En resumen, el SIDA es un problema excepcional que exige una respuesta excepcional."⁹

En los años recientes, la respuesta global al VIH y el SIDA se ha transformado a partir de que se centró casi exclusivamente en el cuidado y la gerencia clínicos de infecciones y otras de enfermedades peligrosas para la vida relacionadas con la destrucción de los sistemas inmunes en esos individuos cuyos cuerpos "habían sido invadidos" por el virus humano de la inmunodeficiencia, a un acercamiento multisectorial que vincula todos los sectores de gobiernos y sociedad-en-general. De hecho, en el informe que acabo de mencionar, el

⁸ *AIDS Epidemic Update – December 2004, UNAIDS, Geneva, UNAIDS/04.45E, 2004.*

⁹ "Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS," Reporte del Secretario General, Asamblea General de las Naciones Unidas, 59a. Sesión, Agenda ítem 43, A/59/765, 4 Abril 2005, p. 5.

secretario general de la ONU reconoció de una manera esperanzada: Desde 2001, ha habido un cambio dramático en la acción global del combate al SIDA. La comisión política de lucha contra el SIDA, constata que estamos en los primeros tiempos de la epidemia, que ha marcado un aumento en los niveles nacionales, regionales, y globales.¹⁰

A pesar de esta perspectiva ensanchada en los elementos necesarios que se incluirán en la respuesta global a la pandemia, es mi impresión de que el papel de la fe y de organizaciones basadas en ella, en el mejor de los casos, no se hace caso a menudo y, en el peor, se falsifica o aún "demoniza" como siendo responsable de mucho del impacto negativo de esta enfermedad. Por ejemplo, en un proyecto de informe sobre la prevención del VIH que se repasará en junio de 2005 por el tablero de control de programa de UNAIDS, se hace la mención de "barreras religiosas" como uno de varios "obstáculos al incremento de la prevención del VIH", con todo no se da ningún reconocimiento al papel crucial de organizaciones basadas en la fe en promover comportamiento sexual responsable como manera eficaz y válida de prevenir la transmisión extensa del VIH. Esta observación me trae a la pregunta principal en mi presentación:

¿Cómo la fe y la religión entran en la respuesta global al VIH y al SIDA?

Quizás la manera más obvia está con el anuncio público, de las raíces profundas de la mayoría de las tradiciones importantes de la fe, para que sus creyentes traten las necesidades de sus vecinos más vulnerables. La llamada judía para reparar la misma tela de nuestro mundo quebrado y la llamada cristiana para responder a las necesidades del hambriento, sediento, enfermo, y encarcelado como a las necesidades de Jesús mismas, son dos ejemplos excelentes de la fuerza de motivación de la religión en la lucha contra el VIH y el SIDA.

En su advertencia a la actualización de la epidemia de SIDA recientemente publicado en el informe titulado, *Faith in Action: Examining the Role of Faith-Based Organizations in Addressing HIV/AIDS*, que fue preparado por el Catholic Medical Mission Board y el Consejo Global de la Salud, el Arzobispo Desmond M. Tutu escribe: "Hay una expresión que utilizamos en Suráfrica llamada *Ubuntu*, traducida libremente como "un vínculo universal de compartir que conecta toda la humanidad." *Ubuntu* presiona a que vayamos juntos; nuestros destinos están obligados de unos a otros... Ustedes son mis hermanas y mis hermanos, si usted se considera budista, cristiano, hindú, judío, musulmán o agnóstico, debemos tratarnos como tal. Debemos respetarnos, como cada uno de nosotros es un individuo precioso. Debemos estar hombro a hombro, corazón a corazón en la lucha contra el HIV/AIDS."¹¹ Que tales valores

¹⁰ *Ibid.* p. 3.

¹¹ *Faith in Action: Examining the Role of Faith-Based Organizations in Addressing HIV/AIDS: A Multi-Country, Key Informant Survey*. Published by the Global Health Council and Catholic Medical Mission Board, 2005, p. 3.

fuertemente sostenidos han inspirado a organizaciones basadas en la fe que proporcionan cerca del 50% de servicios del cuidado médico en muchos países en vías de desarrollo. El Consejo Pontificio del Vaticano sobre Cuidado Médico estima, de hecho, que por lo menos los 25% de todos los servicios relacionados con HIV/AIDS son patrocinados por la Iglesia Católica, y el grupo de financiamiento de la red del SIDA católico de relevación de la emergencia, desarrollo, salud y servicio social, y las organizaciones de la misión, las cuales me privilegian para servir como presidente, ha calculado que las organizaciones basadas en la fe, dentro de la tradición católica, apoyan o patrocinan directamente servicios de HIV/AIDS en unos 102 países del mundo. El segundo y quizás la parte más importante de la respuesta basada en la fe, al VIH y al SIDA, es la del acompañamiento espiritual y del cuidado pastoral. En la divulgación de los resultados de su multi-país, la encuesta sobre dominante el informador, el Catholic Medical Misión Board y el Consejo Global de la Salud indican lo siguiente: Casi todos los entrevistados sienten que la ayuda espiritual y social es un componente dominante del trabajo de FBOs. La disposición de la esperanza, de la compasión, y de la aceptación considera la mayoría como cerca del primer nivel del cuidado que se deba ofrecer y que sea la base del resto de los servicios. Un informador dominante en este examen indicó absolutamente enfático: [Si] usted debe tener un acercamiento holístico cualquier problema con el que la gente está luchando, usted no puede dejar la dimensión espiritual fuera. Podemos responder a las necesidades pero si la necesidad espiritual no se resuelve, y si su lucha es de la naturaleza de Dios - pienso que hay un número de cosas a las que el gobierno no puede responder, que las iglesias necesitan compartir con él.¹² Hablando de su experiencia personal, el Sr. Peter Randall elocuentemente describió la necesidad urgente de la gente que vive con HIV/AIDS para enfrentar los aspectos de la vida humana que alcanzan de lejos y profundamente más que reinos inmediatos y físicos: Uno de los problemas más grandes encontrados por la gente con SIDA es el encontrar el significado de sus experiencias... Durante su búsqueda, es necesario un lugar en el cual estas personas no tienen que enfrentar constantemente las sensaciones y las actitudes de la desesperación... mientras que consideran el hecho de que sus cuerpos continúan perdiendo control y que no podrán más alimentarse. Él intentará llegar la etapa en la cual la mente se separa del cuerpo, dado el hecho de que el cuerpo puede menos y menos tomar el cuidado de sí mismo.¹³

Con su permiso, yo quisiera agregar mi propio testimonio personal a este respecto. Una de las experiencias más móviles de mi vida ocurrió cuando acompañé al Sr. Ursula Sharpe y a su Equipo Casero Móvil del Cuidado del Kitovu Hospital, en Masaka, Uganda, a una aldea rural en el distrito vecino de Rakai. Después de luchar pasando a través de mucho polvo, de los caminos en las peores condiciones, y de la vegetación gruesa de las plantas del plátano, paramos en el hogar de un viejo comerciante musulmán. Él nos ofreció lugares

¹² Ibid., pp. 33f.

¹³ Cita de William Kirkpatrick, AIDS: Sharing the Pain, London: Darton, Longman, y Todd, 1988.

de honor en su casa humilde. Intercambiamos saludos agradables y preguntamos acerca de su familia que consistieron en varias esposas y niños. Entonces él pidió al Sr. Ursula para examinar y para tratar los dolores purulentos en sus nalgas y para rogar con él. Durante este momento curiosamente sagrado, experimenté un gran avance en mi comprensión de la misión de la Iglesia y de la naturaleza humana. En ese momento, no había diferencia entre la mujer cristiana blanca y el hombre musulmán negro. En la casa caliente y sucia, nosotros encontramos nuestra identidad verdadera y común - la identidad de hijos y de las hijas del Creador, hijos e hijas que sienten una relación profunda y una llamada a la alabanza al Dios compasivo que ofrece suficiente amor a los niños.

La limitación en tiempo me forzaré restringir mi presentación a un aspecto final del papel de la fe en la respuesta global al VIH y al SIDA que es el de defender y de promover el respeto por los derechos humanos de todos que sean afectados por la pandemia. No tengo ninguna intención de defender a la pequeña minoría de líderes religiosos que han fomentado la estigmatización de la gente que vivía con el VIH demandando que la enfermedad es castigo del dios por las formas de vida que no se conforman con la enseñanza y los valores religiosos. Creo que confunden seriamente a esta gente en la supuesta fe y su comprensión de Dios y la interacción de Dios con la familia humana. Quiero decir que números significativos de líderes religiosos no sólo defienden los derechos de la gente que vive con el VIH sino también son contrarios al miedo y al prejuicio hacia la enfermedad que se encuentra entre el público en general. Menos de un mes después de su elección como líder de la Iglesia Católica, el papa Benedicto XVI, se centró en los derechos humanos como prioridad de la preocupación diciendo al cuerpo diplomático acreditado: ... la Iglesia no deja de proclamar y de defender los derechos humanos fundamentales, desafortunadamente todavía violados en diversas partes del mundo, y trabaja de modo que los derechos de cada persona humana sean reconocidos [los derechos] a la vida, al alimento, a un techo, al trabajo, al cuidado médico, a la protección de la familia, a la promoción del desarrollo social, y al respecto de la dignidad del hombre y de la mujer, creada a la imagen de Dios.¹⁴ Por otra parte, especialmente con su propio testimonio y ejemplo personales de visitar con y de escuchar a los afectados por esta pandemia, el último papa Juan Pablo II desalentó cualquier tipo de estigmatización o de discriminación relacionada con el VIH. La espiritualidad y la religión deben ejercer influencia y la acción muy positivas en la situación total de la salud social en el mundo. En el caso de VIH y de SIDA, los principios y los valores basados en la fe han motivado servicios eficaces, han asistido a los afectados para descubrir el significado de Dios Dador y los valores de sus vidas a pesar del trauma y el sufrimiento causados por la enfermedad, y han insistido en el respeto por los derechos humanos de tales personas. En mi opinión, los obispos católicos de los Estados Unidos ofrecieron una verdadera "prueba del tornasol" a la eficacia de la respuesta de fe al VIH y al SIDA cuando dijeron:

¹⁴ Benedict XVI's Address to Diplomatic Corps, "Overcome Temptation of Clash of Civilizations", VATICAN CITY, MAY 12, 2005 (Zenit.org).

“Nuestra respuesta a las necesidades de personas con el SIDA será juzgada por ser verdaderamente eficaz cuando descubrimos a Dios en ellos y cuando ellos, con su encuentro con nosotros, pueden decir, "en mi dolor, miedo, y enajenación, he sentido su presencia, un Dios de la fuerza, amor, y la correspondiente solidaridad".¹⁵

Correspondencia para padre Robert J. Vitillo, tel.: +41 222 734 46 04, E-mail: Bobvitillo@cs.com

¹⁵ United States Catholic Conference Administrative Board, *The Many Faces of AIDS: A Gospel Response*, in *Origins*, XVII, 28 (December 24, 1987), p. 136.