

Importancia de la religión en los ancianos

Carlos A. Reyes-Ortiz, M.D.*

RESUMEN

Esta es una revisión sobre el impacto de la religión en los ancianos. Casi 95% de los ancianos oran regularmente y usan la religión como recurso. En contraste, sólo 2% de las publicaciones médicas incluyen la religión. La religiosidad tiene dos orientaciones intrínseca (individual) y extrínseca (grupal). Ambas orientaciones se asocian con la salud en los ancianos; disminuyen la mortalidad cardíaca, el estrés y la depresión; aumentan la satisfacción de vida y el bienestar. También hay disminución de ansiedad y depresión ante la muerte. Para explicar sus beneficios, se describen mecanismos como el promover un estilo de vida saludable; proveer fe, esperanza y sentido de trascendencia; dar apoyo socioemocional; proporcionar comunicación (el escuchar), relajación y catarsis. Los profesionales deben explorar las creencias religiosas para usarlas como recurso complementario en el tratamiento de los pacientes ancianos.

Palabras claves: Religión. Salud. Ancianos. Espiritualidad. Geriatria. Calidad de vida.

Las necesidades espirituales son inherentes al ser humano. Durante la historia de la humanidad, el hombre ha buscado llenar con la religión el vacío espiritual que siente. En el siglo pasado, Galton (citado por Roland¹) planteó las relaciones entre la religión y la salud. En la medicina de este siglo, el modelo reduccionista había predominado, pues al separar la enfermedad física de lo mental y de lo espiritual, se pensaba que la religión tenía poca relación con la ciencia. Este enfoque reduccionista de la medicina ha sido incompleto para tratar a los seres humanos. Por ello, en las últimas décadas, con el modelo holístico de la medicina y la visión del ser humano en su totalidad, se ha visto la necesidad de reconsiderar la religión para completar el modelo biopsicosocioespiritual². La religión no reemplaza pero sí complementa una buena práctica médica.

RELIGIÓN Y SALUD EN LOS ANCIANOS

La afiliación religiosa no es suficiente para cuantificar el efecto

de la religión. Qué tan religiosa es una persona, es más importante. Por ello hay dos orientaciones de la religiosidad en las personas, una es la intrínseca y otra es la extrínseca^{3,4}. Ambos tipos de religiosidad se relacionan entre sí, pero se pueden estudiar por separado. La religiosidad intrínseca incluye un compromiso de vida y una relación personal con Dios, es decir, las actitudes o creencias, la fe, la oración personal, la lectura personal de las Escrituras. Por ejemplo, la religiosidad intrínseca se asocia con una alta satisfacción de vida en pacientes ancianos enfermos, con una alta autoestima y baja depresión en ancianos en la comunidad, y con unos bajos niveles de estrés y depresión en ancianos en duelo conyugal⁴⁻⁶. La religiosidad extrínseca incluye las actividades religiosas comunitarias (p.e., grupos de oración) y las rituales (p.e., ceremonias, celebraciones).

Los médicos investigadores fallan usualmente al considerar la religión como algo sin importancia. La religión se ha incluido como variable de estudio en sólo 2% de las publicaciones en revistas de

geriatria o gerontología, de psiquiatria, y de cuidado primario⁷. Paradójicamente, 80% de los psicoterapeutas tienen algún tipo de preferencia religiosa⁸, hasta Freud en sus últimos años acudió a la oración como mecanismo adaptativo ante su deterioro físico⁹. También, en un estudio con médicos familiares, 64% creían en Dios y 89% expresaban su deseo de discutir la religión con sus pacientes¹⁰.

La religión es un recurso que se usa con frecuencia en el envejecimiento. Los ancianos suelen usar la religiosidad intrínseca en varios momentos durante el día, y cuando se sienten enfermos es el primer recurso disponible antes que drogas, otras personas, o profesionales de salud⁴. En un estudio longitudinal durante 17 años sobre la religiosidad en los ancianos, Blazer y Palmore¹¹ mostraron que la religiosidad intrínseca permanece durante toda la vida, mientras la religiosidad extrínseca disminuye en los últimos años de la vida, esto relacionado con disminuciones funcionales. Koenig¹² informó que 98% de los ancianos creían en Dios, 95% oraban con regularidad y 81% creían que las actividades religiosas les ayudaban durante las épocas críticas. Esto

* Profesor Asociado, Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Geriatra, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario del Valle, Cali.

demuestra que la gran mayoría de los ancianos acude frecuentemente a la religión.

Tanto la religiosidad intrínseca como la extrínseca tienen efectos protectores sobre la salud y la calidad de vida. La asociación entre religión y parámetros de salud ha aparecido en varios estudios sobre enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, enfermedades gastrointestinales y cáncer¹³. En los ancianos, la religiosidad se asocia con disminución de mortalidad en enfermedad coronaria y cirugía cardíaca^{14,15}, también con menos depresión y mayor recuperación del estado funcional en ancianos hospitalizados por problemas médicos o quirúrgicos^{16,17}. La religiosidad se asocia con una alta satisfacción de vida y bienestar en ancianos enfermos y ambulatorios^{4,18,19}. Asimismo se asocia con disminución de la ansiedad y depresión ante el duelo, la enfermedad terminal o la muerte^{6,12,20,21}.

POSIBLES MECANISMOS SALUTOGÉNICOS DE LA RELIGIÓN

La religiosidad promueve conductas positivas para la salud y un estilo de vida saludable. Por ejemplo, en los ancianos las creencias religiosas se asocian con disminución de actitudes suicidas, consumo de alcohol y estrés²²⁻²⁴. La religión también se asocia con prohibiciones del hábito de fumar, invitación a tener un buen estado físico y recibir consejería o apoyo socioemocional²⁵.

La religiosidad promueve mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento. La religiosidad se asocia con alta autoestima, y deseo de vivir^{5,26}. La religiosidad provee esperanza, sentido de trascendencia o continuidad entre la vida y la

muerte^{6,12,20,21}. La esperanza es un sentimiento esencial del ser humano, alimento del deseo de vivir; lo contrario, la desesperanza se asocia con aumento de la mortalidad y con mala calidad de vida²⁷.

La religiosidad se ha usado como complemento de la psicoterapia^{20,28}. Los médicos también han utilizado «palabras curativas» al emplear adecuadamente la relación médico-paciente (alimentar la esperanza y la fe de los enfermos) o al reforzar mensajes positivos en la orientación de los pacientes²⁹. Se sabe de la importancia de la comunicación, del ser escuchado y de la catarsis³; el paciente religioso siente que se le oye en su ritual religioso (p.e., grupos) o en su comunicación personal con Dios (p.e., cuando lee las Santas Escrituras, al orar); también se sabe de la importancia psicoanalítica de la restauración del ego (p.e., al confesarse ante Dios)³⁰. La religión provee soporte emocional y social; se sabe que cuando una persona percibe que tiene al alcance el apoyo de otros, eso contribuye a darle mayor esperanza, y es esencial para la salud²⁷.

La religión podría reactivar centros cerebrales o bloquear efectos cardíacos del estrés en los ancianos. La fe se considera otro componente esencial del ser humano, la fe religiosa y el optimismo pueden actuar sobre centros cerebrales asociados con el bienestar y producir relajación mental³¹. Se ha encontrado que el estrés agudo o crónico puede activar centros cerebrales conectados con el corazón y puede producir isquemia o arritmias ventriculares, y llevar a infarto de miocardio o muerte súbita³². La religión podría actuar al disminuir el estrés, producir relajación y evitar que se activen esas vías neurocardiológicas, pues preserva el funcionamiento cardíaco normal, y disminuye así la morbilidad y la morta-

lidad cardíacas^{27,32,33}.

Al saber que la religión es tan importante para los ancianos, y que produce muchos beneficios en ellos, no es posible que los médicos y profesionales estén ajenos a esa inmensa realidad. Por ello, explorar y entender la religiosidad de los ancianos es una tarea esencial en la práctica geriátrica. Lo mínimo que se puede hacer es preguntarles a los pacientes sobre sus creencias religiosas y aconsejarles que las apliquen en su vida diaria, porque la oración les puede ayudar mucho. También es factible interconsultar con el sacerdote o el respectivo líder del grupo religioso al que pertenecen.

SUMMARY

This is a review on religion impact in elders. Almost 95% of elders pray regularly and use religion as a useful resource. In contrast, only 2% of medical publications include religion. Religiosity have two orientations, intrinsic (individual) and extrinsic (groupal). Both orientations are associated with health in elders; cardiac mortality, stress and depression decrease; life satisfaction and well-being increase. There are also diminishing of death anxiety and depression. To explain benefits, mechanisms such as promote healthy life style; provide faith, hope and transcendence sense; give socioemotional support; provide communication (listening), relaxation and catarsis. Professionals must explore religious beliefs to use them as complementary resource in treatment of aged patients.

REFERENCIAS

1. Roland CG. Does prayer preserve? *Arch Intern Med* 1970; 125: 580-87.
2. McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. *J Fam Pract* 1992; 35:

- 201-08.
3. Reyes-Ortiz CA. Religion in geriatric practice. *Geriatr Med* (en prensa).
 4. Reyes-Ortiz CA, Ayele H, Mulligan T. Religious activity improves quality of life for ill elderly. *Clin Geriatr* 1996; 4: 102-06.
 5. Nelson PB. Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: Relationship to depression and self-esteem. *J Gerontol Nurs* 1990; 16: 29-35.
 6. Rosik CH. The impact of religious orientation in conjugal bereavement among older adults. *Int J Aging Hum Dev* 1989; 28: 251-60.
 7. Mulligan T, Reyes-Ortiz CA. Must physicians ignore God? *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 944-45.
 8. Bergin AE, Jensen JP. Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy* 1990; 27: 3-7.
 9. Meng H, Freud EL. *Psychoanalysis and faith: The letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister*. London; Hogart Press, 1963.
 10. Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: A survey of physicians and patients. *J Fam Pract* 1991; 32: 210-13.
 11. Blazer DG, Palmore E. Religion and aging in a longitudinal panel. *Gerontologist* 1976; 16: 82-4.
 12. Koenig HG. Religious behaviors and death anxiety in later life. *Hospice* 1988; 4: 3-24.
 13. Levin JS, Larson DB. Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA* 1997; 278: 792-93.
 14. Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J* 1988; 81: 826-29.
 15. Oxman T, Freeman D, Manheimer E. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosom Med* 1995; 57: 5-15.
 16. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1693-700.
 17. Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Strain JJ. Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 758-60.
 18. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ. Religious effects on health status and life satisfaction among black Americans. *J Gerontol* 1995; 50B: S154-63.
 19. Ho SC, Woo J, Lau J, et al. Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 252-55.
 20. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 233-35.
 21. Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol* 1995; 51: 202-04.
 22. Seidlitz L, Duberstein PR, Cox C, Conwell Y. Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: An analysis of Gallup Poll findings. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 993-98.
 23. Koenig HG, Moberg DO, Kvale JN. Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 362-74.
 24. Bearon LB, Koenig HG. Religious cognition and use of prayer in health and illness. *Gerontologist* 1990; 30: 249-53.
 25. Kaplan BH, Munroe-Blum H, Blazer DG. Religion, health and forgiveness. In Levin JS (ed.). *Religion in aging and health*. SAGE: Thousand Oaks, 1994, Pp. 52-77.
 26. Poloma MM, Pendleton BF. The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *J Psychol Theol* 1991; 19: 71-83.
 27. Reyes-Ortiz CA. Psychosocial and spiritual supports in coronary disease. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1412.
 28. Waldfogel S, Wolpe PR. Using awareness of religious factors to enhance interventions in consultation-liason psychiatry. *Hosp Comm Psychiatry* 1993; 44: 473-77.
 29. Dossey L. *Healing words: The power of prayer and the practice of medicine*. San Francisco; Harper, 1993.
 30. Niño AG. Restoration of the self: A therapeutic paradigm from Augustine's Confessions. *Psychotherapy* 1990; 27: 8-18.
 31. Benson H. *Curados por la fe*. Bogotá; Editorial Norma S.A., 1996.
 32. Reyes-Ortiz CA. Geriatric neurocardiology: The mind-heart connection in older persons. *Clin Geriatr* 1998; 6: 31-7.
 33. Reyes-Ortiz CA. Psychosocial interventions in coronary artery disease. *Arch Intern Med* 1997; 157: 130.