

# La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica

C. Valiente-Barroso, E. García-García

**Introducción.** La religiosidad constituye un fenómeno universalmente arraigado en el ser humano, trascendiendo épocas y culturas, y cuyo análisis científico es relativamente reciente. De modo específico, se ha venido investigando el efecto positivo que sobre la salud de las personas puede conllevar la vinculación religiosa de éstas, constatando que, por diversos factores, la población anciana podía ser la mayor beneficiaria. **Desarrollo.** Realizamos una revisión del corpus de investigación que relaciona la religiosidad con el bienestar y la salud, respecto a diversas patologías tanto preponderantemente orgánicas como estrictamente psicológicas. Más tarde, exponemos los diversos mecanismos psicofisiológicos que se han propuesto para justificar este fenómeno. Finalmente, haciendo referencia al modelo médico biopsicosocial, presentamos algunos estudios e iniciativas llevados a cabo en diversos países, en orden a una consideración más sistemática de la espiritualidad del paciente. **Conclusiones.** En base al posible papel promotor de salud por parte de la religiosidad, concluimos en la necesidad de evaluar su plausible mayor consideración tanto diagnóstica como terapéutica en el ámbito clínico y asistencial psicogeriatrico.

**Palabras clave.** Ancianidad. Espiritualidad. Modelo biopsicosocial. Psicogeriatrica. Religiosidad. Salud.

## **Religiosity as a health and welfare state promotor for a multidisciplinary model of geriatric attention**

**Introduction.** Religiosity constitutes a universal phenomenon ingrained in the human being, extending times and cultures, and whose scientific analysis is relatively recent. From specific way, the positive effect that on the human health can carry out the religious entailment is being investigated, stating that, by

*diverse effects, the old population could be the most benefited. Development.* We perform a review relating the religiosity to the well-being and the health, with respect to diverse pathologies either preponderantly organical or strictly psychological. Later on, the distinct proposed psycho-physiological mechanisms for accounting this phenomenon are exposed. Finally, according to the psycho-social medical model we present some studies and initiatives carried out in several countries, in order to consider a more systematic role of the spirituality of the patient. **Conclusions.** Based on the promoter role of religiosity on the health, we conclude that it is necessary to evaluate its implication from the diagnostic and therapeutic effects in the clinic and the psycho-geriatrics welfare.

**Key words.** Biopsychosocial model. Elderly. Health. Psycho-geriatrics. Religiosity. Spirituality.

## **Introducción**

El fenómeno de la religiosidad está estrechamente unido al devenir humano, abarcando cualquier coordenada espaciotemporal, llegándose a afirmar que la predisposición a la creencia religiosa es la fuerza más poderosa y compleja de la mente humana, y, con toda probabilidad, una parte inextirpable de su naturaleza [1]. No en vano, existen pruebas de prácticas religiosas anteriores al año 3000 a.C., inferibles de diversos registros arqueológicos, aunque datos procedentes de prácticas funerarias podrían hacer retrotraer la existencia de este fenómeno hasta hace más de 40.000 años [2]. Aunque se ha llegado a preconizar la inminente extinción del hecho religioso, basándose en los parámetros culturales que dimanaban del

Departamento de Psicología Básica II. Procesos Cognitivos. Universidad Complutense. Madrid, España.

### **Correspondencia**

Dr. Carlos Valiente Barroso. General Dávila, 224-E, 3.º B. E-39006 Santander (Cantabria).

### **E-mail**

carlosvbsiete@hotmail.com

posmodernismo, se ha constatado que, en la actualidad, se fundan diariamente entre dos y tres movimientos religiosos, llegándose a registrar en torno a 10.000 religiones en todo el planeta [3].

A pesar del carácter ubicuo del hecho religioso, el comienzo estricto de su tratamiento científico tendríamos que situarlo en la obra de W. James, que propició que se pudiera considerar como un asunto, entre otros, de debate psicológico [4], aunque es verdad que, décadas atrás, ya Darwin había hecho referencia a ella, asegurando que la tendencia a la religiosidad se podría explicar, científicamente, como un proceso de selección natural que ha proporcionado ventajas para la supervivencia en la evolución del *Homo sapiens* [5]. Respecto a la implicación específica de lo religioso en la esfera de la salud, tendríamos que remontarnos a las prácticas de las más avanzadas civilizaciones de la Antigüedad (Asiria, China, Egipto, Mesopotamia y Persia), desde su identificación de la enfermedad con la posesión espiritual maligna. La reflexión científica relativa a esta simbiosis religiosidad-salud no llegaría hasta la aportación pionera de Sir William Osler, considerado como padre de la medicina científica occidental, quien aludiría al papel saludable de la fe en la práctica médica [6]. Desde entonces, se han sucedido continuos trabajos y publicaciones que investigan la eficacia médica de la religiosidad o espiritualidad en relación al cuidado de la salud y el tratamiento de diversas patologías, suponiendo una candente línea de investigación para la comunidad científica. Al comienzo de la presente década, se llegaron a encontrar 1.200 estudios empíricos al respecto [7], de los cuales cerca del 90 % atestiguaban una influencia positiva de la religiosidad en la salud [8]. Como expresión de su progresión emergente, se ha contabilizado un incremento de hasta un 600% respecto a publicaciones científicas que relacionan espiritualidad y salud, entre 1993 y 2002 [9]. Puede contemplarse una vasta bibliografía que llega hasta nuestros días, corroborando estos positivos resultados [10]. No en vano, también en la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) se reconoce a la religión y la espiritualidad como fuente de soporte emocional ante el estrés [11].

La amplitud de la eficacia clínica de la religiosidad se extiende desde el ámbito de la prevención, en cualesquiera de sus fases, a través de una más baja incidencia o gravedad respecto de algunas

patologías, hasta el propio tratamiento de éstas, a modo de elemento complementario que funciona de forma sinérgica en diversos procesos, tanto de naturaleza psíquica como de índole preponderantemente orgánica. Probablemente, de los muchos destinatarios que podemos considerar como potenciales beneficiarios del factor religioso sobre su salud, destacaríamos la población de más elevada edad. Así, por una parte, se trata de personas en una etapa vital caracterizada por la disminución funcional de numerosos procesos fisiológicos, unida a la mayor vulnerabilidad para sufrir enfermedades, junto a la estimación subjetiva de una menor calidad de vida. Este hecho, unido a la mayor longevidad de la población que hace pronosticar una tasa de hasta el 20% de personas mayores de 65 años, en nuestro país, para el año 2010, justifica, entre otros motivos, que los ancianos constituyan un primordial foco de atención sociosanitaria tanto en praxis clínica como en costes derivados. Y, por otra parte, se trata de una población que, estadísticamente, está mayoritariamente vinculada a la vivencia religiosa en base a sus parámetros culturales y vitales, demostrable tanto por la mayor asistencia a ritos litúrgicos religiosos como por las propias opiniones recogidas de sus cohortes generacionales. Centrándonos en España, a través de los datos que se desprenden de la encuesta elaborada, en 2008, por el Centro de Investigaciones Sociológicas [12], se podría llegar a afirmar que la edad sería directamente proporcional al nivel de importancia otorgada al fenómeno religioso (Tabla I). No en vano, en las últimas dos décadas se vienen ya realizando investigaciones gerontológicas que estudian, específicamente, el efecto protector de la religiosidad respecto a la salud física y al bienestar psicológico y la satisfacción vital [13,14].

En la presente revisión, aunque somos conscientes de que los conceptos de religiosidad y espiritualidad, estrictamente, no serían identificables, con miras a nuestra argumentación los utilizaremos como realidades intercambiables; así, nos centramos en lo que de común denominador ambos podrían contener, como es la expresión conductual, afectiva y cognitiva de todo pensamiento trascendente, no siempre vinculado a una religión oficial. Por otra parte, ajustándonos a la extensión requerida para este artículo, omitimos el análisis de las investigaciones que se centran en la eficacia para la promoción de la salud de prácticas específicas asociadas a la religiosidad

**Tabla I. Importancia intergeneracional otorgada a la religiosidad por la población española (extractado de [12]).**

	18-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	> 65 años	Total
<b>¿Considera la religión importante para su vida? (%)</b>							
Ninguna importancia (0-1)	31,0	27,8	25,3	22,2	17,4	9,7	21,7
(2-3)	13,7	14,1	11,3	9,4	9,7	5,2	10,4
(4-6)	29,4	30,4	31,7	39,2	33,6	26,8	31,7
(7-8)	11,7	12,2	15,8	13,1	19,8	22,6	16,1
Mucha importancia (9-10)	13,7	15,1	15,3	14,6	18,2	33,5	19,1
No sabe		0,2	0,3	1,2	0,4	1,7	0,7
No contesta	0,5	0,2	0,3	0,3	0,8	0,5	0,4
Total (n)	197	418	379	329	247	403	1.973
<b>¿Cómo se considera usted en materia religiosa? (%)</b>							
Católico practicante	9,8	9,6	21,1	22,7	36,1	54,9	27,7 (492)
Católico no practicante	44,2	49,6	44,6	53,9	48,3	36,3	45,8 (812)
No creyente	29,4	22,7	19,3	11,8	5,5	5,0	14,5 (258)
Indiferente	12,9	16,3	11,0	9,5	8,0	2,5	9,6 (171)
Otra religión	3,7	1,7	2,8	1,0	1,3	0,3	1,6 (28)
No contesta			1,2	1,0	0,8	1,0	0,7 (13)
Total (n)							1.774
<b>¿Dispone de algún lugar o centro donde pueda practicar su religión? (%)</b>							
Sí	76,7	72,1	93,3	84,0	71,4	100,0	80,7 (138)
No	23,3	27,9	6,7	16,0	28,6	0,0	19,3 (33)
Total (n)							171
<b>¿Con qué frecuencia reza (oración personal)? (%)</b>							
Más de una vez a la semana	15,2	17,9	25,9	26,7	35,6	48,9	29,2
Una vez a la semana	7,1	6,7	7,1	7,6	8,1	11,4	8,1
Alguna vez al mes	8,1	8,6	8,2	11,2	13,0	10,9	9,9
Alguna vez al año	12,2	13,2	13,7	13,4	14,2	6,2	11,9
Nunca	56,3	52,6	43,0	38,9	27,5	21,6	39,4
No contesta	1,0	1,0	2,1	2,1	1,6	1,0	1,5
Total (n)	197	418	379	329	247	403	1.973

–oración, meditación, etc.–, aludiendo a ellas cuando la afirmación emitida en el texto requiera necesariamente su mención. Respecto a su estructura o hilo argumental, nos planteamos presentar algunas de los más relevantes efectos que, sobre patologías tanto físicas como mentales parece haber demostrado la religiosidad de los sujetos estudiados. Más tarde, se analizarán los diversos mecanismos psicológicos propuestos para esclarecer las causas de este fenómeno. Finalmente, basándonos en esta constatación y apoyados en el modelo médico biopsicosocial, propondremos un nuevo énfasis en la consideración clínica de la religiosidad en el ámbito geriátrico, como asequible factor potenciador de la calidad de vida de nuestros ancianos.

## Salud y religiosidad

Son numerosas las investigaciones realizadas con el fin de constatar la posible relación directa entre la religiosidad y la salud de personas o colectivos considerados, respecto a distintos aspectos y parámetros clínicos, de las cuales, en este apartado, se lleva a cabo una sucinta síntesis.

Varios metaanálisis y revisiones sistemáticas demuestran que la participación en prácticas religiosas se correlaciona con un decremento en morbilidad y mortalidad [15-18], pudiéndose afirmar, a su vez, que aquellas prácticas podrían asociarse a un aumento de hasta siete años en la expectativa de vida [19,20]. Más concretamente, en un estudio realizado sobre 91.000 sujetos de Maryland, se descubrió una más reducida prevalencia de cirrosis, enfisema, suicidio y cardiopatía isquémica en personas que asistían regularmente a su respectivo lugar de culto religioso [21]. Aunque algunos resultados sugieren que los niveles de morbilidad y mortalidad pueden variar en función de cada distinta religión, tras haberse ajustado posibles variables contaminantes como las biológicas, conductuales y socioeconómicas [22,23], se necesitarían posteriores investigaciones realizadas entre subgrupos religiosos, considerando, además, diversos factores como los de índole étnica y geográfica, entre otros.

Otro corpus de estudios sugiere la correlación de la religiosidad con mejores resultados clínicos tras el padecimiento de destacables patologías, y con respecto al nivel de recuperación con poste-

rioridad a relevantes intervenciones quirúrgicas. Más aún, las investigaciones encontradas que refieren una conexión entre religiosidad y salud física o mental son frecuentemente más taxativas cuando se trata de enfermedades graves o crónicas, siendo éstas las que implican mayor estrés en el paciente [24]. De modo específico, podemos encontrar estudios que han hallado un menor nivel de complicaciones y estancia hospitalaria, junto a una más rápida recuperación, respecto a cirugía cardíaca [25,26], intervenciones en cadera [27] y en columna vertebral [28]. A su vez, se han constatado menores índices de supervivencia en pacientes con cáncer de mama que no estaban vinculados a religión alguna [29], así como una relación directa entre la pertenencia a una confesión religiosa y mayor longevidad posterior respecto a esta misma patología [30].

Algunos de los efectos observados pueden explicarse por el estilo de vida que prescribe una religión dada. Así, se ha constatado en un estudio realizado en Israel que los habitantes desvinculados de vivencia religiosa alguna consumían dietas con una mayor presencia de ácidos grasos saturados [31], expresando mayores niveles de triglicéridos y colesterol-LDL en plasma [32], en contraste con lo encontrado en sus conciudadanos religiosos. En base también a las prescripciones morales propias, se han comparado resultados de la población general con los que se desprenden de creyentes mormones y adventistas, encontrándose en éstos una menor incidencia e inferior tasa de mortalidad respecto de cánceres asociados al consumo de tabaco y alcohol [33], aunque en relación al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas –p. ej., peyote–, la práctica religiosa podría generar situaciones contradictorias, existiendo desde confesiones o sectas que proscriben su uso, hasta aquéllas que incluyen dichos productos en sus respectivos ritos. A pesar de ello, la práctica religiosa parece decantarse, en esta cuestión, hacia un claro efecto positivo; por una parte, cuando se fomenta su consumo, suele ceñirse a ámbitos grupales de celebración, motivando el consumo moderado individual [34], y, por otra parte, se postula la eficacia de la práctica religiosa en la recuperación de adicciones [35], cuando no directamente es la propia confesión religiosa la responsable y protagonista de instituciones rehabilitadoras, como Alcohólicos Anónimos [36]. Desde otro enfoque investigador, algunos estudios han postulado el papel de la religiosidad como

posible promotor de ejercicio físico [37], unido a que, para muchas personas, parece resultar atractiva la simbiosis entre las prácticas religiosas y los programas de ejercicios [38].

En cuanto al acceso a recursos de salud, parece existir una relación directa entre el acercamiento a éstos y la práctica religiosa. De este modo, junto al fomento de estilos de vida saludables, los grupos religiosos pueden promover el acceso a una más óptima atención sanitaria [39]. Además, algunas confesiones religiosas sostienen y ofrecen relevantes recursos e instituciones vinculadas con el fomento de la salud.

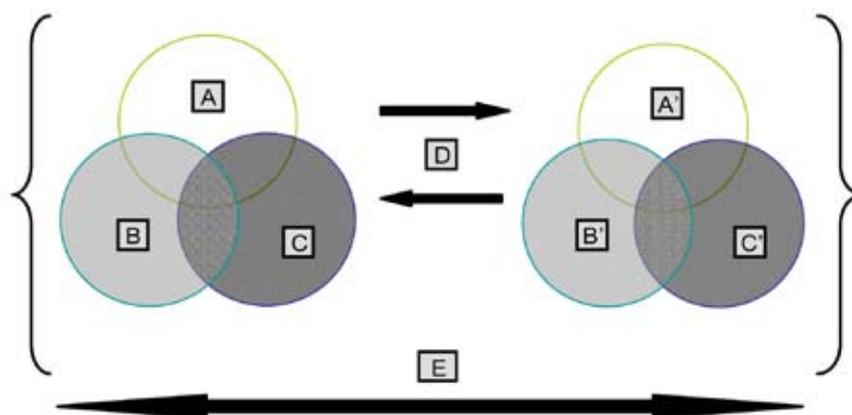
Los efectos de la religiosidad sobre la salud mental se han estudiado más profundamente que los relativos al ámbito físico. La asistencia a prácticas religiosas parece amortiguar los efectos del estrés sobre la salud mental [40]. Diversas investigaciones demuestran que la espiritualidad puede ser positivamente asociada con sentimientos de bienestar en americanos blancos o hispanos [41], así como en población afroamericana [42]. A su vez, la población anciana afroamericana parece presentar más facilidad que su homónima americana de raza blanca en orden a obtener mayor satisfacción vital derivada de la religión [43]. Por otra parte, la asistencia a servicios religiosos presenta una relación directa con un mayor nivel de satisfacción vital tanto entre la población anciana china de Hong-Kong [44] como entre mujeres mexicanas de avanzada edad [45]. Sentimientos como el optimismo y la esperanza parecen presentarse más incrementados en individuos religiosos respecto a no religiosos en varios estudios poblacionales [46].

Existen investigaciones que han analizado los efectos de la religión sobre la patología depresiva. Desde esta perspectiva, diversos estudios prospectivos han manifestado que la actividad religiosa podría asociarse con remisión de la depresión, lo que se ha descubierto en población neerlandesa, tanto protestante como católica [47], así como respecto a población estrictamente anciana [48]. Un estudio reciente, realizado con mujeres afectadas por virus de inmunodeficiencia humana, descubre una relación inversa entre bienestar religioso y sintomatología depresiva [49]. También se ha constatado el impacto positivo de la creencia y práctica religiosas para aminorar el estrés y la depresión en pacientes con estrés postraumático [50]. A su vez, se ha encontrado una correlación inversa entre religiosidad y suicidio [51], también

demostrada específicamente respecto a población de vinculación judeocristiana de edad avanzada, mediante un análisis de muestras extraídas de 26 países [52]. Recientemente se ha constatado la existencia de bajos niveles de depresión, junto a notables niveles de salud general, en un estudio realizado con ancianos coreanos que se caracterizaban por un elevado nivel de religiosidad y espiritualidad [53]. Junto al postulado efecto antidepresivo, podemos encontrar estudios que aluden a su eficacia ansiolítica, así como en relación al incremento de la autoestima [54]. Más aún, aunque todavía no se ha llegado a dilucidar certeramente su relación causa-efecto, se llega a sostener el impacto favorable que, sobre pacientes cristianos con patología depresiva, derivaría de una terapia cognitiva basada en la religión [55].

Se estima que la creencia religiosa proporciona un significado a la propia vida de la persona, y, consecuentemente, estimula a un más adecuado abordaje del malestar y la enfermedad [56]. De este modo, aunque la comparación entre los diversos parámetros doctrinales de las distintas religiones no pueda materializar una exclusiva e idéntica interpretación de conceptos como dolor o sufrimiento, parecen recogerse resultados que mostrarían una relación directa entre inferiores niveles de éstos y la asunción personal de una creencia religiosa [57,58].

En el presente apartado, junto a la mención sobre repercusiones de la religiosidad en el bienestar psíquico, también se ha hecho referencia a situaciones clínicas de índole física u orgánica. En primer lugar, porque ilustra el amplio espectro que parece manifestar este postulado papel 'salutogénico' de lo religioso. Por otra parte, desvinculándonos de cualquier dualismo cuerpo-mente, consideramos la intrincada bidireccionalidad causa-efecto que preside el diálogo de sendos ámbitos, reconociendo, por ejemplo, tanto el efecto orgánico que pueden provocar algunos padecimientos psicopatológicos –alteraciones emocionales y sistema neuroendocrino, entre otros– como el sufrimiento psíquico que conllevan muchas alteraciones físicas –digestivas, musculares, etc.–, junto al importante papel rehabilitador de intervenciones psicoterapéuticas en interacción con tratamientos quirúrgicos y farmacológicos. Finalmente, porque cualquier posicionamiento no reduccionista respecto al concepto de salud mental no puede separarse de un objetivo basado en la mejora global de la cali-



**Figura 1.** Mecanismos propuestos para explicar el efecto de la religiosidad sobre la salud. Existiría una integración o simbiosis de factores, en cada individuo dado, que produciría mutuas influencias entre lo conductual (A), lo cognitivo (B) y lo afectivo (C). La interacción con otro/s individuo/s, designados con el supraíndice ('), definiría la influencia ejercida por el factor interpersonal (D). El componente psicofisiológico (E) podemos considerarlo como un factor más o, en sentido amplio, como el mecanismo subyacente a la repercusión que sobre la salud ejercen el resto de factores.

dad de vida, implicando un tipo de intervención sanitaria que considera adecuadamente estas dos dimensiones complementarias.

### Mecanismos psicofisiológicos explicativos

En consonancia con lo dicho anteriormente, en este artículo no pretendemos profundizar en el análisis de los factores promotores de salud de algunas importantes prácticas ligadas a la religiosidad, como, por ejemplo, la meditación, para la que actualmente existen profundas revisiones desde diversas tipologías y perspectivas culturales [59], así como elaboradas explicaciones que conjugan la participación de los sistemas nerviosos central –áreas corticales y subcorticales– y autónomo, en interacción con los sistemas endocrino e inmune, junto al concurso de diversos neurotransmisores [60]. Más bien, sin perder de vista que la perspectiva psiconeuroinmunológica [61] subyace como eje transversal a otras explicaciones de corte más molar, nos centraremos en una tipología de posibles mecanismos causales (Fig. 1) que, referidos al correlato psicológico de la creencia religiosa –fe–, caracterizado por elementos como la esperanza, el optimismo, las ilusiones positivas y la apertura a la trascendencia [62], nos sitúan en un enfoque explicativo biopsicosocial.

Estos mecanismos hipotetizados han sido denominados, recientemente, por Levin [62] como:

- *Conductual/motivacional*: la fe poseería la capacidad de condicionar y regular directamente los sistemas endocrino e inmunológico. En paralelo, conductas y actitudes basadas en creencias religiosas, como las relacionadas con el tabaco, la bebida, el ejercicio físico o la moderación alimenticia, pueden motivar comportamientos que fomentan la salud y disminuyen el riesgo de enfermedad [63].
- *Interpersonal*: la fe facilitaría la posibilidad del creyente de conectar con otras personas o grupos afines, que pueden proporcionar apoyo social y emocional, pudiendo servir para amortiguar el estrés y atenuar sus perniciosos efectos fisiológicos. Como se ha demostrado en investigaciones epidemiológicas, la apertura en confianza hacia el otro –humano o divino– provee efectos promotores de salud y preventivos ante potenciales enfermedades [57,58].
- *Cognitivo*: la fe establecería una estructura mental que configura en la persona una aptitud para un adecuado afrontamiento en lo relativo a la salud y la enfermedad. Así, el estilo cognitivo de un individuo religioso, que puede internalizarse tempranamente, junto a las explicaciones asociadas frente a relevantes experiencias vitales, pueden proporcionar un modo saludable

de comportamiento ante el dolor, el sufrimiento y otros componentes asociados a las patologías [64].

- *Afectivo*: la fe podría generar un impacto emocional con capacidad de modular o mitigar los efectos perjudiciales del estrés. La conexión entre afectividad, cognición y varios marcadores fisiológicos se ha validado empíricamente. Los sentimientos positivos elicitados a través de pensamientos, creencias y experiencias –personales o comunitarias– basados en la fe pueden influir sobre el impacto físico que pueden producir algunas entidades clínicas, así como modular parámetros del sistema inmune indicativos de fisiopatología [65].
- *Psicofisiológico*: la fe proporcionaría optimismo y esperanza en el futuro, ayudando a que situaciones generadoras de dolor y malestar puedan tolerarse mejor; su efecto mental en el individuo se ha constatado perfectamente [66]. Algunos marcadores psicósomáticos de interacción mente-cuerpo, que incluye autorregulación mental de parámetros fisiológicos seleccionados, se ha validado en la reducción de sintomatología patológica, así como respecto a restauración funcional. La creencia y la confianza, asociadas a la fe religiosa, están en consonancia con ese tipo de acciones mentales conocidas por poder producir respuestas corporales cuantificables y clínicamente significativas [62].

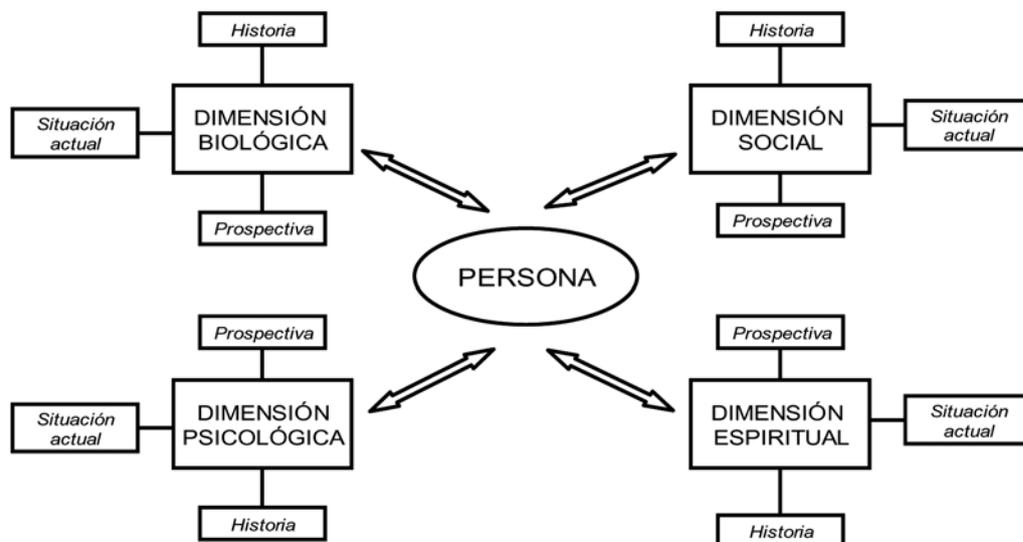
En el lenguaje de ‘causación’, utilizado en epidemiología y medicina, estos mecanismos explicativos que conectan religiosidad y salud podemos considerarlos como ‘plausibles’ y ‘coherentes’ [67]. Su plausibilidad radica en la consistencia que presentan respecto al bagaje teórico relativo a patología humana, salud y curación, especialmente respecto a salud psicológica. Por su parte, su coherencia estriba en la consistencia con respecto a datos biológicos relacionados con salud y enfermedad, al menos en referencia a la investigación psicofisiológica y bioconductual.

## Religiosidad y asistencia multidisciplinar

La más que probable eficacia de la religiosidad personal como factor promotor de salud, unido a la relevancia que aquélla supone en las capas de mayor edad en nuestra sociedad, pensamos

que pueden ser, entre otros, motivos más que suficientes para proponer una mayor presencia de la consideración y utilización clínica de esa religiosidad de nuestros usuarios en ámbitos tanto residenciales como ambulatorios y hospitalarios. Desde una perspectiva no restrictiva de los conceptos de bienestar y calidad de vida en las personas, no se puede obviar la importancia que muchos de nuestros mayores otorgan a su dimensión espiritual, en ocasiones críticamente exacerbada en la medida que perciben la cercanía del final de su vida, proporcionándoles tanto apoyo para sus necesidades espirituales *per se*, como estrategias derivadas de un aprovechamiento ‘salutogénico’ en la praxis clínica.

Las carencias de un modelo biomédico, centrado en un concepto de salud que se interpretaba como ausencia de enfermedad, fueron ya indicadas por la Organización Mundial de la Salud cuando, en 1948, propuso su definición de salud como estado de completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo, la convincente expresión clínica de este revolucionario enfoque no llegaría hasta la articulación del denominado modelo biopsicosocial de Engel [68]. Esta propuesta, que toma en consideración la interacción entre las esferas afectivocognitiva, biológica e interpersonal, no llega a considerar aún, como entidad relevante, la dimensión religiosa y espiritual de la persona. Así, recientemente, se ha formulado una nueva perspectiva, catalogada por Sulmasy como modelo biopsicosocial-espiritual [69]. A partir de éste, se consideraría la dimensión espiritual junto a la biológica, psicológica y social, que serían integradas holísticamente por cada persona (Fig. 2). En función de este modelo, y desde una interpretación amplia de espiritualidad, se sugiere que el paciente desembocaría en el ámbito clínico portando una historia espiritual, un estilo de afrontamiento asociado a su religiosidad, una situación actual de bienestar espiritual y unas específicas necesidades espirituales. Además, algunos de estos factores servirían como variables independientes de cara a pronosticar el modo de afrontar, espiritualmente, cada una de las fases de su proceso patológico. Por otra parte, este modelo plantea un eje bidireccional de influencias recíprocas entre el estado espiritual concreto del paciente y su correspondiente estado biopsicosocial. En acompañamiento y cuidados hacia pacientes moribundos, situación que suele asociarse más frecuentemente con personas ancianas y con



**Figura 2.** Propuesta de coinfluencias en un modelo biopsicosocial-espiritual. Las dimensiones humanas (biológica, social y espiritual) se integran, mediante interacciones recíprocas, dentro del núcleo central que constituye cada persona. La valoración de cada dimensión específica se realizará analizando el estado presente del paciente en ese aspecto durante la experiencia clínica, junto a una retrospectiva que nos acerque a su historial personal en esa dimensión dada, así como a través de la prospectiva o pronóstico de futuro que la misma persona anticiparía.

patologías terminales, el estado biopsicosocial-espiritual del paciente supondrá el soporte sobre el cual esa persona vive hasta su fallecimiento, así como la base sobre la cual se posiciona en función de su hipótesis de lo que ocurrirá tras su muerte, tanto si la interpretación es religiosa como si es estrictamente nihilista [69].

La implementación de intervenciones específicas basadas en el modelo biopsicosocial-espiritual dentro del ámbito clínico no entraría en conflicto con el actual pluralismo ideológico y religioso de nuestra sociedad, como tampoco sería contradictorio con la necesaria idea de laicidad que configura nuestros estados aconfesionales. Más aún, ni tan siquiera consiste en fomentar o cultivar el crecimiento de esa 'saludable' religiosidad, cometido del que ya se encargarían otros medios e instituciones, y para el cual los profesionales de la sanidad no estarían cualificados. La inclusión de actuaciones en el protocolo sanitario geriátrico, a partir de este modelo, supondría un estilo de intervención que, guiada por una orientación pedagógica inductiva que parte de la realidad concreta e idiosincrática de cada persona, aprovecharía el bagaje religioso positivo de cada paciente, en los casos en los cuales existiese, con el objetivo de

potenciar sinérgicamente una intervención terapéutica global y multidisciplinar.

En la actualidad, ya existen iniciativas orientadas en esta dirección, junto a diversas publicaciones que analizan aspectos concretos relacionados con la misma, que aunque fundamentalmente se dirijan a una actuación psiquiátrica genérica y no enfocada a la atención específica de nuestros mayores, profundizan en cuestiones que nos pueden clarificar el debate sobre la conveniencia y modo de materialización de un papel más estructurado de la espiritualidad en la intervención psicogerátrica. Así, en primer término, podríamos examinar algunas publicaciones que sondan la realidad presente en varios países, analizando la presencia de creencias religiosas entre los profesionales de la psiquiatría y el papel que desempeñan en sus actitudes y prácticas clínicas. Neeleman y King entrevistaron a 231 psiquiatras londinenses, procedentes tanto de hospitales generales como psiquiátricos. La mayoría (73%) afirmaron carecer de afiliación religiosa (50% ateos o agnósticos); el 28% eran creyentes y el 22% asistían a servicios religiosos, al menos, una vez al mes. Sin embargo, el 92% pensaban que la religión y la enfermedad mental estaban vinculados, así como que las

cuestiones religiosas deberían contemplarse en el tratamiento; mientras que el 42% pensaban que la religiosidad podría conducir a la enfermedad mental, el 61% afirmaban que podría proteger frente a ésta. Con respecto a la práctica psiquiátrica, el 48% aseguraban que frecuentemente –o siempre– preguntaban a sus pacientes sobre sus creencias religiosas, mientras que en torno al 66% con poca frecuencia –o nunca– los remitían al ministro religioso correspondiente [70].

Un estudio posterior de Baetz et al entrevistó a 1.204 psiquiatras registrados en el Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá, junto a 157 pacientes canadienses. El 54% afirmaron ser creyentes frente al 71% de los pacientes. Los psiquiatras acudían a los servicios religiosos en menor medida que sus pacientes. El 47% indicaron como adecuado, frecuentemente o siempre, incluir la religiosidad dentro de la evaluación clínica, señalando que así lo llevaban a cabo el 50%; esto sólo fue corroborado por el 17% de los pacientes. Respecto a remitir al paciente a un ministro religioso acorde con su espiritualidad, el 55% de los psiquiatras afirmó que lo llevaban a cabo sólo ocasionalmente, mientras que el 83% de los pacientes manifestaban que este procedimiento no se producía nunca. El 53% de los pacientes consideró que el acompañamiento espiritual, por parte de un ministro religioso, fue importante en su tratamiento. El 47% estimó importante conocer la orientación religiosa de sus psiquiatras, reconociendo el 24% que fue un factor que tomaron en consideración a la hora de la elección del especialista [71].

Curlin et al han estudiado esta incidencia dentro del ámbito psiquiátrico norteamericano, comparando lo manifestado por estos médicos con lo que se desprende de otros colegas procedentes de otras especialidades; consiguientemente, se contó con 1.144 médicos de múltiples especialidades, sistemáticamente identificados, de los cuales 100 eran psiquiatras. Así, en contraste con otros médicos, existían menos psiquiatras con creencias religiosas (65% frente al 77%), menor asistencia a servicios religiosos (29% frente al 47%), contando en menor medida con el papel de ‘Dios’ como fuente de fuerza y soporte personales (36% frente al 49%). Con respecto a la práctica clínica, los psiquiatras consideraron que fue adecuado, frecuentemente o siempre, preguntar al paciente sobre su religiosidad (93% frente al 53%), siendo puesto en práctica por una clara mayoría (87%

frente al 49%). Por otra parte, en torno al 6% de los psiquiatras afirmaron haber rezado en alguna ocasión con sus pacientes, frente al 20% de otros especialistas médicos [72,73].

Otra investigación reciente, realizada por Lawrence et al con psiquiatras británicos que trabajan en el ámbito psicogeriátrico, muestra que el 58% de éstos posee una afiliación religiosa, dato que supera lo que podemos encontrar en los psiquiatras en general. De aquéllos, el 73% afirmaron ser cristianos, seguido cuantitativamente por los hindúes, musulmanes, sijs, judíos y jainistas. Una amplia mayoría (92%) ha reconocido la importancia de la dimensión espiritual en la vida de sus pacientes y una cuarta parte es proclive a remitirlos a los servicios de un ministro religioso, abogando por una más completa integración de estos asesores espirituales, tanto en la evaluación como en el manejo, en casos individuales excepcionales [74].

Por otra parte, también se han propuestos criterios para realizar una adecuada evaluación espiritual en el ámbito clínico. De entre las más recientes destacamos la realizada por Rumbold, quien propone una evaluación espiritual que, exenta de la imposición de una visión y definición de espiritualidad, entienda ésta como algo que preserva la identidad y otorga sentido. Supone la identificación de las necesidades espirituales y de los recursos, de modo que procure [75]:

- Considerar la perspectiva de los pacientes, respetando su intimidad.
- Implicar a todos los miembros del equipo interdisciplinar en la medida de sus capacidades y disposición.
- Solicitar permiso claro para documentar las necesidades espirituales, junto a las respuestas estratégicas a ellas, así como los recursos requeridos y los resultados.
- Integrar, dentro de un plan de cuidados global, las estrategias de intervención, que han de mostrarse fácilmente comprensibles por todos los miembros del equipo multidisciplinar.
- Proporcionar un marco común para la continuidad de la atención entre los organismos de la comunidad y los servicios de hospitalización.
- Ofrecer un lugar para la asistencia religiosa, con la precaución de no confundir las cuestiones espirituales con las prácticas religiosas.
- Finalmente, si bien la atención espiritual genérica podrá ser prestada por un equipo, se considera que la atención religiosa específica

**Tabla II. Acrónimos ingleses que designan métodos de entrevista clínica propuestos para registrar la espiritualidad del paciente.**

HOPE [79]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos para la esperanza (<i>hope</i>, en inglés)</li> <li>• Función en su vida de una religión organizada</li> <li>• Prácticas y espiritualidad personal</li> <li>• Efectos que ejerce sobre cuidados y toma de decisiones</li> </ul>
FICA [78,80]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fe y creencias</li> <li>• Importancia de la espiritualidad en su vida</li> <li>• Comunidad espiritual de apoyo</li> <li>• Modo en que el paciente desea ser dirigido (<i>addressed</i>, en inglés)</li> </ul>
SPIRIT [77]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de creencia espiritual</li> <li>• Espiritualidad personal</li> <li>• Integración en una comunidad espiritual</li> <li>• Prácticas ritualizadas y restricciones</li> <li>• Implicaciones sobre cuidados médicos</li> <li>• Planificación de acontecimientos terminales</li> </ul>

deberá ser proporcionada por una persona de la fe respectiva, preferiblemente dispuesto a participar en el equipo.

A su vez, también se ha trabajado en diseños que ponen énfasis en intervenciones específicas innovadoras, como el cribado de la historia espiritual personal, la oración o rezo conjunto con el paciente, el cuestionamiento o discusión sobre las creencias religiosas que puedan resultar perjudiciales, así como la derivación a un clérigo de la religión específica [76]. Concretamente, en cuanto a la indagación de la historia espiritual del paciente, se han elaborado algunos cuestionarios breves (Tabla II) para facilitar la entrevista clínica [77-80]. Más aún, se ha propuesto impartir formación específica a residentes de psiquiatría para adiestrar en este tipo de entrevista, existiendo estudios que demuestran la mayor eficacia de los conocimientos en fenomenología y habilidades para este cribado por encima de lo que supondría un amplio bagaje doctrinal en muchas religiones, a excepción de los casos en los cuales el propio clínico esté vinculado a una comunidad religiosa [81].

La ejecución de una praxis clínica que toma en consideración la espiritualidad del paciente se ha considerado no sólo claramente adecuada para personas de edad avanzada o en la antesala del final de su vida, sino que también se ha demostrado la mayor voluntad de apertura a aquélla de los profesionales que se encuentran involucrados

en esta situación. Así, en un estudio realizado sobre 476 médicos de atención primaria, el 84,5% pensaban que deberían tomar en consideración la religiosidad de sus pacientes, afirmando, una amplia mayoría, que no les preguntarían sobre cuestiones espirituales, a menos que el paciente se encontrase al término de su vida; incluso, en torno a un tercio de los médicos rezaría con sus pacientes en esta circunstancia. Más aún, este número se incrementa a un 77,1% si es el propio paciente quien solicita a su médico que comparta con él la plegaria [82].

## Conclusiones

En función de los numerosos estudios que muestran una relación directa entre la religiosidad de los pacientes y su nivel de salud, y a falta de posteriores estudios que puedan seguir corroborando esta correlación, parece existir probada evidencia del papel positivo que la práctica religiosa o espiritual puede desempeñar como factor promotor de salud y bienestar. En base a trabajos ya existentes, que pretenden estudiar la plausibilidad de una implementación más formal de la religiosidad del paciente en los protocolos de diagnóstico y tratamiento, sostenemos la conveniencia de un debate médico que plantee esta posibilidad. En coherencia con un estilo de atención sanitaria multidis-

ciplinar, que considera al paciente desde los diversos factores vitales que lo definen e influyen, postulamos la necesidad de enfatizar la importancia que, por la mayor receptividad y repercusión que le otorgan nuestros ancianos, podría suponer una mayor consideración clínica de lo religioso en nuestros ámbitos de atención psicogeriátrica.

## Bibliografía

1. Wilson EO. *On human nature*. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
2. Phillips P. *The prehistory of Europe*. Bloomington: Indiana University Press; 1980.
3. Barret DB, Kurgan, GT, Johnson, TM. *World Christian Encyclopedia: a comparative survey of churches and religions in the modern world*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
4. James W. *The varieties of religious experience*. New York: The Modern Library; 1999.
5. Darwin C. *The origin of species: by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life*. New Jersey: Castle Books; 2004.
6. Osler W. The faith that heals. *Br Med J* 1910; 18: 1470-2.
7. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.
8. Levin J. *God, faith, and health: exploring the spirituality-healing connection*. New York: John Wiley & Sons; 2001.
9. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psychooncology* 2005; 14: 450-63.
10. Koenig HG. Research on religion, spirituality and mental health: a review. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 283-91.
11. Kutz I. Samson, the Bible and DSM. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 565.
12. Centro de Investigaciones Sociológicas. Frecuencias marginales unidimensionales del estudio 2752. URL: [http://www.cis.es/cis/opencms/-archivos/marginales/2740\\_2759/e275200.html](http://www.cis.es/cis/opencms/-archivos/marginales/2740_2759/e275200.html). [26.11.2009].
13. Levin JS, Markides KS. Religious attendance and subjective health. *J Sci Stud Relig* 1986; 25: 31-40.
14. Boswell GH, Kahana E, Dilworth-Anderson P. Spirituality and healthy lifestyle behaviors: stress counter-balancing effects on the well-being of older adults. *J Relig Health* 2006; 45: 587-602.
15. Kark JD, Shemi G, Friedlander Y, Martin O, Manor O, Blondheim SH. Does religious observance promote health? Mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *Am J Public Health* 1996; 86: 341-6.
16. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol* 2000; 19: 211-22.
17. Oman D, Kurata JH, Strawbridge WJ, Cohen RD. Religious attendance and cause of death over 31 years. *Int J Psychiatry Med* 2002; 32: 69-89.
18. Ball J, Armistead L, Austin BJ. The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *J Adolesc* 2003; 26: 431-46.
19. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography* 1999; 36: 273-85.
20. Helm HM, Hays JC, Flint EP, Koenig HG, Blazer DG. Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55: 400-5.
21. Comstock GW, Partridge KB. Church attendance and health. *J Chronic Dis* 1972; 25: 665-72.
22. Rasanen J, Kauhanen J, Lakka TA, Kaplan GA, Salonen JT. Religious affiliation and all-cause mortality: a prospective population study in middle-aged men in eastern Finland. *Int J Epidemiol* 1996; 25: 1244-9.
23. Van Poppel F, Schellekens J, Liefbroer AC. Religious differentials in infant and child mortality in Holland, 1855-1912. *Popul Stud (Camb)* 2002; 56: 277-89.
24. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J* 2004; 97: 1194-200.
25. Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED. 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.
26. Contrada RJ, Goyal TM, Cather C, Rafalson L, Idler EL, Krause TJ. Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: the impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychol* 2004; 23: 227-38.
27. 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.
28. Hodges SD, Humphreys SC, Eck JC. Effect of spirituality on successful recovery from spinal surgery. *South Med J* 2002; 95: 1381-4.
29. Van Ness PH, Kasl SV, Jones BA. Religion, race, and breast cancer survival. *Int J Psychiatry Med* 2003; 33: 357-75.
30. Zollinger TW, Phillips RL, Kuzma JW. Breast cancer survival rates among seventh-day Adventist and non-seventh-day Adventist. *Am J Epidemiol* 1984; 119: 503-9.
31. Friedlander Y, Kark JD, Stein Y. Coronary heart disease risk factors among religious groupings in a Jewish population sample in Jerusalem. *Am J Clin Nutr* 1985; 42: 511-21.

32. Friedlander Y, Kark JD, Stein Y. Religious observance and plasma lipids and lipoproteins among 17-year-old Jewish residents of Jerusalem. *Prev Med* 1987; 16: 70-9.
33. Fraser GE. Associations between diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-Hispanic white California seventh-day Adventist. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 532-8.
34. Miller WR. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction* 1998; 93: 979-90.
35. Avants SK, Warburton LA, Margolin A. Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *J Psychoactive Drugs* 2001; 33: 39-45.
36. Forcechimes AA. De profundis: spiritual transformations in alcoholics anonymous. *J Clin Psychol* 2004; 60: 503-17.
37. Merrill RM, Thygeson AL. Religious preference, church activity, and physical exercise. *Prev Med* 2001; 33: 38-45.
38. McLane S, Lox CL, Butki B, Stern L. An investigation of the relation between religion and exercise motivation. *Percept Mot Skills* 2003; 97: 1043-8.
39. Koenig HG, George LK, Cohen HJ, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53: 426-34.
40. Williams DR, Larson DB, Buckler RE, Heckmann RC, Pyle CM. Religion and psychological distress in a community sample. *Soc Sci Med* 1991; 32: 1257-62.
41. Markides KS, Levin JS, Ray LA. Religion, aging, and life satisfaction: an eight-year, three-wave longitudinal study. *Gerontologist* 1987; 27: 660-5.
42. Coke MM. Correlates of life satisfaction among elderly African Americans. *J Gerontol* 1992; 47: 316-20.
43. Krause N. Religious meaning and subjective well-being in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58: 160-70.
44. Ho SC, Woo J, Lau J, Chan SG, Yuen YK, Chan YK, et al. Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 252-5.
45. Levin J, Markides K. Religious attendance and psychological well-being in middle-aged and older Mexican Americans. *Sociol Anal* 1988; 49: 66-72.
46. Idler EL, Kasl SV. Religion among disabled and non-disabled persons I: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52: 294-305.
47. Braam A, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, Van Tilburg W. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 199-205.
48. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 536-42.
49. Dalmida SG, McDonnell M, Dilorio C, Laderman G. Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. *Womens Health* 2009; 49: 119-43.
50. Schiff M. Living in the shadow of terrorism: psychological distress and alcohol use among religious and non-religious adolescents in Jerusalem. *Soc Sci Med* 2006; 62: 2301-12.
51. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 543-6.
52. Neeleman J, Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 204-10.
53. You KS, Lee HO, Fitzpatrick JJ, Kim S, Marui E, Lee JS, et al. Spirituality, depression, living alone, and perceived health among Korean older adults in the community. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23: 309-22.
54. O'Laoire S. An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression. *Altern Ther Health Med* 1997; 3: 38-53.
55. Propost LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious individuals. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 94-103.
56. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 2002; 40: 1013-22.
57. Swimmer GI, Robinson ME, Geisser ME. Relationship of MMPI cluster type, pain coping strategy, and treatment outcome. *Clin J Pain* 1992; 8: 131-7.
58. Musick MA, Koenig HG, Hays JC, Cohen HJ. Religious activity and depression among community-dwelling elderly persons with cancer: the moderating effect of race. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53: 218-27.
59. Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liand Y, et al. Meditation practices for health: state of research. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2007; 155: 1-472.
60. Seybold KS. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. *J Behav Med* 2007; 30: 303-9.
61. Koenig HG, Cohen HJ, eds. *The link between religion and health: psychoneuroimmunology and the faith factor*. New York: Oxford University Press; 2002.
62. Levin J. How faith heals: a theoretical model. *Explore* 2009; 5: 77-96.
63. Snyder CR. The past and possible futures of hope. *J Soc Clin Psychol* 2000; 19: 11-28.
64. Muris P, DeJong P. Monitoring and perception of threat. *Pers Individ Differ* 1993; 15: 467-70.
65. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol* 2000; 55: 99-109.

66. Ai AL, Tice TN, Bolling SF, Koenig HG. Faith-based and secular pathways to hope and optimism subconstructs in middle-aged and older cardiac patients. *J Health Psychol* 2004; 9: 435-50.
67. Susser M. Falsification, verification and causal inference in epidemiology: reconsideration in the light of Sir Karl Popper's philosophy. In Rothman KJ, ed. *Causal inference*. Chestnut Hill: Epidemiology Resources; 1988. p 33-57.
68. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
69. Sulmasy D. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist* 2002; 42: 24-33.
70. Neeleman J, King MB. Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 420-4.
71. Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 265-71.
72. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD, Meador KG. The relationship between psychiatry and religion among US physicians. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 1193-8.
73. Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1825-31.
74. Lawrence RM, Head J, Christodoulou G, Andonovska B, Karamat S, Duggal A. Clinician's attitudes to spirituality in old age psychiatry. *Int Psychogeriatr* 2007; 19: 962-73.
75. Rumbold BD. Spirituality and health. A review of spiritual assessment in health care practice. *Med J Aust* 2007; 186: 60-2.
76. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatr Bull* 2008; 32: 201-3.
77. Maugans TA. The spiritual history. *Arch Fam Med* 1995; 5: 11-6.
78. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 2000; 132: 578-83.
79. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001; 63: 81-9.
80. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *Am J Med* 2001; 110: 283-7.
81. Blass DM. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. *Acad Psychiatry* 2007; 31: 25-31.
82. Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2751-6.