

Peter J. Verhagen<sup>1</sup>

# Psiquiatría y religión: La Asociación Mundial de Psiquiatría más allá de los límites

<sup>1</sup>Presidente Sección de religión, espiritualidad y psiquiatría de la AMP  
GGZ Centraal, Harderwijk, the Netherlands

**Objetivo.** Este artículo reflejará la relevancia de las discusiones sobre "Religión y ciencia" para la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP). La reflexión sobre este tema aún no ha comenzado, a pesar de la publicación por parte de la AMP del manual 'Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries', emprendido por la sección de religión, espiritualidad y psiquiatría de la AMP.

**Discurso.** Siguiendo el modelo propuesto por el filósofo de religión y ética holandés Willem Drees, se enunciarán y discutirán dos afirmaciones:

5. La AMP, representando la psiquiatría mundial, necesita cambiar su posición en relación a la religión y la espiritualidad. Se debe hacer yendo más allá de las constricciones científicas de mente estrecha como las reduccionistas o materialistas.
6. La psiquiatría y la religión no deben considerarse adversarias, oponiéndose una a la otra, sino aliadas contra la superstición y el sinsentido.

**Conclusión.** La frontera entre religión (y espiritualidad) y la práctica de la Psiquiatría cada vez es más porosa. Los psiquiatras no pueden esconderse mucho más tiempo detrás del rechazo a las creencias religiosas como patológicas o detrás del cientificismo biomédico en un mundo globalizado de múltiples fes y culturas. En consecuencia, hay una razón importante para enlazar 'religión y ciencia' más allá de los viejos conflictos. Esta razón podría ser la persistencia de supersticiones y sinsentidos (religiosas y científicas).

**Palabras clave:** Ciencia, Religión, Psiquiatría, Cosmología, Axiología, Apologética

## Psychiatry and Religion: World Psychiatric Association Beyond Boundaries

**Objective.** This paper will reflect on the significance of the discussions on 'Religion and Science' for the World

Correspondencia:  
Peter J. Verhagen  
WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry, chair  
GGZ Centraal, Harderwijk, the Netherlands  
Correo electrónico: p.verhagen@ggzcentraal.nl

Psychiatric Association (WPA). Reflection on this topic has not even started yet despite the publication of a WPA handbook on 'Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries', started up by the WPA Section of Religion, Spirituality and Psychiatry.

**Discourse.** Following the model proposed by the Dutch philosopher of Religion and Ethics Willem Drees, two statements will be formulated and discussed:

1. The WPA, indeed representing world psychiatry, needs to change its position toward religion and spirituality. It should do so by crossing narrow minded scientific boundaries like reductionist and materialistic boundaries.
2. Psychiatry and religion should not be regarded as opposing adversaries against each other, but as allies against superstition and nonsense.

**Conclusion.** The boundary between religion (and spirituality) and the practice of psychiatry is becoming increasingly porous. No longer can psychiatrists in a multi-faith, multi-cultural, globalized world hide behind the dismissal of religious belief as pathological, or behind biomedical scientism. Consequently, there is a far more important reason for engaging in 'Religion and Science' than the outdated conflicts. That reason would be the persistence of (religious and scientific) superstition and nonsense.

**Key words:** Science, Religion, Psychiatry, Cosmology, Axiology, Apologetics

---

## INTRODUCCIÓN: TEMAS CENTRALES RECOGIDOS

Hay mucho para contar y explicar en relación a la interacción de la psiquiatría y la experiencia religiosa. A pesar de las recientes publicaciones y revisiones de los hallazgos

empíricos, sigue siendo oportuno discutir sobre los temas centrales de manera más extensa y profunda. Se pueden enumerar una larga lista de estos "temas centrales". Para hacer un primer acercamiento: en el volumen de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) sobre religión y psiquiatría, los editores distinguían siete campos de interés<sup>1</sup>. El primero de todos, en respuesta a una cuestión como "¿Dónde empezar?", ellos comenzaron con los llamados prolegómenos: historia, filosofía, ciencia y cultura. Este comienzo trata de atraer la atención de los lectores y estimular a la reflexión sobre el núcleo histórico y las consideraciones filosóficas cuando se contempla la religión y la salud mental. Parecería que la psiquiatría tuviera que comenzar (de nuevo) con el análisis de los problemas históricos y filosóficos de la interacción de la psiquiatría y la religión.

En segundo lugar, dado que el 80 por ciento de la población mundial pertenece a una de las conocidas tradiciones religiosas y se conocen cerca de 4.200 diferentes grupos religiosos/espirituales, inevitablemente los psiquiatras necesitan conocer sobre los temas centrales de las diversas religiones dado el contexto social y cultural de su práctica clínica: la información necesaria sobre los círculos de las tradiciones religiosas entorno a una figura central (o figuras), un mensaje central y elementos estructurales centrales. Desde esta perspectiva, es clarificante mirar a los conceptos, creencias populares y prácticas religiosas respecto a la salud y a la enfermedad mental.

La psicopatología es la principal actividad de la psiquiatría. Por ello, en tercer lugar, se necesita explicar mucho sobre la psicopatología religiosa. En el volumen citado no sólo se discute sobre la experiencia religiosa y la psicopatología, religiosidad normal y anormal, psicosis, depresión y trastorno obsesivo compulsivo, sino también sobre religión desde una perspectiva psicoanalítica y fundamentalismo religioso. Por un lado, la eliminación conceptual de los aspectos religiosos y espirituales puede conducir a los psiquiatras a la pérdida de sus pacientes. Por otro lado, los asuntos religiosos y espirituales y sus dinámicas están entrelazados con el proceso de formación de síntomas.

Para tratar estos tres temas principales tuvieron que añadirse algunos otros. Los desarrollos neurocientíficos han roto la barrera dualista entre la observación y el comportamiento y la activación de estructuras cerebrales. No hay función mental que no esté orquestada por los procesos de activación cerebrales. Y la mente sigue importando. El reto es explicar por qué, y hacerlo no en oposición a la neurociencia. Mientras tanto son necesarios estudios de investigación y empíricos para clarificar la posible relación entre religión y salud mental; la religión puede ser dañina, la religión puede ser útil y generalmente un recurso positivo. Aún hay mucho por avanzar. En la evaluación de datos empíricos hay que tener en cuenta la elección por los investigadores de este o aquel indicador de la religiosidad y de medida de una (forma

específica de) molestia psicológica que está guiada por las ideas más o menos explícitas sobre lo que son la religión y la salud mental. Esta lista no está completa sin mencionar la interdisciplinariedad y la formación. Los equipos multidisciplinares son habituales en las instituciones de salud mental. Psicoterapia, cuidado pastoral y espiritual, y dar significado contribuyen al cuidado psiquiátrico de los pacientes. Sus evaluaciones específicas de cada disciplina tienen mucho que añadir a nuestro conocimiento del paciente concerniente al diagnóstico y a las intervenciones terapéuticas. La residencia psiquiátrica, continúa la educación médica y la formación en psicoterapia sienta las bases de la adquisición y mejora del conocimiento, habilidades y actitudes. Exactamente lo mismo se sostiene para la religión, la espiritualidad, la visión del mundo y la interacción entre psiquiatría y religión.

### '¿DANZA MORTAL?'

Aunque en realidad no es difícil imaginar que estos 'temas centrales', como los he llamado, tengan (o quizás solieran tener) algo que ver entre ellos, no está claro a primera vista, cómo e incluso por qué están interconectados. Es aquí donde nos adentramos en el enigmático campo del pensamiento y en la discusión de la ciencia (la psiquiatría) y la religión. La ciencia y la religión han sido vistas con frecuencia como enemigas en un combate mortal; una postura innecesaria y de hecho inaceptable. El comienzo de la psiquiatría es de hecho la ilustración de este desarrollo en el que la religión pierde su posición de liderazgo y el médico pasa a ser un nuevo guía vital con autoridad científica y moral. Desde entonces la relación entre psiquiatría y religión se ha tensado en mayor o menor medida.

Estamos acostumbrados a la tipología cuádruple de Barbour como la manera estándar de presentar la relación entre la ciencia y la religión. Este autor proponía una descripción del campo de "ciencia y religión" usando 4 categorías: conflicto, independencia, diálogo e integración. Sin embargo, se puede elaborar este esquema y argumentar que en el nivel social de la ciencia (psiquiatría) estos cuatro tipos de relaciones corresponden a las actitudes que los profesionales de la salud pueden tomar en relación a sus propios entornos religiosos y hacia sus pacientes religiosa o espiritualmente implicados<sup>2</sup>. El profesor de filosofía sueco Stenmark formula una tipología triple: a) no solapamiento entre ciencia y religión (enfoque independiente), b) solapamiento entre ciencia y religión (enfoque de contacto), c) unión de los dominios de ciencia y religión (enfoque monista)<sup>3</sup>. El diálogo y la integración de Barbour son dos versiones del segundo tipo según Stenmark. En este modelo se enfatiza que es importante prestar atención a los aspectos donde la ciencia y la religión pueden estar relacionadas. Tiene en cuenta cuatro dimensiones: la estructura social de la ciencia y la religión, los objetivos de estas prácticas, el tipo de epistemología

que exhiben y el contenido teórico. Este enfoque nos ayuda a tener una imagen más diferenciada de las interacciones entre ciencia y religión. ¿Qué podría ser, por ejemplo, el solapamiento, si hay alguno, y la diferencia entre psiquiatría y religión en un sentido teológico? Si fuese apropiado decir que ambas prácticas aspiran a "curar" o a mejorar las relaciones, habría aún una gran diferencia entre la salud mental y el bienestar (salvación) como meta y en los métodos de curación, a pesar del hecho de que la relación entre 'el curador' y 'el curado' es fundamental para la aplicación del método en ambas prácticas<sup>4</sup>.

## DOS AFIRMACIONES

Claramente, la 'posición de bloqueo' no es fructífera y debería ser modificada por varias razones. La frontera entre religión y espiritualidad y la práctica de la psiquiatría es obviamente cada vez más porosa y esto requiere que los psiquiatras conozcan estos temas cada vez. Otro desarrollo importante es que, aunque la espiritualidad no se menciona como un aspecto de la definición de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido las creencias religiosas, espirituales y personales como un componente de la calidad de vida. En tercer lugar, el crecimiento de la conciencia después de casi un siglo de negligencia puede necesariamente mejorar el estudio de la religión y la espiritualidad en la formación, investigación y práctica. Organizaciones como la AMP deberían tomar la delantera. Por consiguiente, me gustaría formular dos declaraciones:

La AMP, representando la psiquiatría mundial, necesita cambiar su posición en relación a la religión y la espiritualidad. Se debe hacer yendo más allá de las constricciones científicas de mente estrecha como las reduccionistas o materialistas.

La psiquiatría y la religión no deben considerarse adversarias, oponiéndose una a la otra, sino aliadas contra la superstición y el sinsentido.

## PRIMERA AFIRMACIÓN

Le pido a la AMP otro posicionamiento, una nueva posición en relación a la religión y la espiritualidad. ¡Otra posición requiere otra visión! Necesitamos una nueva visión, una visión mejor sobre 'ciencia y religión'. No hay duda de que la AMP tiene una visión sobre la ciencia y la psiquiatría. Sin embargo, podría argumentarse que esta visión de la ciencia es una visión unilateral de la naturaleza humana, el mundo y la religión. Es unilateral porque está dominada por la recogida de evidencias, el modelado matemático, las pruebas empíricas sistemáticas, con el objetivo de proveer las más completas y plausibles explicaciones para todo lo que ocurre en el mundo natural<sup>5</sup>. Unilateral, en más términos meta-

teóricos, por su ideal realmente entendible de una posición separada y externa para adquirir conocimiento objetivo. (Claramente el conocimiento religioso no puede adquirirse desde esta posición).

Mientras tanto la ciencia juega un papel en el modo en el que vivimos y desempeñamos nuestras obligaciones profesionales, sea de manera religiosa o no. La religión juega un papel en el modo en que observamos la ciencia, hacemos uso de esta y vivimos con ella. Y ambas, religión y ciencia versan sobre la verdad de las ideas, y sobre la aceptación de la religión en una cultura orientada hacia la ciencia y sobre la aceptación de la ciencia en un contexto orientado hacia la religión.

Antes de resumir, necesito explicar que para enfatizar el argumento tomaré una perspectiva fuera de la religión. En otras palabras, no voy a argumentar desde un punto de vista religioso. La perspectiva interna podría estar basada en credos particulares, revelaciones o experiencias. Si hiciera esto, inmediatamente causaría muchas molestias, porque parecería como si hubiera optado a favor de una tradición religiosa concreta y en contra de otras. Perdería inmediatamente la causa, porque la AMP, y con justicia, nunca tomaría una posición como esta; ¡sería desastroso! De hecho, el peligro de tal parcialidad ha paralizado a la AMP (y a la OMS) en el desarrollo de una visión de la religión y la salud. Mi posición en este texto es el de externo y observador. No estoy argumentando sobre la verdad de la religión, sino sobre la mejor verdad disponible entre las religiones. Religión y ciencia, como tema, habla sobre lo que valoramos, aquello que tomamos por cierto y aquello que sostenemos como posible. Y con una perspectiva fuera de la religión, la naturaleza humana y el mundo, es una visión que refleja sobre su posible significación, la verdad y el valor<sup>6</sup>.

¿Qué tipo de visión necesitamos? Seguiré el análisis y el modelo desarrollado por el filósofo de religión y ética neerlandés, profesor Willem Drees en su *Religion and Science in Context. A Guide to the Debates*<sup>6</sup>. Observando las perspectivas religiosas es razonable decir que las religiones pueden ser definidas como sistemas de símbolos, y que esos símbolos puestos en conjunto, por así decirlo, son el ethos de las personas y su visión del mundo<sup>7</sup>. Los símbolos reúnen la apreciación de la realidad y las normas de nuestro comportamiento. Por lo que sería razonable argumentar que una visión del mundo, religioso y no religioso, tiene un aspecto descriptivo y prescriptivo. Por ejemplo, hablar del mundo como creación de Dios tiene un aspecto descriptivo y prescriptivo. Tomamos como ejemplo la doctrina cristiana de la humanidad siendo creada a imagen de Dios. Así los humanos se conciben como creados, con una posición especial en la jerarquía de la creación de Dios. Esto nos conduce a la idea de la administración humana de la creación, en contraposición con la idea de posesión del mundo. Una visión del mun-

do, religiosa y no religiosa, ofrece una visión "de la manera en que el mundo debería ser, de la verdad y de lo bueno, de lo real y lo irreal"<sup>6</sup>. En otras palabras la visión que necesitamos ofrece una cosmología particular –como una visión de cómo es la realidad– y una axiología –una visión de los valores que deberían ser comprendidos–. El mismo ejemplo: hablar del mundo como la creación de Dios es una demanda cosmológica, y por tanto que nosotros debamos ser buenos administradores es una exigencia normativa.

Por tanto lo que tenemos ahora es una visión religiosa y/o no religiosa que de cierto modo mantiene juntas dos dimensiones. Es importante prestar atención a las dos partes de esta forma de enunciado. Es esencial resaltar el aspecto 'manteniendo juntas'. En 'religión y ciencia' es importante por supuesto analizar los aspectos cosmológicos; esta es la contribución que hace la ciencia a nuestra visión del mundo. Sin embargo, también es necesario estar advertidos de cómo nuestros juicios entran en juego; juicios no basados en la ciencia sino en las preferencias morales, estéticas o religiosas. De otra forma, nos moveríamos desde las exigencias de hecho a las normativas sin darnos cuenta. En segundo lugar, es exactamente este 'en cierto modo' lo que ofrece muchas posibilidades para una mayor exploración y reflexión, especialmente en una organización multi-religiosa y multicultural como la AMP. Por ejemplo, hablamos de visiones religiosas y no religiosas, con lo que no insinuamos que esta o aquella visión no teísta o no religiosa sea deficiente para obtener conocimiento sino que estas sostienen posiciones existenciales diferentes de modo que mantienen juntas estas dos dimensiones. Lo mismo se aplica para diferentes posiciones teístas o no. Otro comienzo sería uno más específico. La manera en que las dimensiones cosmológicas y axiológicas se toman en conjunto permite priorizar. Se nos permite concentrarnos en los asuntos existenciales que se convierten en prominentes cuando nuestra realidad no se acorde con lo que pensamos que debería ser<sup>6, 8</sup>. ¡Esta es realmente una experiencia típica de los pacientes psiquiátricos confortados con la carga de la enfermedad mental! Y todavía es duro reconocer la dimensión existencial en las historias de los pacientes. Parece ser más sencillo prestar atención en los hechos que en los 'cómo' y los 'por qué'. La cuestión es, sin embargo, si esto realmente es propiamente priorización, aunque no queremos minimizar de ninguna manera lo que se sabe sobre el diagnóstico y el tratamiento de esa enfermedad. Por otro lado, sería también imaginable que el paciente haga una demanda cosmológica en relación con el origen de su enfermedad, por ejemplo la posesión por un demonio. El profesional no puede ignorar esto simplemente patologizando esa demanda.

He seguido la de razonamiento de Drees y voy a resumir nuestros hallazgos. Requerimos a la AMP un nuevo posicionamiento respecto a la religión y la psiquiatría. Empezamos buscando una visión apropiada de 'religión y ciencia'. Y lo que hemos encontrado es una visión religiosa y no religiosa desde la que distinguimos, pero intencionadamente, no

separamos 2 aspectos: la cosmología y la axiología. La cosmología está relacionada con la ciencia, está relacionada con lo subyacente a los experimentos y observaciones, está relacionada con la vida diaria. La axiología está relacionada con la ética, está relacionada con lo subyacente a las intuiciones morales, está relacionada con el mundo y la vida diaria<sup>5</sup>. Drees presenta una figura oval: arriba 'una visión (no) religiosa', abajo 'mundo y vida', a lo largo del lado izquierdo 'cosmología' tal como se indicó, y a lo largo del lado derecho 'axiología'. Me gustaría retar a la AMP a empezar a trabajar en una visión como la presentada; desde mi punto de vista este es un modelo más prometedor que se ha hecho hasta ahora, o en realidad no se ha hecho aún, en relación a la psiquiatría y la religión.

## SEGUNDA AFIRMACIÓN

Supuestamente, somos más o menos conocedores de la posición de Barbour sobre 'religión y ciencia', como he mencionado antes. Como he indicado, Barbour describe el campo de la 'ciencia y religión' con la ayuda de 4 categorías, o más bien cuatro relaciones: conflicto, independencia, diálogo e integración. En general uno podría esperar, dado lo que se ha dicho sobre la (falta de) compromiso religioso o espiritual entre los profesionales de la salud mental, que las adherencias a la primera y/o segunda categoría superarán en número a las otras dos (o tres) ¿Qué pensar de esta anécdota? En 2006, dos residentes de psiquiatría holandeses y su director de residencia comunicaron en una pequeña investigación cualitativa sobre 13 psiquiatras que trabajaban en ese momento en el servicio de salud mental. Los psiquiatras eran entrevistados sobre su actitud hacia la creencia religiosa y la espiritualidad. Los entrevistados estaban particularmente interesados en el posible papel que juega la religión en la relación entre los psiquiatras y los pacientes. Informando sobre cuestiones de contratransferencia, los entrevistados holandeses, citaron una afirmación típica de una de las entrevistas a los psiquiatras, 'Si uno descubre que un paciente es creyente, el CI estimado del paciente será en realidad valorado 20 puntos más bajo'. En torno a la mitad de los pacientes entrevistados atribuyeron cualidades negativas al paciente religioso<sup>9</sup>.

La primera relación de Barbour podría ser en un sentido la más problemática por la elección forzada que parece provocar. Por lo tanto la segunda podría conciliar en un sentido lo que sucede. De cualquier modo, la segunda y las otras dos dan más o menos la impresión de mitigar la tensión que inevitablemente implica la primera, como señaló Drees<sup>6</sup>. De hecho, aquellos que se ven implicados religiosa o espiritualmente probablemente optan por una separación más amistosa y división del trabajo (segunda relación), una ciencia modificada (tercera relación) o una más integración de largo alcance (cuarta relación). Drees llama a esto la 'la unión ecuménica' en 'religión y ciencia'.

Para una comunidad como la AMP hay un gran riesgo en esto. Una unión 'ecuménica' cómo esta podría poner en peligro de exclusión a los oponentes de la religión sólo como ellos excluirían a los oponentes de la ciencia moderna. Drees<sup>6</sup> argumenta que un elemento de los apologeticos está aquí incluido. Apologeticos significa justificar una creencia o práctica particular a otros. En el debate 'religión y ciencia' observamos dos frentes. Por un lado, la religión es defendida en un ambiente científico secular. Por otro, la ciencia es defendida entre aquellos que están preocupados por la amenaza a sus informaciones científicas, como en el caso de la evolución<sup>6</sup>. En nuestro manual hemos tratado de escapar de esta posición apologetica<sup>4</sup>. De hecho, hemos hecho lo que señalaba Drees. En el prólogo una ligera relación de 'independencia' parece ser observada en el campo de la psiquiatría, y es cautamente cuestionada. En el prefacio el tono subyacente es directo: 'Que la psiquiatría en el siglo XX haya sido en gran medida un periodo "sin Dios" no ha sido una ventaja para el paciente psiquiátrico'. La religiosidad puede considerarse un rasgo de personalidad *normal* y no puede ser segregado por lo psiquiatras, cualesquiera que sean sus propias ideas sobre religiosidad<sup>4</sup>. Sin embargo, tan pronto como uno empieza a discutir sobre el núcleo de los constructos enfermedad, salud mental, religiosidad y espiritualidad todo tipo de antecedentes, supuestos, convicciones y formas de pensar salen a la luz. Estamos bastante seguros de que ningún tipo de apologetica o expansionismo ayudan al psiquiatra; el modelo esbozado en la primera parte de esta contribución debería ayudarnos a estar concienciados de los muchos escollos.

Otro riesgo es que esa unión 'ecuménica' como representación nos sitúa en una posición defensiva. La estrategia podría ser levantar una barricada contra el impacto de la secularización de la ciencia. Aunque queremos promover unas relaciones más efectivas entre la psiquiatría, la religión y la espiritualidad<sup>1</sup>, el riesgo es que un programa para contrarrestar el avance de esa ciencia que parece convertir a la religión errónea o irrelevante. Entre tanto, no parecemos tener mucho éxito, de hecho nada indica que el avance de la ciencia vaya a parar, en cualquier caso no lo va hacer la religión.

La posición innovadora y enigmática que toma Drees es recogida en mi segunda afirmación. Hay otra razón posible para enlazar 'religión y ciencia'. Nuestra preocupación no tiene que ser 'el futuro de la religión sino de la persistencia de la superstición y el sinsentido'<sup>6</sup>. Si esta fuera la razón de nuestra unión respecto a la agenda y la asociación en religión y ciencia, podría ser completamente diferente en cuanto a la religión y psiquiatría. Retar a la superstición y el sinsentido sería muy satisfactorio no solo intelectual y religiosamente, sino social y moralmente. Los psiquiatras están todos familiarizados con casos en los que al paciente se le dice por parte de su sanador espiritual que pensar positivamente de un modo espiritual y religioso será sanador. Pode-

mos aprobarlo. De hecho hay evidencia empírica suficiente apoyando la idea de que la religiosidad puede tener un efecto protector o de apoyo<sup>10</sup>. Que muchos psiquiatras a lo largo del mundo no estén apercibidos de estos factores es poco atractivo. Pero cuando el paciente no se pone bien puede recibir innecesariamente la carga de la espiritualidad que falla. Retar a la superstición y combatir el sinsentido en nuestro campo puede no ser exitoso desde la posición que he dibujado.

Se convoca para un diálogo nuevo, uno interreligioso e inter-espiritual, incluso un nuevo tipo de espiritualidad<sup>10</sup>. Si desarrollamos nuestro planteamiento a lo largo de esta línea de pensamiento necesitamos intentar diferenciar tan bien como podamos entre la espiritualidad genuina y la superstición, entre la ciencia y la pseudociencia. En otras palabras, necesitamos calidad en nuestras reflexiones sobre religión y ciencia<sup>6</sup>. Desde mi punto de vista, ése es el reto más importante para la AMP. Buscando los criterios de calidad, Drees formuló diez parafraseando los diez mandamientos<sup>6</sup>. Parafraseando el segundo mandamiento escribió: En la religión y la ciencia no deberían tallarse imágenes, en otras palabras, no adoraras las soluciones simples. Esto es lo mismo que decir: 'Evitar la ambigüedad o la indeterminación podría ayudar a aclarar las cosas, pero resolver las ambigüedades eliminando matices y significados no ayuda en absoluto a la exploración de la realidad'<sup>6</sup>.

No hay criterios aceptados universalmente para la calidad y tampoco en relación a la espiritualidad genuina (la psiquiatría trata de manejarse con sólo dos criterios: nivel de funcionamiento, y congruencia cultural)<sup>12</sup>, ni tampoco en relación a la ciencia<sup>13</sup>. Esto podría ser nuestro próximo reto: trabajar en la calidad de nuestras reflexiones sobre la religión y la psiquiatría.

## CONCLUSIÓN

Me gustaría concluir con un buen ejemplo de John Cottingham, que ilustra el conjugar una demanda cosmológica y una axiológica. De acuerdo con Cottingham<sup>5</sup> podríamos argumentar que una hipótesis científica podría ser aceptada razonablemente si proporciona la mayor cantidad comprensiva y plausible disponible de un rango de datos observables. Se acepta para garantizar la capacidad de la ciencia para explicar. Sin embargo, esto no siempre es así. De acuerdo con otra posición científica, la ciencia está confinada a descripciones y predicciones. Sin embargo, no hay un modelo normativo de explicación en términos de un conjunto de condiciones esenciales para la explicación, tenemos que trabajar con 'una pluralidad de modelos'<sup>13</sup>. Por otro lado, las demandas religiosas sobre el mundo o el cosmos no son hipótesis explicativas como las hipótesis científicas. Las demandas religiosas necesitan ser consistentemente narrativas (consistencia es una de los criterios para evaluar puntos de

vista sobre la vida religiosos y no religiosos)<sup>14</sup>, como éste:  
 1) La creación de Dios es necesariamente imperfecta, dado que lógicamente necesita ser menos perfecta que Dios en sí mismo. De otro modo podría ser Dios en lugar de haber sido creado. 2) La creación de Dios, dado su infinita naturaleza y creatividad, incluirá un universo material, el cosmos material en el que vivimos. 3) La material por su naturaleza, como una serie de inimaginables intercambios efímeros de energía, envuelve una decadencia constante de entropía, intercambios en los que se pierde energía, implican un descenso constante de la entropía. 4) Nosotros los seres humanos estamos formados de material. Reflexionando sobre el 3) y el 4) se muestra como las criaturas formadas del polvo de la tierra necesariamente serán mortales, lo que también significa que la condición humana es inherentemente vulnerable y siempre sujeta a (la posibilidad de) sufrir. La conclusión basada en una narrativa como esta es que la vulnerabilidad, mortalidad y sufrimiento no sólo son compatibles con los principios teísticos estándares en lo que se refiera a un creador perfecto, si no que de hecho deriva de esos principios<sup>5</sup>.

Como he dicho, una narrativa comprometida religiosamente como esta mantiene unidas una exposición e interpretación por la fe o convicciones religiosas y explicaciones de la ciencia. Cottingham ciertamente nos ayuda a añadir calidad a nuestras reflexiones sobre ciencia y religión.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Verhagen PJ, Van Praag HM, López-Ibor JJ, Cox JL, Moussaoui D. Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries. London: Wiley-Blackwell, 2010.
2. Barbour IG. When science meets religion. Enemies, strangers, partners? New York: HarperSanFrancisco, 2000.
3. Stenmark M. How to relate science and religion. A multidimensional model. Grand Rapids: William B. Eerdmans Publishing Company, 2004.
4. Cottingham J. The spiritual dimension. Religion, philosophy and human value. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
5. Drees WB. Religion and Science in Context. A Guide to the Debates. London: Routledge, 2010.
6. Geertz C. Religion as a cultural system. In: Lambek M, ed. A reader in the anthropology of religion. Malden: Blackwell Publishing, 2008; p. 57-75.
7. Rashed MA. Conflicting values and disparate epistemologies: The ethical necessity of engagement. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2010;17:213-7.
8. Fiselier JA, Van der Waal AE, Spijker J. Psychiater, patiënt en religie: meer dan coping [Psychiatrist, patient and religion: more than simply coping]. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2006;48:383-6.
9. Verhagen PJ. The case for more effective relationships between psychiatry, religion and spirituality. Current Opinion in Psychiatry. 2010;23:550-5.
10. Sims A. Is Faith Delusion? Why Religion is Good for Your Health. London: Continuum, 2009.
11. Schmidt-Leukel P. A new spirituality for a religiously plural world. Concilium. 2004;40:62-8.
12. Rashed MA. Religious experience and psychiatry: Analysis of the conflict and proposal for a way forward. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2010;17:185-204.
13. Holten W van. Explanation within the bounds of religion. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 2003.
14. Markus A. Beyond finitude. God's transcendence and the meaning of life. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, 2004.