

¿ES REZAR UN TRATAMIENTO MÉDICO EFICAZ?. (*)

José J Uriarte, Juan Medrano, Pablo Malo. Medicos Psiquiatras*

No es sorprendente que los creyentes confíen en sus oraciones como método fiable para sanar sus enfermedades o las de otras personas, para que llueva o para que les toque la lotería. Pero desde luego resulta más sorprendente que la medicina académica, la que presume de utilizar el método científico, se tome en serio tales métodos hasta el punto de realizar y publicar estudios científicos para evaluar su eficacia. Y ahí van varias muestras:

Un muy reciente artículo de revisión, publicado este mes de junio en la revista *Annals of Internal Medicine* revisa la eficacia de los métodos de "sanar a distancia", entre los que incluye prácticas como la oración, la curación psíquica o mental, el toque terapéutico o la curación espiritual. La revisión incluye sólo estudios de cierta calidad metodológica, en los que se hayan empleado asignación aleatoria, control con placebo u otros métodos adecuados de control, hayan sido publicados en revistas con sistemas de revisión por pares, etc. (ver anexo 1)

Aunque pueda parecer mentira, consiguen encontrar 23 ensayos clínicos que cumplen dichas condiciones, de los que 5 se refieren concretamente al uso de la oración como método curativo. El caso es que se concluye que en un 57% de los estudios se observó un efecto beneficioso de alguna de estas prácticas, aunque al mismo tiempo se plantea prudentemente que hacen falta más estudios.

Los cinco estudios revisados sobre el efecto

de la oración como método de curación a distancia utilizaban variaciones de lo que los autores llaman *intercesión mediante la oración*, técnica en la que un grupo de personas reza por los pacientes (no es posible controlar si los pacientes, además rezan para sí mismos). También se resaltan las cualificaciones necesarias para ser un "rezador" eficaz, incluyendo "una vida cristiana activa, práctica de oración devota diaria y participación activa en la iglesia local". En un estudio, la acreditación como "orante" se obtenía mediante el acuerdo con la siguiente declaración: "creo en Dios. Creo que es personal, y que se preocupa por la vida de las personas individuales. También creo en que responde a las plegarias de los que rezan por las personas enfermas". En todos los estudios las personas que rezaban no tenían ningún contacto físico ni cara a cara con las personas por las que rezaban. El contenido de los rezos era bastante explícito en algunos estudios, en los que los intercesores tenían que rezar por "la rápida recuperación sin complicaciones, y cualquier otra cosa que les pareciera apropiada".

De los cinco estudios, en tres no se encontró efecto alguno, y en dos aparecía un efecto significativo.

Hemos escogido uno de los estudios referidos, aparecido en la prestigiosa revista *Archives of Internal Medicine*, editada por la Asociación Médica Americana que, francamente no tiene desperdicio²:

El artículo estudia los efectos de "rezar por los demás" como intervención terapéutica sobre

un grupo de enfermos en una unidad coronaria. Concluye que el grupo de pacientes por el que se rezó tuvo un 10% menos de sucesos adversos o complicaciones aunque la duración de la estancia hospitalaria fue la misma en ambos casos. La metodología del trabajo es, sin embargo, la que merece ser comentada.

En primer lugar, **las condiciones de doble ciego** fueron muy estrictas.

Por un lado los pacientes desconocían que se estaba rezando por ellos; de hecho ni siquiera se les informó de que se estaba realizando un estudio con ellos sobre los efectos sanadores de los rezos. Los "orantes", a su vez, desconocían cualquier aspecto que no fuera el nombre del paciente (para poder personalizar el rezo) ignorando las características de su enfermedad y de su curso clínico. La distribución aleatoria se obtuvo asignando al grupo de tratamiento activo a los pacientes con un número de historia par, y a los impares al grupo sin actuación (en este caso parece que no hacía falta una oración-placebo, por otro lado difícil de obtener.)

El Comité del Hospital autorizó que no se pidiera consentimiento informado (absolutamente necesaria para incluir a cualquier paciente en un ensayo clínico)

Los argumentos utilizados para esta exención tienen su gracia:

1. No se conoce que exista riesgo alguno por el hecho de que recen por uno ni tampoco porque no lo hagan (no hace falta pedir consentimiento porque ni el tratamiento ni el no tratamiento tienen riesgos conocidos.)
2. No se recogen en el trabajo datos extras con respecto a los ordinarios (es decir, el estudio no modifica la práctica clínica habitual en dicha unidad coronaria en cuanto al resto del tratamiento o información recogida.)

3. Si se les hubiera informado del estudio, algunos pacientes, al pensar que podría haberles tocado en el grupo "placebo" podrían angustiarse mucho.

Los "orantes", para ser reclutados, debían estar de acuerdo con el siguiente enunciado: *"Yo creo en Dios. Creo que ÉL es personal y que le preocupan las vidas individuales. También creo que responde a las plegarias de curación hechas en nombre del enfermo"*. Eso se consideró suficiente para que, en caso de existir, Dios tuviera que hacer caso e intervenir de alguna manera.

Una vez reclutados las personas que debían ejecutar las oraciones, se les distribuyó en 15 equipos de 5 miembros cada uno, desconociéndose entre sí incluso los del mismo equipo. Todos eran de tradición cristiana: un 35% no pertenecían a ninguna iglesia específica, un 27% eran episcopalianos y el resto, protestantes y católicos. El 87% eran mujeres y de una edad media de 56 años. Todos iban semanalmente a misa y rezaban con regularidad ya antes del estudio (es decir, con experiencia.) Debían rezar durante 28 días "por la rápida recuperación sin complicaciones de fulano..." mas cualquier otra cosa que quisieran añadir. El principal punto débil del estudio, según los autores, es el instrumento de medida que utilizaron para evaluar los resultados, una escala de su invención (la MAHI-CCU) que otorga puntos según los sucesos que sufre el paciente en su evolución clínica (si sufre una angina le dan 1 punto, si le someten a un cateterismo 1 punto, una parada cardíaca 5 puntos, etc.) No está validada y no saben el significado de datos como el que los pacientes por los que se rezó tuvieron un 10% menos de problemas durante la estancia.

Hay que decir que este estudio intentaba replicar uno anterior de un tal Byrd, que obtuvo también un efecto positivo de los rezos. Sin embargo en esta ocasión la escala diseñada por el propio Byrd (no sorprendentemente denominada escala de Byrd), también utilizada, no encontró diferencias entre ambos gru-

pos.

En la discusión, los autores dividen los posibles **mecanismos por los que los rezos** podrían actuar en dos tipos: naturales y sobrenaturales.

Las explicaciones naturales apelan a la existencia de posibles "fuerzas" generadas por el "orante" y recibidas de alguna manera por el paciente. En cuanto a los mecanismos sobrenaturales dicen que, por definición, no pueden ser discutidos científicamente. En cualquier caso, insisten en que el estudio está diseñado para explorar un fenómeno y no sus mecanismos y que el hecho de que no pueda aventurarse una explicación no invalida la existencia de un fenómeno. Pone como ejemplo el descubrimiento en 1753 de James Lind del efecto curativo de las limas y limones en el escorbuto sin que tuviera la menor idea de la existencia del Acido Ascórbico. También aclaran que de los resultados de su estudio no se puede concluir que Dios responda a las plegarias ni siquiera que Dios exista. Lo que se investiga, dicen, son los efectos de los rezos y no la existencia de Dios.

Por nuestra parte, decir que nos apuntamos más a la hipótesis natural de las "fuerzas", por peregrina que sea, porque denotaría una falta de sensibilidad terrible por parte de Dios responder solamente a los que le rezan e ignorar a los demás. Aplicar el vulgar principio de "el que no llora no mama" nos parece algo indigno de Él. Por otro lado, hay que añadir que los próximos investigadores que quieran replicar el estudio van a encontrarse con nuevos dilemas éticos ya que al existir dos estudios previos con un efecto positivo de los rezos cabe plantearse, por ejemplo, si es ético utilizar un grupo control.

Otro estudio de importancia sobre el tema es la reciente revisión que la Colaboración Cochrane, (**ver anexo 2**) ha llevado al cabo sobre el tema. Esto es una paradoja en sí misma, si tenemos en cuenta que la Colaboración Cochrane es el máximo exponente de la Medicina Basada en la Evidencia, movimiento que defiende la necesidad de

basar la práctica médica en evidencia científica sólida, haciendo hincapié en la metodología de los estudios, y en la realización de revisiones sistemáticas de la literatura científica en busca de ensayos clínicos controlados. Bueno, pues parece que no se les ha ocurrido mejor forma de perder el tiempo que dedicar toda una revisión al tema de la intercesión mediante la oración (o sea, la influencia sobre la evolución de personas enfermas de que otras personas recen por ellas.)

La revisión define la intercesión mediante la oración (*intercessory prayer*) como un ejercicio de oración organizada, regular y comprometida, y en la que quienes la practican se caracterizan por la firme creencia de estar rezándole a Dios. En la introducción, los autores se apresuran a aclarar que los resultados de los estudios de los efectos de la oración no pueden ser interpretados como prueba de la existencia o no de Dios, y que puede existir un efecto de la oración que no dependa de la intervención divina.

Por cierto, una cosa fantástica. En la revisión se enumeran todos los estudios encontrados sobre el tema, y se explican las razones para incluir o excluir un estudio en la revisión, sobre la base de su rigurosidad metodológica. Pues bien, el primer estudio a que se hace referencia es de 1883 (Galton), y la razón para su exclusión es que la distribución de las muestras no fue aleatoria, ya que se trataba de un estudio retrospectivo de caso-control en el que se comparaba la expectativa de vida de monarcas frente a la de otros profesionales sin tener en cuenta que la gente tiende a rezar mucho más por los Reyes que por otras personas.

En los resultados no se encontró evidencia de que la oración afectara a las personas que morían de enfermedades tales como Leucemia o Enfermedad Cardíaca.

Las conclusiones de los revisores son prudentes, y se resumen en que los datos disponibles no son concluyentes para refutar o sostener el efecto de la intercesión mediante la oración en la evolución de las enfermedades, aunque

creen que hay datos suficientes para justificar que se realicen más estudios sobre el tema.

¿Puede concluirse, como dicen las revisiones que existen elementos para pensar que merece la pena realizar más ensayos clínicos sobre el tema?.

Los ensayos clínicos controlados son el sostén científico de mayor valor de las intervenciones médicas, pero un abuso de los mismos puede conllevar una actitud que soslaye el sentido común y pretenda que cualquier idea o intervención, por disparatada que sea, sea probada mediante ensayos clínicos. Hay abundantes pruebas de que los factores de sesgo y metodológicos son suficientemente complicados como para permitir "probar" el valor de casi cualquier cosa. (ver anexo 3)

A este respecto es interesante traer a colación un artículo publicado en la revista *British Medical Journal*, por Leonard Leibovici con respecto a las llamadas medicinas alternativas, a las que acusaba de comportarse como los pájaros cuco, disfrazándose y colándose en el nido del empirismo para ganar credibilidad científica y médica. En la medida en que una aproximación a un fenómeno se realiza desde una posición exclusivamente empírica, es incapaz de percibir la diferencia, y sólo atiende a las señales que le dotan de aparente respetabilidad científica, en este caso, por ejemplo, un ensayo clínico controlado de impecable metodología. El autor aboga por un modelo profundo que resultaría esencial a la hora de elegir qué hipótesis merecen ser comprobadas y que desestimaría de entrada aquellas que ni con la mejor voluntad casan con la sensez y el sentido común. Lo que podemos llamar Medicina Científica, además de utilizar un método científico en la evaluación de sus procedimientos, no puede incluir prácticas cuya base es el pensamiento mágico y supersticioso. El núcleo de tal medicina no es pues únicamente la prueba empírica, ya que ésta, incluso con la metodología más estricta, no está libre de error, sesgo e interpretación (o incluso fraude); exige también un modelo

profundo que limita la aceptación de la prueba empírica a aquellos procedimientos, situaciones o resultados que son compatibles, aunque sea de forma muy marginal, con el modelo del mundo físico que utilizamos aunque este modelo cambie con el tiempo y los avances científicos.

Si prescindimos entonces de la limitación del sentido común, y consideramos cualquier hipótesis, por descabellada que sea, como merecedora de evaluación empírica, terminaremos malgastando recursos y haciendo el ridículo.

Finalmente, incluso en los mejores estudios, la evidencia de una asociación entre religión, espiritualidad y salud es débil e inconsistente. Una revista médica de gran difusión como *Lancet* publicaba en febrero de 1999 un artículo en que se analizaba esta relación, concluyendo de forma harto prudente que con los datos de que se dispone es prematuro promover la fe y la religión como tratamientos médicos. Esto no niega por supuesto el hecho de que la religión y la fe aporta consuelo y alivio a las personas religiosas enfermas y a sus familiares. En ese sentido nadie puede poner objeciones a la búsqueda de alivio en la fe religiosa por parte de una persona enferma. Sin embargo pueden considerarse injustificadas las afirmaciones que relacionan la actividad religiosa con una mejor salud, o viceversa, que la fe insuficiente trae la enfermedad.

Anexo 1

Niveles de Evidencia Científica

La eficacia de un procedimiento terapéutico se evalúa habitualmente mediante los llamados **Ensayos Clínicos**, en los que se compara el tratamiento en cuestión (por ejemplo, un fármaco), bien con una sustancia inerte (placebo), bien con otro medicamento que ya se sabe que es efectivo en la enfermedad de que se trate. En función del rigor científico del diseño del estudio se establece una jerarquía

de niveles de evidencia que pretenden definir en qué medida los resultados del estudio pueden considerarse válidos. A su vez, la calidad de la evidencia determinará la firmeza con la que se puede recomendar la utilización del fármaco.

Los aspectos del diseño que están asociados a un mayor rigor científico son:

- La asignación aleatoria a los grupos experimental y control (es decir, son elegidos al azar)
- La existencia de un grupo control, esto es, un grupo de comparación que reciba otro fármaco o bien un placebo
- Los estudios prospectivos, en los que se pueden observar los cambios a medida que se producen, frente a los retrospectivos, en los que el investigador puede interpretar erróneamente como cambios favorables fenómenos que no lo son.
- El enmascaramiento de pacientes e investigadores (es el llamado doble ciego; ni los pacientes ni los investigadores conocen durante el estudio quienes reciben el tratamiento activo o el tratamiento control o el placebo).
- La inclusión de un número de pacientes estadísticamente suficiente

Estas características son las que cumplen los, metodología de investigación que implica la elección al azar de los pacientes, que son asignados aleatoriamente a una o dos o más formas alternativas de intervención; esta es la característica fundamental. Existe un consenso acerca de que los resultados de los llamados Ensayos Clínicos Controlados son la base más sólida para obtener información sobre los efectos de los tratamientos.

El primer Ensayo Clínico Controlado fue publicado en el *British Medical Journal* del 30 de Octubre de 1948 y demostraba la eficacia de la estreptomycin en el tratamiento de la Tuberculosis.

Anexo 2

La Colaboración Cochrane

En 1972, el Archie Cochrane epidemiólogo británico publicó el libro *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, en el que remarca que los recursos sanitarios son limitados y que sólo se han de recomendar aquellos tratamientos cuya eficacia hubiese sido demostrada de forma clara. Para Cochrane, la toma de decisiones en la asistencia sanitaria debe basarse en evidencia científica sólida (especialmente en ensayos clínicos controlados), en la revisión sistemática de la literatura en busca de esta evidencia firme y en la difusión adecuada de los resultados. Propuso la creación de una red internacional de revisores que colaborasen en la elaboración, actualización y difusión de Revisiones Sistemáticas de ensayos clínicos controlados sobre los efectos de la atención sanitaria.

En la actualidad está constituida por una red internacional de instituciones e individuos comprometidos en la revisión sistemática y periódica de ECA, que se conoce como Colaboración Cochrane (CC), con centros repartidos en todo el mundo (incluyendo España) y cientos de investigadores abordando áreas clínicas diversas. Los resultados y las revisiones en proceso pueden obtenerse en Internet y a través de los CD Rom que se editan semestralmente publicando las áreas de revisión en proceso y las ya completadas: la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, de la que nadie dispone de derechos de autor y es de acceso libre.

El centro Cochrane UK nació en 1992; un año después se hizo internacional, con centros en Canadá, USA, Milán Dinamarca, Australia, y actualmente España.

"Los gestores de la sanidad que deseen alentar a los médicos a aplicar las prácticas clínicas con mejor equilibrio entre coste y beneficio deben afrontar un gran problema: los mis -

mos médicos frecuentemente no saben cuáles son, entre tantas, las prácticas más eficaces".
Archie Cochrane

Anexo 3

Sesgos en la Interpretación de la Evidencia

La información médica es muchas veces contradictoria; los estudios que se publican en medios de prestigio no son forzosamente mejores o más relevantes que aquellos que pasan desapercibidos por haber visto la luz en revistas de menor importancia. Los grandes estudios, que suelen estar financiados o apoyados por universidades o grandes organizaciones sanitarias, no siempre tienen un mayor rigor que estudios puestos en marcha con objetivos menos ambiciosos por personas que no cuentan con una gran infraestructura.

Con independencia de la revista en que se publiquen, existe un considerable riesgo de que los estudios se vean alterados por interpretaciones o actitudes sesgadas.

Los sesgos parten ya desde la misma publicación: es conocida la tendencia a publicar con más frecuencia los estudios que refieren resultados positivos que aquellos con resultados negativos. La recogida de la información, el acceso a todos los artículos relevantes, la bibliografía opaca, etc., añaden sesgos que la colaboración Cochrane trata de ser eliminar

mediante la sistematización en la metodología de la recogida de la información.

Los resultados pueden interpretarse de forma sesgada por la influencia de intereses académicos o económicos, y a los propios prejuicios de los investigadores.

Los Ensayos clínicos controlados publicados, sobre los que descansa gran parte de nuestra práctica clínica, carecen de la calidad necesaria: a menudo no se controlan sesgos o se ignoran ciertos resultados o se han realizado con un número insuficiente de participantes.

Los proyectos de investigación pueden verse también contaminados por incentivos perversos que dan lugar a que se diseñen estudios de escaso interés y repercusión real sobre aspectos de la salud de los pacientes.

Los artículos que se refieren a ensayos clínicos de fármacos son especialmente proclives a sesgos interesados. La utilización de la evidencia por el marketing es algo especialmente peligroso, especialmente si la información que se recibe no es contrastada o es la única en que el clínico basa su práctica.

(*) Reproducido por cortesía de la Revista EL ESCÉPTICO-ARP, Sociedad para el avance del pensamiento crítico.

* Txori-Herri Medical Association

Correspondencia: José J Uriarte: jotajota@ctv.es, jotaju@terra.es

Bibliografía

- John A. Astin, PhD; Elaine Harkness, BSc; and Edzard Ernst, MD, PhD. The Efficacy of "Distant Healing": A Systematic Review of Randomized Trials. *Ann Int Med* 2000; 132:903-910
<http://www.acponline.org/journals/annals/06jun00/astin.htm>
- Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, Vacek JL, Jones PG, Forker A, O'Keefe JH, McCallister BD. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Arch Int Med* 1999; 159: 2273-2278
<http://archinte.ama-assn.org/issues/current/full/oi90043.html>.
- Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J*. 1988;81:826-9.
- Roberts, L; Ahmed, I; Hall, S. Cochrane Schizophrenia Group. Intercessory prayer for the alleviation of ill health [Review] *The Cochrane Database of Systematic Reviews Volume (Issue 1) 2000*. The Cochrane Library, Copyright 2000, The Cochrane Collaboration
<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/cochrane/revabstr/ab000368.htm>
- Leibovici L. Alternative (complementary) medicine: a cuckoo in the nest of empiricist reed warblers. *BMJ* 1999;319:1629-1632
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1629>
- Sloan, R P; Baigiella, E; Powell, T. Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet, Lancet* 1999; 353: 664-67
<http://www.thelancet.com/newlancet/reg/issues/vol353no9153/body.viewpoint664.html>