



300 jesuitas y longevidad. Formación, carácter e institución

300 Jesuits and Longevity. Training, Character and Institution



Autor

Javier de la Torre

Universidad Pontificia Comillas

E-mail: jtorre@comillas.edu

 <https://orcid.org/0000-0003-2995-6594>

 **Resumen**

El artículo parte de la distinción entre religión y espiritualidad, plantea la correlación entre religiosidad y mejor salud para centrarse en la importancia de ciertas prácticas religiosas como elemento esencial para una mayor longevidad. En este contexto se estudia la vida religiosa en su relación con una mayor longevidad. Para ello se analizan las necrológicas de 300 jesuitas fallecidos en España entre 2016 y comienzos de la pandemia. El resultado es una longevidad de más de diez años con respecto a la media nacional. El artículo analiza algunos factores de esta mayor longevidad y ciertas variables significativas. Ni los genes, ni la inteligencia (mente-cerebro) parecen ser los factores más determinantes de la longevidad.

 **Abstract**

The article uses the distinction between religion and spirituality as a starting point, and then explores the correlation between religiosity and better health to focus on the importance of certain religious practices as an essential element for greater longevity. In this context, religious life is studied in its relation to greater longevity. For this, the obituaries of 300 Jesuits who died in Spain between 2016 and the beginning of the pandemic are analysed. The result is a longevity of more than ten years longer than the national average. The article analyses some factors of this greater longevity and certain significant variables. Neither genes nor intelligence (mind-brain) seem to be the most determining factors of longevity.

 **Key words**

Longevidad; vida religiosa; jesuitas; religión; comunidad.
Longevity; religious life; Jesuits; religion; community.

 **Fechas**

Recibido: 02/09/2022. Aceptado: 13/09/2022



1. Introducción

Una monja francesa de 118 años, Hija de la Caridad, es la persona más longeva del mundo, según el Guinness World Records. Antes de ser religiosa, cuidó niños durante la Segunda Guerra Mundial, se convirtió al catolicismo de mayor y ya como religiosa pasó 28 años cuidando huérfanos y ancianos en el hospital de Vichy. Oye misa todos los días, reza constantemente, disfruta del chocolate y de una copa de vino de vez en cuando (CNN, 2022). ¿Tiene la vida religiosa en una congregación católica algo que decir sobre la longevidad?

En 2003, la OMS redefinió el concepto de salud como “un proceso armonioso de bienestar físico, psíquico, social y espiritual” y no exclusivamente una ausencia de enfermedad. Tratamos en este artículo de aclarar el sentido de introducir en los estudios sobre longevidad la importancia de las creencias y, sobre todo, de una espiritualidad comprometida dentro de una tradición religiosa concreta, dentro de unas prácticas y acciones concretas e inserta dentro de comunidades concretas para el tema de la salud.

¿Es suficiente una religiosidad de fondo, superficial o episódica para hablar de una profunda relación con la longevidad?

Este aspecto es importante pues, a pesar de los filósofos de la sospecha, de la muerte de Dios y los profetas de la secularización, la espiritualidad y la religiosidad siguen muy presentes en nuestro mundo. El 84% de los seres humanos creen en Dios o en una realidad trascendente (Enciclopedia Británica, 2000). Pero, ¿es suficiente una religiosidad de fondo, superficial o episódica para hablar de una profunda relación con la longevidad?

2. La religión es más concreta que la espiritualidad

La espiritualidad y la religión están conectadas, pero no son dos realidades iguales. La religión es una vivencia “espiritual” de relación con Dios dentro de una comunidad creyente y unas formas de expresar su fe. La espiritualidad es más amplia: integra además de vivencias de relación con lo divino, los valores, las opciones fundamentales y la pregunta por el sentido de las cosas, de la vida, del cosmos, de la historia. Es un conjunto de “aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos” (Brusco, 2002, p. 37).

La dimensión espiritual es caracterizada por distintos autores con las siguientes notas características:

- La OMS define lo espiritual como lo que “trasciende” lo sensorial, lo vinculado con “el significado y el propósito” de la realidad y la vida (WHO, 1990).
- Jomain (1987) lo refiere a una verdad esencial, una esperanza, el sentido de la vida y la muerte, la transmisión de un mensaje a otros.



- Speck (2005) habla de tres dimensiones de lo espiritual: la capacidad de trascender lo material-sensorial, la dimensión acerca de los fines y valores últimos y la búsqueda de un significado existencial.
- El Dalai Lama entiende por espiritualidad lo que produce una transformación profunda en nuestro interior que proporciona nuevos sentidos y abre nuevos caminos.
- Mytko y Knight (1999) la comprenden como unos sentimientos de conexión con uno mismo, con la comunidad y la naturaleza y propósito en la vida (pp. 439-450).
- El *National Institute for Healthcare Research* comprende la dimensión espiritual como la búsqueda de lo sagrado y lo divino a partir de cualquier experiencia de la vida (Larson et al., 1998). Hablar de búsqueda implica una actitud que conlleva perseguir, identificar, articular, mantener, transformar una última realidad-verdad, un ser divino.
- Ross (1995) caracteriza la espiritualidad con tres dimensiones clave: significado y propósito, voluntad de vivir, y la fe en uno mismo, en los demás o en Dios (pp. 457-468).
- Otros amplían la espiritualidad incluso a los valores morales de una vida completa, las prioridades de la vida, lo que se considera verdadero y valioso, el trascender lo físico y sensorial, el significado de la existencia, el amor en la comunidad.

Los valores últimos, opciones fundamentales, las preguntas radicales hacia atrás y adelante y el sentido cristalizan “en ocasiones” en una relación con Dios, en una dimensión religiosa que implica creencias, valores y prácticas dentro de una comunidad, rituales o símbolos que ayudan a vivir la cercanía de lo sagrado o trascendente. En este sentido, la espiritualidad es el sustrato vivo de las religiones, pero no toda espiritualidad se encarna en una religión y prácticas concretas.

En este sentido, la espiritualidad es el sustrato vivo de las religiones, pero no toda espiritualidad se encarna en una religión y prácticas concretas

El jesuita A. Udías apunta a una diferencia más matizada entre religión, religiosidad y espiritualidad. Religión es la aceptación de una realidad por encima de lo material con la que el hombre puede relacionarse y que se estructura en tradiciones religiosas que crean comunidades de vida. Religiosidad es el conjunto de actitudes que afectan a la visión del universo y relaciones entre hombres y que en algunos casos supone aceptación de la presencia de lo numinoso o misterioso. Cabe, por lo tanto, una religiosidad natural o naturalista que puede no implicar ninguna presencia del misterio e incluirlo en lo puramente natural (no trascendencia). La espiritualidad es la referencia a la dimensión interior y mística de la persona y experiencia humana. Puede, en consecuencia, haber espiritualidad dentro de las religiones o simplemente referirse la espiritualidad a unas fuerzas cósmicas o mente universal que trascienden o una vivencia simplemente naturalista. Udías habla de diversos grados de religiosidad: ateísmo, agnosticismo, naturalismo espiritualista y materialista, panteísmo, deísmo y teísmo (Udías, 2010, cap. 1).

Es importante clarificar las diferencias. La espiritualidad se configura por una orientación amplia hacia algo escatológico, hacia una búsqueda de lo trascendente en un



sentido amplio, hacia un orden que trasciende lo humano (puede ser la naturaleza, lo cósmico, el espíritu, el misterio) (Zinnbauer y Pargament, 2005, pp. 21-43). La religiosidad es un modo de espiritualidad moldeada por una organización comunitaria o social con sus creencias, valores y prácticas institucionales. Algunos estudios señalan cómo ambas parecen tener en común la compasión hacia los otros, aunque la espiritualidad parece implicar una actitud de búsqueda, de curiosidad hacia lo trascendente, mientras la religión está más vinculada a la obediencia, responsabilidad y participación religiosa (Koening et al., 2012).

La religiosidad es un modo de espiritualidad moldeada por una organización comunitaria o social con sus creencias, valores y prácticas institucionales

Para diferenciarlos puede ayudar profundizar en la comprensión de la Escala de Evaluación de Sentimientos Espirituales y Religiosos (ASPIRES) que evalúa tanto los sentimientos religiosos como la trascendencia espiritual. Los sentimientos religiosos están compuestos del dominio de religiosidad entendido como la participación en rituales y actividades religiosas y el dominio crisis religiosa, que evalúa si la persona experimenta problemas, dificultades o conflictos con Dios o con su comunidad religiosa. Por el contrario, la trascendencia espiritual es evaluada por la capacidad para crear un espacio personal para sentir una conexión con una realidad más amplia, la creencia

de que existe un sentido más amplio que el conocido y la conectividad y responsabilidad con esa realidad más amplia más allá de los grupos y generaciones (Piemond et al., 2008, pp. 163-181).

La espiritualidad —según el Grupo de Trabajo de la Fundación Fetzer y el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos— es “lo trascendente, dirigido a las últimas preguntas sobre el sentido de la vida, con la asunción de que hay más vida que aquella que podemos ver o comprender plenamente” mientras la religiosidad “presenta comportamientos específicos así como características sociales, doctrinales y de identificación porque implica un sistema de oraciones y doctrina que es compartido por todo el grupo religioso” (Fetzer Institute, 1999). Por lo tanto, la espiritualidad supone una respuesta más individual, interior y personal, mientras que lo religioso, además de ser una respuesta individual, tiene una dimensión más comunitaria, de creencias y prácticas compartidas, más pública, externa y social. Pero también hay que matizar que esa respuesta más interior e individual de la espiritualidad tiene consecuencias externas en la relación con otros, en el afrontamiento de las dificultades de la vida y no supone vivir en un cielo ajeno a la tierra.

La cuestión que hay que repensar es si una espiritualidad “excesivamente” centrada en lo universal y cósmico (armonía cósmica, celeste, astral, de las estrellas) o una espiritualidad muy centrada en el yo (en la conexión con el yo y su bienestar, la paz del yo, la armonía) tiende, a veces, a una cierta distancia social e individualismo que olvida el valor de lo concreto, lo cercano, lo limitado pero real en la religión: la comunidad concreta, el rito concreto, la tradición concreta, los textos, los maestros, los proyectos concretos, las relaciones sociales. Este debate tiene un hondo calado, que hoy hay que situar en la crisis de la modernidad ilustrada.



3. Espiritualidad, religiosidad y salud psicológica

Muchos estudios han evaluado el impacto de la espiritualidad y religiosidad en el razonamiento moral, el prejuicio, la autoestima, la salud mental (James y Wells, 2003, pp. 359-376), los factores de la personalidad (Simkin y Etchevers, 2014, pp. 265-275), el autoritarismo (Etchezahar y Simkin, 2013, pp. 48-58), el proceso de socialización (Simkin y Etchezahar, 2013, pp. 97-106). La temática no es sencilla, pues varios estudios consideran que las personas espirituales y religiosas presentan mayores síntomas psicopatológicos (Galen, 2009, pp. 41-45), mientras que otras investigaciones parecen afirmar que tienen mejor salud mental (Piedmond, 2012, pp. 104-122).

Aunque hay estudios que señalan que las personas espirituales presentan una peor salud mental por la ausencia de un marco religioso, la mayoría apunta a lo contrario

Gran parte del problema depende del modo de definir lo religioso y la espiritualidad como hemos visto antes y si atendemos más o menos a los aspectos más esenciales del fenómeno religioso/espiritual o a los aspectos más patológicos, deformados, degradantes (fundamentalismo o búsqueda obsesiva de tranquilidad como huida).

En muchos contextos no hay acuerdos a la hora de definir estos conceptos (Miller y Thoresen, 2003, p. 24). Esto se debe, entre otras cosas, a que se encuentran muchos instrumentos de evaluación de la espiritualidad y religiosidad (diversas escalas), diversas delimitaciones del fenómeno y las diferencias religiosas tanto en Oriente como en Occidente. No es lo mismo una espiritualidad naturalista vinculada a ciertos grupos locales y ciertos bosques concretos (espacios sagrados) que una religión de una tradición de siglos y con seguidores en todo el planeta. Todo ello dificulta las comparaciones.

Aunque hay estudios que señalan que las personas espirituales presentan una peor salud mental por la ausencia de un marco religioso, la mayoría apunta a lo contrario. Otros estudios, como el de King, concluye que las personas religiosas tienen resultados similares a las no religiosas ni espirituales, excepto en lo que toca a la adicción al alcohol y drogas que son menores (King et al., 2013, pp. 68-73). Lo que vamos a apuntar ahora es a una serie de estudios que demuestran la relación positiva entre espiritualidad/religiosidad y salud.

- Piedmond muestra un vínculo positivo entre espiritualidad y salud, pues la espiritualidad ayuda a la construcción de un sentido más amplio del yo, se asocia a una mayor satisfacción vital, una mejor aceptación de la mortalidad y capacidad de respuesta a los interrogantes más existenciales y menor probabilidad de patologías mentales. La espiritualidad proporciona un marco amplio para comprender la vida (parte de una generación, de la historia, de una eternidad). La mayor amplitud del horizonte para vivir significativamente la vida proporciona mayor estabilidad y satisfacción personal (Piedmond, 2012, pp. 104-122).
- Koenig y King encontraron 224 estudios de evaluación de la relación entre espiritualidad, religiosidad y bienestar. El 78% sostenían una asociación positiva. Del mismo modo, encuentran una relación negativa en la mayoría de los estudios con la depre-



sión (60%), con la ansiedad (47%), síntomas psicóticos (33%) (Koenig et al., 2012; Irwin et al., 1990, pp. 22-30).

- Mueller y otros señalan que la espiritualidad está asociada con una mejor calidad de vida y una menor propensión al suicidio (Mueller et al., 2001, pp. 1225-1235). Esto quizás se pueda explicar por lo que supone la espiritualidad y la religión de marco genérico para valorar y leer el mundo y la vida. En cambio, el neuroticismo y el fundamentalismo no ayudan a una lectura positiva de la vida y del mundo (cascada neurótica, creación de conflictos interpersonales y sociales, fomentan el autoritarismo, la violencia y la discriminación en las relaciones de grupo).
- La espiritualidad/religiosidad cada vez es más tenida en cuenta como un factor esencial del envejecimiento con éxito, como un cuarto pilar del envejecimiento con éxito (Lee et al., 2011, pp. 210-227) o como el factor olvidado del envejecimiento con éxito (Crowther et al., 2002, pp. 613-620) en muy diferentes contextos (Iwamasa e Iwasaki, 2011, pp. 261-278; Hilton et al., 2012, pp. 183-199). En diversos estudios hay una relación entre espiritualidad y bienestar psicológico de mayores (Kirby et al., 2004, pp. 123-129), con satisfacción vital (Colishaw et al., 2013, pp. 1243-1262) en el proceso de envejecer. La espiritualidad, como hemos señalado más arriba, aporta sentido, relación con los otros y algo superior, relaciones, prácticas religiosas. La espiritualidad es una dimensión protectora de la satisfacción vital. En un estudio se señala como los componentes de la espiritualidad funcionan de manera un poco diversa en mayores y muy mayores. El significado, la esperanza y la paz funcionan igual en mayores y muy mayores, pero la fe tiene un efecto significativo mayor en los mayores de 75 años en su relación con la satisfacción. La esperanza también se relaciona positivamente con la percepción de salud (Oliver et al., 2015, pp. 228-238).
- En las últimas ediciones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* se reconoce que la espiritualidad y religión son una fuente de soporte emocional ante el estrés (Maynard, 2014, pp. 136-142).

En las últimas ediciones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* se reconoce que la espiritualidad y religión son una fuente de soporte emocional ante el estrés

La religión/espiritualidad contribuye claramente a vivir con esperanza y optimismo y crea espacios comunitarios de apoyo social, pero también puede asociarse en ciertos contextos a ansiedad y depresión. La religión/espiritualidad aporta un marco interpretativo, un modelo o marco genérico, para valorar y leer el mundo, la vida, el sentido y el propósito de la vida. Pero algunos distinguen, siguiendo a Allport, entre una religiosidad intrínseca, comprometida e integrada y una religiosidad extrínseca que no proporciona seguridad ni confianza (James y Wells, 2013, pp. 359-376). En cualquier caso, parece que una religiosidad/espiritualidad comprometida y hondamente vivida ayuda a afrontar los problemas vitales, a hacer frente al estrés. También parece demostrado que la dimensión religiosa/espiritual vivida seriamente (no convencionalmente, ni como mero ropaje o apariencia, ni como huida o evasión) ayuda a reducir el centramiento en uno mismo, la preocupación y el estrés, reduciendo así la obsesión, la culpa y la preocupación. La oración y la meditación, por ejemplo, ayudan a vivir menos autocentrados y liberarse de preocupaciones y estrés. Esto nos parece fundamental para nuestro estu-



dio en la medida que la clave para una mayor salud y bienestar va más allá de una espiritualidad individual y desinstitucionalizada y se encarna y se compromete en ciertas prácticas, ritos y comunidades religiosas.

Esto no impide reconocer que la religiosidad puede tener efectos negativos en personas muy neuróticas, en personas muy fanáticas, porque puede provocar conflictos interpersonales con los diferentes y lecturas fundamentalistas, una dependencia emocional del líder y aislamiento de la familia, un pensamiento rígido dependiente de normas, tendencias obsesivas (Koenig et al., 2012). Por este motivo, en nuestra investigación no solo buscaremos una religiosidad comprometida, sino una religiosidad sana y no fundamentalista. Por este motivo hemos elegido la Compañía de Jesús, por ser una orden religiosa no solo numerosa, sino muy inserta en la vida social y cultural, dialogante y, en la mayoría de los casos, de enorme apertura.

La cuestión para nosotros importante y mucho más concreta es si las personas religiosas comprometidas dentro de una comunidad religiosa, unas prácticas religiosas y con unas creencias-doctrina religiosa tienen mayor longevidad

La cuestión para nosotros importante y mucho más concreta es si las personas religiosas comprometidas dentro de una comunidad religiosa, con unas prácticas religiosas y con unas creencias-doctrina religiosa tienen mayor longevidad.

La espiritualidad adulta conlleva bienestar porque incentiva unas relaciones personales positivas, a comprometerse con la comunidad y motiva el crecimiento personal y la participación en tareas de autosuperación y creativas (Wink y Dilon, 2003, pp. 916-924). En cualquier caso, la correlación parece clara, aunque siempre es importante especificar y concretar (Levin, 1996, pp. 849-864; Park et al., 2013, pp. 828-839). Si se precisa un poco, hay más claridad. Hay una relación positiva entre salud mental y religiosidad intrínseca y relación negativa con religiosidad extrínseca y no clara en la religiosidad de búsqueda (Ávila, 2003, p. 74).

Esta afirmación fuerte de correlación clara entre religiosidad intrínseca-comprometida-adulta y bienestar-salud no pretende dejar de valorar la importancia de las nuevas y diferentes espiritualidades. Ya hemos superado los esquemas que estudiaban la espiritualidad fuera de las grandes religiones desde el esquema de sectas, lavado de cerebro, minoría, problema psicológico, etc. Hoy reconocemos y estudiamos las nuevas espiritualidades postcristianas (astrología, curanderos, videntes, médium, contacto impersonal con sagrado, *new age*, magia, medicinas alternativas, terapias naturales, productos alternativos parasanitarios, etc.) y también el aumento del consumo de productos alternativos vinculado a cierta espiritualidad (hierbas medicinales, técnicas de relajación, masajes, etc.) para resolver problemas de estrés, ansiedad, cansancio, digestión. Las características sociales de esta espiritualidad contemporánea podemos resumirlas en individualismo, psicologización, vitalismo, urbanización, búsqueda, comunicación en red —desintegración de las formas institucionales—. En este proceso de desintegración se ha desplazado el lugar de la autoridad de lo externo (medicina y religión institucionalizadas) a lo interno e individual, a lo subjetivo y la experiencia personal.

Por otro lado, hoy hay una espiritualidad desligada de las tradiciones religiosas. En Francia hay una espiritualidad laica en pensadores como Bernard Besret (2006), Luc



Ferry (Gauchet y Ferry, 2006), René Barbie y Gabriel Madinier (2012), y André Comte-Sponville (2006). Fuera de Francia, también se han dado reflexiones semejantes como la de R. Dworkin abogando por una religión sin Dios (Dworkin, 2016), la de J. Mélich (2019) con su reflexión sobre la religión del ateísmo. La espiritualidad en todos estos autores es una dimensión sagrada de la persona que está más allá de las instituciones y definiciones racionales y que implica una crítica tanto al desarrollo científico y técnico y sus excesos cuanto al dogmatismo cerrado de algunas religiones.

Esta espiritualidad individualista contemporánea y esta espiritualidad laica desinstitucionalizada influyen menos que una religiosidad-religión comprometida dentro de comunidades en la longevidad

De cara a nuestro estudio, queremos apuntar a cómo esta espiritualidad individualista contemporánea y esta espiritualidad laica desinstitucionalizada influyen menos que una religiosidad-religión comprometida dentro de comunidades con prácticas frecuentes y compartidas de culto, comunidad, oración, compromiso social en los temas de salud y en concreto en la longevidad.

4. Oración, lectura espiritual, culto religioso y salud

Vamos a abordar ahora la importancia de las prácticas concretas como elemento relacionado positivamente con la salud desde lo religioso y la espiritualidad. Una espiritualidad diluida, vaga, indefinida, “flotante”, no conforma tanto el bienestar y la longevidad como una espiritualidad/religión con prácticas concretas. Ponemos a continuación ejemplos claros:

- Benson, durante más de treinta años, ha estudiado la influencia de la oración sobre el cuerpo, de la meditación sobre la salud. Sus estudios concluyen que todas las formas de oración producen una respuesta relajante que alivia el estrés, promueven la sanación y calman el cuerpo (Benson, 1996). La oración relaja e influye en el cerebro, en la actividad de los lóbulos temporal y parietal encargados de orientar espacialmente y establecer distinciones entre sí mismo y el mundo. Los lóbulos frontal y temporal disuelven la conexión mente cuerpo (Navas y Villegas, 2006, p. 34). Esta difuminación de límites y distinciones produce bienestar.
- En un estudio en el Hospital General de San Francisco se obtuvo una mejoría mayor en un grupo de pacientes que recibía oración además del tratamiento convencional (Byrd, 1988, pp. 826-829).
- Koenig en su famoso estudio del año 2000 señaló que las personas que asisten a servicios religiosos y oran tienen una vida más saludable, fuman y beben menos (Koenig et al., 2000).
- Chen y otros encontraron que los profesionales sanitarios y del cuidado que asisten a servicios religiosos al menos una vez por semana tienen menos riesgo de muerte por desesperación (suicidio, drogas, alcohol) (68% menos las mujeres y 33% menos los varones) (Chen et al., 2020).



- Wen y otros concluyeron que las personas de bajos ingresos en EE. UU. que asisten al menos una vez a la semana a un servicio religioso tienen una más baja tasa de mortalidad (moderada, pero robusta) (Wen et al., 2019). Diversos estudios apuntan a que la asistencia regular a un lugar religioso supone beneficios para la salud para las personas más vulnerables, para las minorías, para las mujeres y para las personas con problemas de salud.
- Idler y Kasl estudiaron la relación entre asistir a la iglesia y no tener discapacidad en el futuro (Idler y Kasl, 1997, pp. 306-316).
- Las personas que acuden a servicios religiosos permanecen menos tiempo hospitalizadas, mueren menos después de una cirugía cardiovascular, tienen menos arritmias que las que nunca asisten a la Iglesia (Koenig et al., 2001).
- En Israel, por ejemplo, las personas religiosas tienen mucha menos mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer (Navas y Villegas, 2006, pp. 35-36).
- En la India rural, en tres distritos, los varones que rezan y practican yoga regularmente tienen menos probabilidad de sufrir enfermedades coronarias, no las mujeres (Gupta, 1997).
- Incluso en sociedades muy secularizadas como Dinamarca (solo el 2,8% asisten semanalmente a un servicio religioso, frente al 43,8% en EE. UU. y donde el 36,7% dicen no creer en Dios), asistir a actos y encuentros religiosos (aunque sea uno o dos mensual o anualmente), en un nivel más modesto, está asociado con mayor longevidad (Cour et al., 2006). Esta mayor supervivencia se asocia a una mejor red social, a ayudar a otros, a recibir ayuda de otros, al contacto con amigos, niños y nietos.
- R. Inglehart en una investigación con 160 000 personas en catorce países de Europa, el 85% de los que asistían a la iglesia una vez o más por semana estaban muy satisfechos comparados con el 77% de los que no asistían nunca (Inglehart, 1990). La relación varía con la edad y la clase social. A más edad y mayor práctica religiosa (más que religiosidad difusa), mayor bienestar (Witter et al., 1985, pp. 332-342). Pero en algunos casos, como en el tema del género, la relación puede ser curvilínea (Shaver et al., 1980, pp. 1563-1568). La razón explicativa para algunos es que la religiosidad mantiene el apoyo social a los que están aislados socialmente, como los ancianos, refuerza la felicidad y la salud mental y reduce el riesgo de suicidio (Mober y Tabes, 1965).
- En el estudio de 2001, Koenig analiza más de 1200 estudios empíricos sobre las relaciones espiritualidad y religión y concluyen que los beneficios de la espiritualidad son la ayuda a la prevención, la aceleración de la recuperación y una mayor tolerancia al padecimiento (Koenig et al., 2001). Entre un 60-80% de los estudios muestran relación entre mejor salud y religión o espiritualidad.
- Otros estudios señalan la influencia de la espiritualidad en la velocidad de recuperación (Irwin et al., 1990), en la fortaleza y adaptación a la enfermedad (Herbert y Jenkes, 2001, pp. 685-692).

La religiosidad mantiene el apoyo social a los que están aislados socialmente, como los ancianos, refuerza la felicidad y la salud mental y reduce el riesgo de suicidio



Parece que una profunda espiritualidad favorece un mejor funcionamiento del sistema inmunológico

- Los pacientes con cáncer en un 31% de los casos recurren a medicinas alternativas. Los que sobreviven al cáncer reconocen que la enfermedad les despertó a lo esencial de la vida, los ha transformado viviendo una vida más feliz, con menos miedos y menos materialista (Barraclough, 2001). En un estudio con 103 mujeres con cáncer de mama que recibieron un programa de apoyo religioso, el 85% respondieron que sus creencias religiosas les ayudaron a enfrentar la enfermedad (más en aquellas que vivían una religiosidad intrínseca más que extrínseca) (Johnson y Spilka, 1999, pp. 21-33). Feher señaló en un estudio con 33 mujeres de la tercera edad que la religión y la fe proporcionan un apoyo emocional para afrontar el cáncer de mama (91%), sirve de apoyo social (70%) y ayuda a hacer significativo cada día de la vida, especialmente durante la experiencia de cáncer (64%) (Feher y Maly, 1999, pp. 408-416). También hay estudios que descubren unos menores desórdenes emocionales y apuntan a cómo ciertos apoyos psicosociales disminuyen los efectos colaterales de la quimioterapia (Fawcy et al., 1993, pp. 681-689). Incluso hay investigaciones que relacionan espiritualidad y función inmune (estudios con enfermos de VIH, con enfermos de cáncer, etc.). Parece que una profunda espiritualidad favorece un mejor funcionamiento del sistema inmunológico.
- Otros estudios más recientes confirman esta relación en personas mayores (Fitchett et al., 2013, pp. 235-245; Blazer y Koenig, 2012, pp. 676-685).
- Las personas que son miembros de organizaciones religiosas tienen una mayor participación en tareas de voluntariado según muy diversos estudios en diversos países. El cuidado de los otros es algo nuclear en la mayoría de las tradiciones religiosas. Esto es fundamental, pues un metaanálisis de cinco estudios mostró que los voluntarios tenían un 22% de reducción de mortalidad comparados con los no voluntarios (Jenkinson et al., 2013).

En conclusión, diferentes investigaciones han subrayado la importancia de una espiritualidad-religión intrínsecas y su vinculación con ciertas prácticas religiosas para las experiencias de salud y dolor, de ahí la importancia de tener en cuenta este factor en las entrevistas con los pacientes (McBride et al., 1998, pp. 122-126) y en los en los cuidadores formales e informales, pues ayuda a encontrar sentido y propósito en el cuidado, muchas veces de larga duración (demencias, cáncer, etc.) y en situaciones de enormes costes personales a todos los niveles (López Martínez, 2016; 2015, pp. 167-178; López Martínez et al., 2012, pp. 1943-1952; 2014; 2005, pp. 81-94).

En resumen, la espiritualidad/religiosidad “intrínseca-comprometida” pueden tener, seamos modestos en las conclusiones, un efecto beneficioso sobre las enfermedades graves (cardíacas, cáncer, accidentes, etc.), un efecto positivo en la dieta, en la evitación del alcohol y la nicotina, en conductas sexuales reguladas, etc. Tienen un efecto indirecto en la salud por lo que implican de apoyo social del grupo religioso, esencial para la felicidad y para la superación de los tiempos de crisis. La comunidad religiosa suele conectar con recursos y con otras redes, apoya, alivia del asilamiento, ayuda a cultivar experiencias de belleza y trascendencia (lugar sagrado, textos sagrados, etc.),



fomenta la ayuda mutua (alimentos, apoyo económico, apoyo emocional), fomenta celebraciones comunitarias y fiestas, realiza actividades culturales, ayuda a cultivar la importancia de dedicar un día para el descanso (sabbath, el domingo), etc. La afiliación y el compromiso religioso, la asistencia a los servicios religiosos suponen un mayor apoyo social, un mayor número de amigos íntimos, una mayor participación en tareas de compromiso social y voluntariado.

La afiliación y el compromiso religioso, la asistencia a los servicios religiosos suponen un mayor apoyo social, un mayor número de amigos íntimos, una mayor participación en tareas de compromiso social y voluntariado

Desde una perspectiva general, hay que señalar que diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas apuntan a la correlación entre participación en prácticas religiosas y mejor salud y mayor esperanza de vida (McCullough et al., 2000; Chida, Steptoe y Powell, 2009; Valiente Barroso et al., 2010, pp. 153-165). Incluso algunos estudios concretan que se da un incremento de hasta siete años en la expectativa de vida (Helm et al., 2000, pp. 400-405; Hummer et al., 1999, pp. 273-285).

Estas investigaciones han recibido críticas, sobre todo, por razones metodológicas (uso de muestras no representativas, respuestas ajustadas a deseabilidad social más que a realidad, minusvaloración de otros factores —sociales, culturales, económicos—, etc.). Hoy más allá del optimismo de unas décadas atrás y de las críticas demoledoras (conexión injustificada), hay que reconocer una relación que parece ser consistente. Algunos

estudios creen que la relación es más clara como factor protector que como factor de afrontamiento. Lo que parece evidente es que son necesarios estudios mucho más matizados y detallados atendiendo a las diversas situaciones sociales tan relevantes en la salud (clase social, raza, nivel económico, oportunidad de participar en actividades sociales, visitas-relaciones familiares y de amigos, voluntariado, vida cultural, etc.) (Bagiella, Hong y Sloan, 2005). La influencia positiva de la religión, por ejemplo, parece más clara en los estudios que afirman que la asistencia a la iglesia es un factor protector contra la muerte que en los estudios que afirman que la espiritualidad protege contra la progresión del cáncer, la mortalidad por cáncer o contra la discapacidad. O parece más clara la influencia positiva de la oración, el yoga o el rezo de mantras o el rosario que los estudios que afirman que la religión ayuda a una mejor recuperación de una enfermedad grave (Powell, Shahabi y Thoresen, 2003).

Algunos estudios señalan que la relación con Dios correlaciona con felicidad y satisfacción independientemente de la asistencia a la iglesia. La oración se experimenta como un tipo de relación social con beneficios similares al apoyo social (Pollner, 1989, pp. 92-104). Los beneficios pueden venir por prácticas privadas o prácticas públicas. Por este motivo, nos parece fundamental no solo estudiar la oración o la simple asistencia a la iglesia, sino a personas comprometidas en una vida compartida, culto compartido, acción compartida en la que se dan diversas prácticas religiosas (oración, culto, acción social, voluntariado, etc.). Lo importante no es simplemente ir a la iglesia o la oración diaria, sino estudiar el modo de vida de una religiosidad comprometida, adulta, profunda, humana y no fundamentalista (religiosidad intrínseca) que inevitablemente conjuga prácticas privadas (oración, lectura) y prácticas públicas (culto, voluntariado).



Es esencial mantener estos dos ámbitos de influencia unidos, lo público y lo privado, lo personal y lo comunitario. Las creencias, como certeza existencial, correlacionan con satisfacción en la vida, más allá de asistir o no a la iglesia o de la piedad individual, sobre todo en personas mayores y con bajo nivel de educación (Ellison, 1991, pp. 80-99). La creencia en una vida posterior es un buen predictor de bienestar junto con la imagen de la divinidad. Pero la reducción del sentimiento de soledad solo se da en los que creen en un Dios propicio, afectuoso y útil, no tanto en aquellos que creen en un Dios colérico. Budistas tibetanos tienen, por ejemplo, más calidad de vida que los hindúes al tener una visión menos fatalista de la vida.

Lo importante no es simplemente ir a la iglesia o la oración diaria, sino estudiar el modo de vida de una religiosidad comprometida, adulta, profunda, humana y no fundamentalista (religiosidad intrínseca)

Las dimensiones de espiritualidad y religión tienen claras incidencias en la salud. La falta de sentido puede llevar a la desesperación, intentos de suicidio, deseos de morir. La falta de esperanza es importante en el proceso de recuperación. La falta de fe en sí, en los otros o en Dios influyen en el deseo de vivir. El estado de ánimo influye en la inmunidad o en el diálogo personalizado con el paciente en la salud. Por este motivo —valor del sentido, esperanza, ánimo—, lo que queremos en este artículo esbozar es si una religiosidad comprometida-intrínseca con prácticas privadas

(oración, lectura espiritual) y públicas (culto, comunidad, compromiso social), no solo protege sino potencia el bienestar y la longevidad.

5. Multidimensionalidad de la religiosidad y madurez

Hay cierto consenso en doce dimensiones esenciales de la espiritualidad y religiosidad. Esto se hace esencial para no caer en reduccionismos unilaterales y comprender adecuadamente lo que significa una religiosidad intrínseca-comprometida que integra lo público y lo privado, lo individual y lo social.

Estas doce dimensiones son las siguientes (Fetzer Intitute, 1999): experiencias espirituales cotidianas (se experimenta lo divino en la vida diaria, se sienten amados e integrados en algo más que uno mismo), sentido (algo que se descubre, proceso), valores (aceptación, benevolencia, solidaridad frente a valores negativos como el hedonismo, el éxito, el materialismo, el individualismo), creencias (firme asentimiento y conformidad con algo), perdón (ser perdonado por lo divino, por los demás, perdonar a otros y a uno mismo, superar el resentimiento), apoyo religioso de las personas que comparten su fe o espiritualidad (ayuda mutua), prácticas religiosas y espirituales privadas (rezar en privado, leer los textos religiosos, ver programas religiosos en radio o televisión, bendecir las comidas, orar antes de acostarse), afrontamiento religioso o espiritual (religión proporciona estrategias de afrontamiento a crisis o estrés como la oración, la asistencia al culto, la petición de ayuda o colaboración de lo divino, acompañantes espirituales, etc.), historia religiosa o espiritual (marca la educación religiosa en colegios confesionales, los compromisos con otros desde la espiritualidad, el cultivo del



crecimiento espiritual, los modelos de vida religiosa, las experiencias de transformación, la religiosidad del hogar, etc.), el compromiso (la asistencia a la iglesia, el culto, las horas empleadas en esas actividades, la contribución económica), la implicación en la organización-institución religiosa (a través del culto, coro, grupos juveniles, actividades de caridad, voluntariado) y preferencia religiosa (denominación religiosa con la que cada uno se identifica o religión a la que dice pertenecer) (López Martínez, 2015, pp. 163-167).

Una religión-espiritualidad profundas, comprometidas conforman la vida diaria, los valores, la biografía, los compromisos, la vida en instituciones, el apoyo mutuo y ciertas prácticas

Por este motivo, podemos afirmar que una religión-espiritualidad profundas, comprometidas conforman la vida diaria, los valores, la biografía, los compromisos, la vida en instituciones, el apoyo mutuo y ciertas prácticas.

Además, podemos concluir que la psicología nos ofrece al tema de la espiritualidad y la salud una serie de polaridades antropológicas que hay que tener en cuenta en la forma de vivir lo religioso de una manera más adulta y comprometida: religiosidad combativa y religiosidad reconfortadora (W. James), religiosidad humanista (necesidad de crecimiento) y autoritaria (necesidad de seguridad) (E. Fromm), religiosidad de personas que han vivido una experiencia límite (climáticos) y religiosidad con tendencia a ritos, normas, institucionalizar (anaclimático), individuos que acentúan lo doctrinal y los que acentúan la relación con Dios (G. E. Lenki), religiosidad comprometida y conformista (Allen y Spilka), religión como medio y como fin, religiosidad funcional (seguridad, protección) y experiencia de encuentro, religiosidad intrínseca (experiencia, conocimiento, empatía) y religiosidad extrínseca (Allport), orientación de búsqueda y de encuentro (Batson), misticismo y fanatismo (Murisier), religiosidad convencional y postconvencional (Kohlberg), heterocéntrica y autocéntrica (Hall), heterónoma y autónoma (Piaget) (Ávila, 2003). Una religiosidad comprometida, madura y adulta, por lo tanto, tiende a priorizar lo intrínseco, el encuentro, la experiencia mística, lo humanista, lo creativo-generativo y lo relacional más allá (pero sin excluir) lo convencional, lo ritual, lo normativo, lo autoritativo.

6. La vida religiosa

La religión y la espiritualidad es un ámbito de educación y cultivo, es una inteligencia y sensibilidad más en la vida que está conectada con varias actividades ("verbos") esenciales del ser humano: 1. Buscar el sentido, 2. Preguntar radicalmente y distanciándose de lo real; 3. Asombrarse y trascenderse; 4. Conocerse y responder a la llamada interior, a unos ideales; 5. Abrirse al misterio y a lo simbólico; 6. Buscar la sabiduría religándose con todo; 7. Valorar y recrear (ética y estética) (Torralba, 2011).

La vida espiritual como la salud necesita ejercicio. Hay una serie de ejercicios espirituales que las tradiciones religiosas enseñan para mantener vivos el cuerpo y el espíritu: el silencio y la soledad (unificación), la contemplación de la naturaleza (mirada), la escucha de la música y el canto-alabanza (oído), el diálogo y la conversación (voz), la crea-



ción artística (manos), la lectura y la filosofía (razón y logos), el caminar y el ejercicio (músculo), la compasión y la solidaridad (corazón), la meditación y la lectura (mente), la pasividad, la experiencia de la fragilidad y la enfermedad.

Estos ejercicios proporcionan unos beneficios en la mayoría de los casos: creatividad, profundidad, crítica, relacionalidad, autodeterminación, transparencia, equilibrio, conciencia presente, proyecto/sacrificio, conciencia de límite.

En todas las religiones y tradiciones religiosas hay una serie de personas que viven lo religioso como algo central para su identidad. Se consagran a vivir para lo divino, para

La vida espiritual como la salud necesita ejercicio. Hay una serie de ejercicios espirituales que las tradiciones religiosas enseñan para mantener vivos el cuerpo y el espíritu

Dios, para la comunidad religiosa, se sienten llamados y elegidos por lo divino, a estar con Dios, a “morar en el templo”. Muchos lo realizan de modo público mediante unos votos, unas promesas, un tipo de vestido, un modo de vida. Son monjes, sacerdotes, religiosos, pastores, imanes, rabinos, etc. (Martín Velasco, 2017). En la tradición religiosa cristiana católica hay un modo de vida comunitario que es la vida religiosa conformado por los tres votos de pobreza, obediencia y castidad. En todo el mundo hay a diciembre de 2019, 132 200 sacerdotes religiosos, 50 295 religiosos no sacerdotes y 630 099 religiosas (Anuario Estadístico de la Iglesia Católica, 2019). Entre las órdenes religiosas masculinas

las más numerosas son: jesuitas (14 839), salesianos (14 354), franciscanos (12 476), benedictinos (6667), capuchinos (10 355), dominicos (5 545), agustinos, claretianos.

Los jesuitas fundados hace cinco siglos han sido la orden religiosa más relevante y numerosa en los últimos siglos. Tienen una formación amplia y larga, no tienen coro, ni hábito específico, están extendidos por todo el mundo, tienen un papel fundamental en el mundo educativo –tienen la red de universidades privadas más importante del mundo– y social, tienen una profunda preocupación por los temas de la justicia y la cultura (O'Malley, 2014). Los jesuitas tienen muchas de estas prácticas “religiosas” incorporadas: ejercicios espirituales anuales de ocho días, oración diaria, eucaristía diaria, examen de conciencia diario, reuniones y encuentros comunitarios, lectura espiritual frecuente, diálogo-dirección espiritual de otras personas y de ellos con otras personas, sacramento de la reconciliación, etc.

La espiritualidad, como experiencia total que implica a la totalidad de la persona, integra y amplía a la persona en una visión, una cosmovisión articulada de mí, de los otros, de la historia, del mundo. Esto conforma una espiritualidad como opción fundamental y estilo de vida coherente. La espiritualidad no solo unifica e integra, sino también proporciona un modo de vivir, un estilo de vida en que uno se percibe con una misión y una tarea en el mundo desde lo que uno es, con una llamada, con un dinamismo “espiritual” que hay que “cultivar” y “ejercitar”. La Compañía de Jesús ha sido una de las órdenes religiosas más significativas de vida activa (no contemplativa) volcada a la salvación y al cuidado de los otros, al trabajo por la fe y la justicia, a la transformación social y personal desde una motivación profundamente enraizada en el seguimiento de Cristo.

Por eso, este modesto estudio con jesuitas difiere mucho de las investigaciones realizadas con personas profundamente comprometidas religiosamente en su relación con



la longevidad en las que se fijan en un sector de población, normalmente de personas mayores, que realizan diversas prácticas religiosas como leer libros religiosos, rezar, estudiar la Biblia, asistir a servicios religiosos y ver programas religiosos (consultar las diferentes investigaciones que refieren en su estudio Powell, Shahabi y Thorensen, 2003, pp. 43-44).

7. Jesuitas y longevidad. Una hipótesis

Nuestra hipótesis es que las creencias y proyectos comprometidos dentro de un contexto comunitario e institucional estable son factores esenciales para la longevidad

Nuestra hipótesis es que las creencias y proyectos comprometidos dentro de un contexto comunitario e institucional estable son factores esenciales para la longevidad. En este sentido, estudiar la vida religiosa como creencia comprometida y compartida dentro de una vida conformada por una vivencia de comunidad dentro de una institución es muy relevante. Una religiosidad intrínseca y comprometida es un factor de salud y longevidad.

Dentro de la vida religiosa hemos elegido a los jesuitas que son la orden religiosa más numerosa de la Iglesia católica y la más inserta en la cultura y sociedad de nuestro tiempo. Hemos estudiado los jesuitas fallecidos entre los años 2014 y el comienzo del covid en España. Para ello hemos trabajado con las necrológicas que la Compañía de Jesús publica cada vez que fallece un jesuita, aportadas directamente por el socio del provincial de España de la Compañía de Jesús. Estas necrológicas son públicas y aparecen accesibles en la página web de la Compañía de Jesús de España (infosj.es).

Se han estudiado una por una, con detenimiento, esas necrológicas y se han extraído los siguientes datos que se han incorporado a una serie de tablas de Excel.

1. Se recogen los nombres de los 300 jesuitas fallecidos desde enero 2014 a febrero 2020 antes de que comenzara la pandemia.
2. Se recoge la edad a la que fallecen. Se compara con los varones españoles y su media de edad de fallecimiento.
3. Se recoge grado de estudios realizados: 1 básicos, 2 filosofía y teología, 3 además de filosofía y teología hacen otra carrera, 4 doctorado. Se estudia si a mayor nivel de estudios, se vive más años.
4. Se recoge el número de años estudiados (sin tener en cuenta que en mitad de su formación suelen además estar de media dos años dando clases). Se analiza si a mayor número de años de estudio, mayor longevidad.
5. Se recoge si han tenido puestos de responsabilidad que puedan afectar a la salud por ser muy estresantes o de enorme importancia (provincial, rector de universidad, etc.).
6. Se recoge ámbito de dedicación para ver si influye en longevidad. Se dividen principalmente las dedicaciones en universidad, colegios, pastoral, doméstico-comu-



nitario y sector social. Se compara si los sectores influyen. El problema es que muchos trabajan en diversos sectores.

7. Se recoge si son hermanos o padres. Se compara la longevidad. En la congregación religiosa, los hermanos coadjutores no son sacerdotes y no cursan, normalmente, estudios universitarios. Normalmente tienen una preparación para el aprendizaje de diversos oficios domésticos.
8. Se recogen, con la mejor precisión posible, los años pasados en las enfermerías de la provincia religiosa que tiene destinadas para el cuidado de los mayores más dependientes (Alcalá, Málaga, Loyola, Villagarcía de Campos, San Cugat). Sería interesante ver si tienen menos deterioro cognitivo que la media, menos demencias y menos años de dependencia.
9. Se recoge al final lugar de fallecimiento por si se prosigue el estudio y acceder así a mayor información.
10. En una última columna, se recoge si sabemos algo de causa de fallecimiento y si ha estado varios años en otro país en misiones (por si correlaciona con menos longevidad). Solo se registra si han estado más de dos o tres años en misiones o en el extranjero.

7.1. La hipótesis

Su formación es bastante uniforme y probablemente la mejor de los años cuarenta a sesenta del pasado siglo en España. Salen muy bien formados y con un carácter e ideales muy concretos. La muestra de personas analizada, además, estudió muchos años en un régimen de cierto aislamiento del mundo, con un horario muy regulado y

Su formación es bastante uniforme y probablemente la mejor de los años cuarenta a sesenta del pasado siglo en España. Salen muy bien formados y con un carácter e ideales muy concretos

muy centrados en el estudio riguroso. Esto conforma un modo de vida marcado por una serie de prácticas religiosas y humanas muy profundas: oración, examen, eucaristía diaria, vida en común junto con gran capacidad de soledad, horarios estables, lectura frecuente, etc. De cara a considerar factores que influyen en longevidad me parece que es un grupo humano muy interesante: muy uniforme y riguroso en su formación, de mucha calidad humana, muy amplio.

Los sacerdotes (no los hermanos coadjutores) tienen una formación muy uniforme entre los 18 y 35 años. La mayoría tienen una formación conformada por dos años de noviciado, tres años mínimo de estudio de humanidades y filosofía (en Alcalá, Salamanca, Villagarcía de Campos, etc.) y cuatro años mínimo de estudio de teología (Granada, Comillas, San Cugat, etc.). Son años vividos en comunidad, de profundo estudio y formación y marcados por unos ideales profundos.

Este primer estudio será muy modesto y desde los datos recogidos estudiamos solo las siguientes variables en relación a la longevidad: padres/hermanos, sectores, años de estudio, nivel de estudio.



La hipótesis de la que partimos es que un carácter vinculado a unos ciertos comportamientos y prácticas comunitarios son un factor esencial de aumento notable de la longevidad más que los genes y la inteligencia. La paradoja es que una vida comprometida y volcada desde una motivación honda religiosa y prácticas religiosas a los otros es más longeva y feliz. Complicarse la vida por los otros más que estar obsesionado continuamente por la propia salud es más saludable.

7.2. Resultados

La edad media de fallecimiento de los jesuitas en estos años es claramente mayor que la media nacional. La media es 86,44 años. De los 300 jesuitas estudiados, solo 43 fallecieron con menos de 80 años. Esto supone que más de un 85% de los jesuitas fallecidos superaron los ochenta años. Como comparación, la edad promedio de morir en España en 2016 fue para los varones 74,45 años (cálculo realizado sobre datos del INE por defunciones por edad, mes, sexo). Este dato no debe confundirse con la esperanza de vida. La esperanza de vida de los varones en 2016 fue de 80,31 años, en 2017 de 80,37 años, en 2018 de 80,46 años y en 2019 de 80,86 años (Instituto Nacional de Estadística de España). Por lo tanto, la diferencia es de 10 años de media con respecto a la media de población.

Por lo tanto, la diferencia es de 10 años de media con respecto a la media de población

La edad media de fallecimiento de los hermanos coadjutores es mayor que la de los sacerdotes. La edad media de fallecimiento es 88,52 años. De los 76 hermanos fallecidos, solo 8 fallecieron con menos de 80 años y solo 3 con menos de 77 años. Esto supone que casi el 90% de los hermanos fallecieron con 80 o más años. De los 224 sacerdotes, 35 fallecieron con menos de 80 años de edad. Esto demuestra que el nivel de estudios no es lo relevante para la longevidad.

Este dato se confirma cuando analizamos la edad de fallecimiento de los jesuitas con doctorado. De los 30 jesuitas que eran doctores, 6 fallecieron antes de los 80 años, lo cual supone el 20%.

También el dato se confirma cuando se compara con los jesuitas que han estudiado 13 años o más (más que la media de los jesuitas sacerdotes que está en torno a los 9-10 años). De los 75 jesuitas que han estudiado 13 o más años (doctorado u otra licenciatura además de filosofía o teología), solo 12 murieron antes de los 80 años. Esto supone el 16% de la totalidad.

Con respecto a los sectores de trabajo no se aprecian diferencias salvo la dicha con respecto a los hermanos coadjutores cuya ocupación predominante ha sido lo doméstico y lo comunitario.

En la comparativa con jesuitas que han ocupado cargos de responsabilidad (rectores, provinciales, directores de colegio, etc.), hemos observado que de los 30 elegidos con puestos de más responsabilidad (el 10% del total), solo 5 fallecieron con menos de 80 años (77, 77, 76, 76, 70 años). La media de edad, sin embargo, es muy alta: 90,46 años.



Esto indica que la responsabilidad parece incluso influir positivamente en una mayor longevidad. Es una media más alta que la de los hermanos coadjutores. Esto indica que la implicación e identificación con la misión son factores muy positivos de cara a la longevidad.

El tema de los sectores no arroja resultados concluyentes pues muchos jesuitas se dedican a lo largo de su vida a varios sectores y es muy difícil deslindarlos.

Los años pasados en la enfermería son muy relevantes, pero tenemos que ser prudentes en los resultados. De cinco jesuitas no tenemos datos claros y de dos más hay algunas dudas. No son muchos en el conjunto de 300. De los datos que tenemos, llama poderosamente la atención, con respecto a la media de los españoles varones, el es-

Esto indica que la responsabilidad parece incluso influir positivamente en una mayor longevidad

caso número de jesuitas que pasa en la enfermería más de una decena de años. De los 300 jesuitas, solo 20 jesuitas pasaron 10 años o más en la enfermería de la orden religiosa. Esto supone que más del 93% de los jesuitas no tiene un grado de dependencia moderada o severa durante más de una década. Normalmente el traslado a la enfermería se realiza cuando ya no tienen una suficiente independencia y su dependencia es relevante (moderada o severa). Se intenta siempre mantenerlos en las comunidades en la medida que pueden valerse por sí mismos. El dato

más relevante es que la media de estancia en la enfermería es de 4,48 años la media de estancia de los jesuitas que están en la enfermería (sobre 201 jesuitas) (3 años de media si consideramos la totalidad de los jesuitas estén o no estén en la enfermería).

De los 300 jesuitas, 94 no murieron en la enfermería, lo cual supone que no tenían una dependencia moderada y eran bastante autónomos. Esto supone que casi un tercio fallecieron en una comunidad religiosa (no en la enfermería de la congregación religiosa) y con bastante autonomía.

Por faltarnos datos sobre las causas de muerte de una gran mayoría de jesuitas, no podemos concluir nada significativo en este ámbito. Solo apuntar que quizás valdría la pena estudiar una posible menor incidencia de demencias en esta población con respecto a la media.

7.3. ¿Qué podemos concluir de estos “modestos” datos?

La vida religiosa por su vivencia comunitaria (vida en común y vida en el cuarto), vida regulada (ciertos horarios estables), apertura a los otros y dinamismo social (vida apostólica), fuerte sentido institucional (identidad y obediencia) y vida con sentido (consagración religiosa), supone una fuente positiva de longevidad.

No es concluyente que los años de estudios correlacionen con una mayor longevidad. La formación intelectual no es lo más relevante.

La procedencia de familias de mejor estatus económico y cultural tampoco parece influir dado que los hermanos coadjutores son más longevos que los sacerdotes y solían proceder de contextos más humildes. Hay que tener en cuenta que muchos de los que



entraron en la Compañía de Jesús para ser sacerdotes procedían de familias de clase media o media-alta, muchos de ellos procedentes de los colegios de jesuitas que había en muchas ciudades de España.

La actividad mantenida (el trabajo —la misión— se mantiene tras los 70 años), el carácter (“el modo nuestro de proceder”) y el sostén comunitario e institucional (la orden religiosa proporciona cuidados de calidad cuando la dependencia aparece) son factores muy importantes para la longevidad. Los jesuitas no acuden al médico más que la media de la población durante su vida activa (más bien menos). Las creencias comprometidas, la actividad con sentido, el marco comunitario y unas ciertas prácticas religiosas que conforman un modo de vida ordenado y un carácter parecen ser lo más relevante de una longevidad mayor en la vida religiosa masculina y femenina.

Parece que ni los buenos genes ni el cultivo de la mente influyen tanto en la longevidad como una forma de vida ordenada, la vida con otros (volcada a los otros), la actividad y la vida como proyecto con sentido y con un propósito (creencia religiosa comprometida).

Referencias

- Ávila, A. (2003). *Para comprender la Psicología de la religión*. Verbo Divino.
- Bagiella, E., Hong, V. y Sloan, R. P. (2005). Religious attendance as a predictor of survival in the EPESE cohorts. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 443-451. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh396>
- Barraclough, J. (2001). *Integrated Cancer Care: Holistic, Complementary, and Creative Approaches*. Oxford University Press.
- Benson, H. (1996). *Timeless healing: The power and biology of belief*. Fireside books.
- Besret, B. (2006). *Du bon usage de la vie*. Albin Michel.
- Brusco, A. (2002). *Madurez humana y espiritual*. San Pablo.
- Byrd, R. C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medical Journal*, 81(7), 826-829.
- Chen, Y., Koh, H. K., Kawachi, I., Botticelli, M. y VanderWeele, T. J. (2020). Religious Service Attendance and Deaths Related to Drugs, Alcohol, and Suicide Among US Health Care Professionals. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 737-744. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0175>
- Chida, Y., Steptoe, A. y Powell, L. H. (2009). Religious/spirituality and mortality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, (78), 81-90. <https://doi.org/10.1159/000190791>
- Bouvier, S., Xu, X. y Knight, C. (2022, 27 de abril). La persona más anciana del mundo es una monja francesa que disfruta del chocolate y el vino. *CNN Noticias en español*. <https://cnnespanol.cnn.com/2022/04/27/mas-anciana-monja-francesa-record-trax/>
- Cowlshaw, S., Niele, S., Teshuva, K., Browning, C. y Kendig, H. (2013). Older adults' spirituality and life satisfaction: A longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing and Society*, 33(7), 1243-1262. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000633>



- Comte-Sponville, A. (2006). *El alma del ateísmo. Introducción a una espiritualidad sin Dios*. Paidós.
- Cour, P. la, Avlund, K. y Schultz-Larsen, K. (2006). Religion and survival in a secular region. A twenty-year follow-up of 734 Danish adults born in 1914. *Social Science & Medicine*, 62(1), 1957-164. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.029>
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. I. y Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality- The Forgotten Factor. *Gerontologist*, 42(5), 613-620. <https://doi.org/10.1093/geront/42.5.613>
- Dworkin, R. (2016). *Religión sin Dios*. FCE.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*, 32(1), 80-99. <https://doi.org/10.2307/2136801>
- Etchezahar, E. y Simkin, H. (2013). Religiosidad y espiritualidad: la mediación del autoritarismo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 17(2), 48-58.
- Fawcy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L. y Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: effect of a structured psychiatric intervention, coping and affective stateon recurrence and survival six years later. *Archives of General Psychiatry*, 50(9), 681-689. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820210015002>
- Feher, S. y Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psicooncology*, 8(5), 408-416. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199909/10\)8:5%3C408::AID-PON409%3E3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5%3C408::AID-PON409%3E3.0.CO;2-5)
- Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group. (1999). *Multidimensional Measurement of Religiosity/Spirituality for Use in Health Research*. Fetzer Institute Publications.
- Fitchett, G., Skarupsky, M. R. y León, C. F. M. de. (2013). Worship attendance and the disability process in community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology Series B*, 68(2), 235-245. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs165>
- Galen, L. W. (2009). Profile of the godless. Results of a survey of the non-religious. *Free Inquiry*, (29), 41-45.
- Gauchet, M. y Ferry, L. (2006). *Lo religioso después de la religión*. Anthropos.
- Gupta, R., Prakash, H., Gupta, V. P. y Gupta, K. D. (1997). Prevalence and determinants of coronary heart disease in a rural population of India. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(2), 203-209. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(96\)00281-8](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(96)00281-8)
- Hebert, R. S., Jenkes, M. W., Ford, D. E., O'Connor, D. y Cooper, L. (2001). Patients perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 16(10), 685-692. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.01034.x>
- Helm, H. Hays, J. C., Flint, E. P., Koenig H. G. y Blazer, D. G. (2000). Does Private Religious Activity Prolong Survival? A Six-Year Follow-up Study of 3,851 Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A*, 55(7), 400-405. <https://doi.org/10.1093/gerona/55.7.M400>
- Hilton, J. M., González, C. A., Saleh, M., Maitoza, R. y Anngela-Cole, L. (2012). Perceptions of successful aging among older Latinos, in cross-cultural context. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(3), 183-199. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9171-4>
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B. y Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 36(2), 273-285. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9171-4>



- Hyberls, C. F., Blazer, D. G., Koenig, H. G. y George, L. K. (2012). The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. *The Gerontologist*, 52(5), 676-685. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr156>
- Idler, E. L. y Kasl, E. S. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *The Journals of Gerontology Series B*, 52(6), 306-316. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.6.S306>
- Inglehardt, R. (1990). *Culture, Shift in Advanced Industrial Society*. Princenton University Press.
- Irwin, M., Paterson, T., Smith, T.L., Caldwell C., Brown, S. A., Gillin, J. C. y Grant, I. (1990). Reduction of immune function in life stress and depression. *Biological Psychiatry*, 27(1), 22-30. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(90\)90016-U](https://doi.org/10.1016/0006-3223(90)90016-U)
- Iwamasa, G. Y. y Iwasaki, M. (2011). A new multidimensional modelo of successful aging: perceptions of Japanese American older adults. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(3), 261-278. <https://doi.org/10.1007/s10823-011-9147-9>
- James, A. y Wells, A. (2003). Religion and Mental health: Towards a cognitive behavioural framework. *British Journal of Health Psychology*, 8(3) 359-376. <https://doi.org/10.1348/135910703322370905>
- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M. Bamba, C. L., Lang, I. y Richards, S. H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A sistematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*, 13, 773. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-773>
- Johnson, S. C. y Spilka, B. (1999). Coping with breast cancer: the roles of clericy and faith. *Journal of Religion and Health*, 30, 21-33. <https://doi.org/10.1007/BF00986676>
- Jomain, C. (1987). *Morir en la ternura*. San Pablo.
- King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H. y Bebbington, P. (2013). Religion, spirituality and mental health: Results from a national study of English households. *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 68-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112003>
- Kirby, S. E., Coleman, P. G. y Daley, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and non-frail older adults. *The Journals of Gerontology*, 59(3), 123-129, <https://doi.org/10.1093/geronb/59.3.P123>
- Koenig, H., King, D. y Verna, B. C. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
- Koenig, H. G., McCullough M. E. y Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford Academic.
- Larson, D. B., Swyers, J. P. y McCullough, M. E. (eds.) (1998). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. National Institute for Healthcare Research.
- Lee, P., Lan, W. y Yen, T. (2011). Aging Successfully: A Four-Factor Model. *Educational Gerontology*, 37(3), 210-227. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.487759>
- Levin, J. S. (1996). How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science & Medicine*, 43(5), 849-864. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.487759>
- López Martínez, J. (2006). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes*. *Desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa* (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid. <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>



- López Martínez, J. (2015). Mayores, cuidadores y espiritualidad. Una reflexión desde la psicología. En J. de la Torre (ed.), *Bioética y ancianidad en una sociedad en cambio* (pp. 167-178). Universidad Pontificia Comillas.
- Lopez, J., Romero-Moreno, R., Marquez-González, M. y Losada, A. (2012). Spirituality and self-efficacy in dementia family caregiving: Trust in God and in yourself. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1943-1952. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001287>
- López Martínez, J., Camili, C. y Noriega, C. (2014). Posttraumatic growth in widowed and non-widowed older adults: religiosity and sense of coherence. *Journal of Religion and Health*, 54, 1612-1628. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9876-5>
- López Martínez, J., López-Arrieta, J. y Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(1), 81-94. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.12.001>
- Madinier, G. (2012). *Conciencia y amor*. Fundación Emmanuel Mounier.
- Martín Velasco, J. de D. (2017). *Introducción a la fenomenología de la religión*. Trotta.
- Maynard, E. A. (2014). The diagnostic and statistical manual: sacred text for a secular community? *Mental Health, Religion & Culture*, 17(2), 136-142. <https://doi.org/10.1080/13674676.2012.762574>
- McBride, J. L., Arthur, G., Brooks, B. y Pilkington, L. (1998). The relationship between a patient's spirituality and health experiences. *Family Medicine*, 30(2), 122-126. <http://hdl.handle.net/10822/911427>
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G. y Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.3.211>
- Mélich, J. (2019). *La religión del ateo*. Fragmenta.
- Miller, W. R. y Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>
- Moberg, D. O. y Taves, M.J. (1965). Church participation and adjustment in old age. En A. M. Rose y W. A. Peterson (eds.), *Older People and Their Social World*. F. A. Davis.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J. y Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinical Procedures*, 76(12), 1225-1235. <https://doi.org/10.4065/76.12.1225>
- Mykto, J. J. y Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychooncology*, 8(5), 439-450. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199909/10\)8:5%3C439::AID-PON421%3E3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5%3C439::AID-PON421%3E3.0.CO;2-L)
- Navas, C. y Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista de Ciencias de la Educación*, 6(327), 29-45. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/volln27/27-2.pdf>
- Oliver, A., Galiana, L., Sancho P. y Tomás, J. M. (2015). Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan* 15(2), 228-238. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.7>
- O'Malley, J. W. (2014). *Historia de los Jesuitas. Desde Ignacio hasta el presente*. Mensajero.



- Park, N. S., Lee, B. S., Sun, F., Klemmack, D. L., Roff, L. y Koenig, H. G. (2013). Typologies of religiousness/spirituality: Implications for health and well-being. *Journal of Religion and Health*, 52, 828-839. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9520-6>
- Piedmond R. L., Kennedy, C., Sherman, M., Sherman, N. y Williams, J. (2008). A Psychometric Evaluation of the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale: Short form. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 19(2), 163-81. <https://doi.org/10.1163/ej.9789004166462.i-299.55>
- Piedmont, R. (2012). Overview and Development of Measure of Numunous Constructs: The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale. En L. J. Miller (ed.), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality* (pp. 104-122). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199729920.013.0007>
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations, and well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30(1), 92-104. <https://doi.org/10.2307/2136915>
- Powell, L. H., Shahabi, L. y Thorensen, C. E. (2003). Religion and Spirituality. Linkages to Physical Health. *American Psychologist*, 58(1) 36-52. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.58.1.36>
- Ross, L. (1995). The spiritual dimensión: its importance to patient's health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5), 457-468. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00007-K](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00007-K)
- Shaver, P., Lenauer, M. y Saad, S. (1980). Religiousness, conversion and subjetive well-being: The 'health-minded' religion of modern American women. *American Journal of Psyquiatry*, 137, 1563-1568. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.12.1563>
- Simkin, H. y Etchezahar, E. (2013). Las orientaciones religiosas extrínseca e intrínseca: validación de la "Age Universal" IE Scale en el contexto argentino. *Psykhé*, 22(1), 97-106. <https://doi.org/10.7764/psykhe.22.1.477>
- Simkin, H. y Etchevers, M. (2014). Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(4), 265-275.
- Speck, P. (2005). Spiritual/religious issues in care of the dying. En J. Ellershaw y S. Wilkinson, *Care of the Dying* (pp. 90-105). Oxford University Press.
- Torralba, F. (2011). *Inteligencia espiritual*. Plataforma.
- Udías, A. (2010). *Ciencia y religión. Dos visiones del mundo*. Sal terrae.
- Valiente-Barroso, C. y García-García, E. (2010). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. *Psicogeriatría*, (2), 153-165.
- Wen, W., Schulundt, D., Andersen, D. W., Blot, W. J. y Zheng, W. (2019). Does religious involvement affect mortality in low-income Americans? A prospective cohort study. *BMJ Open*, 9(7), e028200. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028200>
- World Health Organization (WHO). (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative Care* (Report of a WHO expert Committee. Technical Report Series, 804). Geneva.
- Wink, P. y Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*, 18(4), 916-924. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.18.4.916>



- Witter, R. A., Stock, W. A., Okun M. A. y Haring, M. J. (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. *Review of Religious Research*, 26(4), 332-342. <https://doi.org/10.2307/3511048>
- Zinnbauer, B. J. y Pargament, K. L. (2005). Reigiousness and spirituality. En R. F. Paloutzian y C. L. Park (eds.), *Handbook of the psychology of religión and spirituality*. Guilford Press.