

## Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del Programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas aparentemente sanas

### *Comparing between spiritual well being of patients from the cardiovascular nursing program with individuals who are apparently healthy*

BEATRIZ SÁNCHEZ-HERRERA\*

#### Resumen

**Objetivo:** el estudio describe y compara los niveles de bienestar espiritual del grupo de pacientes del programa de enfermería cardiovascular con los de un grupo de personas con características sociodemográficas similares y aparentemente sanas.

**Métodos:** se utilizó un abordaje cuantitativo de tipo descriptivo comparativo para la medición del bienestar espiritual que incluyó a las 43 personas del programa de enfermería cardiovascular para la prevención de factores de riesgo y 43 personas con características similares y aparentemente sanas.

**Resultados:** incluyen la descripción del bienestar espiritual de cada uno de los grupos (personas que asisten al programa de enfermería cardiovascular y personas aparentemente sanas) y la comparación entre ellos. Se encontró que el nivel de bienestar espiritual de las personas del programa de enfermería cardiovascular es medio, y está más comprometido en la dimensión existencial que en la religiosa. En las personas aparentemente sanas el bienestar espiritual general fue alto, con mayores resultados en la dimensión religiosa que en la existencial. Al comparar los niveles de bienestar espiritual general y por componentes se encontró una diferencia signifi-

cativa entre los grupos con mayores niveles de bienestar espiritual general y por componentes en el grupo de las personas aparentemente sanas.

**Discusión:** los hallazgos ratifican la existencia de un vínculo entre la espiritualidad y la salud cardiovascular. Se enfatiza la importancia de una valoración integral que permita comprender la dinámica entre los diferentes aspectos de la vida de las personas con riesgos cardiovasculares durante el programa de enfermería cardiovascular. Se resalta la importancia de incluir información de las creencias y prácticas espirituales como un posible factor protector en la salud cardiovascular de las personas y se abre un debate sobre las estrategias para abordar la dimensión del cuidado espiritual y trascender de la teoría a los hechos en lo referente a la integralidad en un cuidado que se base en la salud como conciencia expandida.

**Palabras clave:** estilo de vida, espiritualidad, enfermedades cardiovasculares (fuente: DeSC, BIREME)

#### Abstract

**Objective:** the study describes and compares the levels of spiritual well-being of the group of patients from the cardiovascular nursing program with those of the group of people with similar socio-demographic characteristics and who are apparently healthy.

**Methods:** a quantitative approached was used of the descriptive comparative type to measure the spiritual well-being which included the 43 people of the cardiovascular nursing

\* Enfermera. M. Sc. Enfermería. Profesora Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. cbsanchezh@unal.edu.co

program for the prevention of risk factors and 43 people with similar characteristics and who are apparently healthy.

**Results:** they include the description of spiritual well-being of each one of the groups (people who attend the cardiovascular nursing program and individuals who are apparently healthy) and the comparison between them. An average level of spiritual well-being among the cardiovascular nursing program individuals was found, and it was more committed in the existential dimension than in the religious one. In people who are apparently healthy, the general spiritual well-being level was high, with better results in the religious dimension than in the existential one. When comparing the levels of spiritual well-being in general and by the components, a significant difference was found between the groups with higher levels of spiritual well-being in general and by the components in the group of individuals who are apparently healthy.

**Discussion:** The findings confirm the existence of a link between spirituality and cardiovascular health. The importance of an integral evaluation is emphasized and that should enable the understanding of the dynamics between the different life aspects of people with cardiovascular risk during the cardiovascular nursing program. The importance of including information on spiritual belief and practices is highlighted as a possible protecting factor in the cardiovascular health of people and a debate is open on the strategies to address the dimension of spiritual care and go beyond the theory of the facts in reference to the integrity in a care that is based on health as an expanded conscience.

*Key words:* Life style, spirituality, cardiovascular disease.

Se reconoce ampliamente la enfermedad cardiovascular por estar entre las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Colombia no es una excepción a esta realidad (1).

Se ha documentado que modificaciones internas y externas en el estilo de vida de las personas son importantes para su salud cardiovascular, aunque dichas modificaciones son difíciles de sostener de manera definitiva (2). De igual forma los estudios indican asociación entre el incremento del estrés, el sedentarismo y los cambios de roles en la vida de las personas y señalan que cada día los riesgos de enfermedad cardiovascular se incrementan y más mujeres se ven afectadas por alteraciones cardiovasculares (3-5). Como respuesta a esta situación y con el fin de mejorar los estilos de vida se han generado diversos programas de salud, entre estos el Programa de Enfermería Cardiovascular para la prevención de riesgos, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de



Colombia, en la Unidad Básica de Atención (UBA) Ramajal, de la localidad de San Cristóbal, Bogotá.

La espiritualidad ha sido reconocida como parte integral de la salud, el bienestar y la calidad de vida, y diversos autores relacionan el bienestar espiritual con un afrontamiento positivo de las dificultades de la vida (6-9). Ellison, reconocido como el estudioso más destacado del tema del bienestar espiritual en diversas poblaciones y situaciones de vida, sostiene que el bienestar espiritual es un sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los otros, con el orden natural o con un poder superior manifiesto a través de expresiones creativas, rituales familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas que generan una dimensión existencial (hacia el ser o fuerza superior) y una religiosa (hacia sí mismo y los demás) (10). Dicho bienestar puede medirse a través de la comunicación directa con cada persona.

Se ha reconocido además que es necesario satisfacer las necesidades de cada persona para respaldar su bienestar espiritual y que este es un componente único en la vida de cada sujeto. La literatura documenta diferentes mecanismos y abordajes positivos para trabajar en el campo de la salud, en donde se tenga en cuenta su relación con la espiritualidad y la sanación (11). A pesar de ello, es evidente que en muchos casos se llega a señalar cómo valorar la espiritualidad en relación con la salud y se acepta que es parte de la totalidad de la persona (12-16), pero en la mayoría de las prácticas de cuidado sanitario se carece de estrategias de abordaje espiritual (17, 18).

Se han documentado múltiples beneficios de la espiritualidad en la salud (19). La espiritualidad, la religión y la esperanza como partes de ella, han demostrado ser apoyo en momentos de crisis, dar significado y permitir en muchos casos redimensionar y reorganizar la vida de las personas (20-23).

Algunas explicaciones señalan que los individuos, a través de vivencias espirituales, sienten mayor control sobre sus vidas, quizá por pensar que Dios o un ser o fuerza superior son sus aliados en el manejo de situaciones complejas (24). Incluso las congregaciones religiosas han sido valoradas como una forma importante de soporte social (25).

Aunque no hay unanimidad y algunos autores expresan dudas sobre los hallazgos o solicitan confirmación de los mismos, es significativa la documentación que respalda la existencia de una relación positiva entre la salud cardiovascular y la espiritualidad.

De una parte, un importante grupo de estudiosos solicitan mayor evidencia empírica sobre los efectos de la espiritualidad en la salud e incluso hay quienes documentan una relación negativa entre componentes de la espiritualidad y la salud, por cuanto puede afectar la búsqueda oportuna de tratamiento, y en algunos casos las creencias sirven de justificación para la no adherencia o el abandono de las terapias. Para ellos, aunque hay evidencia creciente sobre la asociación entre la espiritualidad y la salud, recomendar, acoger o promover las prácticas religiosas en estas personas no sería pertinente (26-32).

De otra parte, diferentes estudios evidencian que personas con prácticas espirituales, en particular religiosas, consistentes presentan tensiones arteriales más bajas, menor número de eventos cardíacos, una posible regresión de la obstrucción arterial coronaria, mejores resultados que siguen a las cirugías cardíacas, menor consumo de tabaco y alcohol, mayores niveles de contacto familiar y social, menor discapacidad y mayor índice de supervivencia en general (33-47).

Se han estudiado además, con resultados positivos, los componentes terapéuticos de la espiritualidad y su asociación con una mayor adherencia a los tratamientos, con un mejor funcionamiento fisiológico, en particular con el del sistema inmune y los niveles de cortisol (48-53). De igual forma se ha documentado que quienes tienen creencias y prácticas espirituales positivas y

estables tienden a tener mejor afrontamiento, menor depresión, mejor funcionalidad, mejor autopercepción, mayor asistencia a citas médicas, mayor cooperación y acatamiento del tratamiento, mejores resultados clínicos, mayor satisfacción con la vida, menor discapacidad y mayor recuperación (54-78).

La reacción de las personas, en especial las hospitalizadas y las gravemente enfermas, en cuanto a que los aspectos espirituales sean abordados por profesionales de la salud como parte de sus decisiones de cuidado, también ha sido estudiada y los hallazgos de estos estudios iluminan de manera importante el cuidado de la salud humana (79-82).

En resumen, aunque existen voces a favor y en contra de considerar beneficios de la espiritualidad en la salud cardiovascular y en el estilo de vida, hay una aceptación general con respecto a que las creencias y prácticas espirituales tienen impacto importante en la salud. El componente religioso ha sido mucho más estudiado que el componente existencial de la espiritualidad. Son pocos los estudios sobre el bienestar espiritual en las personas y ninguno de los reportes de la literatura actual lo aborda en población colombiana o bajo el modelo conceptual de Margaret Newman. Esta investigación, basada en la comprensión de la salud como una forma de expansión de la conciencia (83), aporta una nueva mirada al ser y a su realidad y respalda una manera más plena de estar en el mundo, de tener mayor introspección y entendimiento, y abre un debate sobre alternativas terapéuticas que deben abordarse en el futuro y que pueden llegar a beneficiar a las personas atendidas en los servicios de salud, a sus terapeutas y a las mismas instituciones.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se entrevistó a 86 personas; 43 eran pacientes del PECV de la UBA Ramajal quienes fueron abordados en la UBA, previa aprobación de un consentimiento informado. Las 43 personas restantes, aparentemente sanas, fueron entrevistadas o en la UBA o en sus viviendas. Las entrevistas duraron en promedio 35 minutos.

El instrumento empleado para la recolección de la información fue la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison®. Esta escala tiene 20 ítems con graduación de tipo Likert de 1 a 6 que van desde total acuerdo hasta total

desacuerdo, pasando por acuerdo moderado, acuerdo, desacuerdo y desacuerdo moderado. Se compone de dos subescalas, una para la dimensión existencial y otra para la religiosa, por lo cual genera tres resultados: bienestar espiritual total, dimensión religiosa y dimensión existencial del bienestar espiritual. Su coeficiente de confiabilidad es de 0,93 (bienestar espiritual), 0,96 (bienestar religioso) y 0,86 (bienestar existencial). La consistencia interna se evaluó utilizando el coeficiente alfa y dio 0,89 (bienestar espiritual), 0,87 (bienestar religioso), y 0,78 (bienestar existencial). Su autor la ha empleado en poblaciones de diferentes culturas y ha sido traducida y validada en diferentes idiomas, incluido el español (84). Para ilustrar al lector se incluyen a continuación unos ejemplos de los ítems de la dimensión religiosa y existencial: “Creo que Dios me ama y se preocupa por mí” (religiosa), “Me siento inseguro sobre mi futuro” (existencial), “Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar” (religiosa), “Creo que la vida es una experiencia positiva” (existencial). Se puede consultar la escala en su fuente de origen.

Los datos se manejaron de acuerdo con las instrucciones de Ellison para la conducción del instrumento. Una vez diligenciados los instrumentos, se incorporaron a una matriz creada en Microsoft Excel y se procesaron en el software estadístico Minitab versión 14.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas sobre las características demográficas de los grupos utilizando frecuencias absolutas y porcentajes, así como generación de promedios, desviaciones estándar, valores mínimo y máximo en cada grupo para el bienestar espiritual total y para las dimensiones religiosa y existencial. Las hipótesis planteadas se verificaron a un nivel de confianza del 95%. La comparación de los dos grupos estudiados en relación con el bienestar total y sus dimensiones se realizó utilizando la estadística U de Mann Whitney.

El estudio consideró los aspectos éticos referentes al costo-beneficio, el consentimiento informado, la participación voluntaria y el manejo confidencial de la información, la autorización de las instituciones y la del autor del instrumento a quien se le pagaron los derechos por cada una de las encuestas aplicadas. En todos los casos se ofreció información adicional sobre el cuidado de las personas y se respondió de manera exhaustiva cada una de las preguntas de los entrevistados.

De otra parte, la investigación fue clasificada por expertos en cero impacto ambiental, por cuanto no genera ningún tipo de contaminación.

## RESULTADOS

### Características de los grupos

De las personas que asistían al PECV, 14,29% eran hombres y 85,71% mujeres. Sus edades fluctuaron entre 18 y 35 años en 4,76% de los casos, entre 36 y 65 en 66,67% y con más de 66 se encontró 28,57%. El nivel educativo fue de universidad completa, estudiante universitario o técnico certificado 0%, 4,76% con bachillerato completo, 9,52% bachillerato incompleto, 19,05% primaria completa, 42,86% primaria incompleta y 23,81% no tenían escolaridad. La procedencia fue de 19,05% de Bogotá y 80,95% de afuera. Su diagnóstico fue de hipertensión arterial en 95,24% y de hipertensión arterial y diabetes en 4,76%. El grupo de personas en situación de no enfermedad, por ser un grupo homólogo, presentó características iguales en edad y sexo al anterior. El nivel educativo fue de universidad completa, estudiante universitario o técnico certificado 2,0%, 4,0% con bachillerato completo, 10,0% bachillerato incompleto, 18,0% primaria completa, 46,0% primaria incompleta y 20,0% no tenían escolaridad. La procedencia fue de 35% de Bogotá y 65% de fuera.

En cuanto al nivel de bienestar espiritual general los valores de la escala daban opciones en un rango de 20 a 120. Se consideraron niveles bajos de bienestar espiritual valores inferiores a 53,3, valores medios de 53,4 a 86,6 y valores altos de 86,7 a 120. Los hallazgos de los dos grupos se presentan en la tabla 1.

En la dimensión religiosa del bienestar espiritual los valores posibles fluctuaban entre 10 y 60. Los valores inferiores a 26,6 se consideraron bajos, los valores entre 26,7 y 43,3, medios, y los valores de 43,4 a 60, altos. Los hallazgos de los dos grupos valorados se presentan en la tabla 2.

En la dimensión existencial del bienestar espiritual los valores posibles fluctuaban entre 10 y 60. Los valores inferiores a 26,6 se consideraron bajos, los valores entre 26,7 y 43,3, medios, y los valores de 43,4 a 60, altos. Los hallazgos de los dos grupos valorados se presentan en la tabla 3.

La comparación con base en la prueba U de Mann Whitney entre los niveles de bienestar espiritual general

**Tabla 1.** Descripción del bienestar espiritual general en las personas del PECV y en las personas aparentemente sanas.

Resultados	Asistentes al PECV	Personas aparentemente sanas
Valores máximos	68,0	118,0
Valores mínimos	45,0	82,0
Media bienestar espiritual general	58,0	104,24
Mediana bienestar espiritual general	59,0	108,0
Ds bienestar espiritual general	5,19	11,03

**Fuente:** datos del estudio.

**Tabla 2.** Descripción de la dimensión religiosa del bienestar espiritual en las personas del PECV y en las personas aparentemente sanas.

Resultados	Asistentes al PECV	Personas aparentemente sanas
Valores máximos	38,0	60,0
Valores mínimos	24,0	39,0
Media de sumatoria de dimensión religiosa	30,19	54,90
Mediana bienestar dimensión religiosa	29,00	58,0
Ds bienestar dimensión religiosa	3,50	6,89

**Fuente:** datos del estudio.

**Tabla 3.** Descripción de la dimensión existencial del bienestar espiritual en las personas del PECV y en las personas aparentemente sanas.

Resultados	Asistentes al PECV	Personas aparentemente sanas
Valores máximos	31,00	58,0
Valores mínimos	17,00	41,0
Media de sumatoria de dimensión existencial	27,81	49,33
Mediana bienestar dimensión existencial	29,00	50,0
Ds bienestar dimensión existencial	3,24	6,19

**Fuente:** datos del estudio.

y por dimensiones de los pacientes del PECV y los de las personas aparentemente sanas se presenta en la tabla 4.

## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Dentro de las personas que participaron en el estudio se encuentra un porcentaje de mujeres bastante mayor al de los hombres aunque el PECV maneja riesgos que, a

pesar de las tendencias, continúan siendo mayores en el género masculino. Podría darse esta proporción por cuanto las mujeres tienen mayor aceptación de este tipo de actividades preventivas realizadas dentro de su comunidad o porque la actividad laboral o social de los hombres les impide vincularse a las mismas.

La edad de las personas estudiadas resulta muy llamativa si se considera que 71,43% tiene menos de 66

**Tabla 4.** Comparación con base en la prueba U de Mann Whitney entre los niveles de bienestar espiritual general y por dimensiones en las personas del PECV y las personas aparentemente sanas.

Prueba analizada	Valor estimado diferencia de medias	Nivel de confianza	Valor de p
Bienestar general	48	95%	00,000
Dimensión religiosa	27	95%	00,000
Dimensión existencial	22	95%	00,000

**Fuente:** datos del estudio.

años. Este dato ratifica la importancia de acciones protectoras para este grupo que buscan minimizar riesgos de enfermedad cardiovascular para evitar discapacidad y pérdida de años de vida, que representan un gran costo social para el país.

Puede apreciarse que fue posible la homologación estricta de la muestra por edad y sexo. Se buscó que la escolaridad y la procedencia de los sujetos fueran lo más cercanas posible, aunque tienen una pequeña discrepancia que no parecería afectar de forma importante la comparación con el grupo original.

El bienestar espiritual en el grupo de personas que asisten al PECV, cuya situación de salud cardiovascular les exige modificar el estilo de vida para mejorar su pronóstico, se encuentra en un nivel medio, en el límite con el nivel bajo y con mayor compromiso del componente existencial que del religioso. Estos hallazgos permiten evidenciar en el primer grupo un estado de poca armonía en la relación con Dios, un ser o fuerza superior, con el propio ser, con los demás y con el entorno. Esta situación se encuentra un poco más afectada en la dimensión existencial que en la religiosa. Es decir que es en la razón de ser y de existir donde las personas de ese primer grupo tienen la mayor dificultad.

El bienestar espiritual de las personas aparentemente sanas es alto tanto en la calificación general como en cada uno de sus componentes, o sea que ellos tienen una armonía interna con Dios, un ser o fuerza superior, con el propio ser, con los demás y con el entorno. Las diferencias en los niveles de bienestar espiritual entre los dos grupos son estadísticamente significativas tanto en los resultados generales como en las dimensiones religiosa y existencial.

El encontrar unos niveles de bienestar espiritual más bajos en el grupo de personas que asisten al PECV

que en el grupo homólogo hace pensar en varias hipótesis: de una parte, el componente espiritual podría estar dando un respaldo insuficiente para motivar un cambio en el estilo de vida, con las consecuencias de tener una situación de enfermedad. De otro lado, podría pensarse que el grado de compromiso de la salud, aunque no es aparente, está presente en el interior de las personas y podría tener una incidencia negativa en dicho bienestar. Podría especularse, también, que es un estado de desarmonía interna el que ha llevado a este grupo de personas a vincularse al PECV, en particular si se tiene en cuenta que este busca, además de la prevención del riesgo cardiovascular, fomentar un estilo de vida saludable en donde el cuerpo y la mente son vistos de manera más integral, a la vez que promueve la expresión de las fortalezas internas de estas personas y busca que sus proyectos sean viables. Puede también pensarse que las personas con enfermedad cardiovascular que son religiosas se perciben a sí mismas menos discapacitadas de lo que están y que el resultado de sus niveles altos de bienestar espiritual sean la expresión de un desconocimiento de la situación real. Por último, es necesario considerar que el PECV podría no estar generando un efecto positivo en términos de armonía espiritual, al menos de momento, es decir que de forma eventual puede generar desarmonía, quizá como una etapa necesaria en el intento por expandir la conciencia.

Al comparar los hallazgos con la literatura, es posible afirmar que los niveles de bienestar espiritual y salud cardiovascular parecen tener una relación positiva, situación que debe ser considerada y explorada con mayor profundidad. La diferencia en los niveles de bienestar espiritual entre los dos grupos no puede ser desatendida; por el contrario, es un llamado a estudiar nuevas

acciones preventivas para evitar riesgos y fortalecer los potenciales con los que cuenta la población.

Vale la pena recordar que quizá si las personas consideran que los aspectos de su vida y de sus cuerpos están más allá de su control, en el campo de una conciencia superior, o que tienen un apoyo externo pueden sentirse motivadas o protegidas para cuidarse. De otra parte, es evidente que la experiencia de “estar enfermo” podría llegar a promover un cambio en el bienestar espiritual de las personas y permitirles buscar algo diferente como seres significativos en medio de su vulnerabilidad. Con base en la evidencia, los hallazgos del presente estudio podrían sugerir que la espiritualidad se considere un factor que interviene en la adopción de un estilo de vida particular y en ese sentido tener impacto en el bienestar general. De ser así, dicho bienestar puede constituirse en un agente protector de la calidad de vida de las personas, o en un riesgo que actúe en contra de su salud.

Tal como se señaló, el bienestar espiritual no se puede separar ni ignorar a través de satisfacer las necesidades físicas, psíquicas y sociales. Con base en la revisión de la literatura se puede pensar también que la paz interior de una fe personal, combinada con los lazos de cuidado y atención fraternal dentro de un grupo local que mucha gente activa en la religión experimenta, podría llegar a ser útil para estas personas. Estos, como todos los planteamientos poco convencionales, plantean al PECV retos interesantes y difíciles de asumir y aunque la temática pueda llegar a tener una aceptación popular, el desafío queda planteado para buscar y, si es del caso, reconocer razones profundas y hasta ahora no exploradas en la vida de las personas.

El PECV puede ser en ese sentido un escenario nuevo y diferente para operacionalizar estrategias reales en la dimensión espiritual del cuidado, sin que el mismo adquiera un tinte religioso sino buscando que mantenga, como hasta ahora, un respeto profundo por la dignidad humana, con apertura a las diferentes creencias o a la ausencia de las mismas, y admita al ser humano en su realidad trascendente.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La dimensión espiritual es un tema de importancia para la experiencia humana de dar o recibir cuidado y

en especial en situaciones de alteración de la salud cardiovascular.

Crear salud en una experiencia de vida, en la que se debe afrontar la modificación del estilo de vida para mejorar el pronóstico, demanda un foco unitario que acepte la totalidad del ser humano y su estrecha relación con el entorno en que vive. En ese sentido, el modelo conceptual de Margaret Newman es una guía útil para trabajar la dimensión espiritual del cuidado.

Una forma de abordar la dimensión espiritual del cuidado puede ser a través de la percepción del bienestar espiritual visto como un sentido de armonía con Dios, un ser o fuerza superior, con el propio ser, con los demás y con el entorno. La escala de bienestar espiritual de Ellison mostró ser una herramienta útil para la medición del bienestar espiritual de las personas, es aplicable a nivel comunitario y tiene gran afinidad con el modelo conceptual de salud como conciencia expandida, de Margaret Newman.

El nivel de bienestar espiritual encontrado en las personas del PECV de la UBA Ramajal, localidad de San Cristóbal, Bogotá, es bajo, con mayor compromiso de la dimensión existencial que de la religiosa. El nivel de bienestar espiritual que se halló en las personas del grupo homólogo y aparentemente sano es alto, con mayor resultado en la dimensión religiosa que en la existencial.

Al comparar los niveles de bienestar espiritual de los dos grupos estudiados y manteniendo un nivel de confianza del 95%, es evidente la diferencia significativa entre ellos, con un mayor bienestar espiritual general y en sus componentes existencial y religioso en el grupo de personas aparentemente sanas.

Este estudio ratifica varios de los hallazgos reportados en la literatura y deja ver la importancia del bienestar espiritual en el cuidado de las personas del PECV. La diferencia de los contextos en los que se han realizado las otras investigaciones y la relevancia del mismo en el estilo de vida de los integrantes del PECV hacen evidente la necesidad de explorar este fenómeno en el medio colombiano como una posible fuente de respaldo para trabajar de manera más efectiva la modificación de un estilo de vida y la expansión de la conciencia de las personas involucradas en estos procesos.

El cuidado de la experiencia de la salud humana debe contemplar la dimensión espiritual; este bienestar

puede significar un factor de crecimiento personal, un aspecto de trascendencia que acerca a las personas a muchas respuestas necesarias para motivar cambios en su estilo de vida o tener conductas particulares que pueden afectar su salud. Los resultados del presente estudio aportan a la construcción del cuidado de las personas cuya situación les exige modificar el estilo de vida para mejorar su pronóstico, y sugieren explorar la relación entre un bienestar espiritual bajo con un menor nivel existencial que religioso y la alteración de la salud cardiovascular. Avances en este campo podrían ser de gran valor para las personas atendidas, sus terapeutas y las mismas instituciones.

Si la espiritualidad llega a tener importancia terapéutica en personas para mejorar su estilo de vida, esta temática debe estudiarse de manera prioritaria para comprender mejor si ella respalda una práctica enfocada en la promoción del cuidado de la vida.

La exploración del bienestar espiritual implica de manera directa y protagónica al sujeto y le exige una revisión de la evolución de su patrón de vida, incluido el nivel de armonía espiritual con respecto a su experiencia vital, como un requisito para expandir la conciencia. Un trabajo como el que se realiza en el PECV debe examinar, por tanto, estas propuestas nuevas y coherentes con su filosofía de desarrollo comunitario, en busca de una mayor calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) DANE. Estadísticas de morbilidad y mortalidad en Colombia, 2006.
- (2) Vargas E. La experiencia de modificar riesgos cardiovasculares de manera positiva. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogotá, 2004.
- (3) Luescu G y cols. Estrés e hipertensión esencial. Estudio epidemiológico presentado en el XVII Congreso Suramericano de Cardiología, XVI Congreso Colombiano de Cardiología. Revista Colombiana de Cardiología. Sep. 1995; 4(9):23-28.
- (4) Penckofer S y cols. El riesgo de enfermedad cardiaca en mujeres. Nursing 94 (Oct.):46-49.
- (5) Allen J, Szanton S. Gender, Ethnicity, and Cardiovascular Disease. Journal of Cardiovascular Nursing. January/February 2005; 20(1):1-6.
- (6) Ross L. Nurses Perception of Spiritual Care. Avebury, Sydney; 1997, pp. 5-23.
- (7) Idler E y col. Religion among disabled and nondisabled persons. I: Cross sectional patterns in health practices, social activities and well being. Journal of Gerontology. 1997; 52B: s294-s304.
- (8) Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O, Hansson K. Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioral disorders: from the Lundby study. Acta Psychiatr Scand. 1995; 91:322-330.
- (9) Ringdal G, Gotestam K, Kaasa S, Kvinnsland S, Ringdal K. Prognostic factors and survival in a heterogeneous sample of cancer patients. Br. J. Cancer. 1995; 73:1594-1599.
- (10) Ellison CW. Spiritual Well Being: Conceptualization and Measurement. Journal of Psychology and Theology. 1983; vol. 11:330.
- (11) Moore Sh, Charvat J. Promoting Health Behavior Change Using Appreciative Inquiry: Moving from Deficit Models to Affirmation Models of Care Family & Community Health. Advancing the Health of Underserved Women. January/March 2007; 30 Supplement 1:S64-S74.
- (12) Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: subject review and implications for clinical practice. Mayo Clin Proc. 2001; 76:1225-1235.
- (13) Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. Am J Med. 2001; 110:283-287.
- (14) Lo B, Quill T, Tulsy J. Discussing palliative care with patients. Ann Intern Med. 1999; 130:744-749.
- (15) Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. Ann Intern Med. 2000; 132:578-583.
- (16) Chibnall JT, Brooks CA. Religion in the clinic: the role of physician beliefs. South Med J. 2001; 94:374-379.
- (17) De Lourdes (1980), citada por Ross L. Nurses Perception of Spiritual Care. Avebury, Sydney; 1997, p. 6.
- (18) Espeland K. Achieving. Spiritual wellness: Using Reflective Questions. Journal of Psychosocial Nursing. July 1999; (7):36-40.
- (19) Astrow A y cols. Religion, spirituality and Health Care: social, ethical, and practical considerations. The American Journal of Medicine. March 2001; 110:283-287.
- (20) Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. N. Engl. J. Med. 2001; 345:1507-1512.
- (21) Princeton Religion Research Center. Religion in America: Who Are the "Truly Devout" Amongst? Princeton, NJ: The Gallup Poll; 1982, p. 120.
- (22) Benson H. The Relaxation Response. New York, NY: William Morrow; 1975.

- (23) Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 37(6):589-597.
- (24) Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 37(6):589-597.
- (25) Koenig HG, Moberg DO, Kvale JN. Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *J. Am Geriatr Soc*. 1988; 36:362-374.
- (26) Sentencia del Tribunal Constitucional Español, núm. 166/1996, Madrid, 4 de nov. 1996. Firmada por Julio Diego González. Sentencia del Tribunal Supremo Español, sala de lo penal, al recurso de causación, núm. 950/1997 y Ns: 3248/1996. Ponente Carlos Granados Pérez. Fallo: 19/06/97.
- (27) Asensi EA. Auto dictado por la Audiencia Provincial de Salamanca referente a la autorización previa de no transfusión. 28 de enero de 1999.
- (28) Ferran P. <http://noticias.juridicas.com>, noviembre 2003.
- (29) Subach RA, Abul-Ezz SR. Religious reasons for discontinuation of immunosuppressive medications after renal transplant. *Ren Fail*. 1999; 21:223-226.
- (30) Tull ES, Taylor J, Hatcher AT. Influence of spirituality, religious commitment and socioeconomic status on diabetes management behaviors and diabetes complications in a population-based sample of Hispanics and African-Americans with type II diabetes. *Diabetes*. 2001; 50:A397.
- (31) Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
- (32) Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L et al. Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J. Med*. 2000; 342:1913-1916.
- (33) Janet F. Spirituality in medicine gains support in the USA. *The Lancet*. May 1997; 349(9061):1299.
- (34) Steffen PR, Hinderliter AL, Blumenthal JA, Sherwood A. Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosom Med*. 2001; 63:523-530.
- (35) Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*. 1993; 82:100-121.
- (36) Morris EL. The relationship of spirituality to coronary heart disease. *Altern Ther Health Med*. 2001; 7:96-98.
- (37) Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequency of attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health*. 1997; 87:957-961.
- (38) Hummer R, Rogers R, Nam C, Ellison CG. Religious involvement and US adult mortality. *Demography*. 1999; 36:273-285.
- (39) Larson D y cols. *Investigación científica en espiritualidad y salud: un reporte de consensos*. Rockville: National Institute for Healthcare Research; 1998.
- (40) Idler E. y col. Religion among disabled and nondisabled elderly persons. II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journal of Gerontology*. 1997; 52B:s306-s316.
- (41) Timio M. y cols. Age and blood pressure changes, 20 years follow up in nuns in a secluded order. *Hypertension*. 1988; 12:457-461.
- (42) Powell Ly cols. Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health. *American Psychologist*. Enero 2003; 58(1):s306- s316.
- (43) Schneider R y cols. A randomized, controlled trial of stress reduction for hypertension in Older African Americans. *Hypertension*. 1995; 26:820-829.
- (44) Koenig H y cols. Does religious attendance prolong survival? A six year follows up study of 3968 older adults. *Journal of Gerontology*. 1999; 54A:m370-m377.
- (45) Pargament K. y cols. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a two year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*. 2001; 161:1881- 1885.
- (46) Helm H. y cols. Does private religious activity prolong survival? A six year follow up study. *The Journal of Gerontology*. July 2000; 55A(7):m400-m405.
- (47) Gillum RF, Ingram D. Frequency of Attendance at Religious Services, Hypertension, and Blood Pressure: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosomatic Medicine*. May/June 2006; 68(3):382-385.
- (48) McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N. Engl. J. Med*. 1998; 338:171-179.
- (49) Rabin BS. *Stress, Immune Function, and Health: The Connection*. New York, NY: Wiley-Liss & Sons; 1999.
- (50) Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. *Int J Psychiatry Med*. 1997; 27:233-250.
- (51) Ironson G, Solomon GF, Balbin EG et al. Spirituality and religiousness are associated with long survival, health behaviors, less distress, and lower cortisol in people living with HIV/AIDS: the IWORSHIP scale, its validity and reliability. *Ann Behav Med*. 2002; 24:34-48.
- (52) Woods TE, Antoni MH, Ironson GH, Kling DW. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *J Psychosom Res*. 1999; 46:165-176.
- (53) Sephton SE, Koopman C, Schaal M, Thoreson C, Spiegel D. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *Breast J*. 2001; 7:345-353.

- (54) Jenkins RA, Pargament KI. Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *J Psychosoc Oncol.* 1995; 13:51-74.
- (55) Ayele H, Mulligan T, Gheorghiu S, Reyes-Ortiz C. Religious activity improves life satisfaction for some physicians and older patients. *J. Am Geriatr Soc.* 1999; 47:453-455.
- (56) McGee EM. Alcoholics Anonymous and nursing: lessons in holism and spiritual care. *Journal of Holistic Nursing.* Mar 2000; 18(1):6-10, 11-26.
- (57) Fry PS. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors of psychological well-being in community-residing and institutional care elders. *Aging Ment Health.* 2000; 4:375-387.
- (58) Bartlett SJ, Piedmont R, Bilderback A, Matsumoto AK, Bathon JM. Spirituality and well-being in persons with rheumatoid arthritis [abstract]. *Arthritis Rheum.* 2001; 44:S382.
- (59) Melkus G, Newlin K, Chyun D, Jefferson V, Liang N. Spiritual well-being in black American women with type II DM [abstract]. *Diabetes.* 2001; 50:A394.
- (60) Blalock SJ, DeVellis BM, Giorgino KB. The relationship between coping and psychological well-being among people with osteoarthritis. *Ann Behav Med.* 1995; 17:107-115.
- (61) Woods T y cols. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research.* 1999; 46:165-176.
- (62) Braam AW y cols. Religious involvement and depression in older Dutch citizens. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol.* 1997; 32:284-291.
- (63) Braam AW y cols. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the Eurodep collaboration. *Psychol Med.* 2001; 31:803-814.
- (64) Braam AW y cols. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: results from the community survey in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 96:199-205.
- (65) Idler EL, Kasl SV. Religion among disabled and nondisabled elderly persons. II: Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *J Gerontol.* 1997; 52B:S306-S316.
- (66) Idler EL. Religious involvement and the health of the elderly: some hypotheses and an initial test. *Soc Forces.* 1987; 66:226-238.
- (67) Idler EL. Religion, health, and nonphysical senses of self. *Soc Forces.* 1995; 74:683-704.
- (68) Koenig HG. Use of acute hospital services and mortality among religious and non-religious copers with medical illness. *J. Relig Gerontol.* 1995; 9:1-22.
- (69) Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health outcomes in medically ill hospitalized older adults. *J. Nerv Ment Dis.* 1998; 186:513-521.
- (70) Koenig H y cols. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J. Psychiatry Med.* 1998; 28:189-213.
- (71) Fox SA, Pitkin K, Paul C, Carson S, Duan N. Breast cancer screening adherence: does church attendance matter? *Health Educ Behav.* 1998; 26:742-758.
- (72) Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Strain JJ. Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *Am J Psychiatry.* 1990; 147:758-760.
- (73) Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosom Med.* 1995; 57:5-15.
- (74) Levin J. y cols. Religious attendance and psychological well being in Mexican Americans: a panel analysis of three generations data. *The Gerontologist.* 1996; 34(4):454-463.
- (75) Helm H y cols. Effects of private religious activity mortality of elderly disabled and nondisabled adults. *Journal of Gerontology.* 1997; 52B86:m400-m405.
- (76) Blumenthal J, Babyak M, Ironson G, Thoresen C, Powell L, Czajkowski S, Burg M, Keefe F, Steffen P, Catellier D. Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine.* July/August 2007; 69(6):501-508.
- (77) Koenig H. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *JAMA.* Jul. 24/31 2002; 288(4):487-493.
- (78) Arthur H. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *Journal of Cardiovascular Nursing.* September/October 2006; 21(5) Supplement 1:S2-S7.
- (79) Kaldjian LC, Jekel JF, Friedland G. End-of-life decisions in HIV-positive patients: the role of spiritual beliefs. *AIDS.* 1998; 12:103-107.
- (80) Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med.* 1999; 159:1803-1806.
- (81) Kaldjian LC, Jekel JF, Friedland G. End-of-life decisions in HIV-positive patients: the role of spiritual beliefs. *AIDS.* 1998; 12:103-107.
- (82) Fitchett G, Burton LA, Sivan AB. The religious needs and resources of psychiatric patients. *J. Nerv Ment Dis.* 1997; 185:320-326.
- (83) Newman M. Salud como conciencia expandida. *NLN,* 2ª ed.; 1994, p. 15.
- (84) Ellison CW. Spiritual well being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology.* 1983; 11:330.