

Trabajo de investigación

Análisis del bienestar espiritual de los pacientes cardiopatas hospitalizados en una institución de salud

María Elena Jasso-Soto,¹ María Guadalupe Pozos-Magaña,²
Sandra Sonalí Olvera-Arreola,³ Julio César Cadena-Estrada⁴¹ Enfermera Cardióloga Jefa de la Central de Equipos y Esterilización de Hospitalización.² Licenciada en Enfermería Jefa de la Central de Equipos y Esterilización de Sala de Operaciones.³ Maestra en Enfermería Jefa del Departamento de Investigación de Enfermería.⁴ Enfermero Especialista Cardiovascular Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería adscrito al Departamento de Investigación de Enfermería.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción: La espiritualidad como parte del cuidado holístico juega un papel importante ante la presencia de una enfermedad crónica como la cardiopatía; a través de las creencias y prácticas que tienen los pacientes, pueden encontrar la fortaleza necesaria para sobrellevarla. **Objetivo:** Analizar el bienestar espiritual de los pacientes cardiopatas hospitalizados en una institución de salud. **Material y métodos:** Estudio correlacional, prospectivo y transversal. Muestra aleatoria (n = 297) incluyó a pacientes cardiopatas, ambos sexos, orientados en sus tres esferas. Bajo consentimiento informado se recolectaron datos con la *Spiritual Perspective Scale* constituida por dos dimensiones: creencias y prácticas; 10 ítems tipo Likert, va-

lor de 1-6; nivel de espiritualidad de bajo (10-30 puntos) hasta alto (46-60 puntos). Análisis descriptivo, pruebas de correlación (Pearson y Spearman) y comparación (χ^2 y U de Mann-Whitney) para las variables espiritualidad y variables demográficas; $p < 0.05$ como significativo. **Resultados:** 50.8% mujeres, 89.6% católicos, 60% ha tenido hospitalizaciones previas. 68% tiene nivel alto de espiritualidad y 24.9% nivel medio. La espiritualidad se correlaciona con la edad ($r = 0.226$, $p = 0.000$), siendo más fuerte con las creencias ($r = 0.214$, $p = 0.000$). Las mujeres ($Z = -2.245$, $p = 0.025$), quienes tienen una pareja (casadas o unión libre) ($\chi^2 = 9.216$, $gl = 2$, $p = 0.010$) o tienen ≥ 60 años de edad ($Z = -2.541$, $p = 0.011$) tienen mayor espiritualidad. **Conclusiones:** En estados de enfermedad como la cardiopatía, los pacientes incrementan sus prácticas y creencias espirituales, esto contribuye en su autotranscendencia y bienestar espiritual.

Palabras clave: Espiritualidad, cardiopatía, enfermería, teoría de enfermería, autotranscendencia.

ABSTRACT

Introduction: Spirituality as part of holistic care it's an important role in the presence of a chronic disease such as heart disease; by beliefs and practices that people can find the strength to cope. **Objective:** To analyze the spiritual welfare of persons who are cardiac patients, in a health institution. **Material and methods:** Study not experimental, analytical, prospective cross-sectional study. Sample by simple randomization (n = 297) peo-

Recibido para publicación: 27 octubre 2014.

Aceptado para publicación: 1 diciembre 2014.

Dirección para correspondencia:

María Elena Jasso-Soto

Juan Badiano Núm. 1,

Col. Sección XVI, C.P. 14080,

Del. Tlalpan, México, D.F.

Tel: (0155) 55732911, ext. 1261

E-mail: incmajasso@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

ple with heart disease, both sexes, oriented in three areas. Under informed consent data were collected with the Spiritual Perspective Scale instrument consists of two dimensions: beliefs and practices; 10-item Likert, value of 1-6; the level of spirituality was measured from low (10-30 points) to high (46-60 points). Descriptive analysis, correlation tests (Pearson and Spearman) and comparison (χ^2 and Mann-Whitney) for variables spirituality and demographic variables; was considered $p < 0.05$ as significant. **Results:** 50.8% female, 89.6% catholic, 60% has had previous hospitalizations. 68% have high degree of spirituality and 24.9% average. Spirituality is correlated with the age ($r = 0.226$, $p = 0.000$), being stronger with beliefs ($r = 0.214$, $p = 0.000$). Women ($Z = -2.245$, $p = 0.025$), in union (married or cohabiting) ($\chi^2 = 9.216$, $gl = 2$, $p = 0.010$) or are ≥ 60 years or older ($Z = -2.541$, $p = 0.011$) there are more spirituality. **Conclusions:** In disease states such as heart disease, people increase their practices and spiritual beliefs, this helps in self-transcendence and its spiritual welfare.

Key words: Spirituality, heart disease, nursing, nursing theory, self-transcendence.

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad general en México,¹ afectan física, emocional, social y económicamente, tanto al paciente como a su familia en su conjunto. La magnitud o el efecto que tiene la enfermedad crónica sobre la persona depende del estadio de la misma, el conjunto de signos y síntomas que la caracterizan, el tiempo de evolución y el tipo de tratamiento paliativo o correctivo que requiere, entre otros.

La persona que se diagnostica con una enfermedad del corazón, cambia su visión que tiene de sí misma, de la vida, y cómo afecta las relaciones con los miembros de su familia y los amigos más cercanos, por lo que en algunas ocasiones utiliza diversos recursos, como la espiritualidad, que le permite adaptarse, afrontarla y superarla, trayendo consigo un cambio en el significado de su salud, la vida y la muerte. La percepción que tiene la persona sobre su bienestar espiritual la estimula a buscar en Dios o un ser supremo, el significado de la experiencia de salud-enfermedad que está viviendo, da sentido a la vida, el sufrimiento y le ayuda a trascender.

Desde el punto de vista de las enfermeras meta-teóricas de las grandes corrientes del pensamiento,² la persona ha sido considerada como una unidad bio-psico-social-espiritual, es decir, es un ser único de múltiples dimensiones; así, Henderson, Peplau, Roy, Reed, entre otras, han considerado a la dimensión espiritual de forma explícita o implícita dentro su teoría, modelo o filosofía.

La espiritualidad es más amplia que la religión, da sentido y profundidad a la existencia y abarca una serie de ámbitos como relacionarse con Dios,³ un ser superior o un poder mayor que uno mismo, inclusive es uno de los factores que puede influir en el bienestar de la persona o en el tiempo de recuperación. La identificación de la necesidad espiritual se orienta a la búsqueda de un propósito o significado como la necesidad de amar, de relacionarse y de perdonar, lo cual tiene una gran trascendencia en la vida de las personas e influye en sus condiciones, modos y estilos de vida, actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte, pero no es prerrogativa del creyente, puede estar desvinculado de la religión, la filosofía o la práctica.⁴

En la teoría de la autotranscendencia, Pamela Reed ha considerado que la espiritualidad está relacionada con el bienestar y las decisiones que se toman en la clínica; es intrínseca a la naturaleza humana y el recurso más profundo y potente que tiene la persona.⁵ En el arte y la ciencia de enfermería, el modelo ofrece conceptos específicos derivados de los constructos y su relación con el metaparadigma: la vulnerabilidad (entorno), es definida como la conciencia de la mortalidad personal y la probabilidad de experimentar eventos difíciles en la vida; la autotranscendencia (persona), como la capacidad de ampliar los límites autoconceptuales, se refiere a las fluctuaciones multidimensionales que el sujeto percibe, es decir, hacia afuera (hacia los otros y el entorno), hacia dentro (mediante una mayor conciencia de los puntos de vista, valores e ideales) y temporalmente (mediante la integración del pasado y el futuro), de tal forma que el presente quede ampliado y reforzado; finalmente, el bienestar (salud) es un sentido integral y saludable en concordancia con el criterio propio de cada uno sobre integralidad, es decir, una sensación de plenitud (estar completo, ser uno mismo) y de salud, según los criterios que cada uno tenga de lo que significan plenitud y salud.⁶ No obstante, se deben considerar los factores moderadores-mediadores que interactúan y pueden influir positiva o negativamente en el bienestar, entre los que se encuentran las variables personales y contextuales como edad, sexo, la capacidad cognitiva, las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida, el entorno social, los acontecimientos históricos y la espiritualidad.

Para fines de este estudio, la espiritualidad está constituida por las creencias y prácticas, las primeras están determinadas por las tradiciones que la comunidad cree y practica para conservar un equili-

brio en la experiencia de salud-enfermedad, son un saber cultural que se construye en la totalidad de las relaciones, en la organización de los hábitos y prácticas interpersonales.⁷ Por otra parte, las prácticas espirituales se expresan a través de las actividades religiosas, su relación con la naturaleza, el arte, la música y sus relaciones con los familiares y amigos. El vínculo que tiene la espiritualidad con la salud es innegable y se asocian con menor depresión, mejores hábitos saludables y un mejor estado de salud.

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, a pesar de que existen las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado, responsables de realizar intervenciones religiosas y de enfermería para que los pacientes tengan la oportunidad de examinar sus valores, compartir sus experiencias, ayudar a otros a encontrar el sentido y significado a su situación como enfermo, no se ha explorado ampliamente el bienestar espiritual de los pacientes adultos con cardiopatía, aun cuando diversos estudios han mostrado que la espiritualidad influye de manera positiva en la salud al identificar que las personas que asisten a actividades religiosas tienen mejores redes de apoyo, mejores actitudes en el cumplimiento, cuidado corporal y adherencia al tratamiento; menores tasas de depresión, ansiedad y estrés; la religión alivia; se comporta como una estrategia de afrontamiento,⁸ a mayor espiritualidad menor incertidumbre; la edad, el sexo, la educación y la resiliencia se correlacionan con los niveles de bienestar espiritual.^{4,9-25}

Ante este contexto, este estudio tuvo la finalidad de analizar el bienestar espiritual de los pacientes cardíopatas hospitalizados en una institución de salud, y con base en los resultados se pretende desarrollar estrategias que permitan al profesional de enfermería proporcionar un cuidado holístico y humanizado, enfatizando la satisfacción de la necesidad espiritual, tanto del paciente como de su familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, analítico, prospectivo y transversal. La muestra no probabilística $n = 326$ incluyó a pacientes adultos cardíopatas, ambos sexos, orientados en tiempo, lugar y espacio que se encontraban hospitalizados y desearon participar en el estudio libre y voluntariamente, sin importar la religión que profesan; y se eliminaron instrumentos contestados $\leq 90\%$.

Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento *Spiritual Perspective Scale* (escala de perspectiva espiritual, por sus siglas en inglés) autorizado y traducido al español por Reed, y validado en estudios previos con alfa de Cronbach > 0.75 ,^{18,26,27} la cual consta de dos dimensiones: a) creencias espirituales, constituido por seis ítems con escala de respuestas tipo Likert donde 1 = extremadamente en desacuerdo, hasta 6 = extremadamente de acuerdo; y b) prácticas espirituales, conformado por cuatro ítems donde las respuestas tipo Likert son de 1 = nunca, hasta 6 = más o menos una vez al día; por lo tanto, a mayor puntaje mayor espiritualidad; asimismo, se determinó como nivel bajo de 10 a 30 puntos, moderado de 31 a 45 y alto de 46 a 60 puntos.

Los datos se analizaron en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 17 a través de frecuencias y porcentajes para las variables: sexo, ocupación, estado civil, grado académico, religión que profesa, diagnóstico médico, hospitalizaciones previas, nivel de prácticas y creencias espirituales; rango, cuartiles, media y desviación estándar para edad, tiempo con la enfermedad, días de estancia hospitalaria y número de hospitalizaciones; pruebas de correlación de Pearson y Spearman, y de comparación de t Student y U de Mann-Whitney de acuerdo con la distribución de los datos. Se consideró $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Con base en la Ley General en Materia de Investigación para la Salud,²⁸ el marco ético legal para enfermeras y enfermeros en México²⁹ y el Código de Núremberg,³⁰ los datos fueron obtenidos previo consentimiento informado y con la aprobación del Departamento de Investigación en Enfermería (DI/AC/06/2014); la información es resguardada confidencialmente, respetando los principios de beneficencia, no maleficencia y de respeto a la dignidad humana, el cual incluye el derecho a la autodeterminación y la información completa.

RESULTADOS

De acuerdo con los datos sociodemográficos, el 50.8% eran mujeres; la edad promedio era de 48.7 ± 18.6 años con un rango de 18-88 años; el 63.3% vive con una pareja (casado o en unión libre) y 24.6% son solteros, viudos, separados o divorciados. En cuanto a la ocupación, el 37.7% se dedicaba al hogar, 11.1% no tenía una actividad laboral y el resto era empleado, profesionista o trabajaba por su cuenta recibien-

do una remuneración; y el 58.2% tenía educación básica (hasta secundaria).

En relación con el diagnóstico médico, el 11.1% no conocía su padecimiento; el tiempo que llevaba con la enfermedad era de 0 hasta 65 años (5.1 ± 8.48), con una mediana de dos años; en cuanto a los días de estancia hospitalaria, había desde quienes ingresaron el mismo día de la aplicación de la encuesta hasta quienes tenían 90 días internados en la institución de salud (11.2 ± 12.57), con una mediana de siete días, cabe señalar que por arriba del cuartil 75 se encontraban quienes tenían más de 15 días. De acuerdo con los antecedentes de hospitalizaciones previas, el 59.9% ya contaba con un historial y había recibido algún tipo de tratamiento.

Por otra parte, el 2% no profesa ninguna religión en especial, el 89.6% refirió ser católica, 4% cristiana, y el resto otras como el evangelismo, espiritualista, judía, testigo de Jehová, santera, mormón, entre otras. De manera general, la mayoría de la población del estudio presenta nivel alto de espiritualidad (68%) y sólo 7.1% tiene un nivel bajo.

Conforme a las creencias, la mayoría de la población considera la espiritualidad parte importante de su vida (79.8%), que los ha influenciado (70.4%), y ha respondido a muchas de las preguntas que tienen sobre el significado de la vida (72.7%), además de que el perdón es una parte importante para ellos (79.8%); en este sentido ven la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria (68.1%) además de que se sienten frecuentemente muy cerca de un poder superior en momentos importantes de su vida (77.5%) (Cuadro I).

En cuanto a las prácticas espirituales de la población de este estudio, por lo menos una vez al día o a la semana reza en privado o medita (78.8%), menciona asuntos espirituales con la familia o amigos (70%) y comparte sus problemas y alegrías de acuerdo con sus creencias espirituales (59%), pero sólo 50.9% lee materiales de algo espiritual (Cuadro II).

La espiritualidad se correlaciona con la edad ($r = 0.226$, $p = 0.000$) (Figura 1 y Cuadro III), no así con el tiempo que tiene el paciente con la enfermedad cardíaca ($r = 0.009$, $p = 0.882$), los días de estancia hos-

Cuadro I. Creencias espirituales de personas con enfermedad cardiovascular.

	n = 297 Fr (%)					
	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente en acuerdo
El perdón es una parte importante de su espiritualidad.	9 (3)	5 (1.7)	10 (3.4)	36 (12.1)	167 (56.2)	70 (23.6)
Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.	11 (3.7)	21 (7.1)	18 (6.1)	45 (15.2)	146 (49.2)	56 (18.9)
Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.	9 (3)	13 (4.4)	9 (3)	29 (9.8)	162 (54.5)	75 (25.3)
Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o de un "poder mas grande" en momentos importantes de su vida diaria.	6 (2)	12 (4)	10 (3.4)	39 (13.1)	146 (49.2)	84 (28.3)
Sus creencias espirituales han influenciado su vida.	10 (3.4)	30 (10.1)	17 (5.7)	31 (10.4)	154 (51.9)	55 (18.5)
Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.	7 (2.4)	15 (5.1)	16 (5.4)	43 (14.5)	161 (54.2)	55 (18.5)

pitalaria ($r = 0.111$, $p = 0.056$), el número de hospitalizaciones previas ($r = 0.065$, $p = 0.265$) y el grado académico de los pacientes ($r_s = -0.030$, $p = 0.606$).

Además de que la espiritualidad es mayor en las mujeres ($Z = -2.245$, $p = 0.025$), en quienes viven en pareja (casadas o unión libre) ($\chi^2 = 9.216$, $gl = 2$, $p = 0.010$) y tienen ≥ 60 años de edad ($Z = -2.541$, $p = 0.011$), pero no existe diferencia entre quienes tienen o no antecedentes de hospitalizaciones previas ($Z = -1.384$, $p = 0.166$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, las variables de sexo, estado civil y grado académico es semejante con lo reportado en otros estudios,^{8,10,11,24} pero difiere en la edad, ya que nuestros pacientes cursan la cuarta década de vida, y por lo tanto, se trata de una población que potencialmente es activa, con pocas complicaciones que aún no afectan severamente su percepción que tienen sobre su estado de salud.

Cuadro II. Prácticas espirituales de personas con enfermedad cardiovascular.

	n = 297 Fr (%)					
	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	15 (5.1)	5 (1.7)	25 (8.4)	44 (14.8)	88 (29.6)	120 (40.4)
¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	18 (6.1)	21 (7.1)	27 (9.1)	56 (18.9)	97 (32.7)	78 (26.3)
¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	30 (10.1)	19 (6.4)	32 (10.8)	65 (21.9)	76 (25.6)	75 (25.3)
¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?	15 (5.1)	8 (2.7)	15 (5.1)	25 (8.4)	62 (20.9)	172 (57.9)

Cuadro III. Correlación de la espiritualidad con sus dimensiones y los datos sociodemográficos.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Espiritualidad (1)	1	0.860*	0.904*	0.226*	0.009	0.111	0.065	-0.03
Prácticas espirituales (2)			0.560*	0.200*	-0.009	0.129*	0.030	-0.073
Creencias espirituales (3)				0.199*	0.022	0.073	0.081	-0.038
Edad (4)					0.120*	-0.025	0.059	-0.139
Tiempo con la enfermedad (5)						0.056	0.348*	0.032
Días de estancia hospitalaria (6)							-0.037	-0.178
Número de hospitalizaciones (7)								0.05
Grado académico (8)								1

* Prueba de Pearson, $p < 0.05$; ** Prueba de Spearman, $p < 0.05$.

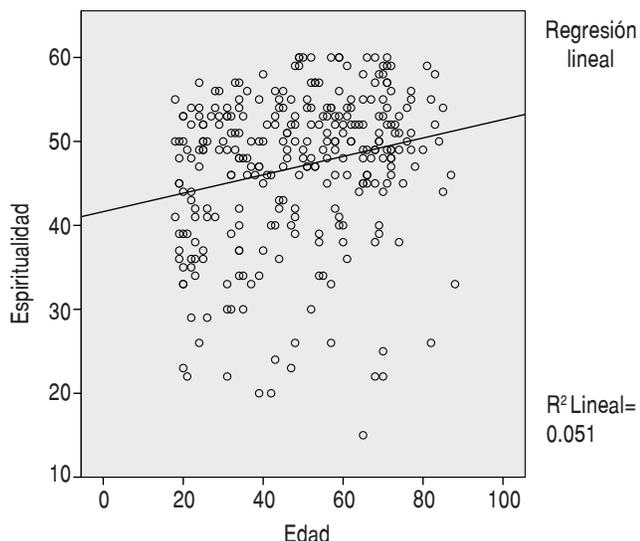


Figura 1. Espiritualidad relacionada con la edad del paciente con cardiopatía. Prueba de Pearson $r = 0.226$, $p = 0.000$.

De acuerdo con Reed³¹ las creencias religiosas o espirituales asumen una gran importancia en el momento que se manifiesta una enfermedad y más aún cuando se sabe que es crónica, ya que es un momento trascendental en la vida del individuo. Éstas lo ayudan a aceptar su enfermedad y a poder compartir con otras personas, en la mayoría de los casos su familia, sobre su condición de salud. Este fenómeno se observó en nuestro estudio y se asemeja con la evidencia publicada^{4,9,18,19} relacionada con pacientes que padecen una enfermedad crónica al encontrar un nivel alto o moderado de espiritualidad, por lo que es fundamental que el profesional de enfermería considere en la práctica diaria que ésta es una necesidad humana alterada y que requiere ser diagnosticada e intervenida para ayudar al paciente y a su familia a aceptar la enfermedad, y por lo tanto, desarrollar mecanismo de afrontamiento hacia la misma.

En la población de estudio se observó que el pedir perdón, el sentirse cerca de Dios o un ser supremo, el rezar o meditar en privado y compartir con alguien más sus problemas o alegrías, son las principales prácticas de espiritualidad que realizan los pacientes cardiopatas, datos que se asemejan a lo reportado en la evidencia.^{4,12,13,20,21,32,33} Es indudable que la dimensión espiritual del ser humano se ve alterada ante la enfermedad, por lo que el profesional de enfermería deberá considerar dentro de los cuidados que se proporcionan, tanto al paciente como a su familia, tres aspectos: 1) las experiencias de es-

piritualidad en situaciones de salud y enfermedad, debido a que los pacientes pueden expresar el autocuidado durante la hospitalización a través de la fe religiosa y el acto de la oración; 2) entre algunas maneras de hacer frente a la espiritualidad del paciente, se encuentra la escucha activa, la presencia y la compasión; y 3) la espiritualidad experimentada por la familia, ya que la dimensión religiosa contribuye a la elaboración del duelo, la disminución de la angustia y la ansiedad, inclusive se interpretan los acontecimientos de forma positiva y se aborda de una manera más eficaz la triada trágica: la culpa, el sufrimiento y la muerte, tal y como lo refiere Santo¹⁵ y Nixon.²³

La espiritualidad reflejada en nuestro estudio se encontró asociada con la edad e inclusive aparentemente es mayor en las mujeres y en quienes tienen o viven con una pareja, estos datos se parecen a lo encontrado en diversos estudios donde se ha mostrado que la espiritualidad asociada con un ser superior y la fe en un poder mayor influyen de manera positiva en la salud, al identificar que las personas con actividades religiosas tienen mejores redes de apoyo social, buena actitud en el cumplimiento terapéutico, el cuidado corporal y adherencia al tratamiento; menores tasas de depresión, ansiedad y estrés; se comporta como un estrategia de afrontamiento^{25,34} donde a mayor espiritualidad menor incertidumbre; y la edad, el sexo, la educación y la resiliencia se correlacionan con los niveles de bienestar espiritual. Por lo anterior, es fundamental que el profesional de enfermería considere satisfacer la necesidad de practicar su religión y actuar según sus creencias de cada paciente y permitirle junto con su familia realizar dichas actividades religiosas en un lugar cómodo con el propósito de encontrar un significado a la experiencia de salud, de relacionarse y de perdonar, lo cual tiene una gran trascendencia en la vida de las personas e influye en sus condiciones, modos, y estilos de vida, actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte, ya que de acuerdo con Reed⁵ existen variables personales y contextuales (entorno) que al interactuar pueden influir en el proceso de autotranscendencia (persona) o bienestar (salud) de las personas.

Los datos revelan que los pacientes con cardiopatía, al igual que otros con enfermedad crónica, perciben su experiencia de salud-enfermedad como un enfrentamiento inevitable ante la posibilidad de la muerte a corto o largo plazo, es decir, se encuentran en un estado de vulnerabilidad (entorno) por experimentar un evento difícil en la vida, donde el

profesional de enfermería interviene a través de la gestión terapéutica, fortalece la espiritualidad, aclara las dudas sobre la enfermedad, ayuda al paciente y su familia a enfrentar el nuevo estado de salud y las situaciones de confusión; es así como se espera lograr que se introyecte e integre la enfermedad a la vida diaria de la persona generando un sentido de plenitud y salud (bienestar/salud). Una vez logrado lo anterior, podría hablarse de autotranscender (persona) donde el paciente amplía sus límites auto-conceptuales hacia dentro a través de experiencias introspectivas, hacia fuera aumentando las relaciones con los demás, y temporalmente mediante la integración del pasado y el futuro en el presente, tal y como lo refiere Reed.⁵

CONCLUSIONES

Los pacientes adultos que se enfrentan a una enfermedad crónica como la cardiopatía y se encuentran hospitalizados, tienen un alto nivel de espiritualidad relacionado con la edad, siendo mayor en mujeres, adultos mayores y quienes viven con una pareja; siendo que rezar, meditar, perdonar y sentirse cerca de Dios o un ser superior, como las principales prácticas y creencias espirituales.

Si bien los modelos o teorías no son verdades absolutas, sino una forma de ver un fenómeno, y en muchos de los casos tienen limitaciones o condiciones que deben considerarse antes de que el profesional de enfermería los lleve a la práctica, los constructos de la teoría de la autotranscendencia de Reed han mostrado que los pacientes cardiopatas son sistemas que fijan sus propios límites conceptuales, lo que les permite definir su realidad, experiencia de salud y adquirir una sensación de totalidad y de conexión consigo mismo y con el entorno que les rodea, lo que les permite autotranscender como cualquier otra capacidad evolutiva necesaria para tener una sensación continua de plenitud o salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo invaluable de la PhD Pamela G. Reed para el uso del instrumento *Spiritual Perspective Scale*; así como al personal auxiliar de enfermería que ayudó en la recolección de datos: María de la Luz Coria Guerra, Yolanda Piña Tapia, Josefina María Ramírez Guerrero, Verónica Hernández Baltazar, María Elena Hernández Treviño, Gloria Leticia Cornejo Gómez, Rosa María Serratos Montelongo y Angélica María Sánchez Cano.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Demografía y población 2012. [Internet] [citado 10 febrero 2013] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
2. Kérrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. España: Masson; 1996.
3. Beca JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados*. 2008; 1(1): 1-4.
4. Galvis-López MA, Pérez-Giraldo B. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*. 2011; 11(3): 256-273.
5. Reed GP. Middle range theory for nursing. *Theory of self-transcendence*. 2a ed. New York: Springer; 2008: pp. 105-29.
6. Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería. 6ta ed. España: Elsevier; 2007.
7. Zavala M, Vásquez MO, Whetsell M. Fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2007; 7(2): 174-188.
8. Narayanasamy A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *J Clin Nurs*. 2006; 15(7): 840-851.
9. Bergman E, Malm D, Karlsson JE, Berterö C. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart Lung*. 2009; 38(2): 129-140. doi: 10.1016/j.hrtlung.2008.05.007. Epub 2008 Sep 11.
10. Park CL, Lim H, Newlon M, Suresh DP, Bliss DE. Dimensions of religiousness and spirituality as predictors of well-being in advanced chronic heart failure patients. *J Relig Health*. 2014; 53(2): 579-590. doi: 10.1007/s10943-013-9714-1.
11. Dias CM, Macedo LB, Gomes LT, de Oliveira PL, Albuquerque IV, Lemos AQ et al. Quality of life of patients after an acute coronary event: hospital discharge. *J Clin Med Res*. 2014; 6(5): 362-368. doi: 10.14740/jocmr1865w. Epub 2014 Jul 28.
12. Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5): 1106-1113.
13. Espíndula JA, Valle ERM, Bello AA. Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [citado el 20 abril 2012]; 18(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf
14. Dezorzi LW, Crossetti MGO. La espiritualidad en el cuidado de sí para profesionales de enfermería en terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2008 [citado 13 junio 2013]; 16(2). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
15. Santo CCE, Gomes AMT, de Oliveira DC, de Pontes APM, dos Santos EI, da Costa COM. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(2): 372-378.
16. Aguiar MIF, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves MS, Rolim ILMT, de Almeida PC. Calidad de vida de pacientes sometidos a trasplante cardiaco: aplicación de la escala Whoqol-Bref. *Arq Bras Cardiol*. 2011; 96(1): 60-67.
17. Álvarez-Gómez M, Gallegos-González MM, Ramírez-Sánchez FM, Luciano-Arlos MA. Calidad de vida de las personas con cambio valvular o fibrilación auricular tratados con anticoagulación oral. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2012; 20(3): 99-105.
18. Martínez-Lanz P, Silveyra-León G. Elaboración y validación de una escala de calidad de vida para pacientes con cardiopatía. *Rev Chil Neuropsicol*. 2010; 5(2): 102-112.

19. Pérez-Giraldo B, Veloza-Gómez MM, Ortiz-Pinilla JE. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/ AIDS. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(3): 330-338.
20. Sánchez HB. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Invest Enferm*. 2009; 27(1): 86-95.
21. Canaval GE, González MC, Sánchez MO. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colomb Med*. 2007; 38(Supl 2): 72-78.
22. Reyes CA, Hincapié M, Herrera JA, Moyano PA. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. *Cali 2001-2002. Colombia Médica*. 2004; 35(4): 199-204.
23. Nixon AV, Narayanasamy A, Penny V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nurs* [Internet]. 2013 [23 junio 2014]; 12(2): doi: 10.1186/1472-6955-12-2. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567993/>
24. Najafi M, Sheikvatan M, Montazeri A. Quality of life-associated factors among patients undergoing coronary artery bypass surgery as measured using the WHOQOL-BREF. *Cardiovasc J Afr*. 2009; 20(5): 284-289.
25. Kahyaoglu-Süt H, Unsar S. Is EQ-5D a valid quality of life instrument in patients with acute coronary syndrome? *Anadolu Kardiyol Derg*. 2011; 11(2): 156-162. doi: 10.5152/akd.2011.037. Epub 2011 Feb 23.
26. Kim SS, Reed PG, Kang Y, Oh J. Translation and psychometric testing of the Korean versions of the Spiritual Perspective Scale and the self-transcendence scale in Korean elders. *J Korean Acad Nurs*. 2012; 42(7): 974-983. doi: 10.4040/jkan.2012.42.7.974.
27. Vázquez O, Whetsell M, Zavala MR. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*. 2006; 6(1): 8-21.
28. Ley General de Salud [Internet]. México. Diario Oficial de la Federación. 2012 [citado 15 junio 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis>.
29. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Secretaría de Salud; 2001.
30. Complete transcript 01 the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. In: Colomer MF, Pastor GLM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? *Cuad Bioética* [Internet]. 1999; 9(37): 103-112. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>
31. Reed PG. Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health*. 1986; 9: 35-42.
32. Rivera-Ledesma A, Montero M. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*. 2005; 28(6): 51-58.
33. Rivas CA, Romero CA, Vásquez MM, Canova BC. Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado*. 2013; 10(1): 17-26.
34. Guirao GJA. La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *ENE Revista de Enfermería* [Internet]. 2013 [citado 1 julio 2014]; 7(1). Disponible: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/252/206>