



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Religiosidad y creencia en Dios en el pre operatorio de cirugía cardíaca: estudio exploratorio

Eduardo Tavares Gomes¹, Daniele Corcioli Mendes Espinha²,
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra¹

¹ Universidad de Pernambuco

² Facultad de Medicina de Marília

RESUMEN

Objetivo: Analizar las relaciones entre la creencia en Dios y la religiosidad en el período pre operatorio de cirugía cardíaca. **Método:** Estudio exploratorio, cualitativo, en que se utilizó una entrevista semiestructurada y el análisis de Bardin para la extracción de los contenidos. Fueron entrevistados 12 pacientes que se presentaban como creyentes en Dios, de cualquier religión y con elevado bienestar espiritual evaluado previamente por una escala validada. La pregunta guía de la investigación fue: *¿hay relación entre su Dios y su enfermedad?* **Resultado:** Los discursos versaban sobre las relaciones entre Dios, enfermedad y cirugía cardíaca y el enfrentamiento de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico. El mal no fue relacionado vehementemente al castigo divino, pero el conocimiento de la progresión de la enfermedad cardíaca relacionada a hábitos de vida modificables se reveló ligado a sentimientos de culpa. **Conclusión:** La creencia en Dios repercutió positivamente en el encuentro con un nuevo sentido para el procedimiento quirúrgico.

Descriptor: Espiritualidad; Periodo Pre Operatorio; Cirugía Cardíaca; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Espiritualidad y religiosidad son temas que vienen despertando cada vez más el interés académico. Las necesidades espirituales pueden ser comprendidas como la satisfacción de un crecimiento espiritual que torna la persona más sociable, esperanzada y en paz con su divinidad o transcendencia. Ya los conceptos de religiosidad están directamente relacionados al vínculo del individuo con una religión, ser divino o Dios, que puede ser experimentada individualmente o de forma colectiva⁽¹⁾.

La cirugía cardíaca presenta implicaciones en la ansiedad y depresión que han sido estudiadas en los últimos años, con toda investigaciones recientes vienen demostrando relaciones significativas con la espiritualidad y religiosidad del paciente⁽¹⁻²⁾. A pesar de eso, intervenciones direccionadas a los pacientes en ese ámbito son escasas, generalmente vinculadas a la capellanía hospitalaria o a grupos religiosos y raramente institucionalizadas.

En la relación de los temas con la ansiedad y la depresión en el pre operatorio, una investigación conducida con 150 pacientes en pre operatorio de cirugía general reveló que los que poseían alto nivel de religiosidad presentaban menores niveles de ansiedad⁽³⁾. Al evaluarse las estrategias de enfrentamiento utilizadas por pacientes en pre operatorio de cirugía cardíaca, otro estudio nacional relató que la modalidad de *coping sustentativo*, que incluye la espiritualidad, fue utilizado en 50% de los casos⁽⁴⁾. El análisis cualitativo también ya demostró la presencia de sentimientos positivos y de búsqueda por fe y esperanza en la religiosidad ante el evento de la cirugía cardíaca⁽⁵⁻⁶⁾. Otro estudio observó, por medio de entrevistas, el elevado valor de la utilización de recursos espirituales en el enfrentamiento de la cirugía cardíaca⁽⁶⁾.

Una cohorte de 335 pacientes sometidos a la cirugía cardíaca, excluyéndose las de emergencia y el trasplante cardíaco, por 30 meses acompañó y concluyó más de lo que la implicación de la religiosidad en la disminución de la ansiedad y depresión pre operatorias. Lanzando mano de escalas validadas para evaluación de espiritualidad, religiosidad, prácticas y creencias religiosas, *coping religioso/espiritual*, optimismo y esperanza, presentó resultados a lo largo del tiempo y mostró que los mejores índices en esos aspectos repercutían en mayor crecimiento existencial, en el sentido de mejor desarrollo psicoespiritual de los individuos que se sometieron a la experiencia quirúrgica⁽⁷⁾.

Otra publicación de los mismos autores, también en cohorte para evaluar ansiedad y depresión a largo plazo (30 meses) en relación a aspectos espirituales-existenciales en el pre operatorio, reveló la oración, el optimismo y la esperanza como predictores de menores índices de depresión y la religiosidad intrínseca y la esperanza como predictores de menor ansiedad⁽¹⁾. Aún en esa misma cohorte, los autores divulgaron la oración como factor de protección a la fatiga a lo largo del seguimiento, mientras que la ansiedad pre operatoria fue evaluada como factor de aumento en la evaluación de la fatiga física y mental⁽⁸⁾.

La creencia en Dios sirve de base a la religiosidad y trae implicaciones para el paciente en el enfrentamiento de la enfermedad tanto de forma positiva como de forma negativa. Teniendo por referencia la directriz que estos estudios vienen apuntando en la comprensión de ese fenómeno, una profundización se hace posible y necesaria, sumergiendo aún en la cuestión y buscando comprender como la creencia en Dios repercute en el enfrentamiento de la enfermedad cardíaca, en particular en el procedimiento quirúrgico.

Gomes ET, Espinha DCM, Bezerra SMMS. Religion and belief in God in the preoperative period of cardiac surgery: an exploratory study. Online braz j nurs [internet] 2015 Sept [cited year month day]; 14 (3):273-83. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5138>

Por medio de esta investigación, se objetivó analizar las relaciones entre la creencia en Dios y el bienestar espiritual en el período pre operatorio de cirugía cardíaca.

MÉTODO

Se trata de un estudio de naturaleza exploratoria, con abordaje cualitativo, realizado en las salas de hospitalización quirúrgicas del Pronto-Socorro Cardiológico Universitario de Pernambuco.

Se utilizó una entrevista semiestructurada que contenía como plan inicial un cuestionario para caracterización de los sujetos (género, edad, renta, actividad laboral, escolaridad, situación marital, número de hijos y religión) y datos de la cirugía (tipo de la cirugía, tiempo de internación, tiempo de preoperatorio etc.). Esos datos son presentados con recursos de estadística descriptiva (media \pm desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas).

Para selección de los sujetos participantes, los pacientes eran invitados a participar de la investigación y, después la firma del Termino de Consentimiento Libre e Informado, era aplicada la Escala de Bienestar Espiritual (EBE). La EBE es un instrumento subdividido en dos sub escalas (de 10 ítems cada): una de bienestar religioso (BER) y otra de bienestar existencial (BEE). Los ítems referentes al BER contienen una referencia a Dios, expresando como el paciente se siente con las demandas de su religiosidad en el momento; y los de BEE se refieren a la sensación de encuentro con el sentido y el compromiso con algo significativo en la vida, retratando crisis existenciales y conflictos subjetivos. La escala posee 20 preguntas que deben ser respondidas por medio de una escala *Likert* de seis opciones. El total de la escala es la suma de las puntuaciones de

estas 20 preguntas y los escores pueden variar de 20 a 120⁽⁹⁾.

Fueron seleccionados 12 pacientes que se afirmaron creyentes en la existencia de Dios, practicantes de cualquier religión y que obtuvieron escores mayores que 100 en la EBE, indicando un elevado valor de bienestar espiritual en el período pre operatorio. Los tipos de cirugía incluidos fueron la revascularización miocárdica y los cambios o plastias de válvula. Los pacientes estaban todos consientes de la cirugía y de la fecha próxima, en hasta cinco días. Se excluyeron pacientes con cardiopatías congénitas o con la comunicación verbal perjudicada por el cuadro clínico.

Después del abordaje inicial se procedía a la entrevista, teniendo como pregunta guía: *¿hay relación entre su Dios y o su enfermedad?* Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y sometidas al análisis de contenido propuesto por Bardin. Por medio de ese análisis, se puede inferir además del propio mensaje transcrito, por medio de indicadores, cuantitativos o no, relativos a la condición en que el contenido fue producido.

Las entrevistas fueron realizadas en las salas de hospitalización, al lado de la cama, en octubre de 2014 y duraron, en media, 21 minutos. Después de la aclaración acerca del objetivo del contacto, al paciente le era dada la posibilidad de escoger la presencia o no del acompañante en el transcurrir. A los que concordaron con la permanencia, fue aclarado al acompañante que él no podría participar de las respuestas, emitir parecer o expresar cualquier reacción. Las charlas transcritas son presentadas indicando los pacientes por la letra P seguida de los números de 1 a 12, con el fin de no permitir la identificación de los pacientes. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la institución (CAAE: 30622414.7.0000.5192).

RESULTADOS

Caracterización de los sujetos

La muestra fue tomada por conveniencia cuanto al tamaño, observando los criterios de inclusión. No hubo predominancia entre los géneros, la media de edad fue de $58,58 \pm 11,8$ años, mayoría de pensionados (83,33%), escolaridad baja ($5,5 \pm 5,14$ años de estudios) y renda media de $1,83 \pm 1,32$ salarios mínimos (considerados en R\$724,0). Hubo predominancia de casados (53,8%), con media de $3,2 \pm 2,6$ hijos. (tabla 1)

Tabla 1: Datos sociodemográficos y de la cirugía de los pacientes entrevistados. Recife, 2014

Edad (md±dp)	58,58±11,8
Sexo (n/%)	
Masculino	6 / 50,0
Femenino	6 / 50,0
Procedencia (n/%)	
Interior	8 / 66,7
Capital	1 / 8,33
Región Metropolitana	3 / 25,0
Actividad laboral (n/%)	
Desempleado	1 / 8,33
Pensionado	10 / 83,3
Autónomo	1 / 8,33
Años de estudio (md±dp)	5,50±5,14
Renda (md±dp)	1,83±1,32
Situación conyugal (n/%)	
Casado	7 / 53,8
Divorciado	2 / 16,67
Soltero	2 / 16,67
Viudo	1 / 8,33
Religión (n/%)	
Católico	5 / 41,7
Evangélico	7 / 58,3
Tipo de Cirugía (n/%)	
Revascularización miocárdica	8 / 66,67
Cambio o plastia de válvula	4 / 33,33
Tiempo de internación (md±dp)	22,58±14,39
Tiempo de pre operatorio (md±dp)	18,42±11,86
Cirugía cardíaca previa (n/%)	1 / 8,3

md±dp: media ± desvío estándar

Fuente: autoría propia.

Cuanto a la cirugía, 33,33% tenían por indicación el cambio o plastia de válvulas cardíacas y 66,67% la revascularización miocárdica. Apenas un paciente (8,33%) ya había sido sometido a la cirugía cardíaca. El tiempo medio de internación hasta la entrevista fue de $22,58 \pm 14,39$ días, con intervalo de $18,42 \pm 11,86$ días entre la ciencia de la decisión quirúrgica y la entrevista. (tabla 1)

En el análisis del bienestar espiritual, todos los pacientes de la muestra presentaron valor máximo para el dominio bienestar religioso, ligado a las cuestiones de la relación con Dios. Hubo variación cuanto al bienestar existencial, que presentó media elevada ($48,25 \pm 7,48$). En total, el valor medio elevado de la muestra ($108,25 \pm 7,48$) coincide con el criterio de inclusión. (tabla 2)

Tabla 2: Evaluación del bien estar espiritual de los pacientes en el pre operatorio de cirugía cardíaca. Recife, 2014.

Variable	MD±DP	Mínimo	Máximo
Bienestar Religioso (BER)	60,0±0,0	60	60
Bienestar Existencial (BEE)	48,25±7,48	35	58
Bienestar Espiritual Total (BEET)	108,25±7,48	101	118

Fuente: autoría propia.

Relaciones entre Dios, enfermedad y cirugía cardíaca

Esta categoría reunió visiones comunes acerca de las relaciones entre Dios y el momento estresante por el cual los pacientes estaban sometiéndose.

El enfermar se presentó en las charlas ahora como castigo, punición, llevando a gran contenido de culpa, ahora como prueba. Considerando que la enfermedad cardíaca como ya es conocido, está relacionada a factores de riesgo que pueden ser modificables, estar en la condición de necesitar de cirugía por el avanzar de la enfermedad fue asociado, a veces, como

punición por la historia precedente y el descuido con la propia salud.

Debo estar pagando algún pecado. (P2)

Quien buscó esa enfermedad fui yo. (P11)

La vida es como una siembra: lo que usted siembra usted cosecha. (P11)

Dios, de modo general, no fue asociado a la culpa por la enfermedad, pero por algún motivo *permitió* que los entrevistados enfermaran severamente y tuvieran que ser sometidos a la cirugía de tan gran porte.

Él no quiere nada de mal, pero permite que suceda. (P5)

Dios lo permitió. Solo estoy enfermo porque Dios lo permitió. (P10)

En ese aspecto, algunos pacientes referían no conocer bien el porqué de enfermar del corazón, pero afirmaban que Dios sabía el motivo, mientras otros conseguían dar sentido al momento en que se encontraban.

La gente no hace todo que él manda, por eso la gente es merecedora. (P1)

La gente se enferma para llegar más a los pies del Señor. (P2)

Otros encontraban sentido para la cirugía en la prueba, asociando su situación actual a cuestiones de su propia vida o aspectos de naturaleza teológica, como el pecado original.

Nosotros nos enfermamos por nuestros pecados, desde Adán y Eva. (P3)

Si Jesús sufrió, ¡imagine nosotros! (P3)

Yo no sé bien lo que hice para merecer, pero Dios me dejó enfermar para yo aprender a confiar más en él. (P4)

Fue para dar valor a lo que la vida tiene de bueno. La gente se olvida mucho de agradecer, pero pide de más. (P11)

Las últimas charlas también retratan que, para los pacientes cristianos, la enfermedad no es apenas una forma de Dios castigar una transgresión ni está apenas asociada al pecado original, pero el enfermar, drásticamente, es una forma que Dios utiliza también para hacer el individuo re aproximarse a él o de su ley o mandamientos.

Dios es el enfrentamiento de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico

Someterse a la cirugía cardiaca se mostró como un evento generador de estrés y angustia, bajo el punto de vista del riesgo quirúrgico y de las posibilidades de limitación después del procedimiento, tanto cuanto a las cuestiones relativas al propio período pre operatorio.

Tengo varias veces las ganas de irme y desistir. (P11)

Yo me siento como si fuera una pesadilla, como si yo estuviera durmiendo y fuera a despertar sin la enfermedad. (P11)

En relación al período pre operatorio, el intervalo prolongado en internación del evento agudo a la definición quirúrgica y de esta al procedimiento profundiza el sentimiento de angustia existencial – relacionada a las cuestio-

nes de vida diaria, a la modificación de la rutina, a cambios no planeados - y a posibilidad de ansiedad y depresión.

El proceso es muy lento aquí. Es masacrante la espera. (P9)

Mis problemas quedan en la mano del pueblo para los otros resolver. (P9)

Ese tiempo de espera intensifica una cuestión que generalmente se presenta en la enfermedad cardiaca avanzada antes de la internación: la imposibilidad de la participación en la iglesia, en el culto y actividades religiosas habituales. Las charlas a continuación surgieron de ese punto:

Solo me preocupo en ir a mi Iglesia. Estoy parado... (P10)

¡Antes de venir a emergencia yo ya estaba sin ir a la Iglesia porque no daba para subir la pendiente hasta allá! Tampoco aguantaba el todo el culto, me cansaba mucho, no conseguía cantar los himnos. (P8)

Una confianza singular en Dios y en sus atributos teológicos comunes a cualquier religión, como justicia, sabiduría y bondad, se mostraron en la base de la participación de la presencia de Dios en la constitución de un complejo de *coping* religioso y espiritual importante.

¡El hombre tan estudiado y no hace un cacho de banano tan perfecto! Si Dios me colocó en esa me sabe sacar también. (P8)

Si el Evangelio habla y yo creo, no tengo preocupación. (P10)

Mi fuerza viene de Dios, confío en él, ¡Él quiere lo mejor para todos nosotros!(P3)

Incluso para los pacientes que no consiguen encontrar sentido para la enfermedad ni reconocer la intervención directa de Dios en favorecer el mejor pronóstico con la posibilidad de recuperación o cura, la próxima charla refleja que la confianza en Dios se proyecta para más allá de esta vida, basada en la creencia espiritualista común a las religiones cristianas de vida después de la muerte. Independiente del resultado de la enfermedad, para el paciente, la intervención divina se puede dar en la salvación de su alma. Ese sentimiento era uno de los ejes principales de la estrategia de enfrentamiento elaborada por el paciente.

De esa enfermedad yo solo espero una cosa: ¡mi salvación! El llevándome o yo quedándome más, no importa, solo quiero mi salvación. (P6)

Los pacientes, de modo general, poco refirieron a la posibilidad de intervención directa de Dios en su cura por medio de milagros, posiblemente por el avanzar de la enfermedad y la proximidad con la cirugía. La paciente a continuación no descarta la posibilidad de cura milagrosa, sin embargo demuestra aceptación del procedimiento quirúrgico confiando que el equipo médico será el instrumento de que Dios se servirá para su cura.

Dios es quien cura las enfermedades. El usa los médicos, pero también hace milagros. (P12)

Entre los pacientes, algunos relataron evidencias personales de la manifestación divina que sirvieron como refuerzo positivo para el

enfrentamiento e incremento significativo en la confianza en el procedimiento. El primero de ellos fue entrevistado días después de recibir un marcapaso provisional. Durante el procedimiento, antes de la sedación, relata que:

Yo vi un ángel de blanco en la sala. Estaban todos de verde y solo el de blanco. Jesús mandó un ángel para sostener la mano de los médicos. (P7)

Algunos otros registran la intervención de Dios de forma más íntima, por medio de la oración.

Dios habló conmigo que yo tenía que pasar para dar mi testimonio de él. (P2)

Dios habla conmigo cuando yo oro y yo sé que va a salir todo bien. (P10)

Por último, se transcribe el relato de la manifestación de Dios por medio de un sueño. El paciente a continuación describió con nítido recuerdo y riqueza de detalles la experiencia de ensueño. Sin ayuda externa, él mismo extrajo del sueño significados que le dieron la condición de aceptación de la enfermedad y la fuerza necesaria al procedimiento quirúrgico.

Ah, doctor, yo sé que voy a quedar bien, ¡va a salir todo bien! [...] Dios habló conmigo. Yo tuve un sueño que era Dios queriendo hablar conmigo. [...] Yo soñé que estaba en una feria bien concurrida con muchos pobres y gente enferma, un lugar feo y sucio. En ese momento, un ángel descendió del cielo por una escalera gigante, dorada, llena de luz y dijo que ella llevaría hasta el cielo. Todo mundo corrió para la escalera para salir de aquel lugar feo y sucio. Al pie de la escalera,

había escrito: 'Solo suba si tiene fe'. Todo mundo fue subiendo, había gente que ni leía. Cuando la gente fue pasando de la nube, un montón de gente comenzó a caer. Y el ángel me dijo que quien estaba cayendo era porque no tenía fe. Hubo gente que comenzó a volver del medio del camino, porque decía que tenía fe, pero sabía que allá dentro, de verdad, no tenía. Yo continué subiendo. Llegué muy alto que no veía nada debajo de las nubes. En ese momento, vi en el final de la escalera una iglesita con una cruz. Y el ángel dijo: 'José, Jesús está allá dentro de esa iglesita esperándote, ¡pero tu solo entras si tienes fe!' Y yo quede feliz porque yo iba a ver a Jesús, ¡yo tengo fe y ya había subido aquello todo! Ahí, el ángel dijo: 'José, vuelve todo de nuevo, un día tú vas a ver Jesús si continuas con fe, pero vuelve que aún estás lejos de tu hora.' Después de ese sueño, vino el dolor con todo y me sentí mal y vine para acá. Por eso, yo sé ¡que esta vez yo no muero! [...] Estoy tranquilo, doctor, ¡no es mi hora! (P3)

La experiencia del sueño se dio antes de la admisión a la emergencia, sin el paciente haber presentado previamente angina o cualquier otro síntoma cardiaco. La seguridad del éxito del procedimiento quirúrgico quedó claro después del carácter de anunciación del sueño y el nítido recuerdo de que no era su hora de "*entrar en la iglesita del cielo y conocer a Jesús*".

DISCUSIÓN

La muestra fue seleccionada teniendo como objetivo profundizarse en la cuestión de la relevancia de Dios para los pacientes en el pre

operatorio de cirugía cardíaca. Considerando la selección a partir de un alto escore de bienestar espiritual y religioso como criterio de inclusión, el estudio no evidenció cuestiones de *coping* negativo, como el cuestionamiento a la voluntad de Dios etc.

Espiritualidad puede expresarse en diversas formas en el proceso salud-enfermedad, incluyendo la búsqueda por significado y propósito para la vida, conexiones con familia, amigos, naturaleza y con Dios⁽¹⁰⁾. La situación de la enfermedad es desencadenadora, en la mayoría de las veces, de profundas reflexiones acerca de la relación del individuo consigo, con sus pares, sus grupos sociales y sus creencias acerca de lo sagrado.

El pre operatorio es un período de la enfermedad con crisis profundas, referido como un período de vulnerabilidad emocional en virtud de la exposición del individuo a las cuestiones que surgen envueltas en incertidumbres (recuperación, secuelas, finitud etc.)⁽¹¹⁾. Un estudio en el pre operatorio reveló que los pacientes presentaron, al recibir la noticia de la cirugía, muchos sentimientos de aprehensión, como miedo, preocupación, ansiedad, cisma y nerviosismo y que, con el pasar del tiempo, los sentimientos van cambiando de forma positiva para la esperanza ante la posibilidad de cura y rehabilitación, sentimiento de tranquilidad (venida de la fe en Dios, de ver los compañeros ya operados y de saber que el riesgo de vida es mayor si se opera) e de alivio por reconocer que es necesario para continuar viviendo⁽⁵⁾. Ese estudio, al acompañar los cambios positivos a lo largo de la internación, refuerzan la necesidad presupuesta de aprovecharse el tiempo de definición quirúrgica y preparación del paciente para intervenciones educativas y en el ámbito de la espiritualidad y religiosidad.

La creencia en el control de Dios sobre los eventos de la vida abarcando de lo simple y coti-

diano a los momentos decisivos, bien como otros constructos acerca de los atributos teológicos de Dios, ha sido evidenciada en asociación positiva a mejores índices de bienestar, cuando evaluado en dominios subjetivos⁽¹²⁾. En una muestra de pacientes con HIV/AIDS, quedó comprobada la asociación estadísticamente significativa entre una visión positiva de Dios y factores psicológicos, como depresión, pero también cuantitativos, como la tasa de linfocitos CD4⁽¹³⁾.

En una muestra de 150 pacientes con cáncer, fue evidenciado que el incremento o estímulo a las creencias y prácticas religiosas y la confianza en Dios favoreció mejor aceptación de la enfermedad y confrontación a los problemas psicológicos. De las estrategias de *coping* religioso utilizados, la dimensión que más se mostró eficaz en la reducción de los niveles de depresión fue la relación con Dios⁽¹⁴⁾.

Aunque el contacto divino sea una dimensión evaluada por otras escalas, visto la relevancia de ese aspecto en el *coping* religioso/espiritual, fue desarrollada y validada recientemente una escala propia, la *Perceived Support From God Scale*, aún no traducida y validada para el portugués ni entre poblaciones no cristianas⁽¹³⁾. La relación con Dios en el momento del dolor y de la enfermedad puede ser medida, aún, en términos de relación con el amor divino. Una escala tipo *likert*, la *Sorokin Multidimensional Inventory of Love*, es utilizada para evaluar la percepción del individuo con amor a Dios y el amor dispensado a él⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

En una investigación con diez pacientes sobrevivientes de la enfermedad cardíaca grave y nueve sobrevivientes del cáncer, las charlas se asemejaban en mucho a lo extraído en el presente estudio, notoriamente cuanto a las visiones sobre Dios y la enfermedad, la aproximación que hubo con Dios después de la enfermedad y la fuerza que habían ganado a partir de la conexión con una fuerza superior⁽¹⁰⁾.

Gomes ET, Espinha DCM, Bezerra SMMS. Religion and belief in God in the preoperative period of cardiac surgery: an exploratory study. Online braz j nurs [internet] 2015 Sept [cited year month day]; 14 (3):273-83. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5138>

En un estudio prospectivo realizado con 142 pacientes para evaluar implicaciones de la religiosidad y recuperación de la cirugía cardíaca, se evidenció que la fuerte creencia religiosa estaba relacionada a menos complicaciones, incluyendo la depresión, y menor tiempo de internación, siendo más significativa la creencia religiosa que el soporte social⁽¹¹⁾. Aún en lo que respecta al estudio citado, la creencia religiosa positiva se presentó como un soporte más importante y significativo y como mejor predictor de resultados que el optimismo, a partir de lo que surge el cuanto los aspectos espiritualidad y religiosidad son valiosos para el enfrentamiento y el cuanto deben ser estudiados⁽¹¹⁾.

Cabe resaltar que esos términos aún carecen de mejor definición y validación diferencial, siendo muchas veces encarados en medio académico de la misma forma. Considerando que religiosidad está para la religión así como espiritualidad está para lo trascendente, autores renombrados en el área sugieren que se prefiera utilizar del segundo al abordar los pacientes, en virtud de la diferencia de religiones y sistemas de creencias encontradas en la población⁽¹⁾.

Dos semanas después de la cirugía de revascularización miocárdica, 177 pacientes fueron entrevistados, de forma a revelar que la oración estaba asociada al menor número de complicaciones, mientras que el sentido reverencia en el contexto secular estaba relacionado a menos complicaciones y menor tiempo de internación⁽¹⁸⁾. El sentido de reverencia en relación a Dios integra el sistema de creencia de la mayoría de las personas religiosas.

Cuanto a la confianza en Dios manifestada en la confianza en su voluntad, un estudio cualitativo con trasplantados renales reveló en una de las categorías temáticas que los pacientes reconocían la prueba como voluntad de Dios⁽¹⁷⁾. Otro estudio, comparando entre pacientes depresivos en tratamiento clínico, concluyó que

los pacientes que creen en Dios tienen menores índices de desesperanza, actitudes disfuncionales y síntomas depresivos⁽¹⁹⁾.

La posibilidad de la intervención de Dios por medio del milagro, o sea, del evento más allá de las posibilidades científicamente reconocidas y las cuales las evidencias en el área de salud se basan, mantiene para el paciente la posibilidad de negociar con Dios sobre su propia salud⁽²⁰⁾.

La experiencia mística por medio de visiones, audición y de los sueños, como referido por los entrevistados, genera una interpretación y favorece el encuentro con el sentido para su vida en el momento difícil y probatorio, además de reforzar el concepto de Dios como real y palpable, en constante interacción con los humanos⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

A pesar de la preparación teórica previa de los investigadores y la experiencia profesional aportada bajo un abordaje holístico – lo que motiva el interés académico continuo sobre el tema, abordar los pacientes y conducir la entrevista guiada por la pregunta propuesta para atender los objetivos se mostró desafiador ante la subjetividad del asunto y de los términos relacionados.

Los resultados encontrados son relevantes al mostrar una dirección en la comprensión del efecto de la creencia en Dios en el enfrentamiento del procedimiento quirúrgico, abriendo perspectivas para que en investigaciones subsecuentes sean investigadas las mismas relaciones en otras poblaciones, en culturas y religiones diversas, y con situación emocional diferente, considerando que los pacientes fueron seleccionados a partir de altos escores de bienestar espiritual, pero que hay pacientes que no consiguen mantenerse de la misma forma.

Las cuestiones de trascendencia, de aquello que está más allá del propio individuo, se añaden a la enfermedad, sobre todo a las vísperas de la cirugía, y requieren atención de los profesionales de salud. Los involucrados en el cuidado deben tener una visión especial para las cuestiones de la religiosidad, visto que entre los aspectos subjetivos del paciente, espiritualidad y religiosidad son dimensiones negligenciadas, a pesar de la gran relevancia para el enfrentamiento de las enfermedades.

La religiosidad de los pacientes se mostró en profunda relación con la creencia en Dios. Este estudio evidenció significativas relaciones positivas entre la creencia en Dios y el enfrentamiento de la enfermedad, en una perspectiva que necesita ser cada vez más estudiada.

La enfermedad no fue relacionada vehementemente al castigo divino, pero el conocimiento de la progresión de la enfermedad cardíaca relacionada a hábitos de vida modificables se reveló ligado a sentimientos de culpa.

Finalmente, la creencia en Dios y sus manifestaciones repercutieron positivamente en el encuentro con un nuevo sentido para el procedimiento quirúrgico, mostrándose alentadora y sustentadora de la motivación en someterse a la cirugía.

CITAS

1. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev bras cir cardiovasc* 2013 [cited 2015 aug 20]; 28(1):103-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v28n1/v28n1a15.pdf>
2. Ai Al H, Ladd KL, Peterson C, Cook CA, Shearer M, Koenig HG. Long-term adjustment after surviving open heart surgery: the effect of using prayer for coping replicated in a prospective design. *Gerontologist* [internet]. 2010 [cited 2015 aug 20]; 50(6): 798-809. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2982210/pdf/gnq046.pdf>
3. Kalkhoran MA, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *Ann Genl Psychiatry* [internet]. 2007 [cited 2015 aug 20]; 6:17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1947984/pdf/1744-859X-6-17.pdf>
4. Umann J, Guido LA, Linch GFC. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. *Cienc Cuid Saude* [internet]. 2010 [cited 2015 aug 20]; 9(1):67-73. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10531/5738>
5. Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latinoam Enferm* [internet]. 2006 [cited 2015 aug 20]; 14(3): 383-388. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf
6. Koerich C, Baggio MA, Erdmann AL, Lanzoni GMM, Higashi GDC. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2013 [cited 2015 aug 20]; 26(1):8-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/03.pdf>
7. Ai Al H. Divine love and deep connections: a long-term followup of patients surviving cardiac surgery. *J Aging Res* [internet]. 2011 [cited 2015 aug 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3124964/>
8. Ai Al H, Wink P, Shearer M. Fatigue of survivors following cardiac surgery: positive influences of preoperative prayer coping. *Br J Health Psychol* [internet]. 2012 [cited 2015 aug 20]; 17(4):724-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22524258>
9. Marques LF, Sarriera JC, Dell'aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). *Aval Psicol*. 2009 [cited 2015 aug 20]; 8(2): 179-186 Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n2/v8n2a04.pdf>
10. Young WC, Nadarajah SR, Skeath PR, Berger NA. Spirituality in the context of life threatening illness and life-transforming change. *Palliat Supportive Care*. 2014. 1-8

11. Contrada RJ, Goyal TM, Cather C, Rafalson L, Idler EL, Krause TJ. Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: the impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychol.* [internet] 2004 [cited 2015 aug 20]; 23(3):227-38. Available from: <http://psycnet.apa.org/journals/hea/23/3/227/>
12. Schieman S, Alex B, Christopher GE. Religious Involvement, Beliefs about God, and the Sense of Mattering among Older Adults. *J Sci Study of Relig.* 2010; 49:517-35.
13. Ironson G, Stuetzle R, Ironson D, Balbin E, Kremer H, George A. View of God as benevolent and forgiving or punishing and judgmental predicts HIV disease progression. *J Behav Med* [internet]. 2011 [cited 2015 aug 20]; 34(6):414-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21340531>
14. Haghighi F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatr Danub.* 2013; 25(3):236-240
15. Hamilton JB, Carte JK, Lynn MR. Reliability and validity of the perspectives of Support From God Scale. *Nurs Res.* 2010; 59(2): 102-109.
16. Levin J, Kaplan BH. The Sorokin Multidimensional Inventory of Love Experience (SMILE): development, validation, and religious determinants. *Rev Relig Res.* 2010; 51(4): 380-401
17. Ghahramani N, Wang C, Sanati-Mehrizy A, Tandon A. Perception about transplant of rural and urban patients with chronic kidney disease: a qualitative study. *Nephro Urol Mon.* 2014; 6(2): e15726.
18. Ai, AL, Wink P, Tice TN, Bolling SF, Shearer M. Prayer and reverence in naturalistic, aesthetic, and socio-moral contexts predicted fewer complications following coronary artery bypass. *J Behav Med.* [internet] 2009 [cited 2015 aug 20];32(6):570-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19856203>
19. Peselow E, Pi S, Lopez E, Besada A, Ishak WW. The impact of spirituality before and after treatment of major depressive disorder. *Innov Clin Neurosci.* 2014;11(3-4):17-23
20. Manglos ND. Faith Pinnacle Moments: Stress, Miraculous Experiences, and Life Satisfaction in Young Adulthood. *Sociol Relig.* 2013, 74:2 176-198

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 14/02/2015
Revisado: 20/08/2015
Aprobado: 20/08/2015