

# Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con diabetes

Camila de Moura Leite Luengo<sup>1</sup>, Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça<sup>2</sup>

## Resumen

### Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con diabetes

Las implicaciones de la espiritualidad en la salud han sido científicamente evaluadas y documentados en cientos de artículos. La Diabetes es una enfermedad que presenta incidencia con proporciones cada vez más grandes. Nuestro objetivo era comprender el significado de la espiritualidad para los pacientes diabéticos, en correlación con su calidad de vida. Esta investigación se desarrolló en el Centro de Educación sobre la Diabetes de la Alcaldía Municipal de Pouso Alegre, Minas Gerais. La muestra consistió en 20 pacientes con diabetes. El discurso del sujeto colectivo fue el método elegido para la construcción de los significados. Se aplicó cuestionario que constaba de tres preguntas, grabadas y transcritas integralmente. El perfil de los encuestados, en su mayoría eran mujeres, casadas, desempleadas y con estudios primarios incompletos. El estudio demostró que el significado de la espiritualidad para ellas está vinculado a aspectos religiosos, que se aferran a ser capaces de vivir con diabetes y así mejorar su calidad de vida.

**Palabras-clave:** Espiritualidad. Calidad de vida. Diabetes mellitus.

## Resumo

As implicações da espiritualidade na saúde vêm sendo cientificamente avaliadas e documentadas em centenas de artigos. O diabetes é uma doença que vem apresentando incidência com proporções cada vez maiores. Nosso objetivo foi conhecer o significado de espiritualidade para pacientes diabéticos, correlacionando-o com sua qualidade de vida. Esta pesquisa desenvolveu-se no Centro de Educação em Diabetes da Prefeitura Municipal de Pouso Alegre (MG). A amostra foi constituída por 20 pacientes portadores de diabetes. O discurso do sujeito coletivo constituiu o método escolhido para a construção dos significados. Foi aplicado um questionário composto de três perguntas, gravadas e transcritas na íntegra. O perfil dos entrevistados, na maioria, era de mulheres, casadas, com ensino fundamental incompleto e desempregadas. O estudo demonstrou que para elas o significado de espiritualidade está ligado a aspectos religiosos, aos quais se apegam para conseguir conviver com o diabetes e melhorar, assim, sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Qualidade de vida. Diabetes mellitus.

## Abstract

### Spirituality and quality of life in diabetic patients

The spirituality implications in health have been scientifically evaluated and documented in hundreds of articles. Diabetes is a disease that has increasing incidence. Our goal was to understand the implication of spirituality on diabetic patients, correlating it with their life quality. This research was developed at Diabetes Education Center in the Pouso Alegre, Minas Gerais. The sample consisted of 20 patients presenting Diabetes. A questionnaire consisting of three questions was applied, data were recorded and transcribed. In the universe of 20 people interviewed, they consisted mostly of women, married, unemployed, and with incomplete primary education. The study demonstrated that, for the group included, the meaning of spirituality is related to religious aspects, as they showed attachment to them in order to be able to carry their lives with Diabetes and improve, therefore, their quality of life.

**Key words:** Spirituality. Quality of life. Diabetes mellitus.

Aprovação CEP Fipa CAAE – 04187212.2.0000.5102

1. **Graduanda** millaluengo@gmail.com 2. **Doutora** drijar@hotmail.com – Universidade do Vale do Sapucaí (Univas), Pouso Alegre/MG, Brasil.

## Correspondência

Camila de Moura Leite Luengo – Rua Comendador José Garcia, 744, Aptº 102, CEP 37550-000. Pouso Alegre/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La Bioética puente entre la ciencia y las humanidades, tradicionalmente entendida como una aplicación de la ética que se ocupa de la correcta utilización de las nuevas tecnologías en el campo de las ciencias médicas y la solución adecuada de los dilemas morales que ella presenta. Por lo tanto, los aspectos relacionados con cuestiones religiosas personales de los pacientes necesitan ser insertados en el entendimiento de la práctica clínica <sup>1</sup>, teniendo en cuenta que el respeto de los valores de la persona a quién se está cuidando es fundamental para el vínculo ético entre el profesional de salud y el paciente <sup>2</sup>.

Aunque es un concepto con diferentes interpretaciones, la espiritualidad puede ser entendida como la creencia que acepta y trata de desarrollar la parte espiritual de los seres humanos frente a su parte material <sup>3</sup>. Es un proceso experiencial, personal y dinámico <sup>4</sup>, que busca conferir sentido y significado a la vida, y puede coexistir o no con la práctica de un credo religioso <sup>5</sup>. La religiosidad, sin embargo, se basa en la aceptación de un conjunto particular de valores. Algunos autores sugieren que la religión es institucional, dogmática y restrictiva, mientras que la espiritualidad es personal, subjetiva y da énfasis a la vida <sup>5</sup>.

A pesar de la controversia científica sobre los efectos de la espiritualidad en la salud Roberts da su reflexión: *Debe quedar claro que si estos beneficios provienen de una intervención o respuesta de Dios a las invocaciones de la oración y de la espiritualidad, esto siempre estará más allá de lo la ciencia puede o no probar* <sup>6</sup>.

Calidad de vida (CV) se refiere a un concepto visto como subjetivo, porque además de diferir de un individuo a otro está sujeta a cambios durante toda la vida. Nahas muestra que los factores que determinan la CV de la gente son muchos y su combinación *resulta en una red de fenómenos y situaciones que, en abstracto, pueden ser llamados de calidad de vida*. En general están asociados factores como estado de salud, la longevidad, la satisfacción en el trabajo, el salario, el ocio, las relaciones familiares, el estado de ánimo, el placer, e incluso la espiritualidad: *En un sentido más amplio de la calidad de vida puede ser una medida de la dignidad humana, ya presupone el cumplimiento de las necesidades humanas básicas*.

Desde el punto de vista de la salud, Dreher <sup>8</sup> muestra que la CV se puede dividir en seis dimensiones: física, emocional, social, profesional, intelectual y espiritual. Minayo <sup>9</sup>, a su vez, entiende que la CV es una noción eminentemente humana que mantiene

relación con la satisfacción del individuo con su vida familiar, amorosa, social, ambiental y existencial que abarca los conocimientos, experiencias y valores de los individuos y las colectividades, en un determinado momento, lugar y situación.

La morbilidad asociada con la diabetes de larga duración, de ambos tipos se traduce en ciertas complicaciones tales como microangiopatía, retinopatía, nefropatía y neuropatía. Si no hay un control metabólico adecuado, pueden ocurrir complicaciones a largo plazo, con consecuencias como la amputación, la ceguera, retinopatía, nefropatía, entre otras consecuencias que pudieran comprometer la calidad de vida de estas personas. Por lo tanto, la base para estas complicaciones crónicas a largo plazo es el tema de mucha investigación. El diabético sufre con las manifestaciones clínicas de la enfermedad, como la poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y astenia <sup>10</sup>.

Esta enfermedad crónica no contagiosa requiere ajustes en el estilo de vida y la incorporación de prácticas terapéuticas que implican cambios en los hábitos alimentarios, el control glucémico, la práctica de actividad física, el mantenimiento de la presión arterial y el control continuo por un equipo multidisciplinario de salud <sup>10</sup>. Vivir con *Diabetes mellitus* (DM) implica adaptarse a la compleja dinámica entre las relaciones familiares, los sentimientos, el estilo de vida y cambio de hábitos, adecuación de rutinas, implementación de cuidados y procedimientos de control de la glucemia, con el objetivo de tener una vida sana con el DM y la prevención de complicaciones agudas y crónicas <sup>11</sup>. La manera como la persona percibe su condición influye en el control general de su estado de salud y la enfermedad <sup>12,13</sup>.

En el desarrollo de los estudios de CV, la importancia y la participación de las cuestiones espirituales estuvieron presentes. Por lo tanto, se entiende que el ámbito de la calidad de vida puede llegar a convertirse en un mediador entre el campo de la salud y las cuestiones religiosas/espirituales, lo que puede facilitar el desarrollo de las intervenciones de salud que tienen como base la dimensión espiritual <sup>14</sup>. Bajo esta perspectiva, el presente trabajo tiene como objetivo conocer el significado de la espiritualidad para los pacientes diabéticos, y si esa espiritualidad puede influir en una mejor adherencia al tratamiento, lo que proporciona una mejor calidad de vida.

## Método

Este estudio adoptó un enfoque descriptivo cualitativo, desarrollado en Centro de Educación sobre la Diabetes (CEMED) de la Municipalidad de la ciudad de Pouso Alegre (MG) en el periodo comprendido entre el 1/2/2013 al 30/09/2013, teniendo como muestra 20 pacientes con diabetes. Los criterios para la participación en el estudio eran: estar en tratamiento durante al menos un mes, edad mayor que 18 años en la fecha en que estaban rellenoando los cuestionarios y confirmación del diagnóstico mediante el análisis de los registros.

Debido a que es un estudio de naturaleza cualitativa, en el cual el objetivo principal es el enfoque comprensivo de las necesidades, motivaciones y comportamientos de los participantes, el tamaño de la muestra se definió convencionalmente, es decir, sin una necesaria relación cuantitativa entre el porcentaje de pacientes elegidos y la cantidad de pacientes asistidos en la institución. Por lo tanto, el muestreo fue del tipo intencional, buscando listar desde la base de los conocimientos del investigador acerca de la población y de sus elementos la más amplia diversidad de encuestados.

Para recoger los datos de la investigación se aplicó un cuestionario semi-estructurado que consta de tres preguntas, grabadas y transcritas integralmente. El método elegido para el análisis del material fue el discurso del sujeto colectivo (DSC), basado en la construcción de significados, tratando de permitir el acercamiento al fenómeno en estudio. Para el análisis de los datos se utilizó el DSC, escrito en la primera persona del singular, compuesto de expresiones clave que tienen las mismas ideas centrales (IC) y anclaje (AC).

La autonomía de los participantes del estudio se respetó por la libre decisión de participar en el estudio después de proporcionar las directrices que apoyaron su decisión. Se respetaron los valores culturales, sociales, morales y éticos, los hábitos y costumbres de los participantes. Procedimientos para asegurar la confidencialidad, el anonimato de la información, la privacidad y la protección de la imagen de los encuestados fueron proporcionados, al asegurar que las informaciones obtenidas no fueron utilizadas en perjuicio de ningún tipo a los miembros del estudio. El estudio siguió a los preceptos establecidos por la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que se aplica al período en el que la aplicación del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Vale do Sapucaí.

## Resultados y debate

Los resultados se presentan en tres partes. En la primera, se pone de manifiesto las características personales y sociales de los encuestados (tablas 1 y 2).

**Tabla 1.** Características personales y socioeconómicas de los encuestados

<b>Sexo</b>	
Femenino	12 (60%)
Masculino	8 (40%)
<b>Estado civil</b>	
Soltero	0
Casado	15 (75%)
Divorciado	2 (10%)
Viudo	3 (15%)
<b>Escolaridad</b>	
No fue a la escuela	0
Enseñanza básica completa	5 (25%)
Enseñanza básica incompleta	8 (40%)
Enseñanza secundaria completa	5 (25%)
Enseñanza secundaria incompleta	0
Enseñanza Superior completa	2 (10%)
Post-graduado	0
<b>Situación laboral</b>	
Estudiante	0
Empleado	8 (40%)
Desempleado	12 (60%)

**Tabla 2.** Desviaciones estándar y la edad promedio de los pacientes entrevistados

	Desviación estándar	Promedio	N
<b>Masculino</b>	6,63325	64,00	08
<b>Femenino</b>	10,8519	62,18182	12
<b>Total</b>	8,777213	62,75	20

En el área de captación estudiada, el perfil epidemiológico de las personas con diabetes se caracteriza por un predominio del sexo femenino (60%), ya que en el planeta, según Miranzi<sup>15</sup>, la población femenina es más grande la masculina. Esto explica, en parte, la mayor proporción de mujeres afectadas y diagnosticadas por buscar más a menudo los servicios de salud.

La edad de los sujetos osciló entre 42 y 79 años (con un promedio de unos 64 años), intervalo correspondiente con estudios anteriores, en los que hay algunos estudios que muestran que la diabetes es más frecuente en personas mayores de 35 años

16. En relación a la escolaridad, el 40% no había completado la educación básica y el 60% estaban desempleados. Según el Informe de la Atención Básica/2001, la adherencia al tratamiento tiende a ser menor en los individuos con bajo nivel de educación y baja renta, lo que aumenta la responsabilidad de los equipos de salud de la familia en el desarrollo de actividades educativas, con énfasis en el control de enfermedades para promover salud <sup>16</sup>. Del total de los encuestados, el 75% era casado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el estado civil de las personas influye en la dinámica familiar y el cuidado personal. Para las personas mayores, la composición familiar puede ser un factor decisivo para la falta de estímulo para el auto-cuidado y la institucionalización <sup>17</sup>.

En la segunda parte, se muestran los temas explorados - con sus respectivas ideas centrales (Cuadros 1, 2 y 3) - y, finalmente, la última parte presenta las ideas centrales acompañadas de sus respectivos discursos del sujeto colectivo. La primera pregunta fue: *“¿Cuál es el significado de la espiritualidad?”*. Los discursos del sujeto colectivo basados en las ideas centrales que se presentan en esta pregunta fueron:

- 1ª idea central: tener paz à *“La espiritualidad es para mí tener una paz, una tranquilidad...”*;
- 2ª idea central: ser una buena persona à *“La espiritualidad es una buena persona, una persona de humor...”*;
- 3ª idea central: aspectos religiosos à *“Espiritualidad para mí es la religión, una persona religiosa. Es un espíritu de bondad, paciencia (...) es el espíritu religioso, es el espíritu de la gente. Ser cristiano, uno que tiene a Dios en su corazón. Considero a todas las religiones, respeto, trato de aprender de los demás...”*;
- 4ª idea central: ser humilde à *“Es tener una espiritualidad del perdón, de aceptar las cosas. (...) Es la humildad, ser humilde...”*;
- 5ª idea central: la fe y la creencia à *“En general creo que eso es lo que la persona tiene de creencia, la forma en que actúa. (...) es esa parte emocional. Es algo que uno tiene que creer, tener fe, no importa la religión”*;
- 6ª idea central: conocimiento del yo interior à *“Yo diría que es el conocimiento de mi yo interior”*;
- 7ª idea central: no sabe à *“No se”*;

- 8ª idea central: transmitir paz à *“ El espíritu tiene que transmitir algo de paz, (...) una cosa alegre...”*.

Aunque, a primera vista, la categoría de “no sé” pueda denotar la ausencia de una “idea central” en lugar muestra las respuestas de los encuestados que dijeron que no tenían una opinión formada y/o no conocían el significado de la espiritualidad. De todos modos, de acuerdo con el Cuadro 1, la mayoría de los encuestados dijo que la espiritualidad está vinculada a aspectos religiosos de fe y de creencias.

**Tabla 1.** Ideas centrales, sujetos y frecuencias del tema 1

Ideas centrales	Sujetos	Frecuencia
Tener paz	1	1
ser una buena persona	2	1
Aspectos religiosos	3,4,7,11,12,13,14,15,16,18	10
Ser humilde	5	1
la fe y la creencia	6,10,17	3
conocimiento del yo interior	8	1
No sabe	9,19	2
Transmitir paz	20	1

En un estudio de seguimiento a largo plazo, Strawbridge <sup>18</sup> evaluó durante 28 años, 6.928 pacientes de entre 16 y 94 años, encontrando que los practicantes regulares de actividades religiosas tenían menores tasas de mortalidad. Estos hallazgos fueron más robusto en las mujeres; en análisis ajustado por la historia de enfermedades crónicas o factores de riesgo para la salud, no hubo una reducción significativa del impacto. Durante el seguimiento, los pacientes con prácticas religiosas frecuentes dejaron de fumar, adoptaron actividad física regular, aumentaron el soporte social y mejoraron su estado de salud.

Jaffe y sus colaboradores <sup>19</sup> también evaluaron pacientes adherentes a las prácticas religiosas o residentes de áreas afiliadas a las prácticas religiosas en Israel. Se analizaron 141.683 individuos con edades de 45 a 89 años, que viven en 882 áreas distintas; 29.709 muertes se registraron en un seguimiento promedio de 9,5 años. Al igual que en el ejemplo anterior, hombres y mujeres que viven en áreas de estrecha proximidad o afiliadas a prácticas religiosas tuvieron menores tasas de mortalidad.

En un segundo momento, en la misma entrevista, se les preguntó: “¿Cómo la espiritualidad que da sentido a su vida?”. Las ideas centrales de las expresiones clave de esta cuestión y las frecuencias de las respuestas se transcriben en el Cuadro 2

**Cuadro 2.** Ideas centrales, sujetos y frecuencias del tema 2

Ideas centrales	Sujetos	Frecuencia
Sentimientos buenos	1,2,3,5,7,11,13,20	8
Aspectos religiosos	4,9,10,12,14,15,16,17,18,19	10
Tener una meta a seguir	6,8	2

El análisis desarrollado a partir del discurso del sujeto colectivo basado en las ideas centrales que se presentan en esta pregunta fueron:

- 1ª idea central: buenos sentimientos à “*Mi vida ahora es buena, gracias a Dios. Está bien porque tengo paz, tranquilidad, no necesito estar pensando en problemas... Es tener alegría, paciencia, comunión con otras personas. Cuando usted está bien con la vida, usted está bien también. Ayuda mucho. Para evitar la frustración uno viene y habla con alguien de la iglesia, ¿verdad? Es muy bueno*”;
- 2ª idea central: aspectos religiosos à “*Tenemos que creer en algo, tener fuerza. Es la creencia (...) que nos da fuerza para seguir, ¿no? Para de vivir, nos enfrentamos a ciertas enfermedades, para llevarnos hacia adelante. Ayuda en el cotidiano, tener paz, esperanza, fe. Yo soy muy devota, soy católica, soy muy dedicada a Dios y a la Virgen. Rezo todos los días para proteger a mí misma, mis hijos y mi marido. El Espíritu Santo que Dios ha dejado aquí en este mundo para ser nuestro consolador (...) entonces es él me da aliento en mi vida. Sin religión, sin Dios, no somos nada*”.
- 3ª idea central: tener una meta à “*En todo, porque entonces usted tiene una meta, entonces, uno piensa más en sus compañeros que uno mismo... Tienes que tener un objetivo, algo que se puede jugar para su vida de acuerdo a lo que crees*”.

Calculando las respuestas del Cuadro 2 se observa que 10 encuestados respondieron con la idea central de aspectos religiosos, diciendo que la espiritualidad hace que las personas creen en algo, a tener fe, esperanza y paz; mientras que ocho, dijeron

que la espiritualidad transmite buenas sensaciones y dos utilizaron la idea central de tener una meta a seguir. Algunos investigadores encontraron que la religiosidad tiende a aumentar durante los eventos negativos de la vida, incluyendo la enfermedad<sup>20</sup>. Esto se debe a que la conexión con la religión puede ser una fuente de alivio o malestar, dependiendo de cómo la persona se reporta<sup>21</sup>.

Moreira-Almeida y Koenig<sup>22</sup> encontraron que la mayoría de los estudios bien realizados argumenta que los niveles más altos de participación con la religión se asocian positivamente con indicadores de bienestar psicológico (satisfacción con la vida, felicidad, afecto positivo y moral más alta) y con menos depresión, conducta suicida y abuso de las drogas y el alcohol. En general, el impacto positivo de la participación religiosa en la salud mental es más exuberante entre las personas en circunstancias estresantes de la vida (ancianos, personas con alguna discapacidad y personas con alguna enfermedad).

Por último, se preguntó “¿Cómo te ha ayudado la espiritualidad a hacer frente a la diabetes?”. Las ideas centrales de las expresiones clave de esta pregunta, y la frecuencia de respuestas se transcriben en el Cuadro 3.

**Cuadro 3.** Ideas centrales, sujetos y frecuencias del tema 3

Ideas centrales	Sujetos	Frecuencia
Tranquilidad	1	1
Enfrentamiento de la enfermedad	2,3,7,9	4
Ayudado mucho	4	1
Ganas de vivir	6	1
No influye	8	1
Creencia y fe	5,10,13,16,17	5
Controlar los nervios, inseguridad y la enfermedad	11,12,15	3
Aceptación de la enfermedad	14,18,19,20	4

Los discursos del sujeto colectivo basados en las ideas centrales que se presentan en esta cuestión fueron:

- 1ª idea central: tranquilidad à “*Entonces nos exigen cada vez más tener tranquilidad, paz, evitar el nerviosismo porque tenemos que mantener el sistema nervioso, ¿no? Para estar sano*”;
- 2ª idea central: enfrentamiento de la enferme-



dad à *“La espiritualidad ayuda a enfrentar, por supuesto. Estoy muy apegado a Dios (...) frente a la muerte de mi marido y gran parte del problema que tengo. Tienes que luchar para conseguir ganar”*;

- 3ª idea central: ayudado mucho à *“Me ha ayudado mucho”*;
- 4ª idea central: ganas de vivir à *“La diabetes necesita que tengas ganas de vivir, que uno se dedique a mejorar siempre”*;
- 5ª idea central: no influye à *“La espiritualidad no me influye”*;
- 6ª idea central: creencia y fe à *“Es mi creencia en Dios, mi fe que conduce a que pueda vivir con la enfermedad. Tenemos que creer realmente en Dios y dejar en sus manos y entregar en la mano de Él. Él lo sabe. Ruego también para la Virgen de Fátima que no deja mi diabetes subir mucho y tengo mucha fe, ya sabes, de que un día no voy a tener más eso. Nunca voy a perder mi fe, porque yo no tenía esas cosas, yo no tenía diabetes. Siempre que estoy a veces con un poco de aflicción me aferro al Divino Padre Eterno, es tener fe, porque si fuera una persona agresiva, nerviosa, y no le hacía frente”*;
- 7ª idea central: controlar el nerviosismo, la inseguridad y la enfermedad à *“Creo que me ayuda a comportarme, no estar nervioso, que me ayuda a controlarme, no deja salir mucho del camino. No estoy seguro sobre esa parte. Algunas personas tienen tanta fe, tienen eso, tienen aquello. Confieso que soy inseguro. ¿Qué es el estrés, la depresión? Se trata de una desconfianza del futuro, ¿no?”*;
- 8ª idea central: aceptación de la enfermedad à *“Ayuda porque usted va a tratar de entender las cosas desde la religión que comienzan a entender las cosas... Yo pensé que no soy la única, que no soy la primera. Creo que tienes que tenerlo ahí porque si me pongo triste me siento enferma (...) no ser estresada, no ser infeliz. Tengo tantos problemas de salud y estoy bien gracias a Dios”*.

En la última pregunta, la mayor frecuencia de respuestas se produjo dentro de la idea central de tener la creencia y la fe (cinco respuestas). Después, tuvimos cuatro respuestas dentro de la idea de que la espiritualidad ayuda a hacer frente a la enfermedad; cuatro, usando la idea central de la espiritualidad ayudar a aceptar la enfermedad; y tres en la idea central para ayudar a controlar el nerviosismo, la inseguridad y la enfermedad.

En este contexto, la fe se convierte en una herramienta importante para hacer frente al diagnóstico y tratamiento de la diabetes. La fe o la búsqueda de ayuda divina hacen que la persona sobrealga de la demanda de recursos en la lucha contra la enfermedad. Por lo tanto, nos parece que para ellos reflexionar, orar o rezar es una manera de acercarse a Dios y tener la fuerza para soportar las vicisitudes impuestas por la enfermedad<sup>23</sup>. Muchos pacientes consideran importante la dimensión espiritual en el proceso salud-enfermedad y agradecería recibir apoyo en este sentido, cuando sea necesario<sup>2,24</sup>. Parece, también, que los enfermos se dan cuenta de que la espiritualidad influye en su salud, este resultado pone de manifiesto, por ejemplo, en investigaciones que indican la influencia positiva de la espiritualidad en una menor prevalencia de los trastornos mentales, mayor calidad de vida, una mayor supervivencia y menor duración de la estancia<sup>2</sup>. En este sentido, debe tenerse en cuenta el papel del profesional de la salud para facilitar esta asistencia, ya que expresa, entre otros, los principios éticos del respeto a la autonomía y la beneficencia<sup>25</sup>.

Reconociendo que muchos factores contribuyen a la construcción de la percepción de calidad de vida en los individuos, existe un creciente interés en el estudio del fenómeno de la religiosidad como influyente o no en la salud y como componente de la calidad de vida en personas con estados de salud críticos y también en la población general considerada sana.<sup>26</sup>

## Consideraciones finales

El uso de diferentes aspectos de la espiritualidad y de la religiosidad como soporte, la terapéutica y determinación de los resultados positivos en muchas enfermedades ha constituido desafío simbólico para la ciencia médica. Al considerar las limitaciones éticas y método se demuestra cómo se hace dificultoso medir y cuantificar el impacto de las experiencias religiosas y espirituales con métodos científicos tradicionales.

Las influencias de la espiritualidad han demostrado un impacto significativo en la salud física, definiéndose como un factor potencial de prevenir el desarrollo de enfermedades en la población previamente sana y eventual reducción de la muerte o el impacto de diversas enfermedades. Las evidencias se han dirigido de forma más sólida y coherente para el escenario de prevención: estudios independientes, en su mayoría de un gran número de voluntarios y representativos de la población, indican que

la práctica regular de actividades religiosas ha reducido el riesgo de muerte de manera significativa.

La utilización del método científico adecuado y empleando los principios de la medicina basada en la evidencia, para evaluación crítica de la literatura y la realización de estudios, sin duda pueden señalar el camino para mover las hipótesis de lo prometedor a lo comprobado. Seguramente, sólo estas confirmaciones pueden consolidar el paradigma suficiente para cambiar la percepción y el comportamiento de la sociedad frente a la correlación entre la espiritualidad y la salud.

Con los resultados antes mencionados, se recomienda que el enfoque de la espiritualidad en el cuidado de las personas con diabetes deba ser fortalecido, buscando el desarrollo de aspectos tan importantes como la autoestima, la felicidad, el optimismo, la esperanza, la fe, la satisfacción - y el fortalecimiento de las relaciones sociales y familiares para el apoyo al enfermo.

Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud se acerquen al tema, dado que poco se ha centrado en el tema de la espiritualidad en los planes de cuidado. Muchos profesionales no se sienten cómodos tratando con el tema, tal vez porque las universidades no preparan a sus estudiantes para este tema<sup>27</sup>. Esto se observó en un estudio reciente en el que más del 90% de los profesores de una facultad de medicina pública, los participantes del estudio consideraron que las universidades brasileñas no proporcionan suficientes informaciones para los estudiantes en este sentido<sup>28</sup>.

Por lo tanto, conocer la calidad de vida de las personas con diabetes significa un momento único de entendimiento y de nuevo apunta a la importancia de la planificación e implementación de acciones de responsabilidad gubernamental, con base en informaciones científicas, para ser desarrolladas a través de políticas públicas que implican tanto la mejora de la calidad de vida de los individuos como la valoración de los trabajadores de los equipos de salud de la familia.

Se cree que la discusión de la relación entre la fe, espiritualidad, enfermedad, curación, salud y la ética debe avanzar mientras se persiguen avances científicos y biotecnológicos<sup>29</sup>. Discernir los mejores diseños del estudio y encontrar la mejor evidencia que apoya la asociación entre la espiritualidad y la salud es, de esa forma, un nuevo, intrigante y profundo paradigma para la medicina moderna<sup>30</sup>.

Se considera, sobre todo, que al hacer el puente entre los cuidados de la salud y la espiritualidad el médico y otros profesionales de la salud deben utilizar, siempre que sea posible, las fuentes de referencias del propio paciente con el fin de actuar de manera ética en favor tanto del respeto a la autonomía como de la beneficencia de esta.

Publicación resultante del proyecto financiado por el programa de becas de investigación de la Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig), concedida a Camila de Moura Leite Luengo.

## Referencias

1. Souza VCT. Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna: desafios éticos para uma medicina mais humana. *Rev Bioethikos* 2010;4(1):86-91.
2. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Soc Bras Clin Méd.* 2010;8(2):154-8.
3. Dantas Filho VP, Sá FC. Ensino médico e espiritualidade. *O Mundo da Saúde.* 2007;31(2):273-80.
4. Muller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc.* 2001;76(12):1.225-35.
5. Pais-Ribeiro JL, Pombeiro T. Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.* Lisboa: ISPA; 2004: 757-69.
6. Roberts L, Ahamed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation off ill health. *Cochrane Database Syst Rev.* 200;(2):CD000368.
7. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2001.
8. Dreher DZ, Godoy LP. A qualidade de vida e a prática de atividades físicas: estudo de caso analisando o perfil do frequentador de academias. [anais]. XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Ouro Preto: Enegep; 2003.
9. Minayo MCS, Hartz ZMA. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):7-31.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: SBD; 2008.
11. Silva DGV, Souza SS, Francioni FF, Mattosinho MMS, Coelho MS, Sandoval RCB *et al.* Pessoas com Diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3):297-302.

12. Bianchini DCS, Dell'Aglio DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*. 2006;16(35):427-36.
13. Tavares DMS, Rodrigues FR, Silva CGC, Miranzi SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(5):1.341-52.
14. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(1 Suppl):105-15.
15. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwawamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):672-79.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
17. Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(esp):768-73.
18. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health*. 1997;87(6):957-61.
19. Jaffe DH, Eisenbach Z, Neumark YD, Manor O. Does living in a religiously affiliated neighborhood lower mortality? *Ann Epidemiol*. 2005;15(10):804-10.
20. Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(1 Suppl):88-94.
21. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Clarifying the relationship between religiosity and psychiatric illness: the impact of covariates and the specificity of buffering effects. *Twin Res*. 1999;2(2):137-44.
22. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary in the WHOQOL SRPB groups a "cross-cultural study of spiritually, religion, and personal beliefs as components of quality of life". *Soc Sci Med*. 2006;63(4):843-5.
23. Sales CA, Tironi NM, D'Artibale EF, Silva MAP, Violin MR, Castilho BC. O cuidar de uma criança com Diabetes mellitus tipo 1: concepções dos cuidadores informais. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009;11(3):563-72.
24. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres MF, Moreira-Almeida A, Gomes C *et al*. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med*. 2011;43(4):316-22.
25. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7<sup>th</sup> ed. New York: Oxford; 2013.
26. Calvetti PU, Muller MC, Nunes MLT. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicol Estud*. 2008;13(3):523-30.
27. Lucchetti G, Granero A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. *Med Educ*. 2010;44(5):527.
28. Mariotti LG, Lucchetti G, Dantas MF, Banin VB, Fumelli F, Padula NA. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. *Med Teach*. 2011;33(4):339-40.
29. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zelanski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. 2010;37(1):12-5.
30. Oliveira GR, Neto JF, Salvi MC, Camargo SM, Evangelista JL, Espinha DCM *et al*. Health, spirituality and ethics: patients' perceptions and comprehensive care. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2013;11(2):140-4.

#### Participación de las autoras

Camila de Moura Leite Luengo fue responsable de la planificación del estudio, recolección de datos, análisis estadístico y redacción final del artículo. Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça, por la orientación y corrección final.



Recibido: 29.3.2014

Revisado: 13.5.2014

Aprobado: 4.7.2014