

La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud.

Josep Adolf Guirao Goris

Profesor de Salud Pública. Escuela de Enfermería La Fe. Universitat de València.

Desde los albores de la humanidad y mucho antes de que surgiesen las profesiones sanitarias con una base científica, las sociedades humanas han creado y desarrollado un soporte técnico y religioso, más o menos sofisticado, dirigido a cuidar a los individuos que enfermaban. Figuras como el curandero, el chamán o el hechicero se han considerado como figuras que han mezclado el cuidado de la salud con el liderazgo espiritual en la comunidad (1).

Con Descartes en el siglo XVII se inicia el divorcio entre cuerpo y alma y la dimensión espiritual queda relegada a los asuntos de la Iglesia. Es entonces cuando se comienza a aplicar la visión mecanicista de la ciencia que Galileo había enunciado y que Descartes(2) asumió como aplicable a las cosas vivientes. De este modo comienza a desarrollarse una visión mecanicista de proceso salud- enfermedad.

Con la emergencia de esta visión mecanicista aparece el paradigma biológico (3), y de la racionalidad técnica (4) la metodología científica de carácter positivista cada vez más vino a guiar el tratamiento de la enfermedad. Para este paradigma la salud es la mera ausencia de enfermedad y sus supuestos implícitos en el tratamiento de la enfermedad son: (a) diagnóstico diferencial (es decir, la identificación de la enfermedad o trastorno) como primer paso crucial, (b) la unicausalidad de cada enfermedad, (c)

Guirao Goris, Josep-Adolf. La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de la salud. ENE. Revista de Enfermería. Abr. 2013; 7(1).

el mejor tratamiento es identificar la causa para erradicarla, y (d) la especialización tecnológica es la visión óptima en el tratamiento de la enfermedad. Este modelo ha sido efectivo en el tratamiento de ciertas enfermedades (infecciosas), aunque también se han observado sus fallos al pasar por alto las dimensiones sociales, psicológicas, ambientales y conductuales de la enfermedad. Especialmente la insuficiencia de este paradigma se muestra al abordar los problemas crónicos de salud que representan la mayoría de las visitas sanitarias (5).

Con la aparición de la OMS en 1945 y su definición, se produce casi un giro copernicano al concebirse la salud de una manera positiva. Aportaciones como la de Sigerist, o la misma definición de Stampar incorporan el concepto bio-psico-social, aunque la dimensión espiritual no es contemplada en dicha definición (6). Sin embargo, la definición de Stampar que asume la OMS, ha sido criticada por ser una definición estática cuando en realidad es un proceso dinámico (7), por la inalcanzabilidad de sus metas o su dificultad para ser utilizada en la planificación sanitaria (8). Una crítica que también se le puede realizar a esta concepción es la ausencia de la dimensión espiritual.

Desde las ciencias enfermeras son muchas las teorías que han contemplado la salud con una perspectiva más amplia y holística. La perspectiva holística en enfermería asume que la interacción de múltiples sistemas convierten a la persona en mucho más que la suma de sus partes (9). Marcos teóricos como el de Watson (10), Ray (11, 12) o Kolcaba(13) incorporan la dimensión espiritual tanto a la salud como al cuidado. Algunos autores tras la revisión de la literatura en ciencias de la salud afirman que hay un corpus importante de literatura de enfermería sobre la espiritualidad y la salud (14, 15, 16). A menudo esta perspectiva holística se ha

configurado como una forma de describir y diferenciar el modelo holístico de cuidados en contraposición al modelo biomédico(18, 19) y en muchos sentidos, la literatura de enfermería está más desarrollada en esta área que en otras disciplinas de salud (19).

Desde una perspectiva conceptual, actualmente la salud se concibe mejor como un complejo constructo multidimensional que subyace a una amplia gama de fenómenos observables. De modo que podemos contemplar la espiritualidad como un aspecto que ha caracterizado la reconceptualización del concepto de salud y enfermedad (20).

Miller (1) propone que la salud podría ser conceptualizada en tres ámbitos principales: el sufrimiento, la función y la coherencia. El primero de estos normalmente define la salud por la ausencia de una experiencia, los otros dos por la presencia. El sufrimiento es una forma de incomodidad que produce malestar y es una razón común para buscar ayuda. Tal sufrimiento puede tomar una variedad de formas, incluyendo el dolor físico, la ansiedad, la depresión o la angustia. Sin embargo la ausencia de este aspecto no es suficiente para definir lo que es salud. Hemos conocido a muchas personas muy sanas que han vivido con dolor crónico o que irradiaban salud, incluso cuando se acercaban a la muerte por enfermedad. También es posible conceptualizar esta dimensión no simplemente como la ausencia de sufrimiento, sino como la presencia de otras cualidades, tales como, el placer, la felicidad, la alegría, y la energía y entusiasmo.

La segunda dimensión de la salud es la capacidad funcional versus grado de deterioro. Aquí, también, hay múltiples facetas, porque hay muchas clases de capacidad funcional y muchos tipos de deterioro. En las funciones fisiológicas, se podrían contemplar todos los sistemas corporales y orgánicos del cuerpo

humano. Si se analizan estas funciones se pueden comparar con los estándares marcados de normalidad, pero también con la capacidad funcional previa de la persona. Las funciones cognitivas, emocionales, sexuales y reproductivas, y psicomotoras son también partes importantes de la salud. La pérdida de una función particular puede ser devastadora para una persona e irrelevante para otra en función de la importancia que la persona le otorgue a dicha función. Un deterioro cognitivo en la capacidad de orientación en cuanto al espacio tridimensional será mucho más incapacitante en un neurocirujano o un arquitecto que en un escritor o un psicoterapeuta. La flexibilidad y capacidad de adaptación a las condiciones cambiantes es otro elemento importante de este ámbito funcional, así como la capacidad de dar y recibir amor (21, 22). Una vez más, la capacidad funcional es sólo un aspecto de la salud. Uno puede imaginar que hay individuos con alto funcionamiento pero con niveles bajos de salud, y también al contrario podremos encontrar personas con gran discapacidad funcional con grandes niveles de salud.

El sentido subjetivo de paz interior y coherencia en la vida es la tercera dimensión que puede definir el concepto de salud. La coherencia ha sido definida como un sentido global de la previsibilidad (incluso con poca capacidad de control) de su entorno interno y externo, y como el optimismo de que las cosas saldrán mejor de lo razonable (13, 23). Otros autores han hablado de esto como fortaleza (24,25), resiliencia (26, 27, 28), optimismo aprendido (29), o un sentido de significado y propósito en la vida (30). Todo esto tiene que ver con la perspectiva subjetiva y la forma de ver la vida. Y en muchos casos esta dimensión modula la perspectiva que se tiene sobre las anteriores.

Acepciones de la espiritualidad

Sessana, Finnell y Jezewski (19) han analizado el concepto de espiritualidad en la salud y han identificado cuatro acepciones:

- (a) la espiritualidad como sistema religioso de creencias y valores (espiritualidad = religión).
- (b) la espiritualidad en el sentido de la vida, propósito y conexión con los demás.
- (c) la espiritualidad como sistemas de valores y creencias no religiosas.
- (d) la espiritualidad como un fenómeno metafísico o trascendente.

Figura 1.— Acepciones de la espiritualidad según Sessana, Finnell y Jezewski (2007)



En el caso de la acepción que identifica la **espiritualidad con la religión** los atributos que caracterizarían la dimensión espiritual están relacionados con la asistencia a la iglesia, tener afiliación religiosa, tener fe en un poder o un ser superior o pertenecer una comunidad religiosa. En este sentido la religiosidad es un término que implica la realización formal de practicar las creencias mediante rituales que se comparten con un grupo de otros (31).

La acepción que identifica **espiritualidad con el sentido de la vida, propósito y conexión con los demás**, incluiría los siguientes atributos: significado la vida, la respuesta de empatía con otros seres humanos; encontrar propósito en la vida y significación, el sentido de la enfermedad

y la muerte; conexión con uno mismo, los otros, la naturaleza, o Dios, sentir y experimentar la conectividad; las relaciones significativas, la base fundamental para la relación del individuo con los demás y con la sociedad, la base de la comunidad, el sentido y la finalidad procedentes de temas de la vida, un sentido de relación, y la promoción de los vínculos interpersonales.

La espiritualidad también es entendida como un **sistema de valores y creencias no religiosas**, que incluiría desde las personas que son antireligiosas hasta personas que si son religiosas pero sin embargo no mantienen una postura explícitamente ligada a una tradición religiosa específica. En esta acepción se entiende la espiritualidad como un conjunto de creencias, historias y prácticas que responden a un deseo básico humano de encontrar sentido y significado a la vida y que pueden estar ligadas o no a creencias, prácticas o comunidades religiosas. En esta concepción pueden estar incluidas las creencias religiosas pero no se limitan únicamente a estas. La creencia en un dios creador no es necesaria aunque puede estar presente. En esta acepción se separa claramente lo que es la religiosidad de la espiritualidad que es un concepto más amplio.

Finalmente la espiritualidad también es entendida como un **fenómeno metafísico o trascendente**, incluyendo los siguientes atributos: las creencias relacionadas con la trascendencia, la experiencia incorpórea e inmaterial, la conexión existencial, transpersonal, sobrenatural o de dimensiones no materiales, todo lo relacionado con el más allá de la realidad, y el ser multidimensional.

Como vemos la espiritualidad es un concepto mucho más amplio que la religiosidad y ha sido definida como un sistema de valores personales e

individuales sobre la manera en que nos aproximamos a la vida (32). La espiritualidad requiere asunción de un sistema de creencias, que se involucra en una búsqueda personal de significado y propósito, que abarca una conciencia de conexión y relación con los demás, y que es auto-trascendente(31). La espiritualidad es la forma en cómo el ser humano encuentra significado, esperanza, alivio y paz interior en la vida. De modo que muchas personas encuentran la espiritualidad a través de la religión; otras a través de la música, el arte o la conexión con la naturaleza; y otras la encuentran en sus valores y principios.

Desde una perspectiva de la medicina occidental durante mucho tiempo se había evitado el estudio de la espiritualidad en conexión con la salud, pero los descubrimientos de los últimos diez años demuestran que la religión y la fe, definitivamente pueden promover buena salud y ayudan a enfrentar la enfermedad(33). En las terapias complementarias o alternativas, la curación espiritual es fundamental para alcanzar un mayor nivel de salud (12).

Los efectos de la espiritualidad en los resultados de salud

Se ha determinado que la espiritualidad está asociada con una mejor salud y calidad de vida, asimismo, con una menor propensión al suicidio, incluso en pacientes terminales. Está descrito cómo puede tener un profundo efecto en los niveles de ansiedad y de depresión, y en la velocidad de recuperación. De esta manera, la espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad. Un estudio longitudinal en adultos encontró que tanto la religiosidad como la espiritualidad traen bienestar; la primera porque incentiva las relaciones personales positivas, el compromiso con la comunidad y la productividad; y la segunda porque motiva el crecimiento

personal y la participación en tareas creativas o de autosuperación(34).

Benson(35), ha venido estudiando desde hace 30 años el poder de la meditación, una práctica budista que también es utilizada en el ámbito de las ciencias de la salud. Se ha identificado que la práctica de la meditación produce una respuesta de relajación que combate el estrés, calma el cuerpo y promueve la sanación.

Benson ha documentado con la técnica de resonancia magnética del cerebro, cómo se producen cambios físicos en el cuerpo cuando alguien medita. En la medida que se va profundizando la relajación, comienza una intensa actividad en los lóbulos temporal y parietal, que son los encargados de controlar la orientación espacial y establecer distinciones entre el sí mismo y el mundo. Se produce una quietud que envuelve todo el cerebro. Al mismo tiempo, los lóbulos frontal y temporal se liberan y la conexión mente cuerpo, se disuelve. El sistema límbico, responsable de nuestras emociones, también se activa. Todo esto da como resultado que el cuerpo se va relajando y la actividad fisiológica se hace más controlada (35).

La práctica del Mindfulness o Atención plena, es una práctica espiritual budista que se basa en la meditación y la atención al momento presente sin la elaboración de juicios todo ello impregnado de compasión. Esta práctica tiene en la actualidad una gran repercusión desde que Jon Kabat-Zinn la introdujese en el ámbito de las ciencias de la salud (36). Esta práctica se ha utilizado con mejora de resultados en el manejo de la ansiedad y la depresión (37, 38, 39); en la disminución del riesgo cardiovascular (40) ; la prevención de las infecciones respiratorias (41); o la disminución de la inflamación crónica (42).

Koenig (43) referenciado por Navas (35) (1997), hizo una revisión de 1200 estudios hechos acerca del poder de la oración sobre la salud y reportó que las personas

religiosas tienden a hacer una vida más saludable: fuman menos y tienen un menor consumo de alcohol, lo que favorece que se enfermen menos. Entre algunas conclusiones de importancia en estos estudios:

- Las personas hospitalizadas que nunca han asistido a los servicios religiosos permanecen tres veces más tiempo que aquellos que asisten regularmente.
- Los enfermos cardiovasculares morían 14 veces más frecuentemente después de la cirugía, si no participaban en alguna religión.
- Las personas mayores que nunca han asistido a la iglesia tienen un promedio de arritmias, el doble que las personas que atienden a un servicio religioso.
- En Israel, las personas religiosas tenían un promedio del 40% menos de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer.

En el ámbito de las adicciones, el programa de los 12 pasos es un programa de recuperación de las adicciones con una base netamente espiritual. Los programas de 12 pasos son las organizaciones de ayuda mutua para los individuos que buscan la recuperación para un problema común. Este programa que fue iniciado por Alcohólicos Anónimos (<http://www.alcoholicos-anonimos.org>), se ha extendido a otras adicciones como las drogas (<http://narcoticosanonimos.es>), la compulsión por la comida (<http://www.comedorescompulsivos.es/>), el juego (<http://www.jugadoresanonimos.org>), o la codependencia (<http://www.coda.org>).

Vemos pues como la espiritualidad en una poderosa fuente de fortaleza, ya que capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar

conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden afectar positiva o negativamente su salud.

Si tenemos en cuenta lo comentado anteriormente, la dimensión espiritual de la salud influye y mediatiza los otros dos aspectos (sufrimiento y capacidad funcional) de forma que interactúa con la percepción que se tiene de los mismos.

Hacia un concepto complejo de salud.

Dentro de la conceptualización realizada de la salud han existido interpretaciones unidimensionales, estáticas (6) o incluso multidimensionales(8, 44). Sin embargo en este artículo se considera que todas estas concepciones, incluso las concepciones dinámicas de la salud, adoptan una postura de simplicidad dicotómica continua que oscila entre dos polos opuestos (por ejemplo: bienestar – malestar; alegría – tristeza; sufrimiento – placer...) que se encuentra alejada de la realidad. El concepto de salud es un constructo multidimensional complejo que presenta todas las características del paradigma de la complejidad (45): el caos con sus características de desorden, relaciones no lineales, discontinuidad, contradicciones y paradojas, la fractalidad, y borrosidad (46). Las dimensiones que componen la salud no deben inscribirse en un registro de disyunción o antagonismo entre dos polos sino que debe entenderse que dichos polos se pueden dar a la vez como una expresión paradójica de la complejidad. La realidad humana no se caracteriza por la dualidad antagónica sino que en muchas ocasiones fenómenos antagónicos se pueden dar a la vez como cuando experimentamos una situación sentimos alegría y tristeza, y risa y llanto se manifiestan de forma simultánea.

Como bien afirma Almeida-Filho (46), “uno de los grandes problemas en el área de la salud es que algunos sub-campos toman modelos deterministas causales... más allá de esta perspectiva se

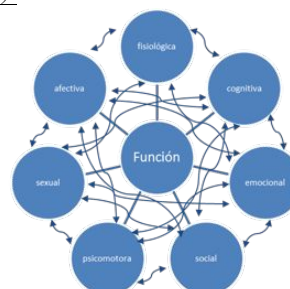
encuentran los modelos fractales borrosos y en red”

Así el concepto de salud compleja adoptaría un modelo de red fractal de diferentes dimensiones (Figura - 2) que se comportan como unidades complejas fractales (Figura - 3) en red.

Figura 2.- Modelo de red fractal de las dimensiones de la salud.



Figura 3. - Modelo de unidad compleja fractal de una dimensión de salud (ej: función).



Estas dimensiones de la salud se unen entre sí como una red de Indra en la que cada nudo de la red se refleja y se ve reflejado en el resto de los nudos de la red. Como tal, la dimensión espiritual, en tanto que modo de atribuir significado, valor y sentido a la experiencia humana tiñe el resto de dimensiones como un elemento más de la red.

Es necesario, por tanto, para los profesionales de la salud estar capacitados para contemplar la perspectiva espiritual y religiosa de las personas a las que atienden. Lo que necesita una enfermera, además de la formación profesional apropiada inicial y continua, es un conjunto de competencias culturalmente sensibles que le permitan tener una relación sin

prejuicios, con aceptación y empatía con la persona a la que está atendiendo. Es por ello necesario adoptar una postura de apertura y tomar tiempo para contemplar la espiritualidad de los pacientes, ya que dichos aspectos están muy relacionados con su percepción y manejo de la salud. En la disciplina enfermera, si realmente se adopta una dimensión holística, se deberían tomar acciones para integrar esta dimensión en el cuidado (47).

Bibliografía

1. Miller, R.W. (1999) *Integrating Spirituality into treatment*. Wasinghton DC: APA
2. Descartes, R. (2011) *Discurso del método*. Madrid: Alianza editorial.
3. Lamata, F. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Diaz de Santos.
4. Schön, D.A. (1998). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós; 1998.
5. Thoresen, C.E. & Hoffman Goldberg, J. (1998). Coronary heart disease: s psychosocial perspective. En S. Roth-Roemer, S. Kurpius Robinson & C. Carmin (Eds.). *The emerging role of counseling psychology in health care*. (pp 94-136). New York: Norton.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual del Director - 2001*. Washington, D.C.: OPS. Consulta 14 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web: http://www.paho.org/spanish/d/D0302_TOC.pdf
7. Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
8. San Martín, H. (1981). *Salud y enfermedad*. México: Prensa Mexicana
9. Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. (1983). *Modeling and role model- ing: A theory and paradigm for nursing*; Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
10. Watson, J. (1999) *Postmodern nursing and beyond*. Edimburgh: Churchill Livingstone.
11. Ray, M.A. (2001). The theory of bureaucratic caring. En M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
12. Ray, M.A. (1997). Illuminating the meaning of caring: Unfolding the sacred art of divine love (pp. 163-178). En M.S. Roach (Ed.), *Caring from the Heart: The Convergence Between Caring and Spirituality*. New York: Paulist Press.
13. Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory & Practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
14. Burkhardt, M. A. (1989). Spirituality: An analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice*, 3(3), 60-77.
15. Reed, P. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*, 15, 349-357.
16. Stevens-Barnum, B. (1996) *Spirituality in nursing: From traditional to new age*. New York: Springer.
17. Chinn, P., & Kramer, M. (1995). *Theory and nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
18. Marriner-Tomey, A. (2004). *Nursing theorists and their work* (5 ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
19. Sessana, L., Finnell, D. y Jezewski, M.A. (2007). Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. A Concept Analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 25, 4, 252-262
20. Engebretson, J (2003). Cultural Constructions of Health and Illness: Recent Cultural Changes toward a Holistic Approach. *Journal of Holistic Nursing*, 21: 203- 227
21. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*; San Francisco: Jossey-Bass
22. Rykkje, L., Eriksson, K., & Råholm, M. (2011). A qualitative metasynthesis of spirituality from a caring science perspective. *International Journal For Human Caring*, 15(4), 40-53.
23. Sullivan, G. (1993). Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness

- and hardiness. *Journal Of Advanced Nursing*, 18(11), 1772-1778. . Consulta 5 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web:
doi:http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18111772.x
24. Wieba, D. J. & McCullum, D.M. (1986). Health practices and Hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychology*, 5, 425-438.
 25. Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Fischer, R., & Strandberg, G. (2010). Inner strength—a theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal Of Nursing Studies*, 47, 2, 251-260. Consulta 10 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web:
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.020
 26. Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews In Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. . Consulta 12 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web:
doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0959259810000420
 27. Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: a concept analysis. *Nursing Forum*, 42, 2, 73-82. . Consulta 14 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web:
doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x
 28. Gillespie, B., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 25, 1-2, 124-135. . Consulta 14 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web:
doi:http://dx.doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.124
 29. Seligman, M.E.(1990). Learned optimism: how to change your mind and your life. New York: Pockets books.
 30. Hodges, P. (2009). The essence of life purpose. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32, 2, 163-170. Consulta 14 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web:
doi:http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181a28041
 31. Delgado C. (2005). A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 18, 157-162
 32. Laukhof, G., & Werner, H. (1998). Spirituality: The missing link. *Journal of Neuro- science Nursing*, 30, 1, 60-67.
 33. Nava, C. (2007) Espiritualidad y salud. Saberes compartidos, 1, 35-42.
 34. Wink, P. y Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psycho-social functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*, 18, 4, 916-924.
 35. Navas, C & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. Revista de Ciencias de la Educación, 6,1,27, 29-45
 36. Kabat-Zinn, J. (1990). Vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós
 37. Alexander, V., Tatum, B. C., Auth, C., Takos, D., Whittemore, S. y Fidaleo, R.(2012). A study of mindfulness practices and cognitive therapy: Effects on depresión and self efficacy. *International Journal of Psychology and Counselling*.4, 9,115-122
 38. Craigie, M.A.; Rees, C.S; Marsh, A.; Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 5, 553-568 . Consulta 16 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web:
http://dx.doi.org/10.1017/S135246580800458x
 39. Chen,Y.; Yang,X.; Wang,L; Zhang,Z. (2012) A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students, *Nurse Education Today*, Consulta 16 de febrero, 2013, de la Wold Wide Web:
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691712003875
 40. Daubenmier, J; Kristeller, J ; Hecht, F. M. et al.,(2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese

- Women: An Exploratory
Randomized Controlled Study.
Journal of Obesity. Consulta 14 de
febrero, 2013, de la World Wide Web:
doi:10.1155/2011/651936
41. Barrett, B., Hayney, M.S., Muller,
D., et al. (2012). Meditation or
exercise for preventing acute
respiratory infection: a randomized
controlled trial. *Annals of Family
Medicine*. 10, 4, 337-346.
 42. Rosenkranz, M.A., Davidson, R.,
MacCoon, D., Sheridan, J., Kalin,
N., Lutz, A. (2013). A comparison of
mindfulness-based stress reduction
and an active control in modulation
of neurogenic inflammation, *Brain,
Behavior, and Immunity*, 27, 174-184.
Consulta 14 de febrero, 2013, de la
World Wide Web:
[http://www.sciencedirect.com/scien
ce/article/pii/S0889159112004758](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159112004758)
 43. Koenig, H.G., Cohen, H.J.,
George, L.K., Hays, J.C., Larson,
D.B. y Blazer, D.G. (1997).
Attendance at religious services,
interleukin-6, and other biological
parameters of immune function in
older adults. *International Journal of
Psychiatry in Medicine*, 27, 3, 233-
250.
 44. Armijo, R.R. (1993). Epidemiología
básica en Atención primaria de
salud. Madrid: Díaz de Santos.
 45. Morin, E. (2001). Introducción al
pensamiento complejo. Barcelona:
Gedisa.
 46. Almeida-Filho, N. (2006).
Complejidad y
Transdisciplinariedad en el Campo
de la Salud Colectiva: Evaluación de
Conceptos y Aplicaciones. *Salud
colectiva* 2, 2, 123-146. Consulta 18-2-
2013 de la World Wide Web:
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?
script=sci_arttext&pid=S1851-
82652006000200003&lng=es.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es)
 47. García, J., Raygal, P.J., y Jiménez,
M.J. (2009). La dimensión espiritual
como parte del cuidado holístico.
Educare 21, 8, 7. Consulta 14 de
febrero, 2013, de la World Wide Web:
[http://www.enfermeria21.com/publi
caciones/educare/archivo-de-
revistas.html?idArticulo=59021&tas
k=verArticulo&anyo=2009&numP](http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?idArticulo=59021&task=verArticulo&anyo=2009&numP)

ublica=4&volRevista=7&numRevi
sta=