

CORRELACIÓN ENTRE FACTORES DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Correlation Between Factors of The Spiritual Dimension and Quality of Life in Cardiac Rehabilitation Patients

Barliza-Cote, Mary*

<https://orcid.org/0000-0002-1751-9461>

Rojas-Fuenmayor, Celina*

<https://orcid.org/0000-0001-9136-8158>

Pinzón-Escudero, Mayelis*

<https://orcid.org/0000-0002-7962-7572>

***Universidad de La Guajira, Riohacha, Colombia**

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the relationship between factors of the spiritual dimension and the quality of life in health of 40 patients between 30 and 80 years old, who had cardiovascular diseases and attended a Cardiac Rehabilitation program. Parsian and Dunning Spirituality Questionnaire and the SF-36 Questionnaire; According to the results obtained, a significant correlation was evidenced between the Vitality subscale (HRQL) and the total score of the Spirituality questionnaire ($Rho = 0.337$, $p = .033$). The main limitations were: the low educational level, the wide variability of diagnoses and the phases of the program in which the participants were, therefore it is suggested to have greater control of these in future research.

Keywords: Spirituality, Quality of Life, cardiovascular disease, Cardiac Rehabilitation.

*Correspondencia: Mary Barliza-Cote; Celina Rojas-Fuenmayor; Mayelis Pinzón-Escudero.

Universidad de La Guajira

Email: mbarlizac@uniguajira.edu.co; crojas@uniguajira.edu.co; mepinzone@uniguajira.edu.co

Fecha de recepción: 15 abril de 2022

Fecha de aceptación: 09 de mayo de 2022

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la relación entre factores de la dimensión espiritual y la calidad de vida en salud de 40 pacientes entre 30 y 80 años, que tenían enfermedades cardiovasculares y asistían a un programa de Rehabilitación Cardíaca, durante la investigación se aplicó el Cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning y el Cuestionario SF-36; de acuerdo a los resultados obtenidos se evidenció una correlación significativa entre la subescala Vitalidad (CVRS) y la puntuación total del cuestionario de Espiritualidad ($Rho= 0,337$, $p=,033$). Como principales limitaciones se identificaron: el bajo nivel educativo, la amplia variabilidad de diagnósticos y las fases del programa en las que se encontraban los participantes, por tanto se sugiere tener mayor control de éstos en futuras investigaciones.

Palabras clave: Espiritualidad (SC 49315), Calidad De Vida (SC 42494), Enfermedad Cardiovascular (SC 22480), Rehabilitación Cardíaca.

RESUMO

A presente investigação teve como objetivo avaliar a relação entre fatores da dimensão espiritual e a qualidade de vida em saúde de 40 pacientes entre 30 e 80 anos, portadores de doenças cardiovasculares e em programa de Reabilitação Cardíaca, durante a investigação da Espiritualidade Parsian e Dunning. Questionário e o Questionário SF-36; De acordo com os resultados obtidos, foi evidenciada uma correlação significativa entre a subescala Vitalidade (QVRS) e o escore total do questionário de Espiritualidade ($Rho = 0,337$, $P = 0,033$). As principais limitações foram: o baixo nível de escolaridade, a grande variabilidade de diagnósticos e as fases do programa em que os participantes se encontram, portanto sugere-se um maior controle das subseqüentes em pesquisas futuras.

Palavras-chave: Espiritualidade (SC 49315), Qualidade de Vida (SC 42494), Doenças Cardiovasculares (SC 22480), Reabilitação Cardíaca.

INTRODUCCIÓN

Dentro del abordaje teórico y según lo plantean Vázquez et al. (2009) ésta es un área sobre la cual se debe fomentar la investigación, puesto que permite el análisis de las fortalezas que favorecen la calidad de vida de los individuos que se encuentran en esta condición de salud, identificando los factores de riesgo, las habilidades de afrontamiento de éstas, el incremento de la satisfacción personal, la salud física y emocional en el individuo, desde nuevos campos de acción como lo son la Psicología positiva, y la Psicología clínica y de la salud.

En consecuencia con lo anterior, se ha considerado la necesidad de estudiar la relación de estos constructos en una población que ha sido poco estudiada en Colombia, como lo son las personas con enfermedades cardiovasculares, debido a que la enfermedad coronaria es considerada como una de las principales causas de morbilidad, no sólo en Colombia, sino en la mayoría de países latinoamericanos y en el mundo entero. De acuerdo a los datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud, como se citó en Cadavid y García (2014), para el año 2010 la Enfermedad isquémica del corazón fue la primera causa de mortalidad en adultos en las Américas, teniendo así el 13.3% de las muertes.

Dentro del marco nacional de salud, es relevante tener en cuenta que las estadísticas publicadas en el año 2007 por el Ministerio de Protección Social, presentadas dentro del informe que aborda la Situación de Salud en Colombia, se menciona que: “La enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres de 45 años en adelante, la cual incluso supera las muertes violentas o la presencia de cánceres combinados. La tasa de mortalidad atribuible a esta enfermedad fue de 107,3 por 100.000 habitantes a nivel nacional ubicándose entre los rangos de edades de 45 a 64 años, y de 867,1 por 100.000 habitantes para personas de 65 años o más” (Cadavid y García, 2014, p.87).

A partir de la comprensión de la enfermedad cardíaca, como una de las mayor afectación para las personas, en términos epidemiológicos y de asistencia sanitaria dentro del ámbito de la salud, es posible mencionar que ella no sólo altera la vida del paciente a nivel físico, sino también emocional y psicológico, viéndose implícitos aspectos como la calidad de vida, el desarrollo emocional y la consolidación de estrategias de afrontamiento ante estas situaciones de adversidad, lo cual se refleja con gran incidencia en aquellos pacientes que han recibido intervenciones quirúrgicas cardiovasculares o han sufrido eventos cardíacos fuertes o repetitivos, tales como:

infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca, miocardiopatías hipertróficas, cardiopatías isquémicas, entre otras.

Se evidencia en este tipo de pacientes, comorbilidad con enfermedades tales como depresión, aislamiento social, sedentarismo, ansiedad, trastornos del sueño, irritabilidad, entre otros (Castillero, 2007), elementos que demuestran la necesidad de vincular la intervención del psicólogo clínico y de la salud dentro de los procesos de rehabilitación de estas personas, brindando un apoyo, una atención integral y desarrollando promoción de las fortalezas, las estrategias de manejo emocional pero sobretodo de acompañamiento en su recuperación, abordando aspectos fundamentales para el paciente como lo son: su familia, su proyecto de vida, sus condiciones socio-económicas, culturales, su calidad de vida y espiritualidad (Esparza, 2010)

Es así como las dimensiones Calidad de Vida y Espiritualidad toman trascendencia no solo a nivel personal e institucional hospitalario, sino también investigativo, ya que su importancia se ve refleja en estudios como el realizado por Koenig (2001) en el cual se reconoce la significancia de la psicología, la religión y la espiritualidad en la salud, determinando que éstas son elementos básicos en la promoción del desarrollo moral, social y bienestar personal de los individuos (Calidad de Vida), al promover rasgos de carácter, ayudar a potenciar las relaciones interpersonales, brindar armonía y aportar al bienestar y al afrontamiento adecuado de situaciones difíciles para las personas que presentan diferentes condiciones de salud o que padecen de alguna enfermedad crónica o terminal , contribuyendo en el soporte de su dolencia y posterior manejo y aceptación de la enfermedad.

1.1. Espiritualidad y religiosidad

En contraste con ello cabe hacer la diferenciación entre los constructos espiritualidad y religiosidad, puesto en la mayoría de ocasiones se tienen a confundir, al hablar de espiritualidad se hace referencia a las creencias y prácticas basadas en la existencia de una dimensión trascendental de la vida, considerándose como aspecto clave dentro de la misma: la búsqueda de lo sagrado, definido no sólo como algo asociado a divinidades sino como alguna actividad que lleva al fortalecimiento de la vida espiritual, extendiéndose desde las creencias hacia un fin personal que provee bienestar y que permite el reencuentro interior, el encuentro con el otro y el crecimiento personal direccionado según el propósito de vida de cada individuo (Díaz y Parra, 2010).

En cuanto a la religiosidad, algunos autores como Vahía et al. (Como se citó en Rivera, Montero y Zavala, 2014) mencionan que son “los sistemas organizados de creencias, prácticas, rituales y símbolos” (p.141), así mismo se asocia a la participación en los actos públicos religiosos; siendo la religiosidad una experiencia social que vincula conocimientos doctrinales y comportamientos religiosos.

Iniciando se encuentra el trabajo desarrollado por June, Segal, Klebe y Coolidge (como se citó en Rodríguez et al., 2011) quienes indagan en torno a la espiritualidad y su nexos con las redes de apoyo; investigándose estos elementos desde el campo de la gerontología, analizando así la correlación entre las razones de vivir, la religiosidad/espiritualidad y la percepción de apoyo familiar o social, en 57 adultos mayores (de 60 a 85 años de edad); durante esta investigación se planteó como hipótesis de base que las deficiencias en el apoyo familiar y social se encuentran asociadas a mayores niveles de ideación suicida. Hallaron que el 21% de la variación en las razones para vivir se explican significativamente, debido a la religiosidad/espiritualidad y el apoyo social-familiar; esto indica la relevancia que tienen estas variables como factores de protección ante el riesgo de suicidio. En relación a la influencia del apoyo social y la espiritualidad Pentz (2008), encontró que las personas mayores con un buen apoyo social, con mayor fe y espiritualidad, presentaban mejores condiciones para hacer frente a las pérdidas asociadas con el cáncer (inclusive mostraron sentimientos de gratitud hacia Dios y hacia los demás), que las personas mayores, sin esta dinámica.

En segunda instancia, se retoma la investigación realizada en Colombia por Jaramillo et al. (2005), quienes realizaron una investigación con 199 féminas violentadas (18 a 72 años), el propósito del estudio fue relacionar la resiliencia y espiritualidad, teniendo en cuenta la frecuencia e intensidad del maltrato y la severidad de las lesiones recibidas. Se halló que el 98.9% de las participantes profesaban la religión cristiana o católica. Asimismo, identificaron que aquellas mujeres con niveles de resiliencia más altos poseían altos niveles espiritualidad y menor número de síntomas positivos de aflicción y estrés postraumático. En esta misma población de mujeres colombianas víctimas de maltrato, Canaval et al. (2007) en su estudio confirmaron, que la espiritualidad es una herramienta que le permite a las mujeres que viven situaciones de violencia, iniciar un proceso de cambio orientado a la resolución de los conflictos y a la disminución de sintomatologías psiquiátricas de ansiedad y depresión.

1.2. Calidad de vida

Las investigaciones sobre Calidad de Vida fueron desarrolladas desde los años 70's, iniciando de forma anticipada en Europa; desde ese entonces y hasta la actualidad se debe tener presente que la Calidad de Vida se abarca como un concepto multidimensional: social, personal, médico, filosófico y principalmente psicológico. En los años 70's, se comprendía únicamente como un elemento que genera bienestar, satisfacción y felicidad; en los años 80's se encontraba constituida por niveles subjetivos y objetivos bajo los cuales se alcanza un bienestar propio y en la actualidad se entiende como una percepción individual de condiciones socioeconómicas, valores e intereses en la que se incluye la relación con los demás y la comprensión del medio o contexto donde se encuentra cada persona (Tonon, s.f.).

Partiendo de las diferentes dimensiones que componen la Calidad de Vida, Ardila (2003) la ha definido como “una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social en el cual se incluyen tanto los aspectos subjetivos (intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud) como los aspectos objetivos (bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico, social y de salud)” (p. 163).

Es desde esta mirada donde se encuentra asociación entre la definición propuesta por este autor, las dimensiones constitutivas de la Calidad de vida y aquellas dimensiones evaluadas en el Cuestionario SF 36-Short Form, donde se identifica similitud en algunas de ellas, tales como: Vitalidad, Salud general, Funcionamiento social, Desempeño emocional, Desempeño físico, Dolor corporal, Desempeño físico, Funcionamiento físico y Salud mental.

La primera de ellas, se constituye por aspectos tales como: la salud, la autonomía, la independencia, la satisfacción con la vida; y en la segunda área, se encuentran los aspectos ambientales como las redes de apoyo y servicios sociales, presentes desde ámbitos institucionales hasta los no formales entre los que se encuentran la familia, amigos y redes extensas presentes en diferentes contextos laborales, escolares o sociales.

Cabe resaltar que la Calidad de Vida permite determinar el valor y las condiciones en las cuales se encuentra cada persona; sin embargo, también se basa en las potencialidades de los individuos dentro de áreas como la intelectual, la emocional, la psicológica, la espiritual y las circunstancias que los rodean (socioeconómicas, culturales, políticas); es por ello que se emplean los índices de satisfacción personal, los valores y las expectativas personales. Es así como la Calidad de Vida determina la capacidad de apreciación del individuo, de sí mismo y su vida dentro

Correlación entre factores de la dimensión espiritual y de la calidad de vida en pacientes de rehabilitación cardíaca

de cada dimensión, mediante sus logros, relaciones interpersonales y la optimización de sus capacidades.

Por lo anteriormente expuesto, el objetivo principal es conocer el grado de correlación que existe entre factores de la dimensión espiritual y la calidad de vida en salud en personas que asisten a un programa de Rehabilitación Cardíaca.

MÉTODO

Tipo y diseño de investigación

Se determinó de tipo correlacional, puesto que se pretendió determinar la relación entre factores constitutivos de la dimensión espiritual y de la calidad de vida en salud presentes en pacientes con enfermedades cardiovasculares, así como lo plantea Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2010) desde la definición mencionada en torno a éste tipo de estudios, indicando que: “los estudios correlacionales pretenden responder a una pregunta de investigación y tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular...los estudios correlacionales, evalúan el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y después, cuantifican y analizan la vinculación” (p. 81).

Participantes

Como criterios de inclusión para la selección de la población participante se tuvo en cuenta las siguientes características: que se encontrarán activas en un programa de rehabilitación cardíaca en una institución de salud de la ciudad de Bogotá, que presentaran alguna condición de salud relacionada con afecciones del corazón tales como: enfermedad coronaria, cardiomiopatías, arritmias, enfermedad valvulares, síncope, implante de dispositivos, etc., ubicados dentro de los rangos de edad de 30 a 80 años, que pudieran comunicarse con el entrevistador y que su participación en el desarrollo de los cuestionarios fuera voluntaria y consentida por escrito.

Como criterios de exclusión estuvo presente la incapacidad para entender y diligenciar en totalidad el cuestionario, la presencia de psicopatologías como deficiencias mentales, discapacidades cognoscitivas y síndromes demenciales. La muestra se constituyó por 40 personas adultas quienes asistían a las fases II y III de un programa de Rehabilitación Cardíaca de una institución de salud de la ciudad Bogotá, las cuales fueron seleccionadas por conveniencia.

De acuerdo a las variables sociodemográficas tomadas en cuenta dentro del estudio se encontró con relación a la edad, que la media poblacional fue de 57 años, como índice de mayor valor se identificó que el 35,0 % de la muestra se estableció en el rango de 51 a 60 años y por consiguiente que los índices de menor valor correspondían a los rangos de 30 a 40 años y de 71 a 80 años, teniendo cada uno un porcentaje de 7,5. Cabe resaltar que el 37,5 % fueron mujeres y el 62,5% fueron hombres.

Continuando con la variable de Estado civil, se encontró que 19 personas se ubicaban dentro del estado de casadas correspondiendo al 47,5%; el 35% se ubicó en las categorías soltero y unión libre, siendo representadas por 7 participantes cada una, 4 personas pertenecían a la condición de divorciadas correspondiendo al 10% de la población y finalmente el 7,5% fueron viudos. Respecto a la distribución por estrato el 60% de la población pertenecía al estrato socioeconómico bajo y el 40% al estrato medio. El nivel educativo de los participantes fue bajo, el 40% de la población estudió básica primaria, seguidos del 37,5% que estudió secundaria y en último lugar, el 22,5% estudió educación superior.

Con respecto al número de terapias, la mayoría de las personas pertenecientes a la muestra se encuentran asistiendo a un total de sesiones ubicado entre 1 y 17 terapias, siendo casi el 48%, identificando así que el 52% restante han asistido a más de 18 sesiones de terapia. Por tanto, cabe determinar que la mayor frecuencia de personas se encuentran ubicadas en aquellas que tienen pocas terapias, esto posiblemente se debe a que durante el avance del tratamiento y el progreso en el número de sesiones terapéuticas las personas pertenecientes a programas de rehabilitación cardíaca presentan un bajo nivel de adherencia al tratamiento, sin embargo se resalta que gran cantidad de personas logran asistir a una totalidad de 19 terapias, a pesar de ello se observa que la mayoría de personas comienzan a presentar deserciones en su proceso de tratamiento bajando la frecuencia en la asistencia a los mismos.

Instrumentos

Cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning (versión española)

Este se encuentra compuesto por 29 ítems, con respuesta en una escala Likert de 5 puntos. Clasificados en cuatro escalas, la cuales se describen teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

Correlación entre factores de la dimensión espiritual y de la calidad de vida en pacientes de rehabilitación cardíaca

1. Autoconciencia: En esta dimensión la escala evalúa la autoimagen, el autoconcepto y se tienen en cuenta características como: el valor de la persona, comparaciones con otros, cualidades, actitud positiva.
2. Creencias espirituales: La escala evalúa la opinión sobre la trascendencia de la dimensión espiritualidad en la vida.
3. Prácticas espirituales: La escala evalúa las prácticas espirituales que las personas han realizado en su vida.
4. Necesidades espirituales: La escala evalúa las necesidades espirituales.

En cuanto a las características psicométricas de esta escala, Díaz, et al. (2012) plantea que este instrumento cuenta con una confiabilidad total del 0.88, lo cual indica que se confirmó la teórica original del modelo propuesto y en dos de las dimensiones del cuestionario, se planteó una estructura diferente. Cuenta con una validez de constructo de un 62,7% en su varianza y un nivel de confiabilidad de 0.94, igualmente su consistencia interna se constituye a partir de su Alpha de Cronbach de un 0.70 en un promedio total, valores determinados tras la aplicación del cuestionario en una población bogotana vinculada a la Universidad Nacional de Colombia.

Cuestionario de Salud Short Form (SF -36)

El cual se define según Lugo et al. (2006); como un instrumento genérico de análisis de impacto de enfermedades, determinando los estados positivos y negativos de la salud, la exploración de la salud física a nivel funcional, el bienestar emocional y la salud mental de los pacientes que presentan enfermedades crónicas, degenerativas y agudas. Este cuestionario se constituye por 36 ítems agrupados en ocho escalas tipo Likert: Funcionamiento físico (FF), Desempeño físico (DF), Dolor corporal (DL), Desempeño emocional (DE), Salud mental (SM), Vitalidad (VT), Salud general (SG) y Funcionamiento social (FS), teniendo como variable adicional de análisis el cambio de la salud en el tiempo. Se describir teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

1. Función física la escala evalúa las limitaciones físicas en la salud, teniendo en cuenta el autocuidado, caminar, inclinarse, subir escalones o las escaleras, alzar peso o tener algún tipo de esfuerzos ya sea suave, o intenso.
2. Rol físico la escala evalúa la salud física con relación al trabajo y otras actividades cotidianas que realizan; teniendo en cuenta su rendimiento, limitaciones, dificultades en las actividades.

3. Dolor corporal la escala evalúa la intensidad del dolor con relación a las actividades diarias en el trabajo, en la casa u otros espacios.
4. Salud General: evalúa la valoración personal de la salud, con relación a la salud actual, del futuro y a la enfermedad.
5. Vitalidad la escala evalúa el sentimiento de energía, vitalidad, cansancio y agotamiento.
6. Función Social la escala evalúa los problemas de salud física y emocional, cuando interfieren en la vida cotidiana y su interacción social.
7. Rol emocional la escala evalúa los problemas emocionales cuando interfieren en el trabajo y en las actividades cotidianas.
8. Salud Mental la escala evalúa la salud mental con relación a la ansiedad, depresión, control emocional y conductual (Tuesca, 2005).

De acuerdo a Vilagut et al. (2005), el Cuestionario de Salud Short Form (SF – 36) cuenta con una confiabilidad en el Alpha de Cronbach de 0.7, como punto mínimo para comparación con grupos y con un 0.9 para comparaciones individuales; su correlación intraclass (CCI) es de 0.75, la cual evalúa la consistencia interna y la reproductibilidad test – retest. Es importante resaltar que los niveles de validez de contenido, constructo, convergencia, divergencia y predictibilidad varían según la población a analizar y los datos obtenidos.

Procedimiento

Esta investigación consta de las siguientes fases:

Fase 1: Revisión bibliográfica sobre el concepto de espiritualidad, religiosidad, calidad de vida, enfermedades cardiovasculares y rehabilitación cardíaca.

Fase 2: Seleccionar los instrumentos de evaluación psicométrica existentes en la población iberoamericana, y aquellos especialmente validados y adaptados en Colombia que permiten evaluar la dimensión espiritualidad y de la calidad de vida en salud.

Fase 3: Se solicitó previa autorización a la autora Nasrin Parsian para utilizar el cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning (2008).

Fase 4: Elaboración del consentimiento informado. De igual forma, se solicitó el permiso a la institución de salud especializada en afecciones cardiovasculares para realizar las aplicaciones de los cuestionarios.

Fase 5: Contextualización de la investigación a la población y firma del consentimiento informado a los participantes.

Correlación entre factores de la dimensión espiritual y de la calidad de vida en pacientes de rehabilitación cardíaca

Fase 6: Aplicación de los instrumentos de evaluación en Espiritualidad y Calidad de vida (Cuestionarios de espiritualidad de Parsian y Dunning y el Cuestionario de salud Short Form (SF-36).

Fase 7: Se tabularon los datos para luego ser interpretados y así realizar el respectivo análisis de resultados.

Fase 8: Elaboración del documento y análisis correlacional de los datos recopilados

Análisis de resultados

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS 25 en el cual se utilizó el modelo de correlación para determinar si este estadístico se ajusta a la investigación.

Consideraciones éticas

Los profesionales en formación en psicología están reglamentados por la ley 1090 del año 2006 o Código Deontológico y Bioético del psicólogo, el cual dentro de su artículo 49 establece que: “los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis, sus conclusiones y respectivos resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización” (p. 14). En esta investigación se tuvo en cuenta: (a) el principio de Confidencialidad, (b) se pidió la autorización de las autoras Parsian y Dunning para el uso del cuestionario de espiritualidad, (c) el consentimiento informado, (d) se realizó una revisión de las fuentes bibliográficas, (e) se manejó de manera adecuada los datos, (f) la información de la literatura se citó cumpliendo las normas establecidas por la Asociación de Psicólogos Americana (APA)

RESULTADOS

Para determinar la heterogeneidad de los puntajes obtenidos en la escala de espiritualidad y de calidad de vida, se obtuvo la media aritmética y la desviación típica, estadísticos descriptivos que permiten calcular el coeficiente de variación, en la tabla 2 se muestran dichos resultados.

Tabla 1

Coeficiente de variación del Cuestionario SF 36 - Short Form y Cuestionario de Espiritualidad de Parsian y Dunning

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total SF36	89	107	97,25	4,516
Total Parsian y Dunning	81	114	97,20	8,853
N válido (según lista)				

Como se puede evidenciar en la tabla anterior se encuentra que los resultados en la prueba de calidad de vida (SF-36) son menos variables (la mayoría de las personas tuvieron puntajes entre 93 y 102) que los resultados obtenidos en la prueba de espiritualidad (la mayoría de las personas tuvieron puntajes entre 89 y 105); siendo destacable mencionar que dentro del análisis de puntajes se obtuvieron en ambos cuestionarios medias similares. No obstante, los resultados alcanzados en la prueba de calidad de vida indican que la población de análisis es más homogénea y tiende a tener puntajes más parecidos; por el contrario dentro de los resultados logrados con relación a prueba de espiritualidad se determinan más dispersos, teniendo una medida en su desviación típica más amplia por lo cual los resultados conseguidos son más heterogéneos.

A continuación, se presentan los resultados de la comparación de la puntuación total para cada uno de los cuestionarios SF - 36 y cuestionario de espiritualidad Parsian y Dunning con las variables sociodemográficas.

Con respecto al análisis realizado del cuestionario SF-36 con las variables sociodemográficas se obtuvo que: en la variable género, los hombres presentaron un puntaje de 98, siendo este mayor con respecto al de las mujeres quienes obtuvieron 97; en la variable estado civil, los puntajes más altos se encuentran en las personas solteras y los menores en las personas divorciadas. En relación con la variable Estrato se encontró que en cuanto al nivel socioeconómico se obtuvo una puntuación de 97 tanto para el estrato bajo como para el medio. En cuanto al nivel educativo, se encontró que los participantes que poseen educación superior fueron quienes tuvieron un mayor puntaje (98) dentro de la prueba de calidad de vida, seguidos de las personas que cursaron Básica Primaria o Básica Secundaria (con un puntaje promedio de 97).

Posteriormente, al analizar los resultados del Cuestionario de Espiritualidad Parsian y Dunning, se establece que: aquellos pertenecientes a los estados civiles viudo y divorciado fueron quienes puntuaron con un nivel de 101 para cada uno, siendo éste el más alto y con respecto a la categoría solteros se identificó como la de menor puntuación con 93. En lo referente a la variable

Correlación entre factores de la dimensión espiritual y de la calidad de vida en pacientes de rehabilitación cardíaca

estrato se evidencia que los participantes obtuvieron el mismo puntaje (97) al igual que en el Cuestionario SF-36, encontrándose similitud y homogeneidad en esta puntuación. Continuando con la variable de nivel educativo se halló que los participantes quienes cursaron primaria puntuaron con 98, seguido de los que tienen estudios secundarios, universitarios o técnicos teniendo un puntaje promedio de 97 en cada uno de estas categorías.

En principio se registró la condición médica de los participantes, la cual fue organizada en siete categorías y sus respectivas frecuencias (Tabla 2).

Tabla. 2

Condición médica

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje válido
Enfermedad Coronaria	14	35,0
Cardiomiopatías	11	27,5
Arritmias	2	5,0
Enfermedad Valvular	1	2,5
Dispositivos cardíacos (marcapasos)	3	7,5
Sincope	2	5,0
Enfermedad Múltiple	7	17,5

A partir de los datos obtenidos, es posible mencionar que la población evaluada presenta en su gran mayoría afecciones en su salud ligadas a: enfermedad coronaria (35%), seguido de las cardiomiopatías (27,5%), estas equivalen al 62,5% de enfermedades que afectan la salud de la población objeto de estudio, teniendo una alta frecuencia en comparación a otras enfermedades que puedan presentar.

Para realizar el análisis de la correlación entre las variables centrales Dimensión Espiritual y Calidad de vida se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, debido a que las variables de estudio eran numéricas y se encontraban distribuidas de forma normal según la prueba de Shapiro Wilk ($p > 0,05$).

El análisis de correlación evidencia que no hay relación significativa entre la dimensión espiritual y calidad de vida. Sin embargo, para establecer de forma más específica las posibles relaciones que se presentan entre los factores que constituyen cada uno de estos cuestionarios (Cuestionario SF-36 y Cuestionario de Parsian y Dunning) se estableció la correlación entre las subescalas de los mismos.

De esta forma, fue posible identificar dentro de los resultados encontrados en el análisis de los cuestionarios: Cuestionario SF-36 y Cuestionario de espiritualidad (Parsian y Dunning), los cuales se enfocan en la comprensión de las variables Calidad de Vida en salud y la Dimensión Espiritual correspondientemente así como en sus subescalas, que: dentro de las categorías pertenecientes al SF 36 se identifican relaciones positivamente significativas entre las dimensiones: (a) la función física y rol físico ($Rho=0,57, p<0,01$), (b) función física y rol emocional ($Rho= 0,368, p>0,05$), (c) función física y el total de la prueba de calidad de vida (SF-36) ($Rho=0,725, p<0,01$), (d) rol físico y rol emocional ($Rho=0,336, p>0,05$), (e) rol físico y el total de la prueba (SF-36) ($Rho= 0,574, p<0,01$), (f) rol emocional y total del puntaje de calidad de vida (SF-36), ($Rho= 0,323, p>0,05$), (g) rol emocional y función física ($Rho= 0,368, p>0,05$), (h) rol emocional y salud mental ($Rho= 0,476, p<0,01$); lo cual hace mención a un índice de correspondencia alto entre estas variables, y del rol que desempeñan en la percepción de la calidad de vida de los pacientes.

Con relación a los resultados obtenidos dentro del Cuestionario de Parsian y Dunning y por consiguiente del análisis de las subescalas que lo conforman, se identifican relaciones de alta significancia entre las variables: (i) autoconciencia y creencias espirituales ($Rho= 0,531 p<0,01$), (j) autoconciencia y necesidades espirituales ($Rho= 0,509, p<0,01$), (k) autoconciencia y total del cuestionario de espiritualidad ($Rho= 0,805, p<0,01$), (l) creencias espirituales y prácticas espirituales ($Rho= 0,592, p<0,01$), (m) creencias espirituales y necesidades espirituales ($Rho= 0,418, p<0,01$), (n) creencias espirituales y total del cuestionario de espiritualidad ($Rho= 0,755, p<0,01$), (ñ) prácticas espirituales y necesidades espirituales ($Rho= 0,481, p<0,01$), (o) prácticas espirituales con total del cuestionario de espiritualidad ($Rho= 0,695, p<0,01$), (p) necesidades espirituales y total de Parsian y Dunning ($Rho= 0,802, p<0,01$). Así mismo estas se pueden relacionar de acuerdo a los componentes característicos de la Espiritualidad tales como reconocimiento de sí, bienestar personal y afrontamiento religioso; fortaleciendo así al ser humano desde su vínculo personal, interpersonal y trascendental.

Por último, y en forma comunal se encuentran correlaciones positivas entre las siguientes subescalas: (p) vitalidad y autoconciencia ($Rho= 0,333, p>0,05$), (q) vitalidad y necesidades espirituales ($Rho= 0,353, p>0,05$), (r) vitalidad y total del cuestionario de espiritualidad ($Rho= 0,337, p>0,05$); estas variables pertenecen a ambos cuestionarios, lo cual hace posible indicar que son aspectos fundamentales en la comprensión de las variables dimensión espiritual y calidad de vida dentro de la población de adultez intermedia y mayor analizada, así mismo se puede decir que

estos aspectos que permiten el fortalecimiento integral de estas personas en el manejo y afrontamiento de situaciones difíciles o adversas tales como el padecimiento de enfermedades crónicas como las afecciones cardiovasculares.

DISCUSIÓN

Se evidenció que, los cardiópatas evaluados en general presentaron una alta calidad de vida, así como alto desarrollo de su dimensión espiritual. En cuanto a las variables sociodemográficas se destacan las siguientes: la edad promedio fue de 57 años, al tener en cuenta que se contó con pacientes desde los 30 años se pone de manifiesto que la enfermedad cardiovascular no afecta exclusivamente al adulto mayor sino que por el contrario afecta cada vez más a personas en la adultez joven y media, datos que corresponden con lo obtenido en el estudio realizado por Pons y Gil (2008), quienes identificaron que factores asociados con el sedentarismo y el consumo de sustancias como alcohol y cigarrillo se incrementan en pacientes alrededor de los 40 años, por lo cual esto tiende a aumentar también el riesgo de presentar afecciones cardiovasculares; respecto a la variable género, en la muestra predominaron los hombres, reafirmando así que la enfermedad cardiovascular los afecta en mayor medida que a las mujeres, como ya lo había afirmado (Ballesteros de Valderrama, 2000), en cuanto al nivel educativo se destaca que el 40 % cuenta con un nivel educativo bajo (Básica Primaria) y en un 37,5% Básica secundaria, finalmente, en lo que concierne a nivel socio-económico, el 60% de la población se ubica en estrato 1 y el 40% en estrato 2.

En cuanto a la relación entre la dimensión de espiritualidad y calidad de vida, no se identificó una correlación significativa y de forma positiva entre dichas variables, siendo esto contrario a la hipótesis de la investigación planteada, mediante la cual se pretendía conocer cuál era la relación entre la dimensión espiritual y la calidad de vida en la salud de las personas que asisten a un Programa de Rehabilitación Cardíaca de una Institución médica especializada de la ciudad de Bogotá.

Estos hallazgos, se pueden ver soportados según lo planteado por Cajiao, et. al, (2014) quienes enfatizaron en la presencia a nivel cualitativo sobre la conceptualización no diferenciada en la gran mayoría de la población en términos como espiritualidad y religiosidad, ligando una definición con otra de forma subjetiva; lo cual se ratifica en la población objeto de estudio al tener en cuenta lo observado a partir de las respuestas de los participantes, a una pregunta exploratoria que buscaba

conocer el significado de espiritualidad para ellos, 24 de los participantes que representan el 60% se refieren a la espiritualidad como la relación existente el hombre y su ser superior, direccionando así su concepción hacia la línea de la religiosidad (Dios, lo divino, la fe, el espíritu, etc.). En comparación con los 16 participantes restantes es decir el 40% de la muestra, quienes se expresaron respecto a la espiritualidad como un área de desarrollo personal que vincula aspectos como el bienestar físico, bienestar psicológico, paz, armonía y felicidad, entre otros aspectos, relacionándose así con la definición de Espiritualidad propuesta por Ellison, en la cual se aborda la misma como un sentido de armonía y de potencialización de las relaciones propias, interpersonales, y con un ser superior.

Respecto a los resultados correspondientes a la calidad de vida, dentro del cuestionario SF-36 no se encontró una correlación significativa con el diagnóstico médico, lo cual se ve soportado desde la experiencia de los relatos de los pacientes dentro del ejercicio profesional, quienes manifiestan al ingresar al programa de Rehabilitación Cardíaca que una vez fueron diagnosticados con la enfermedad cardiovascular en la mayoría de los casos se dio una disminución de la incertidumbre y preocupación respecto a los síntomas que experimentaban y no conocían su causa, también reportan que las primeras semanas posteriores a la hospitalización presentaban síntomas de depresión y percibían su condición de salud como un factor que generaba una incapacidad alta para realizar la mayoría de actividades de la vida diaria, viéndose así afectado tanto su bienestar psicológico, como su calidad de vida, sin embargo, pasado este tiempo paulatinamente iban recuperando su funcionalidad (sin dejar de seguir las contraindicaciones respecto al esfuerzo físico) y por consiguiente se daba una mejoría en su bienestar y estado de ánimo, en consecuencia con ello cuando dan inicio a las terapias de rehabilitación cardíaca, dichos síntomas de minusvalía se ven disminuidos.

Cabe enfatizar en que estos hallazgos y relatos guardan coherencia con lo propuesto por Brannon y Feist (como se citó en Silva y Agudelo, 2011)

Quienes indican que la ausencia de síntomas emocionales puede explicarse debido a la etapa de recuperación en que estaban los pacientes valorados, pues ya habían atravesado la etapa crítica en la que aparece y se identifica el problema médico, en la cual prevalece la incertidumbre. Por otra parte, al realizar un análisis entre las subescalas contenidas dentro de cada uno de los cuestionarios se encontró, que hay una correlación significativa positiva entre los siguientes factores: en lo que corresponde al cuestionario SF-36, se encontró que a mayor Funcionamiento

físico mayor Rol físico, evidenciándose que la persona percibe que cuenta con la capacidad para realizar actividades que implican esfuerzo físico, tales como correr, inclinarse, levantar objetos pesados, subir varios pisos de escaleras, caminar alrededor de 1 km y realizar actividades de autocuidado, no experimentará limitaciones a causa de su salud física, ya que emplea el mismo tiempo y esfuerzo en la realización de su trabajo y actividades diarias que el que empleaba antes de presentar las afecciones de salud, por consiguiente su rol físico no se verá impactado negativamente puesto que el rendimiento no será menor que el deseado. En relación a ello, según (Kriskovich, como se citó en Achury, Rodríguez, Agudelo, Hoyos y Acuña, 2011).

Las personas que se ejercitan de forma regular reportan una sensación de bienestar relacionado consigo misma, esto también es identificado en personas que presentan enfermedades cardiovasculares, puesto que el ejercicio contribuye a disminuir la sensación de agotamiento, disnea y dolor torácico así como la sensación de depresión/ansiedad. Respecto a las subescalas de Funcionamiento físico y Rol físico se encontró correlación con la subescala Rol emocional, indicando que es probable que esta relación se presente debido a la probabilidad en la cual el individuo realiza actividades físicas sin limitación, disminuirán o probablemente no se presentaran inconvenientes con el trabajo u otras actividades del diario vivir debido a su salud física o problemas emocionales; en concordancia con esto, Rodríguez, Merino y Castro (2009) hallaron que los pacientes con insuficiencia renal crónica, no consideran que la enfermedad o diagnóstico que poseen interfiera con sus niveles de ansiedad, estados de humor, ánimo o felicidad, por tanto, se reconoce que en las dos poblaciones mencionadas (unos de tipo renal y otros cardiovascular), el nivel de interferencia en el cual la enfermedad influye sobre el estado emocional de los pacientes es bajo, debido a que sus respuestas se asocian en torno a la ausencia de problemas emocionales más que hacía las dificultades originadas a partir de dichos problemas. Es probable que esto se deba a un mayor conocimiento y adaptación a su condición de enfermedad, desarrollando así estrategias de afrontamiento tal como la resiliencia.

Finalmente, respecto al desempeño físico de los participantes del estudio, se presentaron las siguientes correlaciones: a mayor funcionamiento físico mayor puntaje total en la prueba de calidad de vida, y a mayor rol físico mayor puntaje total en la prueba de calidad de vida; en relación con la subescala de Rol físico, es pertinente indicar que ésta fue la que predominó entre los pacientes evaluados, seguida de Vitalidad. A partir de los resultados con respecto a la calidad de vida en salud, se puede inferir que la percepción de bienestar en los participantes del estudio que

asisten a rehabilitación cardíaca está dada principalmente por la ausencia de limitación física y de problemas o dificultades para desempeñarse en las actividades que implican esfuerzo físico, como la plantea Uribe et al. (2007) y Ardila (2003).

En lo referente a las correlaciones halladas en el Cuestionario de Parsian y Dunning se encontró que a mayor autoconciencia mayor necesidades espirituales, a partir de ello se infiere que los pacientes abordados tienen una mayor autopercepción y autoconfianza positiva, se sienten satisfechos consigo mismo y perciben que cuentan con los recursos necesarios para afrontar adversidades o experiencias vitales (por ejemplo ser diagnosticados con una enfermedad crónica); en cuanto a las necesidades espirituales, se interesan por encontrarle respuesta a misterios de la vida y tienen una filosofía y un propósito de vida, revelando así que la trascendencia es un componente importante de su espiritualidad. Respecto a las relaciones inter e intra personales, se interesan por establecer relaciones cercanas y satisfactorias con los demás y consigo mismo buscando estar en paz y armonía. Esto estaría soportado, en lo planteado por Silva y Agudelo (2011), quienes hacen hincapié en que en esta etapa de la vida, adultez mayor, son más frecuentes las dolencias por enfermedad crónica, discapacidad, pérdida o soledad y lo que conlleva a que el ser humano se vea invitado a retomar e integrar los logros y fracasos experimentados a lo largo de su vida concediéndole un valor o significado que les proporcionen gratitud, paz y realización personal.

Por último se encontró que cada una de las 4 subescalas (autoconciencia, creencias espirituales, prácticas espiritualidad y necesidades espirituales) se correlaciona con el puntaje total del cuestionario, respecto a esta relación hallada se puede decir que en la medida en que la persona desarrolla una percepción positiva de sí mismo y de su vida, se percibe como amable y compasivo, reconociendo que ésta tiene un significado logrando experimentar armonía y paz interior; estando en la capacidad de establecer relaciones sólidas y verdaderas consigo mismo, con los otros, y con lo demás. De esta manera, según Maslow (como se citó en Lemos, 2010), el Ser alcanzaría un alto nivel de desarrollo humano, debido a que contaría con la habilidad para apreciar la belleza, la verdad, la unidad y lo sagrado en la vida.

A partir de los resultados obtenidos y de lo planteado por San Martín (2008), se puede concluir que la Espiritualidad se encuentra arraigada en gran medida hacia lo sagrado, sin embargo cabe mencionar que esta trasciende hacia temas como la muerte, el sentido de la vida y la armonía interior, con otros y con el mundo, según lo afirmado por Ellison (1983) como se citó en Sánchez-

Herrera (2009). Partiendo en su consolidación desde las creencias, percepciones, los comportamientos, las emociones y pensamientos que él mismo tenga de sí y de su existencia en general; llegando a definirse a la espiritualidad como una de las estrategias que brinda más apoyo a las personas en situaciones de dificultad o afectación, permitiendo a su vez realizar una evaluación más detallada de su vida, denotando esto en mayor medida en la población de adultez media y mayor, según lo evidenciado en anteriores estudios como los de Zabala, Vázquez y Whetsell (2006) y Gómez (2010), así como en el desarrollo del presente. Por esta razón, es posible relacionar a la espiritualidad con el bienestar psíquico y la adaptación de los adultos mayores en el ciclo del envejecimiento.

REFERENCIAS

- Achury, D. Rodríguez, S. Agudelo, L. Hoyos, J. y Acuña, J. (2011). Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13 (2), 49-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559004>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Ballesteros de Valderrama, B. (2000). Reseña de “La Psicología Clínica y de la Salud en el Siglo XXI. Posibilidades y Retos” de M. Lameiras Fernández y J. M. Faílde Garrido (comps). *Universitas Psychologica*, 1 (1), 101-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64710111>
- Benito, E., Barbero, J., Dones, M. y Gómez, J. (2014). Monografías SECPAL. Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. En Benito, E., Barbero, J. y Dones, M. (Eds.), *Modelo de acompañamiento espiritual. Propuesta del grupo de trabajo de espiritualidad de SECPAL* (pp. 271-279). Madrid: Síosí Punto Gráfico.
- Cáceres, A. Hoyos, A. Navarro, R. y Sierra, A. (2008). Espiritualidad hoy: una mirada histórica, antropológica y bíblica. *Theologica Xaveriana*, 58 (166), 381-408. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1910/191015363004.pdf>

- Cadavid, L. y García, C. (2014). Resultados de SPECT miocárdico y eventos cardiovasculares en dos servicios de Medicina nuclear de Bogotá durante 2011 a 2012. *Revista Colombiana de Cardiología*, 21 (2), 86-94.
- Cajiao, G., Cala, M. y Herrera, J. (2014). *Espiritualidad: factores constitutivos, instrumentos de evaluación y estrategias de promoción*. [Trabajo de grado]. Facultad de Psicología. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Canaval, G., González, M., y Sánchez, M. (2007). Espiritualidad y Resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 38 (4), 72 -78. Recuperado de <http://www.bioline.org.br/pdf?rc07078>
- Castillero, Y. (2007) Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología latinoamericana*, 25 (1), 52-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a6.pdf>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 169-179. Recuperado de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf
- Dávila, S. (2004). *La relación entre los niveles de espiritualidad y fortaleza en ancianos mexicano*. [Trabajo de grado]. México: Universidad Autónoma De Nuevo León.
- Díaz, L., Muñoz, A. y Vargas, D. (2012). Confiabilidad y validez del cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning en versión española. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20 (3), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a18v20n3.pdf
- Díaz, A. y Parra, A. (2010). *Revisión literaria de la Psicología positiva*. [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Díaz, L. (2012). *Promoción de salud: auto trascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol*. [Trabajo de Grado]. Programa de Doctorado en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Esparza, Y. (2010). *Implementación de un protocolo de intervención psicológica en pacientes pediátricos del instituto del corazón de Bucaramanga sometidos a cirugía cardíaca*. [Trabajo de grado]. Facultad de Psicología. Floridablanca: Universidad Pontificia Bolivariana.

Correlación entre factores de la dimensión espiritual y de la calidad de vida en pacientes de rehabilitación cardíaca

- Gómez, I. (2010). *Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2*. [Trabajo de grado]. Facultad de Enfermería: Universidad Nacional de Colombia en Convenio.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill
- Jaramillo, D., Ospina, D., Cabarcas, G. y Humphreys J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista Salud Pública*, 7 (3), 281-292.
- Kaoukis, G. (2008). A regional psychology service for cardiac patients enrolled in cardiac rehabilitation. *Current issues in cardiac rehabilitation and prevention*. Recuperado de https://cacr.encryptedsecure2.com/information_for_public/documents/CICRPJune08Volume16.2.pdf
- Koenig, H.G., McCullough, M. y Larson, D.B. (2001). *Handbook Of Religion And Health: A Century Of Research Reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Lemos, R. (2010). *La consciencia corporal, una puerta a la espiritualidad*. [Trabajo de grado]. Maestría en desarrollo humano. México: Universidad Iberoamericana.
- Loáiziga, H.; Benavides, A., Bolaños, M., Ortiz, L., Vega, R. y Bremes, T. (2008). Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl en Heredia. *Revista Costarricense de Cardiología*, 10 (1-2), 9-13. Tomado el 8 de Septiembre del 2014, de la Base de Datos Lilacs-Bireme
- Lucchese, F. y Koenig, H. (2013). Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista Brasileira de Cirugía Cardiovascular*, 28 (1), 103-128.
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (2), 37 – 50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05>.
- Páez, N. (2014). Tabaquismo: el enemigo del corazón. *Revista Colombiana de Cardiología*, 21 (3), 133-134. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-tabaquismo-el-enemigo-del-corazon-90338812>

- Parswani, M. J., Sharma, M. P. y Iyengar, S. (2013). Mindfulness-based stress reduction program in coronary heart disease: A randomized control trial. *International Journal of Yoga*, 6 (2), 111-117. doi:10.4103/0973-6131.113405.
- Pérez, J. (2007). Estudio exploratorio sobre el tema de la espiritualidad en el ambiente laboral. *Anales de Psicología*, 23 (1), 137-146. Recuperado de http://www.um.es/analeps/v23/v23_1/17-23_1.pdf
- Pentz, M. (2008). Resilience among older adults with cancer and the importance of social support and spirituality-faith. *Journal of Gerontologist Social World*, 44 (3-4), 3-22. doi: 10.1300/j083v44n03_02
- Pons, X. y Gil, M. (2008). Patrones de comportamiento relacionados con la salud en una muestra española de población general. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1), 97-106. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v11n1/v11n1a10.pdf>
- Queiroz, A. (2010). *Espiritualidade na saude – levantamento de evidencias na literatura cientificas*. [Trabajo de grado]. Programa de pos-graduacao em ciencias das religioes. Brazil: Universidade Federal da Paraiba.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Revista Salud Mental*, 30 (1), 39-47. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230106.pdf>
- Rivera, A., Montero, M. y Zavala, S. (2014). Espiritualidad, psicología y salud. *Psicología y Salud*, 24 (1), 139-152. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/728/1285>
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M. y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11 (2), 24-49.
- Rodríguez, M., Merino, M. y Castro, M. (2009). Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Ciencia y enfermería*, 15 (1), 75-88. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art09.pdf>
- Sánchez-Herrera, B. (2008). Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del programa de enfermería cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. *Avances en Enfermería*, 26, (1), 65-74. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/17269/1/12886-34399-1-PB.pdf>

Correlación entre factores de la dimensión espiritual y de la calidad de vida en pacientes de rehabilitación cardíaca

- Sánchez-Herrera, B. (2009). Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan*, 9 (1), 8-22. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/164/306>
- San Martín, C. (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 1 (1), 111-128. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2008.pdf>
- San Martín, C. (2008). *La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor*. [Trabajo de grado]. Facultad de Ciencias Sociales. Chile: Universidad de La Frontera.
- Silva, C. y Agudelo, D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*, 14 (1), 47-60. Recuperado de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_6882_v14n1-art4.pdf
- Tacón, A., McComb, J., Caldera, Y. y Randolph, P. (2003). Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: A pilot study. *Family & Community Health*, 26 (1), 25-33. doi:10.1097/00003727-200301000-00004
- Tonon, G. (s.f.). Los estudios sobre la calidad de vida y la perspectiva de la psicología positiva. *Psicodebate* 10. *Psicología, cultura y sociedad*, 1 (1), 1 – 10. Recuperado de http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/psico10/10Psico_04.pdf
- Tuesca, R. (2005). Calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21 (1), 76-86. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4113/2525>
- Uribe, A., Valderrama, M. y Molina, J. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta colombiana de Psicología*, 10 (1), 75-81. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0123-91552007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Vázquez, C. Hervas, G., Rahona, J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5 (1), 15-28. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS__esp_15-28.pdf
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El cuestionario de Salud

SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-150. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>

Zabala, M., Vázquez, M., y Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual en pacientes diabéticos. *Revista Aquichán*, 6 (1), 8-21. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/76/156>