

Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular

Quality of life and spiritual perspective of hospitalized patients with heart disease

María Elena Jasso-Soto,¹ María Guadalupe Pozos-Magaña,¹ Julio César Cadena-Estrada,² Sandra Sonalí Olvera-Arreola²

^{1,2}Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, México

¹Central de Equipos y Esterilización, ²Departamento de Investigación en Enfermería

Autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud N° 502

Palabras clave:

Espiritualidad
Calidad de vida
Cardiopatía
Enfermedades cardiovasculares
Enfermería

Keywords:

Spirituality
Quality of life
Heart diseases
Cardiovascular diseases
Nursing

Correspondencia:

María Elena Jasso-Soto
Correo electrónico:
incmaejaso@yahoo.com.mx
investigacioninc@yahoo.com.mx
Fecha de recepción:
08/02/2016
Fecha de dictamen:
01/08/2016
Fecha de aceptación:
03/10/2016

Resumen

Introducción: las cardiopatías son enfermedades crónicas que alteran la calidad de vida de las personas. En este sentido la espiritualidad juega un papel importante, pues a partir de sus creencias y prácticas los pacientes pueden encontrar la fortaleza necesaria para sobrellevar la enfermedad.

Objetivo: analizar la calidad de vida y la perspectiva espiritual que tienen los pacientes hospitalizados ante una enfermedad cardiovascular.

Metodología: estudio transversal analítico en una muestra aleatoria de 297 pacientes cardiopatas de ambos sexos. Los datos se recolectaron bajo consentimiento informado con el Spiritual Perspective Scale y el WHOQoL-BREF. El análisis estadístico fue descriptivo y se aplicaron pruebas de correlación de Pearson y Spearman, y comparación con *t* de Student y *U* de Mann-Whitney para las variables calidad de vida y espiritualidad.

Resultados: el 53.5% percibió su calidad de vida como normal y 44.8% como buena; 68% tuvo un nivel alto de espiritualidad. La calidad de vida se relacionó con la espiritualidad ($r = 0.164$, $p = 0.005$), especialmente con las creencias ($r = 0.214$, $p = 0.000$); el grado académico se asoció con la calidad de vida ($r_s = -0.288$, $p = 0.000$), pero no con la espiritualidad ($r_s = -0.030$, $p = 0.606$). La espiritualidad fue mayor en las mujeres ($Z = -2.245$, $p = 0.025$).

Conclusiones: los pacientes con enfermedad cardiovascular incrementan sus prácticas y creencias espirituales. Esto contribuye en la percepción que tienen sobre su calidad de vida.

Abstract

Introduction: Heart diseases encompass several chronic diseases that can affect the quality of life (QoL) of people. In this sense, spirituality plays an important role, given that by using it patients can find the necessary strength to overcome the disease on the basis of their beliefs and practices.

Objective: To analyze the QoL and the spiritual perspective of hospitalized patients facing a heart disease.

Methods: Analytical cross-sectional study in a random sample of 297 heart disease patients of both sexes. Data were collected under informed consent with the Spiritual Perspective Scale and the WHOQOL-BREF. The analysis was descriptive. To analyze the variables quality of life and spirituality we used Pearson's correlation coefficient and Spearman's rank correlation coefficient, and we compared them with Student's *t* test and Mann-Whitney *U* test.

Results: 53.5% perceived their QoL as normal, and 44.8% as good; 68% had a high level of spirituality. The QoL was related to spirituality ($r = 0.164$, $p = 0.005$), especially with the beliefs ($r = 0.214$, $p = 0.000$); the academic degree was associated with QoL ($r_s = -0.288$, $p = 0.000$), but not with spirituality ($r_s = -0.030$, $p = 0.606$). Spirituality is greater in women ($Z = 2.245$, $p = 0.025$).

Conclusions: Patients with heart disease increase their practices and spiritual beliefs. This contributes to the perception of their quality of life.

Introducción

Los avances científicos y tecnológicos desarrollados en el siglo XX han permitido abatir las enfermedades infecciosas y en su lugar se ha incrementado la esperanza de vida en la población mundial de 52 a 71.4 años de edad y en México de 57 a 77 años, según cifras del Banco Mundial en los años de 1960 y 2014, respectivamente; no obstante, esto ha generado un alto costo por el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la primera década del siglo XXI las enfermedades crónicas han causado aproximadamente 38 millones de muertes en el mundo (68%). Según las estadísticas sanitarias mundiales (2014), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunciones. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) informó en 2014 que hubo un total de 121 427 defunciones en la población general por la misma causa.^{1,2}

Padecer una enfermedad afecta a la persona y a su familia en las dimensiones física, emocional, social y económica. El equilibrio en dichas dimensiones determina su calidad de vida, la cual es definida como “la percepción de un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”;³ la calidad de vida está determinada por las dimensiones de a) el estado físico, que evalúa variables como el dolor y el malestar, la dependencia de medicación o tratamiento, la energía y fatiga, el descanso y el sueño, la actividad cotidiana y la capacidad de trabajar; b) el estado psicológico, caracterizado por sentimientos positivos y negativos, la espiritualidad o creencias religiosas, el aprendizaje, la imagen corporal y la autoestima; c) las relaciones sociales, que están constituidas por las interacciones personales, la actividad sexual y el soporte social; y d) el medio ambiente, en el que se encuentran variables como la seguridad física y la protección, el entorno físico, los recursos económicos, las oportunidades para la adquisición de información/habilidades, el hogar, los cuidados de salud y los medios de transporte.

La evidencia demuestra que la calidad de vida de las personas con enfermedades cardiovasculares no es buena y disminuye conforme las personas tienen más edad. Cabe señalar que los pacientes del sexo masculino con nivel bajo de riesgo cardiovascular, mayor ingreso económico y grado académico alto tienen una mejor calidad de vida; sin embargo, los pacientes que están desempleados perciben su calidad de vida como más deteriorada.

De esta forma, la magnitud o el efecto que tiene una enfermedad crónica sobre la calidad de vida dependerá del tipo y la forma como repercute sobre la persona, la gravedad de la enfermedad, sus manifestaciones clínicas, su tiempo de evolución, así como el tratamiento que requiere. De esta manera, cuando una persona se diagnostica con una enfermedad cardiovascular, cambia la visión que tiene el individuo de sí mismo o de la vida y se modifican las relaciones con los miembros de su familia y los amigos más cercanos; en algunas ocasiones, esta persona utiliza diversos recursos, entre ellos la espiritualidad, para adaptarse a su enfermedad, afrontarla y superarla, lo que trae consigo un cambio en el significado de su salud, la vida y la muerte.

Desde la perspectiva disciplinar de la enfermería y desde las grandes corrientes del pensamiento, la persona ha sido considerada como una unidad biopsicosocial-espiritual, es decir, un ser único de múltiples dimensiones, inclusive visto desde las diversas teorías representativas de los paradigmas de categorización, integración o transformación⁴ que han considerado la espiritualidad de forma explícita o implícita dentro de sus teorías o modelos.

La espiritualidad va más allá de la religión porque da sentido y profundidad a la existencia humana y abarca una relación con Dios, un ser superior o un poder supremo. La perspectiva espiritual se orienta a la búsqueda de un propósito o significado, como la necesidad de amar, de relacionarse y de perdonar, lo cual tiene gran trascendencia en la vida de las personas e influye en sus condiciones, modos, estilos de vida, actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte; inclusive es uno de los factores que puede influir en el bienestar de la persona o en el tiempo de recuperación de una enfermedad.^{5,6}

Para Pamela Reed, la espiritualidad está relacionada con las decisiones que se toman en la clínica; es un recurso más profundo y potente que tiene la persona, dado que es intrínseca a la naturaleza humana;⁷ se puede considerar como un sistema de guía interno básico, pero no es prerrogativa del creyente, puede estar desvinculado de la religión, la filosofía o la práctica. Según Reed y también el metaparadigma de enfermería, en la práctica profesional la *vulnerabilidad* (entorno) está definida por la conciencia de la mortalidad personal y la probabilidad de experimentar eventos difíciles en la vida; la *autotrascendencia* (persona), como la capacidad de ampliar los límites autoconceptuales, se refiere a las fluctuaciones multidimensionales que el sujeto percibe, es decir, de él hacia afuera (hacia los otros y el entorno), hacia dentro (mediante una ma-

yor conciencia de los puntos de vista, valores e ideales) y temporalmente (mediante la integración del pasado y el futuro), de tal forma que el presente quede ampliado y reforzado; finalmente, el *bienestar* (salud) es un sentido integral y saludable en concordancia con la concepción de cada uno sobre la integralidad, es decir, una sensación de plenitud (estar completo, ser uno mismo) y de salud, según los criterios individuales del significado de plenitud y salud.⁸ Cabe mencionar que existen factores moderadores-mediadores que interactúan y pueden influir positiva o negativamente en el bienestar, entre los que se encuentran las variables personales y contextuales como la edad, el sexo, la capacidad cognitiva, las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida, el entorno social, los acontecimientos históricos y la espiritualidad.

Por lo anterior, la espiritualidad está constituida por las creencias y prácticas. Las primeras están determinadas por las tradiciones en las que la comunidad cree, las cuales lleva a cabo para conservar un equilibrio entre la salud y la enfermedad; las creencias populares son un saber cultural que se construye en la totalidad de las relaciones, en la organización de los hábitos y en las prácticas interpersonales.⁹ Por otra parte, las prácticas espirituales se expresan en la mayoría de las personas a través de actividades religiosas, su relación con la naturaleza, el arte, la música, en sus relaciones con familiares y amigos.

Otros estudios realizados en pacientes con enfermedades crónicas en países como Estados Unidos,^{10,11} Brasil,¹²⁻¹⁷ México,¹⁸ Colombia,¹⁹⁻²² Reino Unido,²³ entre otros,²⁴ han mostrado que la espiritualidad influye de manera positiva en la salud al identificar que las personas que practican actividades religiosas tienen mejores redes de apoyo; mejores actitudes en el cumplimiento, cuidado corporal y adherencia al tratamiento; menores tasas de depresión, ansiedad y estrés. La religión alivia el dolor o el sufrimiento, pues se comporta como un estrategia de afrontamiento²⁵ al disminuir la incertidumbre; sin embargo, a pesar de la evidencia publicada, en las instituciones de salud de alta especialidad de México no se ha explorado ampliamente la espiritualidad y su relación con la calidad de vida de los pacientes adultos con enfermedad cardíaca, por lo que este estudio tuvo la finalidad de analizar la calidad de vida y la perspectiva espiritual que tienen los pacientes ante una enfermedad cardiovascular,²⁶ ya que la unión de espiritualidad y salud es innegable y se asocia con menor depresión, mejores hábitos saludables y una mejor salud.

La importancia de este estudio radica en que se han realizado pocos estudios sobre este tema; por otra parte, una

de las premisas de la enfermería es coadyuvar al mejoramiento de la calidad de vida, y en este sentido, se pretende explorar la perspectiva espiritual de las personas con enfermedad cardiovascular a partir de un análisis de la realidad desde los supuestos de la teórica de la enfermería Pamela Reed. Con base en los resultados exploratorios se podrán establecer intervenciones de enfermería que le permitan al paciente mejorar su calidad de vida y fomentar (tanto en el paciente como en su familia) la práctica de sus creencias religiosas dentro de las instituciones de salud, ya que es una necesidad humana que requiere satisfacer el paciente como parte de su salud integral.

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico. Mediante un muestreo aleatorio simple, se calculó el tamaño de muestra para poblaciones finitas con base en el número de egresos hospitalarios del año 2013 (5665), de los cuales se consideró a 1741 pacientes con enfermedad isquémica. El intervalo de confianza fue del 95%, el tamaño del efecto del 30% y el margen de error del 5%, por lo que se obtuvo una muestra de 297 pacientes que fueron elegidos de forma manual por múltiplos de tres con base en el censo diario de pacientes hospitalizados. Se seleccionaron solo pacientes adultos de ambos sexos, con enfermedad isquémica del corazón, independientemente del tiempo que tuvieran con la cardiopatía y de la religión que profesaran, orientados en sus tres esferas (tiempo, lugar y persona) y que desearan participar en el estudio de manera libre y voluntaria bajo consentimiento informado; los instrumentos que no fueron contestados en más del 90% de los ítems fueron eliminados.

Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos, el primero denominado WHO Quality of Life-BREF (WHOQoL-BREF), el cual está validado por contenido, criterio (alfa > 0.75) y constructo en estudios previos;²⁷⁻²⁹ para este estudio se realizó una prueba piloto con 30 sujetos para validación con prueba de alfa de Cronbach (alfa = 0.863). Constó de 26 preguntas, de las cuales dos se referían a la calidad de vida y satisfacción en general con el estado de salud; el resto se distribuyó en cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente, con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert en la que 1 = nada, 2 = un poco, 3 = lo normal, 4 = bastante y 5 = extremadamente. El instrumento proporciona un puntaje general de 1 a 130 puntos, con cinco intervalos que van de muy mala a muy buena

calidad de vida: muy mala (1-26), mala (27-52), normal (53-78), buena (79-104) y muy buena (105-130).

El segundo instrumento fue la Escala de perspectiva espiritual (Spiritual Perspective Scale), autorizada para su uso por Pamela Reed. En estudios previos se reportó una consistencia interna por alfa de Cronbach > 0.75 y validación de constructo,^{20,26,30-32} mientras que para este estudio el alfa de Cronbach en la prueba piloto fue de 0.886. La prueba consta de dos dimensiones: creencias y prácticas espirituales, que son abordadas mediante 10 enunciados con respuesta tipo Likert, que van desde *nunca*, que representa 1 punto, hasta *más o menos una vez al día*, con puntaje de 6; para determinar el nivel de espiritualidad se consideraron los rangos de 10 a 30 puntos como bajo; de 31 a 45 puntos moderado; y de 46-60 puntos como alto.

Los datos se analizaron en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 17, por medio de frecuencias y porcentajes para las variables sexo, ocupación, estado civil, grado académico, religión que profesa, diagnóstico médico, hospitalizaciones previas, nivel de prácticas y creencias espirituales, y calidad de vida; los rangos, cuartiles, medias y desviación estándar se aplicaron para las variables cuantitativas como edad, tiempo con la enfermedad, días de estancia hospitalaria y número de hospitalizaciones previas. Asimismo, se realizaron pruebas de correlación de Pearson y Spearman para determinar la asociación de las variables pertenecientes a espiritualidad y calidad de vida con los datos sociodemográficos. Según la distribución de los datos, se aplicó *t* de Student, *U* de Mann Whitney y Kruskal-Wallis con el propósito de establecer diferencias. Se consideró el valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Con base en la Ley General en Materia de Investigación para la Salud,³³ el Marco ético legal de México para enfermeras y enfermeros en México³⁴ y el Código de Núremberg,³⁵ esta investigación es considerada de bajo riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes. Asimismo los datos obtenidos previo consentimiento informado son resguardados confidencialmente, respetando los principios de beneficencia, no maleficencia y de respeto a la dignidad humana, el cual incluye el derecho a la autodeterminación y la información completa.

Resultados

Acercas de los pacientes con enfermedad cardiovascular, el 50.8% fueron mujeres y la edad promedio fue de $48.7 \pm$

18.6 años (18-88 años). De los participantes 80.2% estaban casados o en unión libre y el 9.8% eran solteros, viudos, separados o divorciados. En cuanto a la ocupación, 37.7% se dedicaba al hogar, el 11.1% no tenía actividad laboral y el resto estaba empleado, era profesionista o trabajaba por su cuenta; el nivel académico predominante fue la educación básica (hasta escuela secundaria) con el 58.3%.

En relación con el diagnóstico médico, 11.1% no conocía su padecimiento; el tiempo que llevaba con la enfermedad iba de 0 a 65 años, con una media de 5.1 ± 8.4 y una mediana de 2 años. En cuanto a los días de estancia hospitalaria, hubo desde quienes ingresaron el mismo día de la aplicación de la encuesta, hasta quienes tenían tres meses de hospitalización, en promedio 11.2 ± 12.5 días y una mediana de 7 días; cabe señalar que por arriba del cuartil 75 estaban quienes tenían más de 15 días. Mientras que, de acuerdo con los antecedentes de hospitalización, el 59.9% ya contaba con un historial y había recibido tratamiento quirúrgico.

Por otra parte, al preguntarles directamente cómo evaluaban su calidad de vida en general, la mayoría de las personas la consideró de normal (41.8%) a buena (32.3%) y a la pregunta de si estaban satisfechas con su salud, 42.4% dijo que *normal* y 29.6% que *bastante satisfechas*. No obstante, al analizarse conjuntamente cada una de las dimensiones de la calidad de vida se observó una disminución en los que consideran calidad de vida normal (31.3%) y un aumento en los que piensan que tienen una buena calidad de vida (64%).

La percepción de los pacientes sobre la frecuencia con la que se sienten satisfechos va de normal a frecuentemente, en rubros como el sueño (67.7%), al realizar actividades de la vida diaria (63.6%), disfrutar de la vida (74.7%), sentido de la vida (76.4%), en sus relaciones personales (77.8%) y su vida sexual (64.6%), se sienten seguros (80.5%) y su medio ambiente es saludable (81.8%); no obstante, llama la atención que para el 60.3% el dolor físico le impide hacer grandes esfuerzos y 70.3% necesita un tratamiento médico para poder funcionar en su vida diaria.

Al asociar la variable calidad de vida con cada una de las dimensiones que la componen, se encontró que se correlaciona más con el medio ambiente ($r = 0.825, p = 0.000$), dominio físico ($r = 0.793, p = 0.000$) y estado psicológico ($r = 0.763, p = 0.000$). De igual forma, se determinó que, a mayor grado académico, los pacientes refieren tener mayor calidad de vida ($r_s = 0.278, p = 0.000$); sin embargo, no existe asociación entre la calidad de vida y la edad ($r = -0.040, p = 0.490$), el tiempo que tienen con la

Cuadro I. Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular (n = 297)

	Media ± DE	
Edad (en años)	48.7 ± 18.6	
	Frecuencia	%
Sexo		
Mujer	151	50.8
Hombre	146	49.2
Estado civil		
Casado	165	55.6
Unión libre	73	24.6
Soltero	23	7.7
Divorciado o separado	9	3
Viudo	27	9.1
Ocupación		
Desempleado	33	11.1
Hogar	112	37.8
Profesional	27	9.1
Campesino	19	6.4
Estudiante	22	7.4
Trabaja por cuenta propia (oficio, comerciante, taxista, mecánico)	33	11.1
Empleado (fábrica, restaurante)	43	14.5
Empresario	1	0.3
Jubilado	6	2
Sacerdote	1	0.3
Grado académico		
Primaria	105	35.4
Secundaria	68	22.9
Preparatoria	56	18.8
Carrera técnica	6	2
Licenciatura	54	18.2
Posgrado	8	2.7
Religión		
Ninguna	6	2
Católica	266	89.6
Espiritualista	2	0.7
Evangelista	4	1.3
Otra	2	0.7
De la Iglesia del Nazareno	1	0.3
Cristiana	12	4
Judía	1	0.3
Testigo de Jehová	1	0.3
Santería	1	0.3
Mormón	1	0.3
Hospitalizaciones previas		
No	119	40.1
Sí	178	59.9

DE = desviación estándar

enfermedad ($r = 0.021$, $p = 0.713$), los días de estancia hospitalaria ($r = 0.040$, $p = 0.496$) ni con el número de hospitalizaciones previas ($r = -0.015$, $p = 0.795$) (cuadro I).

Por otra parte, en cuanto a la variable espiritualidad, el 89.6% refirió ser de religión católica, 4% cristiano, 2% no profesaba ninguna religión y el resto era evangelista, espiritualista, judío, testigo de Jehová, de la religión santera, o mormón, entre otras.

La mayoría de la población estuvo de acuerdo en que el perdón es trascendental en su espiritualidad (56.2%) y es una guía para tomar decisiones en su vida diaria (51.9%); asimismo, para el 54.5% las creencias espirituales son parte importante de la vida, el 49.2% se siente frecuentemente muy cerca de Dios o de un poder superior en momentos importantes de su vida, 49.2% siente que Dios influye en su vida diaria y 54.2% piensa que Dios responde a muchas de las preguntas sobre el significado de su vida. Mientras que, en la práctica, por lo menos una vez al día el 40.4% menciona asuntos espirituales, el 57.9% reza en privado o medita y el 50.9% comparte sus problemas y alegrías a partir de sus creencias espirituales. De manera general, la mayoría presenta un nivel alto de espiritualidad (68%) y solo 7.1% un nivel bajo.

La espiritualidad se correlaciona con la edad ($r = 0.226$, $p = 0.000$) y de acuerdo con cada una de sus dimensiones, se observó mayor asociación con las creencias ($r = 0.904$, $p = 0.000$) que con las prácticas ($r = 0.860$, $p = 0.000$); contrariamente, no se encontró ninguna relación significativa con el tiempo que tiene de padecer su enfermedad ($r = 0.009$, $p = 0.882$), los días de estancia hospitalaria ($r = 0.111$, $p = 0.056$), el número de hospitalizaciones previas ($r = 0.065$, $p = 0.265$), ni con el grado académico ($r_s = -0.030$, $p = 0.606$).

Asimismo, al analizar la calidad de vida y la espiritualidad, se puede observar que se correlacionan de manera positiva, aunque débil ($r = 0.172$, $r^2 = 0.030$, $p = 0.003$); pero de manera más específica se aprecia que la espiritualidad se asocia más con la dimensión psicológica ($r = 0.203$, $p = 0.000$) y en menor intensidad con la física ($r = 0.156$, $p = 0.007$) (cuadro II); mientras que la calidad de vida se relaciona con las creencias espirituales ($r = 0.222$, $p = 0.000$) (figura 1).

La espiritualidad es mayor en las mujeres ($Z = -2.245$, $p = 0.025$), pero no existe diferencia entre quienes tienen o no antecedentes de hospitalizaciones previas ($Z = -1.384$, $p = 0.166$) o entre aquellos que viven o no con una pareja conyugal ($Z = -0.982$, $p = 0.326$). Este mismo fenómeno ocurrió con la calidad de vida, ya que no se observan

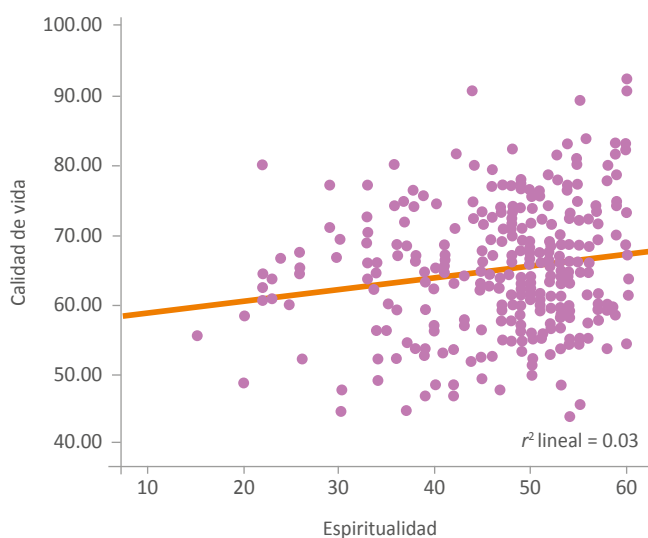
Cuadro II. Asociación entre las variables espiritualidad y calidad de vida con cada una de sus dimensiones y los datos sociodemográficos (n = 297)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Espiritualidad	1	0.860*	0.904*	0.172*	0.156*	0.203*	0.059	0.099	0.226*	0.009	0.111	0.065	-0.03
2. Prácticas espirituales			0.560*	0.069	0.102	0.073	-0.007	0.021	0.200*	-0.009	0.129*	0.030	-0.073
3. Creencias espirituales				0.222*	0.169*	0.268*	0.102	0.143*	0.199*	0.022	0.073	0.081	-0.038
4. Calidad de vida*					0.782*	0.774*	0.739*	0.839*	-0.040	0.021	0.040	-0.015	0.278**
5. Física						0.482*	0.469*	0.503*	-0.071	-0.061	0.116*	-0.115	0.149**
6. Psicológico							0.520*	0.513*	-0.043	0.069	0.002	0.058	0.246**
7. Relaciones sociales								0.541*	-0.111	0.002	0.051	0.029	0.292**
8. Medio ambiente									0.065	0.072	-0.037	0.031	0.265**
9. Edad										0.120*	-0.025	0.059	-0.139
10. Tiempo con la enfermedad											0.056	0.348*	0.032
11. Días de estancia hospitalaria												-0.037	-0.178
12. Número de hospitalizaciones													0.05
13. Grado académico													1

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

comportamientos diferentes entre hombres y mujeres ($t = 0.965$, $gl = 295$, $p = 0.336$), entre los que tienen o no pareja ($t = 0.257$, $gl = 295$, $p = 0.798$), o en aquellos que habían estado hospitalizados ($t = -0.648$, $gl = 295$, $p = 0.518$). Cabe mencionar que no se encontraron diferencias entre la calidad de vida de los pacientes y los niveles bajo, medio o alto de espiritualidad (chi cuadrada = 4.079, $gl = 2$, $p = 0.130$) (figura 2).

Figura 1. Correlación de la espiritualidad con la calidad de vida del paciente hospitalizado con enfermedad cardiovascular (n = 297)



Regresión lineal simple: $r = 0.172$, $r^2 = 0.030$, $p = 0.003$

Discusión

La caracterización de los pacientes en cuanto a sexo, estado civil y grado académico es semejante a la de otros estudios,^{5,7,14,25} lo cual está relacionado con una población activa y productiva y con una calidad de vida que aún no se ve afectada severamente por la aparición de una enfermedad crónica.

La percepción sobre la buena calidad de vida la expresan la mayoría de los pacientes sean hombres o mujeres y se relaciona más con el medio ambiente y el estado físico, datos similares a los encontrados por Dessotte,¹³ Freire de Aguiar,¹⁷ Álvarez-Gómez,¹⁸ Reyes-Martínez²⁷ y Sáens.³⁶ Esta percepción obedece posiblemente a que se sienten seguros, tienen información disponible, están satisfechos con los servicios de salud, tienen la oportunidad de realizar actividades recreativas, además de que la enfermedad posiblemente no ha deteriorado físicamente al paciente, al grado de permitirle realizar sus actividades de la vida diaria, dormir adecuadamente y tener la energía suficiente para trabajar a pesar de necesitar un tratamiento médico; asimismo, no se ha visto influido por la edad y el tiempo que lleva con la enfermedad.

En nuestros resultados se observó que cuanto mayor es el nivel educativo de los pacientes, estos muestran una mejor calidad de vida, por lo que es importante considerar con mucha cautela estos resultados, ya que el éxito de la aplicación de estrategias educativas en el propio paciente y en el cuidador primario dependen en gran medida de

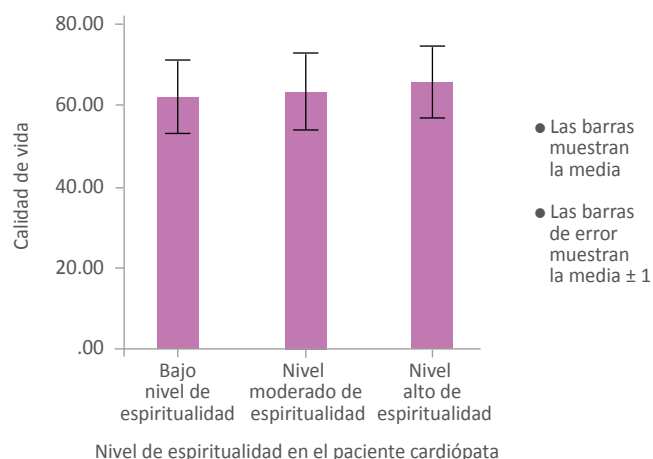
su capacidad para comprender los términos y los conocimientos, así como del consenso entre los profesionales de la salud sobre el tratamiento y la información proporcionada por el equipo multidisciplinario; por lo tanto, pueden influir en la adherencia al tratamiento una mayor capacidad de autocuidado, una mayor participación del paciente y una mayor concientización del mismo sobre la importancia del tratamiento y el cuidado que le prescribe el profesional de enfermería.

En relación con la calidad de vida de las personas con enfermedades cardiovasculares, los estudios previos han descrito que disminuye conforme las personas tienen más edad;¹⁰⁻¹³ no obstante, no encontramos una correlación entre dichas variables, dado que se percibe en nuestros participantes una buena calidad de vida por ser una población relativamente joven. Por lo tanto, es de suponerse que su estado físico les permite llevar a cabo una vida sin demasiadas limitaciones, inclusive satisfacer su necesidad sexual. Sin embargo, llama la atención que para la mayoría el dolor es un síntoma que le impide hacer actividades que requieren grandes esfuerzos y, por lo tanto, esta mayoría considera que solo con el tratamiento médico puede funcionar correctamente.

Según la evidencia,^{6,7,20,21} los pacientes con enfermedad crónica presentan un nivel alto o moderado de espiritualidad, datos que concuerdan con lo encontrado en nuestro estudio, lo que confirma que las creencias religiosas o espirituales adquieren una gran importancia en el momento en que se manifiesta una enfermedad y más aún cuando se sabe que es crónica, ya que es un momento crítico en la vida del individuo; de esta forma, se torna más aceptable el padecimiento y todo lo que ello conlleva: es entonces que uno aprende a compartir con otras personas su condición de salud, tal y como lo refiere Reed.³⁷ Por lo tanto, es fundamental que el profesional de enfermería valore esta necesidad humana que potencialmente se altera y requiere ser diagnosticada e intervenida. Esto podrá generar mecanismos de afrontamiento.

Para los pacientes cardíopatas de este estudio, pedir perdón a un ser supremo, sentirse cerca de él, rezarle o meditar, además de compartir con sus seres queridos (familia, cuidador, amigos) aquellos acontecimientos que le preocupan o le producen alegría, son las principales prácticas y creencias de espiritualidad, datos que coinciden con lo reportado en otros estudios.^{7,15,22,23,38} Es evidente que el componente espiritual del ser humano se altera ante la enfermedad, por lo que el profesional de enfermería deberá considerar en el plan de intervenciones que

Figura 2. Comparación de la calidad de vida según el nivel de espiritualidad del paciente hospitalizado con enfermedad cardiovascular (n = 297)



Prueba Kruskal-Wallis, chi cuadrada = 4.079, gl = 2, p = 0.130

los pacientes puedan expresar durante la hospitalización su fe religiosa y el acto de la oración, la escucha activa, la presencia y la compasión, además de permitir la participación de la familia, ya que la dimensión religiosa contribuye a la elaboración del duelo, la disminución de la angustia y la ansiedad, inclusive se interpretan los acontecimientos de forma positiva y se aborda de una manera más eficaz la triada trágica: la culpa, el sufrimiento y la muerte, tal y como lo refieren Santo¹⁶ y Nixon.²³ Además, este dato es importante si se considera que en México —que es un país en su mayoría creyente, predominantemente católico con 82.7% de devotos, y tan solo con 4.7% de población que no pertenece a ninguna religión— una de las prácticas sea pedir ayuda o agradecer a un ser supremo ante problemas específicos como la enfermedad.^{35,36}

En nuestra población de estudio, la espiritualidad se encontró asociada con la edad, la calidad de vida e inclusive podríamos decir que es aparentemente más frecuente en las mujeres. Estos datos se asemejan a lo encontrado en diversos estudios realizados con pacientes que padecen una enfermedad crónica. Dichos estudios han mostrado que la espiritualidad asociada con un ser superior y la fe en un poder mayor influyen de manera positiva en la salud, puesto que las personas con actividades religiosas tienen mejores redes de apoyo social, una actitud positiva en el cumplimiento terapéutico, en el cuidado corporal y adherencia al tratamiento; de igual forma, se observan menores tasas de depresión, ansiedad y estrés. De este modo la espiritualidad se vuelve una estrategia de afrontamiento

to.²⁷ Por lo anterior, es fundamental que el profesional de enfermería considere respetar las creencias espirituales de cada paciente y satisfacer la necesidad de espiritualidad, permitiéndole junto con su familia practicar actividades religiosas en un lugar cómodo, con el propósito de encontrarle un significado a la experiencia de salud, de relacionarse y de perdonar, lo cual tiene una gran trascendencia en la vida de las personas e influye en sus condiciones, modos, y estilos de vida, actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte, ya que, según Reed,^{7,8} existen variables personales y contextuales (entorno) que al interactuar pueden influir en el proceso de autotrascendencia (persona) o bienestar (salud) de las personas.

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos, se puede concluir que los pacientes que se encuentran hospitalizados por alguna enfermedad cardiovascular tienen un alto nivel de espiritualidad, mismo que se asocia positivamente con la calidad de vida, lo que confirma que cuando las personas se enfrentan a enfermedades crónicas, como es el caso de

la población de este estudio, se incrementan sus prácticas y creencias espirituales, independientemente de la religión que profesen, la edad, el grado académico, el tiempo que tengan con la enfermedad y el número de hospitalizaciones previas; una manera de practicar la espiritualidad es orar o meditar en privado, cuestión observada más en las mujeres. Asimismo, las creencias y prácticas espirituales se corresponden con un ser supremo para enfrentar la enfermedad; con esto se muestra la influencia que tiene la espiritualidad sobre el estado de salud y la calidad de vida.

Limitaciones del estudio

Este estudio permite obtener un panorama general de la espiritualidad, tanto en las creencias como en las prácticas que tiene la población adulta con algún tipo de enfermedad cardiovascular durante su hospitalización; sin embargo, se requieren estudios que permitan comprobar y establecer relaciones de causa-efecto que tienen diversas variables independientes con la espiritualidad y la calidad de vida, por lo que estos resultados deberán contemplarse con cautela en la práctica de enfermería.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra, Suiza: OMS; 2012. Disponible en <http://www.who.int/publications/es/> Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Causas de defunción. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad. México: INEGI; 2014. [Última actualización: 26 de mayo de 2016]. [Consultado el 21 de julio de 2016]. Disponible en <http://goo.gl/OzZbyA>
3. Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2):74-105.
4. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. España: Masson; 1996.
5. Beca-Infante JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. Ética de los Cuidados. 2008 Ene-jun;1(1):1-4.
6. Galvis-López MA, Pérez-Giraldo B. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. Aquichan. 2011;11(3):256-73. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n3/v11n3a03.pdf>
7. Reed G, Pamela. Middle range theory in nursing. Theory of self-transcendence. 2nd ed. New York: 2008. pp. 105-129.
8. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías de enfermería. 6ta ed. España: Elsevier Science; 2007.
9. Zavala M, Vásquez MO, Whetsell M. Fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. Aquichan. Oct 2007;7(2):174-88.
10. Bergman E, Malm D, Karlsson JE, Berterö C. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: sense of coherence, quality of life, and symptoms. Heart Lung. 2009 Mar-Apr; 38(2):129-40.
11. Park CL, Lim H, Newlon M, Suresh DP, Bliss DE. Dimensions of religiosity and spirituality as predictors of well-being in advanced chronic heart failure patients. J Relig Health. 2014 Apr;53(2):579-90. doi: 10.1007/s10943-013-9714-1.
12. Dias CM, Macedo LB, Gomes LT, de Oliveira PL, Albuquerque IV, Lemos AQ, et al. Quality of life of patients after an acute coronary event: hospital discharge. J Clin Med Res. 2014 Oct;6(5):362-8.
13. Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011 Sep-Oct.;19(5):1106-13. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/07.pdf>
14. Espíndula JA, Valle ERM, Bello AA. Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(6): 1229-36. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf
15. Dezorzi LW, Crossetti MGO. La espiritualidad en el cuidado de sí para profesionales de enfermería en terapia intensiva. Rev Latino-am Enfermagem 2008 março-abril;16(2). Disponible en [Internet]. [Consultado el 13 de junio de 2013]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_07.pdf
16. Santo CCE, Gomes AMT, de Oliveira DC, de Pontes APM, dos Santos EI, da Costa COM. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. Cogitare Enferm. 2013;18(2):372-8.
17. Freire-de Aguiar MI, Rios-Farias D, Leite-Pinheiro M, Soares-Chaves E, Tavares Palmeira Rolim IL, de Almeida PC. Calidad de Vida de Pacientes Sometidos a Transplante Cardíaco: Aplicación de la Escala Whoqol-Bref. Arq Bras Cardiol. 2011;96(1):60-7.
18. Álvarez-Gómez M, Gallegos-González MM, Ramírez-Sánchez FM, Luciano-Arlos MA. Calidad de vida de las personas con cambio val-

- vular o fibrilación auricular tratados con anticoagulación oral. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2012;20(3):99-105.
19. Pérez-Giraldo B, Veloza-Gómez MM, Ortiz-Pinilla JE. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/ AIDS. *Invest Educ Enferm*. 2012;30(3):330-8.
 20. Sánchez-Herrera B. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Invest Enferm*. 2009;27(1):86-95.
 21. Canaval GE, González MC, Sánchez MO. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colomb Med*. 2007;38(Supl 2):72-8.
 22. Reyes CA, Hincapié M, Herrera JA, Moyano PA. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. Cali 2001-2002. *Colombia Med*. 2004;35(4):199-204.
 23. Nixon AV, Narayanasamy A, Penny V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nurs*. 2013 Feb 1;12:2. doi: 10.1186/1472-6955-12-2. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567993/>
 24. Najafi M, Sheikvatan M, Montazeri A. Quality of life-associated factors among patients undergoing coronary artery bypass surgery as measured using the WHOQOL-BREF. *Cardiovasc J Afr*. 2009 Sep-Oct; 20(5):284-9.
 25. Narayanasamy A. Evaluating The Evidence: The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *J Clin Nurs*. 2006 Jul;15(7):840-51.
 26. Jasso-Soto ME, Pozos-Magaña MG, Olvera-Arreola SS, Cadena-Estrada JC. Análisis del bienestar espiritual de los pacientes cardiopatas hospitalizados en una institución de salud. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2014;22(3):95-101.
 27. Reyes-Martínez M, Cadena-Estrada JC. Comparación de la calidad de vida de los pacientes con prótesis valvular cardíaca biológica y mecánica. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2012;20(2):54-9.
 28. Urzúa MA, Jarne EA. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interamerican Journal of Psychology*. 2008;42(1):151-60.
 29. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile*. 2011;139:579-86.
 30. Kim SS, Reed PG, Kang Y, Oh J. Translation and psychometric testing of the Korean Versions of the Spiritual Perspective Scale and the Self-transcendence Scale in Korean elders. *J Korean Acad Nurs*. Dic 2012;42(7):974-83. doi: 10.4040/jkan.2012.42.7.974.
 31. Vázquez O, Whetsell M, Zavala MR. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*. 2006;6(1):8-21.
 32. Dailey DE, Stewart AL. Psychometric characteristics of the spiritual perspective scale in pregnant African-American women. *Res Nurs Health*. 2007 Feb;30(1):61-71.
 33. Ley General de Salud. México: Secretaría de Salud; 2012. [Consultado el 15 de junio 2014]. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
 34. Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Secretaría de Salud; 2001. Disponible en <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>
 35. Ferrer-Colomer M, Pastor García LM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? *Cuad Bioética* [Internet]. 1999; IX(37):103-12. Disponible en <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>
 36. Alonso-Sáens de Miera MJ, Balanza-Galindo S, Leal-Hernández M, Hernández-Menarguez F, García-Galbis Marín J, Abellán-Alemán J. Análisis de la calidad de vida y su relación con el riesgo cardiovascular en una población mediterránea con bajo riesgo. *Clin Invest Arterioscl*. 2009;21(6):268-72.
 37. Reed PG. Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health*. 1986;9:35-42.
 38. Rivera-Ledesma A, Montero M. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*. 2005;28(6):51-8.
-
-
- Cómo citar este artículo:**
Jasso-Soto ME, Pozos-Magaña MG, Cadena-Estrada JC, Olvera-Arreola SS. Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25(1):9-17.