

Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos

Spiritual Well-Being and Anxiety in Diabetic Patients

RESUMEN

El presente estudio investigó la correlación entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad-estado, en una muestra de 190 pacientes obtenida por medio de muestreo no probabilístico; los criterios de inclusión fueron: adultos de 35 a 85 años de edad, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, se excluyeron los pacientes con demencia. El marco teórico que guió el estudio es el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

El diseño fue descriptivo, transversal, correlacional. La muestra poblacional se distribuyó normalmente con una potencia de 80. Se utilizó el cuestionario de espiritualidad de Reed y la escala de ansiedad-estado de Spielberger; los instrumentos presentaron una consistencia interna favorable con un Alpha de Cronbach de .894 y .847 respectivamente. La información se recabó de cuatro instituciones de salud, una del primer nivel y tres del segundo nivel de atención.

El análisis de los datos se llevó a cabo a través del paquete estadístico SPSS versión 13. La edad media de los participantes fue de 57,36 años, con una desviación estándar de 11,4; el 55% fueron del sexo femenino, el 83,2% profesó la religión católica, el 51,5% presenta algún tipo de complicación asociada a la diabetes. El coeficiente de correlación entre el bienestar espiritual y la ansiedad-estado fue significativo. Estos resultados apoyan la hipótesis del estudio que refiere a mayor espiritualidad menor nivel de ansiedad-estado, situación que invita a profundizar en el estudio de estos fenómenos tanto en el área educativa como asistencial en la disciplina de enfermería.

PALABRAS CLAVE

Bienestar espiritual, ansiedad-estado, diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

The present study investigated the correlation between the levels of spiritual well-being and the levels of anxiety-been, in a sample of 190 patients obtained by means of nonprobabilistic sampling, the inclusion criteria were: adults of 35 to 85 years of age, diagnosed with diabetes mellitus type 2, excluded the patients with dementia. The theoretical frame that guided the study is the Model of Adaptation of Roy.

The design was descriptive, cross-sectional, correlational. The population sample was distributed normally with a power of the 80. It was used the questionnaire of spirituality of Reed and the scale of anxiety-been of Spielberger; the instruments displayed a favorable internal consistency with a Alpha de Cronbach of 894 and 877 respectively. The information was successfully obtained of four institutions of health, one of first level and three of the second level of attention.

The analysis of the data was carried out through statistical package SPSS version 13th. The average age of the participants was of 57,36 years with a standard deviation of 11,4; 55% were female gender, the 83,2% professes the catholic religion, the 51,5% presents some type of complication associated to diabetes.

The coefficient of correlation between the spiritual well-being and anxiety-been was significant. These results support the hypothesis of the study that refers to greater spirituality smaller level of anxiety-been; situation that it invites to deepen as much in the study of these phenomena in the educative area as welfare in the nursing discipline.

KEY WORDS

Spiritual well-being, anxiety-been, diabetes mellitus type 2.

1 Facultad de Enfermería, Campus Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Matamoros 8 y 9 Zona Centro CP. 87100 Cd. Victoria, Tamaulipas, México. mzavala@uat.edu.mx

2 Facultad de Enfermería, Campus Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Matamoros 8 y 9 Zona Centro CP. 87100 Cd. Victoria, Tamaulipas, México. ovazquez@uat.edu.mx

3 Lehman College of Nursing, Bronx, N.Y. Shuster Hall Room 158, Bedford Park Blvd. West. Bronx, NY 10468-1589 U.S.A. Facultad de Enfermería, Campus Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Matamoros 8 y 9 Zona Centro CP. 87100 Cd. Victoria, Tamaulipas, México. marwhet@hotmail.com



Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica y degenerativa susceptible de presentarse en todos los grupos socioeconómicos, étnicos y culturales; sus manifestaciones clínicas son progresivas dando lugar a una posible discapacidad parcial, completa o a la muerte. En 1993, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud reportó que en México la diabetes mellitus afectó entre 8 y 10% de la población mexicana mayor de 20 años, pero esta prevalencia aumenta sensiblemente en personas entre los 40 a 50 años de edad (1), situación que la pone de manifiesto como uno de los principales problemas de Salud Pública; en 1998, la diabetes fue la séptima causa de morbilidad, con 336.967 casos diagnosticados (98% con diabetes tipo 2), para 1999 se notificaron cerca de 239.000 casos en control y alrededor de 3.500 casos acumulados únicamente en la Secretaría de Salud. Se estima que para el 2025, a nivel mundial, nuestro país ocupará el séptimo lugar, con 12 millones de enfermos (2).

En el 2002 la diabetes mellitus tipo 2 se ubicó a escala nacional como la primera de las principales causas de mortalidad en mujeres con un 14,6%, y la segunda causa en hombres con un 9,9% (3). En este mismo año, en el estado de Tamaulipas, esa enfermedad crónica alcanzó una tasa de mortalidad, estandarizada por edad de 88,1 por 100.000 habitantes en mujeres, y en hombres la tasa fue de 90,9 (3), y fue la tercera de las principales causas de mortalidad general en esta misma entidad federativa con un 14,9% (4). En el año 2003 se reportó que en México la diabetes mellitus alcanzó un porcentaje de defunciones generales del 15,5 en el grupo de edad de 30 a 64 años; en cuanto al sexo, en los hombres representó el 12,5% y en las mujeres el 20,4% (5).

Diversos estudios reportan que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no sólo son afectados físicamente sino que también desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo cual conlleva un deterioro del bienestar y de la calidad de vida de quienes la padecen. Una de esas alteraciones emocionales son los cuadros de ansiedad o angustia que se manifiestan mediante miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo, entre otras conductas reactivas.

Entre las diversas definiciones del concepto de ansiedad se encuentra la de Lazarus (citado por Lewis y cols.) (6), quien la describe como una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluada por éste como amenazante o superior a sus recursos, y que pone en riesgo su bienestar. Por su parte, Spielberger (7) señala el estado de ansiedad como sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir, la aprehensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo de tiempo. Gordon (8) establece varios niveles de ansiedad, el nivel leve lo define como el aumento del estado de alerta asociado con la expectativa de una amenaza (no definida) para el yo o relaciones significativas.

La capacidad de resistencia ante la ansiedad varía entre las personas, dependiendo del funcionamiento físico, de las capacidades de afrontamiento y de la duración e intensidad de los periodos de ansiedad experimentados.

Para efectos del presente estudio se utilizó únicamente la escala de ansiedad-estado que mide el estado de ánimo situacional de las personas; las características esenciales que evalúa involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Uno de los factores que contribuye a afrontar los estados de ansiedad que vive el individuo es el referente a sus creencias espirituales. Meraviglia (9) señala que la espiritualidad se relaciona con las experiencias individuales que son únicas a cada persona, en este sentido el bienestar espiritual se relaciona con las creencias o los sistema de valores que constituyen en el individuo su fuente de fuerza, esperanza y trascendencia para la vida. Reed (citado por Whetsell) (10) llevó a cabo varios estudios sobre el bienestar espiritual, en ellos describe la espiritualidad como la inclinación para encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece, por tanto, existen diferencias en las respuestas adaptativas tanto conductuales como fisiológicas en los momentos de ansiedad que vive el individuo.

El presente estudio fue guiado por el Modelo de Adaptación de Callista Roy, en donde la ansiedad fue considerada como el estímulo focal que genera estímulos contextuales que alteran los modos adaptativos: el fisiológico, el del rol, el de autoconcepto y el de interdependencia, desencadenando alteraciones en los mecanismos regulador y cognitivo, lo cual incide en que las personas sean menos independientes y se deterioren tanto en lo físico como en lo psicológico. Con base en estas consideraciones se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿existe relación entre el nivel de bienestar espiritual y el nivel de ansiedad que manifiestan los adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el rango de edad de 35 a 85 años?

La hipótesis fue: a mayor bienestar espiritual menor nivel de ansiedad en los adultos con diabetes mellitus tipo 2.

Los objetivos del estudio fueron:

1. Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados y de Consulta Externa en cuatro instituciones de salud de Tampico- Cd. Madero Tamaulipas, México, por medio de una cédula demográfica.
2. Identificar los niveles de ansiedad-estado que presentan los pacientes participantes con diabetes mellitus tipo 2 mediante una escala de auto-evaluación.
3. Identificar los niveles de bienestar espiritual que manifiestan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por medio de un cuestionario con preguntas cerradas.
4. Detectar estadísticamente si existe correlación entre los niveles de ansiedad y los niveles de bienestar espiritual en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, participantes en el estudio.

Marco teórico

Esta investigación se guió por el Modelo de Adaptación de Callista Roy (RAM) en enfermería (11), el cual permite estudiar todo problema que produce desadaptación en la persona, como es el caso de las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2. El RAM provee las bases para conceptualizar relaciones mediante la identificación de conceptos cognitivos y emocionales positivos que puedan ayudar al proceso de enfrentamiento a los cambios que producen los problemas de salud crónicos. Desde la perspectiva de Roy, los aspectos que afectan a la persona se llaman estímulos

Uno de los factores que contribuye a afrontar los estados de ansiedad que vive el individuo es el referente a sus creencias espirituales.

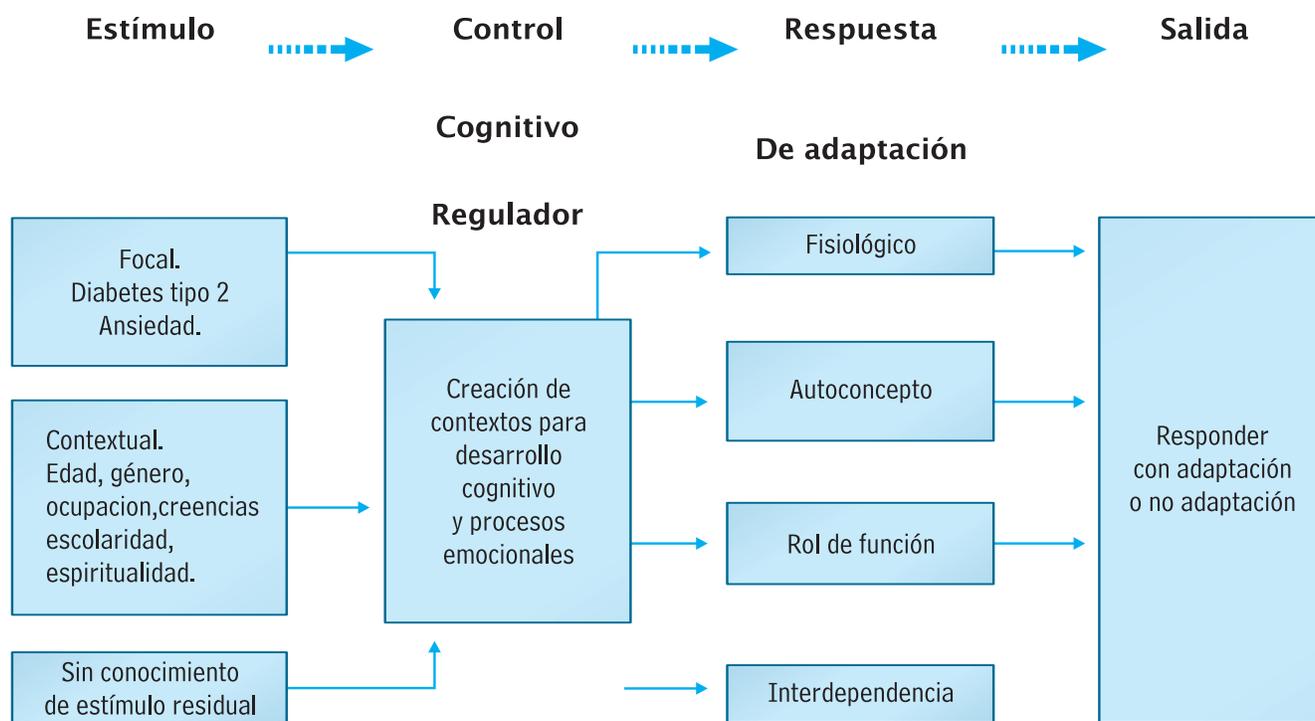
y provocan una respuesta adaptativa o inefectiva, además representan el punto de interacción del sistema adaptativo humano con el ambiente.

La ansiedad producida por la diabetes mellitus actúa como estímulo focal o como factor amenazante que confronta al enfermo en sus cuatro modos adaptativos: los cambios físicos como la pérdida de peso, alteración en los niveles de glicemia, disminución de la sensibilidad y del riego sanguíneo en miembros inferiores con mayor susceptibilidad a infecciones y disfunción en el metabolismo de los nutrientes que afecta el modo fisiológico. Al mismo tiempo, estos cambios traen con ellos sentimientos de desesperanza, dependencia e inseguridad, lo cual incide en el autoconcepto. La función de rol se ve alterada en cuestiones laborales, familiares y

sociales. Debido a todos estos cambios, el modo de interdependencia cambia a una función de dependencia.

Los estímulos contextuales, como los factores demográficos de edad, género, religión, escolaridad y ocupación, tienen una influencia en el efecto del estímulo focal. El mecanismo cognitivo, siendo el procesador que el individuo usa para pensar y desarrollar habilidades a fin de enfrentar los efectos del cambio, es usado para confrontar los efectos causados por el estímulo focal y para crear nuevas estrategias que ayuden a un cambio positivo. Específicamente en el RAM, el cognitivo es postulado como un subsistema para desarrollar estrategias cognitivas y emocionales para enfrentar los cambios del medio ambiente. A continuación se esquematizan estos conceptos del marco teórico.

MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY



Estudios relacionados

Por lo general todas las personas, en el transcurso de la vida, presentan periodos de temor y ansiedad generados por diversos factores, estas respuestas son reacciones defensivas ante un peligro, pueden evolucionar desde una respuesta adaptativa a un trastorno incapacitante, con repercusiones en el desarrollo psicológico y social de las personas, manifestándose mediante un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales (12).

En 1973, basado en el trabajo de Hildegard Peplau (citado por Young) (14), la ansiedad fue identificada como diagnóstico en el oficio de la enfermera; en 1980, fue suprimida de la lista de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como diagnóstico de enfermería y se convirtió en una característica que dependía del diagnóstico, miedo. En 1982, la ansiedad fue restablecida como diagnóstico y definida, con 17 indicadores subjetivos y 12 objetivos. Metzger e Hiltunen (citados por Young) (14) identificaron seis respuestas como señales críticas de la ansiedad: ansioso, aprehensión, tensión creciente, preocupación, miedo de consecuencias específicas y apenado. Esto refleja la importancia de la incidencia de este problema de salud y el de poder detectarlo y atenderlo de forma adecuada por el personal del área.

Gordon (8) define la ansiedad como un vago sentimiento de incomodidad cuyo origen es frecuentemente inespecífico o desconocido para el individuo; la clasifica en ansiedad leve, moderada y severa, diferenciándose por el aumento del nivel de alerta asociado con la expectativa de una amenaza que puede ser hacia el autoconcepto, el estado de salud, la posición

socioeconómica, el desempeño del rol, los patrones de interacción o el entorno. Gordon dice también que la ansiedad puede estar asociada a un conflicto inconsciente (valores esenciales o metas vitales). Otra de las definiciones de ansiedad y semejante a la anterior es la de McCloskey y Bulechek (13), quienes la definen como un sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro, como una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo; para la resolución de este problema, las autoras proponen, entre otras intervenciones, aumentar el afrontamiento, ayuda en la exploración, técnicas de relajación, distracción, enseñanza individual, facilitar las visitas y grupos de apoyo.

Entre los estudios que se han realizado sobre la variable de ansiedad, se encontró el de Young y cols. (14); ellas realizaron un estudio descriptivo, longitudinal, uno de sus propósitos fue explorar la ansiedad en pacientes adultos que experimentaban el trasplante de médula, los datos fueron recogidos en tres momentos, en el primer día del condicionamiento, 25 días más adelante, y 100 días de postransplante. De los 32 pacientes que iniciaron el estudio solamente 10 estaban vivos y disponibles en el tercer momento de recolección de datos. Utilizaron el inventario de ansiedad de State/Trait (STAI) y la escala gráfica de la ansiedad (GAS). Se encontró una correlación positiva significativa entre el STAI y las cuentas del GAS. La cuenta de la ansiedad-estado fue moderada en los momentos 1 y 3, y de ansiedad baja en la etapa 2.

Lawrence y cols. (15), efectuaron un estudio transversal de observación en un Centro de Medicina Familiar con el

propósito de analizar las relaciones entre síntomas, diagnósticos y la severidad de la enfermedad como indicadores de ansiedad y de la depresión. En los pacientes con niveles más altos de síntomas, era más probable que presentaran los diagnósticos tales como dolor de cabeza, osteoartritis, dolor abdominal y de diabetes mellitus. En todas las regresiones logísticas, el sexo femenino, la percepción de la salud más baja, más dolor y la mayor inhabilidad (días en cama), persistieron como estadísticos predictores positivos y significativos de síntomas más altos de ansiedad y depresión.

En cuanto a la asociación entre la diabetes mellitus y la ansiedad, De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero (16) llevaron a cabo un estudio *ex post facto*, transversal, con 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con edades entre 26 y 78 años. Utilizaron la escala de calidad de vida relacionada con la salud (Escaviris). Los resultados revelaron que el 43% de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida; una de las áreas que sobresalió fue la psicosocial, en donde se evaluaron aspectos emocionales como la ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, autoconcepto y algunos elementos de interacción social; el 60% de los pacientes no mostró deterioro y en un 15% fue severo ($p < 0,003$). Los resultados revelan la importancia de tomar en cuenta los factores psicosociales del paciente en el manejo y control de su enfermedad.

En el 2004, De los Ríos, Barrios y Ávila (17) efectuaron otro estudio *ex post facto* con el propósito de examinar la frecuencia de alteración emocional en una muestra de 100 de pacientes con insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética. Utilizaron el instrumento GHK-28 (General Health Questionnaire) de Goldberg. Los

resultados indicaron que el 86% de los pacientes cursaban con algún grado de alteración emocional; tuvieron más riesgo de padecerla aquéllos con más de diez años de evolución de su enfermedad. Se concluyó que la alteración emocional en este tipo de pacientes es alta y está asociada a la evolución degenerativa del padecimiento.

Murphy y cols. (18) realizaron un estudio en donde examinaron las tendencias históricas con respecto a la ansiedad en términos de su predominio, de su distribución por edad y género, y de su correspondencia con la depresión. Las muestras de adultos fueron seleccionadas y entrevistadas en 1952, 1970 y 1992. Encontraron que la ansiedad es dos veces más común que la depresión; el predominio de la ansiedad era igualmente estable. Una redistribución de edades en 1992, indicó que la depresión —pero no así la ansiedad— había aumentado perceptiblemente entre mujeres más jóvenes ($\frac{1}{4}$ 0,03 de P). En el transcurso del estudio, aproximadamente la mitad de los casos con ansiedad también presentó depresión, concluyendo que las relaciones entre la ansiedad y la depresión seguían siendo en un cierto grado similares, con la excepción del hecho de que la depresión vino asemejarse a la ansiedad como desorden, a la cual las mujeres estaban considerablemente más vulnerables que los hombres.

Respecto al concepto de espiritualidad existen diversas concepciones pero a la vez complementarias; Cawley (citado por McSherry) (22) propone que se pueden clasificar en dos amplias escuelas, los que creen en un Dios y los que no lo hacen. En contraste, Burnard (citado por McSherry) (22) señala que el concepto de espiritualidad se aplica a toda la gente, incluso a las personas que no creen en un Dios o ser

supremo. Por su parte, Stoll (citado por Meraviglia) (9) describe dos dimensiones de la espiritualidad: la dimensión vertical en su conexión con Dios o un Ser supremo, y la dimensión horizontal en su relación con uno mismo o la naturaleza. Él señala que esta dimensión refleja los valores y las creencias supremos de los sujetos. Labun (citado por Meraviglia) (9) considera que cada una de estas dimensiones está correlacionada, influyendo en los aspectos restantes de la persona. En consonancia con el concepto de bienestar espiritual, Ellison (citado por Cooper) (20) lo describió como un estado doble, con un componente religioso y un componente espiritual o existencial; este aspecto otorga un sentido de propósito y satisfacción con la vida personal. De ahí que la religión se defina como un sistema organizado de creencias y de prácticas compartidas por una determinada colectividad (19).

Frankl (citado por García y cols.) (19) afirma que la tarea del espíritu no es observarse así mismo, lo esencial y específico del hombre es estar ordenado y orientado a algo o a alguien, y sólo en esa medida de espiritualidad el hombre está en sí mismo. Se dice que el espíritu va más allá de lo sensible, es un impulso capaz de crear realidades particulares ya que se manifiesta en cada uno de los comportamientos de los individuos. Con relación a la asociación de este concepto y la salud, Reed y Peri (citados por Whetsell) (10) coincidían en señalar en que existe una conexión entre una espiritualidad fuerte y una mejoría en la salud mental, con la habilidad para afrontar el estrés de una enfermedad y el duelo; Reed describe la espiritualidad como la inclinación por encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece. Él indica que la

Se dice que el espíritu va más allá de lo sensible, es un impulso capaz de crear realidades particulares ya que se manifiesta en cada uno de los comportamientos de los individuos.

interrelación puede ser experimentada en forma intrapersonal, interpersonal o transpersonal.

Respecto al estudio de la espiritualidad, Piles (citado por Tongprateep, 2000) (21) opinó que no puede ser definida o aprobada por métodos científicos, ya que es una capacidad interna, propia de cada persona, por lo que muchos profesionales de la salud no consideran la espiritualidad como un aspecto importante en el cuidado del paciente. Emblen (citado por Whetsell) (10) analizó las definiciones de bienestar espiritual en la literatura de enfermería, coincidiendo en que la falta de una definición unificada sobre espiritualidad para la disciplina entorpece la investigación y el desarrollo de intervenciones espirituales.

Burkhardt (citado por Whetsell) (10) definió la espiritualidad como “el misterio revelado por medio de una interconexión armoniosa que nace de la fortaleza íntima”, utilizó la palabra “espiritualidad” como un concepto que connota un proceso y como tal se considera más útil para enfermería. Goddard (citado por Whetsell) (10), mediante un análisis filosófico del concepto, propone una definición de espiritualidad como una energía integradora que es capaz de producir armonía interna y holística, que combina cuerpo, mente y espíritu. Algunos atributos de la espiritualidad que Goddard identifica son la corporeidad, la vitalidad y fortaleza.

Los hallazgos de algunas investigaciones sobre la espiritualidad reportan sus beneficios en la vida de las personas; en este sentido, Cooper-Effa y cols. (20) llevaron a cabo un estudio descriptivo, transversal para examinar el efecto del bienestar espiritual en los pacientes que presentaban dolor por enfermedad de la célula de la hoz.

Utilizaron la escala de bienestar espiritual de Ellison, compuesta por 20 reactivos, 10 reactivos se centran en la satisfacción y dirección de la vida (bienestar existencial), el resto de reactivos se centran en la creencia en Dios (bienestar religioso). La capacidad de hacer frente al dolor fue determinada con el inventario multidimensional del dolor West HavenYale, constituido por 52 reactivos distribuidos en tres apartados: severidad del dolor, control de la vida e interferencia en la vida. El bienestar espiritual no se correlacionó con el nivel de interferencia con las actividades diarias y tampoco con la valoración del dolor de los pacientes, sin embargo, sí se correlacionó con la opinión de los pacientes del efecto de la enfermedad sobre sus vidas. Por tanto, el componente existencial del bienestar espiritual parece desempeñar un mayor papel, ya que puede predecir el control de la vida.

Tongprateep (21) realizó un estudio cualitativo con el propósito de describir los elementos esenciales de la espiritualidad entre 12 ancianos tailandeses rurales. El análisis de los datos arrojó tres categorías: la creencia espiritual con base en dos temas: la ley del Karma (ley de la causa y el efecto) y de la vida después de la muerte; la práctica religiosa consistió en cuatro temas: actos meritorios, la observación de preceptos morales, la gratitud y cuidado de la familia y la meditación. La tercera categoría se refirió a las consecuencias de la espiritualidad, contemplando los aspectos siguientes: afrontamiento de las vicisitudes de la vida, esperanza y una mente pacífica. En este estudio, la espiritualidad sirvió como la fuerza impulsora para los pensamientos, sensaciones, opiniones y las expresiones de los participantes con su creencia religiosa budista.

El componente existencial del bienestar espiritual parece desempeñar un mayor papel, ya que puede predecir el control de la vida.

La autora propone que la investigación adicional se debe conducir a través del proceso continuo de la salud y de la enfermedad con todos los grupos de edad y con individuos de diversas culturas y sistemas de creencias; además, consideró que los resultados del estudio proporcionan una base de conocimientos para explorar la espiritualidad y promover el cuidado holístico.

Hungelman (citado por Whetsell) (10) desarrolló un estudio cualitativo para determinar los componentes del bienestar espiritual; 31 participantes con edades entre 65 y 85 años fueron entrevistados, y se observaron durante 150 horas. Se identificaron tres categorías relativas al vínculo: a otro último, a otros y la naturaleza, a sí mismo y en relación con el tiempo, la percepción y aceptación del pasado, presente y futuro de cada uno. La teoría que unificó todo lo anterior fue la interconexión armónica. Otro estudio en esta misma línea fue el de Trice (citado por Whetsell) (10), quien realizó una investigación cualitativa para entender qué experiencias vitales tenían significado para las personas ancianas; participaron nueve mujeres y dos hombres, con edades entre 65 y 87 años. A cada participante se le pidió que describiera las experiencias y los sentimientos que daban significado a su vida. Los temas que resultaron estaban conectados con las experiencias relacionadas con la preocupación por otros. Esto se vincula con un sentido de bienestar espiritual, y el significado y la habilidad para relacionarse con otros de forma trascendente.

Reed (citado por Whetsell) (10) estudió la autotranscendencia y la salud mental; en un estudio participaron 55 personas ancianas con edades entre 80 y 97 años. Se utilizó la escala de Autotranscendencia

(STS), integrada por 15 ítems para medir una visión más amplia de sí mismo en experiencias interpersonales, intrapersonales y temporales. Se usó una entrevista semiestructurada que permitió a los participantes describir su enfoque en cosas diferentes a ellos mismos, las perspectivas sobre sus cambios físicos, de su pasado, presente y futuro. La salud mental se midió con la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la escala de Sintomatología de Salud Mental. El análisis matriz de la entrevista cualitativa obtuvo cuatro categorías: 1. generalidad: ayuda a otros y participación de la familia; 2. introyección: aprendizaje a través de los años y pasatiempos, viajes y trabajo en el hogar; 3. integración temporal: sentimientos sobre el pasado, presente y futuro; 4. trascendencia del cuerpo.

Las correlaciones entre el STS y las dos medidas de salud mental fueron significativas, lo cual fue respaldado en el análisis de la matriz. En otro estudio se aplicó la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) de Reed y el índice de experiencias espirituales en la versión del autotest y el Inspirit-R. En este trabajo se desarrolló la intervención de enfermería para el Inventario de Cuidado Espiritual (NISCI) con la finalidad de medir la importancia de las intervenciones de enfermería. El estudio arrojó una correlación positiva entre el STS, el SPS y el Inspirit: los ítems preferidos en el NISCI fueron los que estaban dirigidos hacia una actitud de cuidado, respeto por las creencias religiosas, ayuda a sentirse esperanzado, escucha y dar privacidad a la actividad espiritual. Los ítems menos preferidos fueron las intervenciones que incluyeron rezar con la persona y discutir ideas sobre Dios. Este resultado, de acuerdo con Bauer y Barrón, podría estar relacionado con la percepción de que el papel de la enferme-

ra no es participar con el individuo en aspectos privados de su vida.

McSherry y cols. (22) realizaron una investigación de corte cualitativo con el propósito de conocer cómo los pacientes, las enfermeras y la gente de las principales religiones del mundo entienden el concepto de la espiritualidad. Los resultados demostraron que mientras las enfermeras expresaron definiciones claras de la espiritualidad en línea de Murray y Zentner (1989), para los pacientes era confuso su significado y además lo consideraban como sinónimo de religión. Las expresiones registradas en el estudio sugirieron que el concepto de la espiritualidad no puede ser reconocido de manera universal, ya que tiene diversos significados e interpretaciones, por lo que se necesita tener precaución al intentar aplicar el concepto a los diversos grupos religiosos. Los resultados también implican la necesidad de considerar las diferencias interculturales, ya que la espiritualidad se puede percibir en forma diferente por las enfermeras y los pacientes; además, puede haber diferencia cultural en y entre profesionales del cuidado médico.

Metodología

Se utilizó un diseño descriptivo, transversal y correlacional; la muestra se determinó mediante la técnica de muestreo no probabilístico; por disponibilidad, se integró con 190 pacientes con base en los siguientes criterios de inclusión: pacientes adultos de 35 años en adelante, ambos géneros, con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 con y sin complicaciones; la muestra poblacional fue seleccionada de los servicios de hospitalización y consulta externa de cuatro instituciones de salud

(una del primer nivel de atención y tres del segundo nivel) ubicadas en Tampico y Ciudad Madero Tamaulipas. El criterio de exclusión fue que no tuvieran demencia.

Para la recolección de los datos se utilizó una cédula sociodemográfica con la que se capturó la edad, el género, la escolaridad, el estado civil, el tipo de trabajo, el salario, la religión, el número de integrantes por familia de los usuarios y la procedencia; también se consideró el diagnóstico médico y los años de evolución de la enfermedad.

Para la medición de la espiritualidad se utilizó el formulario estandarizado de Reed estructurado con 10 reactivos, los cuatro primeros se relacionan con cuestiones de bienestar espiritual y se califican con una escala de seis puntos: 1 = nunca, 2 = menos de una vez al año, 3 = más o menos una vez al año, 4 = más o menos una vez al mes, 5 = más o menos una vez a la semana, 6 = más o menos una vez al día. El resto de reactivos se refieren a aspectos de religión y se califican con la siguiente escala: 1 = extremadamente en desacuerdo, 2 = desacuerdo, 3 = en desacuerdo más que en acuerdo, 4 = de acuerdo más que en desacuerdo, 5 = de acuerdo, 6 = extremadamente de acuerdo. Por encontrar resultados similares en los dos componentes del cuestionario, se reportaron en forma global.

En cuanto a la medición de la variable ansiedad, se aplicó el inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE), de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), en su versión al español, denominado formulario de autoevaluación. Para efectos del presente estudio se utilizó únicamente la escala de ansiedad-estado que mide el estado de ánimo situacional de las personas; las

características esenciales que evalúa involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión. La cédula contempla 20 reactivos con una escala de respuestas de cuatro puntos: 1= no en lo absoluto, 2= un poco, 3= bastante y 4= mucho; su puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80. La escala ansiedad-estado del IDARE está balanceada para evitar la respuesta indiscriminada mediante 10 reactivos con calificación directa y 10 reactivos con calificación invertida (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20), es decir, en el caso de estos reactivos la calificación para las respuestas marcadas 1, 2, 3 ó 4, viene a ser de 4, 3, 2 y 1 respectivamente. Se abordó a cada uno de los pacientes de manera individual, se les explicó la finalidad del estudio y se les preguntó si estaban de acuerdo en participar, en caso afirmativo, se les solicitó que firmaran el formato de consentimiento informado y se les informó que tenían la libertad de retirarse del estudio cuando quisieran; además, se les invitó a que respondieran las preguntas según se sintieran en ese momento de la entrevista. Si bien se efectuó un estudio sin riesgo, dado que no se realizó ninguna intervención, siempre se respetó el anonimato de la información al no identificar los cuestionarios con el nombre de los participantes.

La información se recabó en un periodo de tiempo de dos meses, y se procesó mediante el paquete estadístico SPSS versión 13; se analizó mediante estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central, frecuencias y proporciones, además se determinó la correlación entre las variables en estudio. También se determinó, mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach, la consistencia interna de los instrumentos de medición.

La espiritualidad no puede ser reconocida de manera universal, ya que tiene diversos significados e interpretaciones, por lo que se necesita tener precaución al intentar aplicar el concepto a los diversos grupos religiosos.

Resultados

Con relación a los datos sociodemográficos de la muestra constituida por 190 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la tabla 1 se detecta que predominó el género femenino; en cuanto a la edad, el mayor porcentaje de la población en estudio, de ambos géneros, se concentró en el rango de 50 a 64 años. El promedio de edad de los participantes fue de 57,36 con una desviación estándar (*DE*) de 11,40; mediana de 58,00 y moda de 60.

Tabla 1. Distribución de pacientes por grupos de edad y género

| Grupo de edad | Masculino | | Femenino | | Total | |
|---------------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | F | % | F | % | F | % |
| 35 - 49 | 17 | 9,0 | 29 | 15,2 | 46 | 24,2 |
| 50 - 64 | 45 | 23,7 | 49 | 25,8 | 94 | 49,5 |
| 65 - 85* | 24 | 12,6 | 26 | 13,7 | 50 | 26,3 |
| Total | 86 | 45,3 | 104 | 54,7 | 190 | 100,0 |

*Rango no homogéneo por encontrar un solo sujeto en el rango de 80-85 años.

La mayoría de los participantes saben leer y escribir (85,3%); en la tabla 2, predominaron los estudios de enseñanza básica, cerca del 20% sin ningún tipo de estudios. Respecto al estado civil, aproximadamente el 50% de los pacientes son casados; un alto porcentaje profesan la religión católica.

Tabla 2. Características sociodemográficas de pacientes participantes

| Variable | | f | % |
|--------------|------------|-----|------|
| Escolaridad | Ninguno | 33 | 17,4 |
| | Primaria | 77 | 40,5 |
| | Secundaria | 40 | 21,0 |
| | Otros | 40 | 21,0 |
| Estado civil | Viudo | 39 | 20,5 |
| | Casado | 87 | 45,8 |
| | Otro | 64 | 33,7 |
| Religión | Católica | 158 | 83,1 |
| | Otro | 24 | 12,6 |

Fuente: Cédula sociodemográfica. n=190.

En relación con el número de integrantes por familia, la mayor proporción estaba conformada por tres a cuatro miembros (40,5%). En cuanto a la percepción económica de los 67 pacientes que manifestaron que trabajan de manera eventual, la mayoría percibe un salario semanal que oscila de 400 a 900 pesos. Los participantes procedían de los estados de Veracruz, Tamaulipas y San Luis Potosí. La tabla 3 indica que los pacientes tenían de uno a treinta años de padecer la diabetes mellitus tipo 2, más del 50% ya presentaban algún tipo de complicación, en su mayoría, con un rango de uno a diez años de evolución.

Tabla 3. Años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 con y sin complicaciones en pacientes encuestados

| Años de evolución | Diabetes mellitus | | Nefropatía diabética | | Pie diabético | |
|-------------------|-------------------|------|----------------------|------|---------------|------|
| | F | % | F | % | F | % |
| 1 - 5 | 31 | 16,3 | 18 | 9,5 | 15 | 7,9 |
| 6 - 10 | 34 | 17,9 | 20 | 10,5 | 11 | 5,8 |
| 11 - 15 | 11 | 5,8 | 8 | 4,2 | 9 | 4,7 |
| 16 - 20 | 8 | 4,2 | 7 | 3,7 | 4 | 2,1 |
| 21 - 25 | 4 | 2,1 | 1 | 0,5 | 3 | 1,6 |
| 26 - 30 | 4 | 2,1 | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| Total | 92 | 48,4 | 55 | 28,9 | 43 | 22,6 |

Fuente: Cédula sociodemográfica. n=190.

Respecto a los instrumentos de medición, obtuvieron una consistencia interna aceptable, el cuestionario de espiritualidad obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,89 y la escala de ansiedad-estado alcanzó un alpha de 0,84

Con base en el bienestar espiritual de la población en estudio, los resultados se categorizaron por niveles en función de la puntuación total de la escala (60), la tabla 4 muestra que en ambos géneros osciló de moderado a alto, con predominio de este último nivel en la mujer. En la tabla 5 se indica el nivel de ansiedad en función de la puntuación máxima en la escala (80), también se categorizaron los datos, se encontró moderado nivel de ansiedad en más del 50% en ambos sexos. Con los puntajes de cada instrumento de medición se obtuvieron índices, tanto para la escala de espiritualidad como de ansiedad, lo que se retomó para un análisis de correlación de Spearman, por la naturaleza ordinal de las variables originales, la relación lineal entre las variables del objeto de estudio resultó estadísticamente significativa (-.276, valor $p = .000$) con relación a un nivel de significancia de .01 previamente establecido.

Tabla 4. Bienestar espiritual en pacientes participantes

| Nivel | Escala original con puntaje máximo de 60* | | | |
|----------|---|-------|---------|-------|
| | Hombres | | Mujeres | |
| | f | % | f | % |
| Leve | 16 | 18,6 | 18 | 17,3 |
| Moderado | 35 | 40,7 | 37 | 35,6 |
| Alto | 35 | 40,7 | 49 | 47,1 |
| Total | 86 | 100,0 | 104 | 100,0 |

* Leve: 10-30; moderado: 31-45; alto: 46-60. n= 190.

Tabla 5. Nivel de ansiedad de pacientes participantes

| Nivel | Escala original con puntaje máximo de 80* | | | |
|----------|---|-------|---------|-------|
| | Hombres | | Mujeres | |
| | f | % | f | % |
| Leve | 26 | 30,2 | 25 | 24,0 |
| Moderado | 51 | 59,3 | 77 | 74,0 |
| Severo | 9 | 10,5 | 2 | 2,0 |
| Total | 86 | 100,0 | 104 | 100,0 |

* Leve: 20-40; moderado: 41-60; severo: 61-80. n=190.

Discusión

No obstante que algunas investigaciones (15, 18) reportan mayor vulnerabilidad en las mujeres en presentar estados de ansiedad, esto no coincide con los resultados de este estudio, pues incluso se encontró mayor porcentaje de hombres (10,5%) en el nivel de ansiedad severo en comparación con las mujeres (2%). Sin embargo, lo más pertinente es detectar cuáles son las diferentes formas de afrontamiento de la ansiedad más que las diferencias de género, de manera que se puedan establecer las intervenciones de salud en función de las respuestas individuales de los pacientes.

En la muestra en estudio se destacó el porcentaje de mujeres con diabetes mellitus, así como también el rango de edad de 50 a 64 años en ambos sexos, lo cual coincide con datos estadísticos a nivel estatal y nacional en México (1, 2, 3, 4, 5). Otro dato demográfico pertinente en resaltar es el porcentaje de pacientes que ya presentan algún tipo de complicación (51%), situación que refuerza la necesidad de educarlos en su autocuidado con un enfoque integral.

Estadísticamente se encontró una asociación significativa (ρ de Spearman $-.276$, $p=.000$) entre los niveles de las variables centrales en la muestra poblacional participante, pues los datos muestran evidencia de que a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad, resultado que apoya la hipótesis del estudio y coincide con trabajos realizados en donde se reporta el efecto positivo de la espiritualidad en el estilo de vida de los individuos (10, 20, 21). Sin embargo, es pertinente señalar que a través de la interacción con los pacientes, ellos dimensionaron con mayor predominio esa característica de su personalidad en la línea de lo religioso, pues expresaban que su fe les daba la fuerza para sobrellevar su estado de salud hasta que Dios se los permita (10, 20, 21).

El presente trabajo constituye una aproximación al estudio de las variables de ansiedad y bienestar espiritual, ya que en México son escasas las investigaciones con este enfoque en el ámbito de enfermería, por lo que es recomendable realizar otros estudios en muestras con características similares y distintas con el fin de identificar los factores implicados para que las personas encuentren sentido de su existencia en función de sus valores, creencias y experiencias personales.

Implicaciones teóricas

Los resultados de este estudio confirman que el bienestar espiritual se puede clasificar como estímulo contextual positivo que contribuye de manera significativa a que las personas con diabetes mellitus tipo 2 tengan la capacidad para afrontar las reacciones emocionales consecuentes con la evolución crónica e incapacidad física y social derivadas de la enfermedad y logren, en la medida de lo posible, adaptarse a las condiciones de salud en las que se encuentran actualmente a consecuencia de este padecimiento. Los niveles altos de bienestar espiritual, para la población participante, significan que la fe les ayuda a apreciar el sentido de la vida y a encauzar el camino para tratar de lograr la adaptación a estilos de vida favorables.

Implicaciones para enfermería

En la práctica de enfermería clínica, promover el bienestar espiritual relacionado con la salud puede ayudar al paciente a afrontar el cambio físico y psicosocial que se produce por el avance progresivo de la cronicidad de las patologías degenerativas. En este sentido, el papel de enfermería implica entender y reflexionar

la importancia de la espiritualidad, lo que puede fortalecer de modo eficaz y adecuado el cuidado holístico de los pacientes y de esta manera hacer visible la ayuda profesional en esta dimensión humana.

Los resultados de este estudio también tienen implicaciones en la educación de usuarios y profesionales de la salud. La función educativa de enfermería debe enfatizar en el desarrollo de estrategias para que los individuos con diabetes mellitus tipo 2 participen en forma activa y asuman la responsabilidad en su autocuidado para mejorar en su calidad de vida. Por tanto, a fin de que la educación de los usuarios de los servicios de salud sea efectiva se necesita una serie de condi-

ciones, tales como capacidad de comunicación efectiva, actitud de empatía, comprensión de patrones culturales y valores de los pacientes. Aunado a lo anterior, se debe considerar a la familia como una red de apoyo.

En lo que respecta a la formación educativa de los alumnos de enfermería se requiere que los profesores mediten con más profundidad en su currículo oculto, lo cual contribuye al fortalecimiento de habilidades del saber ser en connotación con el saber y el saber hacer en su práctica diaria, a fin de que puedan contribuir de forma más significativa en la preparación de nuevas generaciones que respondan a las necesidades de salud de nuestro tiempo.

Respecto al área de investigación, en el campo de enfermería en América Latina son escasos los estudios sobre espiritualidad y sus implicaciones en la salud, por lo que es un campo rico en oportunidades para planificar e implementar proyectos de investigación en los servicios de salud que incrementen el conocimiento propio de enfermería, y generen elementos teórico-prácticos que aumenten la calidad del cuidado acordes con las demandas de necesidades de la población.

Agradecimientos

Este trabajo de investigación fue financiado con presupuesto federal a través de PIFI-2.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de enfermedades crónicas. México; 2001.
2. Kuri M., Vargas Z., Zárate H. y Juárez V. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. La diabetes en México [en línea]. [Con acceso en 02/03/2006]. Disponible en: <http://www.invdes.com.mx/antiguos/junio2001/index2.html>
3. Estadísticas de mortalidad. Revista de Salud Pública de México 2004; 46(2): 169, 175-176, 178, 181.
4. Secretaría de Salud. Principales causas de mortalidad general, Tamaulipas, México; 2002.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas de mortalidad. México [en línea]. [Con acceso en 05/10/2005]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/rutinas/ept.asp?t>
6. Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, Giddens, Bucher. Enfermería Médicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. 6ª ed. Madrid: Mosby; 2004.
7. Spielberger, Díaz-Guerrero. Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE). México D.F.: El Manual Moderno; 1975.
8. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. España: Mosby; 2003.
9. Meraviglia M. Critical análisis of spirituality and its empirical indicators. Revista de enfermería holística 1999; 17(1):18-33 [en línea]. [Con acceso en 14/08/2005]. Disponible en: <http://www.blackwell-sinergy.com>
10. Whetsell, Frederickson, Aguilera, Maya. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. Revista Aquichan 2005; 4(1): 73-85.
11. Roy C, Andrews H. The Roy Adaptation Model. Stanford: Connecticut: Appleton y Lange; 1999.
12. Becerra V. Gabinete de psicología. Trastornos por ansiedad. Cádiz 2005 [en línea]. [Con acceso en 14/08/2005]. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/S-02633/ANSIEDAD.html>

13. McCloskey J, Buleche K G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Mosby; 2005.
14. Young Todd, Sandy, Simuncak. Validation of the diagnosis of anxiety in adults with marrow grafo [en línea]. [Con acceso en 10 /10/2005]. Disponible en: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4065/is_200207/ai_n9110748
15. Lawrence, Parkerson, Doraiswamy. Opinion, pain and incapacity of health as correlations of anxiety symptoms and the depression in patients of the primary care [en línea]. [Con acceso en 10/09/2005]. Disponible en: http://www..medscape.com/viewarticle/434349_2
16. De los Ríos, Sánchez, Barrios, Guerrero. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica, IMSS, 2003; 42(2): 109-116 [en línea]. [Con acceso en 14/10/2005]. Disponible en: http://buscador.imss.gob.mx:8080/search_Engine/jsp/search_advSearch.jsp?QueryText=espiritualidad&ResultStart=1&ResultCount=20&serverSpec=11.254.14.41%3A9920&LastQuery=%28ansiedad%29&SortSpec=Score+desc&x=40&y=4
17. De los Ríos, Barrios, Ávila. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. Revista médica IMSS, 2004; 42(5): 379-385 [en línea]. [Con acceso en 14/10/2005]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/5185E4AB-507A-4159-8DBA-C2DF5A576DFB/0/2004rm4205alt_emocionales.pdf
18. Murphy, Horton, Laird, Monson, Sobol, Leighton. Anxiety and depression: a 40 year perspective on relationships regarding, prevalence, distribution and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:355-375 [en línea]. [Con acceso en 17/08/2005]. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com>
19. García, Passaro, Sarmiento, Goetz, Cúneo, Díez, et al., Claves para la vida. 1º ed. Estados Unidos de América: Barsa Planeta; 2001.
20. Cooper-Effa, Blount, Kaslow, Rothenberg, Eckman. Role of Spirituality in patients whit Cell Disease. *Journal American Board of Family Practice*, 2001; 14(2): 116-122 [en línea]. [Con acceso en 10/09/2005]. Disponible en: http://www..medscape.com/viewarticle/434349_2
21. Tongprateep T. The essential elements of spirituality among rural Thai elders. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(1): 197-203 [en línea]. [Con acceso en 14/08/2005]. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com>
22. McSherry, Cash, Ross. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 934-941 [en línea]. [Con acceso en 12/08/2005]. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com>