



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de enfermería

Relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida de la persona con diabetes

TESIS

Que para obtener el grado de

Licenciado en Enfermería

Presenta

Izamar Valencia Valencia

Asesora

M.E. Ana Celia Anguiano Morán

Coasesora

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Morelia Michoacán, abril 2018

Directivos

ME. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

Directora de la facultad de enfermería

DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA

Secretaria Académica

ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA

Secretaria Administrativa

Mesa Sinodal

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Asesora

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora

Dra. Ma. Del Carmen Montoya Díaz

Vocal 1

M.C. Francisco Javier Ferreyra López

Vocal 2

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mis padres, Baldemar Valencia Valencia y Elizabeth Valencia Núñez mi ejemplo de lucha y amor incondicional, con el que me impulsan a ser mejor y seguir siempre adelante. Por su amor incondicional, por enseñarme a ser mejor y siempre seguir adelante. Por enseñarme lo fuerte que se tiene que ser en la vida ante las debilidades. Por darme una carrera para mi futuro y por creer en mis capacidades, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado ahí brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis hermanos por su amor, por estar siempre presente acompañándome, por su apoyo y confianza.

A mis amigos que en todo momento estuvieron ahí de una u otra manera dándome su apoyo estando ahí conmigo y a mi amor eterno. Y a toda mi familia que siempre han estado apoyándome en todo momento.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a Dios que me permitió y me dio el don de la perseverancia para poder alcanzar mi meta.

A mis asesoras de tesis M.E. Ana Celia Anguiano Morán y Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz; por la paciencia y el apoyo que me brindaron durante este proceso ya que nunca me dejaron sola y por ser de mí una mejor persona a través de sus consejos, sus enseñanza, sus conocimientos, sus orientaciones, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para la formación de esta investigación, necesario para cumplir mis objetivos como persona, estudiante y ahora como profesional, porque por su apoyo pude concluir mi carrera.

Gracias por ganarse mi lealtad, admiración y respeto, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta tesis.

Al Hospital General de Sub Zona Medico Familiar # nueve (IMSS) de la ciudad de Apatzingán de la Constitución, que me permitió realizar las encuestas brindándome todo su apoyo y solidaridad.

Resumen

La espiritualidad son puntos de vista personales (creencias) y comportamientos que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo mayor que sí mismo. Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Objetivo. Medir la relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida de la persona con diabetes mellitus tipo2. Diseño no experimental y transversal; muestra no probabilística a conveniencia de 80 personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 de un hospital general de Apatzingán de la Constitución, Michoacán; se utilizó el instrumento Escala de Perspectiva Espiritual de Reed con 10 ítems, donde a mayor puntaje mayor espiritualidad. Para medir calidad de vida se utilizó el instrumento WHOOL-BREF con 26 ítems y cuatro categorías, donde a mayor puntaje mayor calidad de vida. Se empleó el programa SPSS v22 y se utilizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas y variable de estudio mediante medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias y porcentajes. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes encuestados fueron del sexo femenino (62.5%), media de edad de (46.89; $DE=8.817$) años. En la espiritualidad se tuvo una media de (163.08; $DE=20.059$) en la escala total y la dimensión con mejor puntuación fue creencias espirituales (143.01; $DE=17.834$) y con menor puntaje fue practicas espirituales (118.03; $DE=15.188$). En calidad de vida se obtuvo una media de (89.51; $DE=3.799$), la dimensión con mejor puntuación fue entorno (28.2375; $DE=1.67818$) y con menor puntuación fue relaciones sociales (10.48; $DE=1.263$). Se concluye que los participantes de esta investigación consideran que es importante llevar un control con lo espiritual y su enfermedad.

Palabras clave: espiritualidad, calidad de vida, diabetes mellitus tipo 2.

Abstract

Spirituality are personal views (beliefs) and behaviors that express a sense of relationship to a transcendent dimension or something greater than itself. Religious beliefs or spiritual assume great importance at the time of disease and transcendental moment in the life of the individual. Objective measure the relation between the level of spirituality and the quality of life of the person with type 2 diabetes. Design not experimental and cross; sample probabilistic convenience of 80 people with a diagnosis of diabetes type 2 in a general hospital in Apatzingan of the Michoacán constitution was not used the instrument scale of spiritual perspective of Reed with 10 items where a higher score higher spirituality. The WHOOL-BREF instrument with 26 items and 4 categories, where a higher score greater quality of life was used to measure quality of life. Used the program SPSS v22 and used descriptive statistics to socio-demographic variables and variable of study using measures of central tendency, persecution, frequency and percentage. The results showed that the majority of the surveyed participants were female (62.5%), mean age (46.89; $OF=8.817$) years. In spirituality, it was an average of (163.08; $OF=20.059$) scale total and the dimension with best score was spiritual belief (143.01; $OF=17.834$) and whit lowest score was spiritual practices (118.03; $OF=15.188$). Quality of life yielded an average of (89.51; $OF=3.799$), the dimension whit best score was environment (28.2375; $OF=1.67818$) and whit the lowest score was social relations (10.48; $OF=1.263$). It is concluded that participants of this research considered that it is important to take control with the spiritual and its disease.

Keywords: spirituality, quality of life, type 2 diabetes mellitus.

Contenido

I.	Introducción	10
II.	Justificación	12
	Capítulo 1	18
III.	Planteamiento del problema	19
IV.	Objetivos	21
	4.1. Objetivo general.....	21
	4.2. Objetivos específicos	21
	Capítulo 2	22
V.	Marco teórico	23
	5.1 Teoría de la autotranscendencia de Pamela G. Reed	23
	5.1.1 Aspectos biográficos.	23
	5.1.2 Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría	23
	5.1.3 Pruebas empíricas utilizadas en el desarrollo de la teoría	24
	5.1.4 Conceptos principales y definiciones	26
	5.1.5 Metaparadigma.....	28
	5.1.6 Afirmaciones teóricas.....	29
	5.1.7 Forma lógica	30
	5.2.1 Espiritualidad	34
	5.2.2 Concepto	34
	5.2.3 Religión	34
	5.2.4 Generalidades	35
	5.3.1 Diabetes mellitus	35
	5.3.2 Clasificación.....	36
	5.3.3 Signos y síntomas.....	37

5.3.4 Diagnostico	38
5.3.5 Complicaciones	38
5.4.1 Calidad de vida	38
5.4.2 Concepto	39
5.4.3 Calidad de vida relacionada con la salud.....	41
5.4.4 Generalidades	41
Capítulo 3	43
VI. Material y métodos	44
6.1 Tipo y diseño de estudio	44
6.2 Universo.....	44
6.3 Muestra.....	44
6.4 Criterios de selección.....	44
6.4.1. Criterio de inclusión.....	44
6.4.2. Criterio de exclusión.....	45
6.5 Operalización de variables	45
6.5.1 Variable independiente	45
6.5.2 Variable dependiente	45
6.6 Instrumentos.....	45
6.6.4 Covariables.....	47
6.6.5 Procedimiento	47
6.6.6 Análisis estadístico	48
VII. Resultados.....	49
VIII. Discusión	52
IX. Conclusiones.....	54

X.	Sugerencias.....	55
XI.	Consideraciones éticas y legales	57
XII.	Referencias bibliográficas	60
XII.	Apéndices.....	64
XIII.	Anexos	71

I. Introducción

En este trabajo se identificó la relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida en la persona con diabetes mellitus tipo 2 debido a que el ser humano es un ser complejo que se desenvuelve bajo diferentes dimensiones para poder configurarse y constituirse como tal. De ahí que una dimensión fundamental es la dimensión espiritual; es decir, creer en el misterio de la vida o en un ser superior que da la vida, bendice y hasta castiga, tener la certeza que ser creados y que existen misterios que trascienden los límites de la razón y de lo físico, es lo que diferencia a los otros seres vivos.

Es normal que al afrontar situaciones difíciles en la vida como problemas personales o enfermedades crónicas, el sujeto sienta la necesidad y recurra a la espiritualidad como posible respuesta. Una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2 puede significar el apego de una persona a su espiritualidad para encontrar la fortaleza necesaria para sobrellevar este padecimiento.

Conceptos como la espiritualidad han sido indagados en las diferentes disciplinas de la ciencia de la salud como enfermería, psicología y psiquiatría, es por ello que en este estudio se abarcan estos conceptos estableciendo una relación entre ambos; espiritualidad y calidad de vida ante la persona con diabetes mellitus, esto conduce a un estudio de correlación con abordaje cuantitativo.

Para este estudio se utilizó la teoría de enfermería de la autotranscendencia de Pamela Reed, y su cuestionario de perspectiva espiritual (SPS); y para calidad de vida se utilizó el instrumento de WHOOL-BREF, ya que el objetivo fue evaluar la relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2.

Este documento está organizado en capítulos, el primero apartado aborda la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y estudios relacionados en la justificación.

El capítulo uno se refiere al planteamiento del problema y a la pregunta de investigación, seguido de los objetivos.

El marco teórico se encuentra en el capítulo dos, donde se describen las variables espiritualidad, calidad de vida y la teoría de Pamela G. Reed.

En el tercer capítulo encuentra el material y método del estudio, incluyendo tipo y diseño, universo, muestra, variables, criterios, instrumentos, procedimiento, diseño estadístico, difusión y consideraciones éticas y legales. Lo siguen las referencias bibliográficas.

II. Justificación

A nivel mundial el padecer una enfermedad crónica no solo afecta física, sino también emocional, social y, a veces, económicamente; la forma en que a un paciente le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad en particular y cómo repercute sobre su cuerpo (Galviz, 2011).

En Michoacán la adaptación a la enfermedad crónica puede ser difícil, pero para ello es posible utilizar estrategias frente a su desarrollo, una es reconocer la espiritualidad. La trascendencia de la enfermedad es importante porque ayuda a la persona a mirar más allá de su estado actual de salud para conectarse con una energía más alta, y utilizar la fuerza de esa conexión para manejar su enfermedad y, en última instancia, alcanzar su propósito en la vida. Las creencias y religiones son la más numerosa, y por mucho, es la católica, con unos 1,300 millones de devotos (Galviz, 2011).

A nivel mundial la espiritualidad es la dimensión profunda de la realidad y está relacionada con un sistema interno de creencias que le da sentido a la existencia de las personas. También tiene que ver con la manera como vivimos nuestra vida, los valores que rigen nuestras acciones y que tanto los respetamos y estamos en conexión con ellos. Es una necesidad urgente en un mundo (López, 2011).

En Michoacán: las personas que tienen diabetes, tienen necesidades espirituales y emocionales, es poco frecuente la atención de enfermería en este aspecto; puede ser porque se piensa que lo espiritual solo puede ser tratado por trabajadores de atención pastoral, como un estado cognitivo generador de estrés en el contexto de la diabetes (Gómez, 2010).

Como se desprende de los datos anteriores, la espiritualidad es un problema que debe ser abordado por enfermería debido a que es un dato muy importante para la mejoría y la estabilidad de las personas, los profesionales de esta disciplina cuentan con los conocimientos para trabajar con los usuarios desde el ámbito preventivo en el primer nivel de atención.

Estudios de Investigación muestran que un equilibrio entre mente, cuerpo y espíritu es necesario para una buena salud. Teniendo en cuenta no solo las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, sino la espiritual hasta el punto de ofrecer una atención integral. Además la investigación ha demostrado que la espiritualidad tiene un efecto positivo sobre la salud mental y física, sin embargo, pocos estudios han explorado la influencia de la espiritualidad y la calidad de vida en personas con diabetes mellitus (Gómez, 2010).

La vida espiritual actúa como un elemento protector que estimula la formación de valores como la esperanza, la fortaleza y la voluntad. Es un gran apoyo en el estrés y constituye una forma de interpretar y aceptar constructivamente los eventos que no comprendemos. También es una forma de tener paz y tranquilidad (Galviz, 2011).

Este estudio se realizó ya que se tiene acceso a la población de estudio y los gastos generados en la investigación serán cubiertos en su totalidad por el responsable.

En 1987, Reed realizó estudios que refieren la espiritualidad se basan en la escala de perspectiva espiritual (SPS) desarrollada por la Dra. En enfermería Pamela G. Reed, en función de sus investigaciones con enfermos terminales adultos. Reed define la espiritualidad como: puntos de vista personales (creencias) y comportamientos que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo mayor que sí mismo. Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Estas lo ayudan a aceptar su enfermedad y poder compartir con otras personas sobre su condición de salud (Reed, 1987).

En 2009, Quiceno, realizó el trabajo que tiene como objetivo presentar una descripción del impacto que ha tenido en la salud “la psicología de la religión y la espiritualidad”. Se muestra la evolución histórica de este constructo a lo largo del siglo XX, hasta llegar a las investigaciones basadas en la evidencia de las relaciones de la religión y la espiritualidad con la salud mental y física, y de

investigaciones sobre los procesos de intervención en salud, enfocadas desde la espiritualidad. En conclusión, son muchas las investigaciones que plantean que la religión y la espiritualidad son variables moderadoras y amortiguadoras ante eventos traumáticos de la vida como lo es una enfermedad (Quiceno, 2009).

En 2010, Gómez determina la relación entre espiritualidad e incertidumbre presente en personas con situación crónica por diabetes mellitus tipo II. Metodología: abordaje cuantitativo de tipo correlacional de corte transversal, midiendo la espiritualidad con la escala de perspectiva espiritual de Reed, y la incertidumbre con la escala de Mishel. La muestra incluye 163 pacientes, distribuidos en la institución de la ESE Cartagena de Indias; y Fundación MEDICUS “Casa del diabético de Cartagena de indias. Resultados: se encontró un nivel de espiritualidad alto, y un nivel de incertidumbre regular, Al estimar la correlación entre la espiritualidad y la incertidumbre el coeficiente de correlación r fue de -0.359 ($p < 0,05$), lo que nos indica que a mayor espiritualidad menor será la incertidumbre en los pacientes del estudio. La correlación es débil, pero significativamente diferente de cero. Conclusión: estos hallazgos indican la necesidad de valorar la incertidumbre e identificar factores relacionados como, capacidades, la espiritualidad se considerarse una estrategia que permite el afrontamiento con conformidad y esperanza el padecimiento de una situación de cronicidad. Discusión: la literatura señala que la espiritualidad puede modificar la incertidumbre, estos fenómenos son diferentes pero relacionados (Gómez, 2010).

En 2012, Gómez y Durán determinaron la relación entre espiritualidad e incertidumbre presente en personas con situación crónica por diabetes mellitus tipo 2 en instituciones de servicio de salud en Cartagena, Colombia. El estudio fue realizado con un método descriptivo transversal, correlacional. Asimismo, la muestra fue de 163 pacientes que tuvieran como mínimo dos meses de haber sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2; los instrumentos utilizados fueron la escala de perspectiva espiritual de Reed y la medición de la incertidumbre de Mishel, M. Las correlaciones fueron estimadas a través del coeficiente de correlación de Pearson (r) y las asociaciones entre variables cualitativas a través de la prueba chi cuadrado. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

Los resultados mostraron niveles de espiritualidad alta y niveles de incertidumbre regular. El coeficiente de correlación r fue de $-0,359$ ($p < 0,05$), lo cual indica que a mayor espiritualidad menor incertidumbre en los pacientes del presente estudio. Estos hallazgos revelan la necesidad de valorar la incertidumbre e identificar factores relacionados como capacidades cognitivas y fuentes de estructura, que inciden positiva o negativamente en la aparición de la misma. Por otro lado, la espiritualidad se considera una estrategia que permite afrontar con conformidad y esperanza el padecimiento de una situación de cronicidad. El estudio de estos fenómenos posibilita a la disciplina de enfermería su uso como sustento teórico-práctico en el desarrollo de programas que se ajusten a las necesidades de la población en situación de cronicidad (Gómez, 2012).

En 2014, Leite y Rodrigues, realizaron el estudio de espiritualidad y calidad de vida en pacientes con diabetes, la Diabetes es una enfermedad que presenta incidencia con proporciones cada vez más grandes. Nuestro objetivo era comprender el significado de la espiritualidad para los pacientes diabéticos, en correlación con su calidad de vida. Esta investigación se desarrolló en el Centro de Educación sobre la Diabetes de la Alcaldía Municipal de Pouso Alegre, Minas Gerais. La muestra consistió en 20 pacientes con diabetes. El discurso del sujeto colectivo fue el método elegido para la construcción de los significados. Se aplicó cuestionario que constaba de tres preguntas, grabadas y transcritas integralmente. El perfil de los encuestados, en su mayoría eran mujeres, casadas, desempleadas y con estudios primarios incompletos. El estudio demostró que el significado de la espiritualidad para ellas está vinculado a aspectos religiosos, que se aferran a ser capaces de vivir con diabetes y así mejorar su calidad de vida (Leite, 2014).

En ese mismo año Jasso y Pozos, La espiritualidad como parte del cuidado holístico juega un papel importante ante la presencia de una enfermedad crónica como la cardiopatía; a través de las creencias y prácticas que tienen los pacientes, pueden encontrar la fortaleza necesaria para sobrellevarla. Objetivo: Analizar el bienestar espiritual de los pacientes cardiopatas hospitalizados en una institución de salud. Material y métodos: Estudio correlacional, prospectivo y transversal. Muestra aleatoria ($n = 297$) incluyó a pacientes cardiopatas, ambos sexos,

orientados en sus tres esferas. Bajo consentimiento informado se recolectaron datos con la Spiritual Perspective Scale constituida por dos dimensiones: creencias y prácticas; 10 ítems tipo Likert, valor de 1-6; nivel de espiritualidad de bajo (10-30 puntos) hasta alto (46-60 puntos). Análisis descriptivo, pruebas de correlación (Pearson y Spearman) y comparación (χ^2 y U de Mann-Whitney) para las variables espiritualidad y variables demográficas; $p < 0.05$ como significativo. Resultados: 50.8% mujeres, 89.6% católicos, 60% ha tenido hospitalizaciones previas. 68% tiene nivel alto de espiritualidad y 24.9% nivel medio. La espiritualidad se correlaciona con la edad ($r = 0.226$, $p = 0.000$), siendo más fuerte con las creencias ($r = 0.214$, $p = 0.000$). Las mujeres ($Z = -2.245$, $p = 0.025$), quienes tienen una pareja (casadas o unión libre) ($\chi^2 = 9.216$, $gl = 2$, $p = 0.010$) o tienen ≥ 60 años de edad ($Z = -2.541$, $p = 0.011$) tienen mayor espiritualidad. Conclusiones: En estados de enfermedad, los pacientes incrementan sus prácticas y creencias espirituales, esto contribuye en su auto-trascendencia y bienestar espiritual (Jasso, 2014).

En 2015, Bautista describió y comparo por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo, transversal, con una muestra constituida por 287 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio mediante expresión verbal del consentimiento informado. Para recolectar la información se utilizó el cuestionario de Diabetes Quality of Life, que permite conocer la calidad de vida del paciente diabético, mediante la valoración de las subescalas satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, efectos sociales y vocacionales, efectos futuros de la enfermedad y bienestar general. Resultados: De los pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en el estudio, el 62,3 % tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7 % consideró tener un estado de salud bueno. En la relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las subescalas, la más afectada es la del impacto en el tratamiento con una puntuación directa promedio de 41,1 y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad, con 9,9. Conclusión: El

estudio mostró que los 287 pacientes diabéticos tipo 2 perciben que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad (Bautista, 2015).

Capítulo 1

III. Planteamiento del problema

El objetivo del estudio de enfermería es el cuidado suministrado a personas con diabetes mellitus tipo 2, espiritualidad y calidad de vida. La enfermería ha demostrado el interés por lo emocional y lo espiritual, pero estas acciones requieren de mayor rigurosidad investigativa; además, ameritan que un mayor número de profesionales se sumen a indagar, comprender y entender estos fenómenos de cuidado, con el fin de otorgar al paciente y su familia una atención con calidad.

La religión y la espiritualidad son importantes para el paciente, una vez que estas se muestran en aspectos importantes en la calidad de vida y enfrentamiento de la enfermedad. La evaluación de la calidad de vida de estos pacientes en relación a la espiritualidad y religión es un paso esencial para la concientización de la importancia de estos factores en la vida y bienestar del paciente.

Ayudar al individuo a llevar acabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad (Orem, 2001).

La OMS define la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (OMS, 2005).

Creen que la religión es inherente a todo ser humano. Los convictos de sus religiones creen en la protección divina y reconocen la religiosidad como sustento y confort para el paciente y sus familiares, también para que puedan enfrentar la situación de enfermarse. Ellos esperan que esos enfermos vivan su fe con prudencia y siempre adhiriendo a la realidad (Espíndula, 2010).

La calidad de vida se puede dividir en seis dimensiones: física, emocional, social, profesional, intelectual y espiritual. A su vez, es una noción eminentemente humana que mantiene. Relación con la satisfacción del individuo con su vida familiar, amorosa, social, ambiental y existencial que abarca los conocimientos,

experiencias y valores de los individuos y las colectividades, en un determinado momento, lugar y situación (Leite, 2014).

El diabetes mellitus es una enfermedad crónica no contagiosa requiere ajustes en el estilo de vida y la incorporación de prácticas terapéuticas que implican cambios en los hábitos alimentarios, el control glucémico, la práctica de actividad física, el mantenimiento de la presión arterial y el control continuo por un equipo multidisciplinario de salud (Leite, 2014).

Se describieron estos conceptos anteriormente planteados con la finalidad de enfocarnos al paciente que padece de diabetes mellitus, se analizó su espiritualidad y que tanto se vio afectada.

Estudios permitieron identificar la espiritualidad y como se encuentran. Por tales motivos resulta importante que enfermería realice acciones que favorezcan su espiritualidad que estén dirigidas a proporcionar condiciones favorables.

Se identificaron cuáles son los principales causantes que interfieren afectando la espiritualidad del paciente con diabetes mellitus ya que nunca nos preocupamos.

Por ello se planteó la siguiente pregunta de investigación, ¿cuál es la relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2?

IV. Objetivos

4.1. Objetivo general

Medir la relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2.

4.2. Objetivos específicos

1. Identificar a la población participante con base en las características sociodemográficas.
2. Medir el nivel de espiritualidad en las dimensiones prácticas espirituales y creencias espirituales de las personas con diabetes mellitus tipo 2.
3. Identificar la calidad de vida en las dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente de la persona con diabetes mellitus tipo 2.

Capítulo 2

V. Marco teórico

En este apartado se describe la teórica Pamela G. Reed, enseguida las variables de estudio espiritualidad, calidad de vida y diabetes mellitus tipo 2.

5.1 Teoría de la autotrascendencia de Pamela G. Reed

5.1.1 Aspectos biográficos.

Pamela G. Reed nació en Detroit (Michigan) y obtuvo la diplomatura en enfermería en la Wayne State University de Detroit en 1974, y el título de enfermera especialista en psiquiatría y salud mental materno-infantil y en docencia de la enfermería en 1976. Obtuvo el título de doctora en 1982 con una tesis sobre la teoría y la investigación, y una secundaria sobre desarrollo adulto y envejecimiento. Su tesis doctoral fue dirigida por Joyce J. Fitzpatrick, y durante sus estudios de doctorado Reed se interesó por el bienestar y la espiritualidad en todo lo que estuviera relacionado con la vida y la muerte, tanto de los enfermos terminales como de las personas sanas (Coward, 2011).

Sus principales campos de investigación incluyen el bienestar y el envejecimiento. Fue pionera en la investigación de la espiritualidad en enfermería. Desarrolló dos instrumentos de investigación utilizados extensamente, la Escala de Perspectiva Espiritual y la Escala de Autotrascendencia. Sus investigaciones, financiadas por becas públicas y privadas, se han publicado en numerosas revistas especializadas. Su investigación y erudición actuales se centran en la sabiduría de los cuidadores familiares en cuidados paliativos, además de su permanente atención en el desarrollo de conocimientos y la teoría en enfermería (Coward, 2011).

5.1.2 Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

Reed desarrolló su teoría de la autotrascendencia utilizando la estrategia de la «reformulación deductiva». Esta estrategia, junto con otras teorías utilizadas en los modelos teóricos en enfermería, fue desarrollada por Reed con la ayuda de algunos de sus profesores de la Wayne State University. La reformulación deductiva da lugar a teorías de alcance medio y utiliza el conocimiento derivado de

teorías ajenas al campo de la enfermería. Este conocimiento se reformula deductivamente a partir de modelos conceptuales de la enfermería. La teoría ajena al campo de la enfermería más importante que utilizó la autora fue la del ciclo vital sobre el desarrollo social-cognitivo y transpersonal de los adultos Reed reformuló los principios de las teorías del ciclo vital desde la perspectiva de la enfermería, utilizando para ello el modelo conceptual de Martha E. Rogers, del ser humano unitario. La primera fuente es la conceptualización del desarrollo humano en términos de un proceso que dura toda la vida y que va más allá de la vida adulta para abarcar el envejecimiento y la muerte. La segunda fuente de la teoría de Reed fueron los primeros trabajos sobre teoría de la enfermería realizados por Martha E. Rogers. Los tres principios de la teoría homeodinámica de Rogers son coherentes con los principios fundamentales de la teoría del ciclo vital. El principio de integralidad de Rogers sostiene que el desarrollo humano depende de una serie de factores que son tanto humanos como contextuales. La homeodinámica hace hincapié en el papel que desempeña el desequilibrio entre la persona y el entorno como activador del desarrollo (Coward, 2011).

La tercera fuente de la teoría de Reed fue la práctica clínica y la investigación. La experiencia en el campo de la investigación clínica indica, que las personas mayores deprimidas informan de que tienen menos recursos para mantener la sensación de bienestar frente a la disminución de las capacidades físicas y cognitivas provocadas por el envejecimiento, cuando se los comparaba con un grupo de personas mayores de igual edad que no padecen ningún trastorno mental (Coward, 2011).

5.1.3 Pruebas empíricas utilizadas en el desarrollo de la teoría

La teoría de la autotranscendencia se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de que se produzca un desarrollo continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento. Por tanto, la investigación inicial para la construcción de la teoría se llevó a cabo con personas mayores (Coward, 2011).

En el primero de estos estudios, Reed analizó los patrones de la evolución de la capacidad de resolución y la evolución de la depresión en 28 personas mayores sin ningún trastorno mental y 28 personas mayores que habían sido diagnosticadas de depresión (edad media: 67,4 años). Los niveles de la capacidad de resolución se midieron tres veces (dejando transcurrir 6 semanas entre una medición y otra) mediante la Escala de Capacidades de Resolución para Personas Mayores de 36 ítems, desarrollada y validada por Reed. Las personas mayores que no tenían ningún trastorno mental percibían niveles más elevados de capacidades de resolución que las personas mayores deprimidas. Las puntuaciones en la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre la Depresión (ECE-D) fueron significativamente más elevadas a lo largo del tiempo en las personas mayores con depresión que en las que no padecían ningún trastorno mental. Se encontró una relación positiva importante entre las puntuaciones en la ECRPM y en las puntuaciones que, posteriormente, se encontraron en la ECE-D, lo que indicaba que las capacidades de resolución influían en la salud mental del grupo que no tenía ningún trastorno mental (Coward, 2011).

En el segundo estudio, Reed analizó el grado en el cual los recursos clave para el desarrollo de las personas mayores estaban relacionados con la salud mental. Para ello, estudió a 30 personas mayores con depresión (diagnosticada por un psiquiatra) que se encontraban hospitalizadas (edad media, 67 años). A estos sujetos se les pasaron los cuestionarios ECRPM y la ECE-D, y se les pidió que puntuaran la importancia que tenían actualmente en su vida cada una de las capacidades de resolución que aparecen en los ítems de la ECRPM. Se encontró una relación inversa entre el nivel de capacidades y la depresión. Además, los sujetos informaron que las capacidades de resolución que aparecían en los ítems de la ECRPM eran muy importantes para su vida en ese momento. Por otro lado, las principales razones que, según los propios sujetos, explicaban la depresión que padecían estaban de acuerdo con los temas fundamentales de la autotranscendencia que son importantes en la vejez. Cuando se estaba elaborando y validando la ECRPM, se observó que un factor, al que se denominó

trascendencia, explicaba el 45,2% de la varianza de las puntuaciones de esta escala (Coward, 2011).

En un tercer estudio, la autora examinó los patrones de autotrascendencia y de salud mental en 55 personas mayores que vivían en su propia casa (intervalo de edad: 80-97 años). En este estudio, la autotrascendencia se definió como «la ampliación hacia dentro de los límites conceptuales de una persona a través de la introspección, y hacia fuera a través del interés por el bienestar de los demás, y mediante la ampliación temporal a través de la percepción del pasado y del futuro que tiene la persona, con el fin de hacer más significativo y estimulante el presente». La autotrascendencia se midió mediante una nueva escala denominada Escala de Autotrascendencia (EAT). Esta escala se derivó a partir del factor de trascendencia previamente identificado en la escala ECRPM original. Las puntuaciones en la EAT se correlacionaron inversamente con las puntuaciones en la ECE-D y en la Escala de Sintomatología en Salud Mental (ESSM) de Langner. La ESSM es un índice de salud mental general, en la cual, en el caso de las poblaciones no psiquiátricas, cuanto más elevada es la puntuación, más deteriorada está la salud mental. Además, los cuatro patrones de trascendencia identificados por los participantes en el estudio (generatividad, introyectividad, integración temporal y trascendencia corporal) estaban de acuerdo con la definición conceptual que había realizado Reed (Coward, 2011).

5.1.4 Conceptos principales y definiciones

Vulnerabilidad

La vulnerabilidad se define como la conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal. En los primeros trabajos de Reed, la expresión «conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal» representaba el contexto en el que tenía lugar la madurez o desarrollo en las últimas fases de la vida adulta. La autotrascendencia era un patrón asociado con un desarrollado avanzado dentro de este contexto. Más tarde, la autora amplió el concepto de vulnerabilidad, de tal forma que ahora incluye la conciencia de su situación que tienen las personas que se encuentran en una crisis vital (Coward, 2011).

Autotrascendencia

La autotrascendencia se refiere a una fluctuación que el sujeto percibe en los límites que hacen que la persona (o el yo) se extienda más allá de los puntos de vista inmediatos y limitados que tenía en ese momento. Esta fluctuación es multidimensional; es decir, se da hacia fuera (hacia los otros y el entorno), hacia dentro (mediante una mayor conciencia de los propios 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) (Coward, 2011).

Bienestar

El bienestar se define como «una sensación de plenitud (estar completo, ser uno mismo) y de salud, según los criterios que cada uno tenga de lo que significan plenitud y salud». En sus primeros trabajos, la autora no definía explícitamente el concepto de bienestar, y lo asociaba únicamente con la salud mental, la cual, a su vez, dependía de una serie de factores fundamentales del desarrollo, que actuaban en una etapa determinada del ciclo vital (Coward, 2011).

Factores moderadores-mediadores

Existe una serie muy amplia de variables personales y contextuales que interactúan entre sí y que pueden influir en el proceso de autotrascendencia, y, por tanto, contribuir positiva o negativamente al bienestar. Ejemplos de estas variables son la edad, el sexo, la capacidad cognitiva, las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida, la espiritualidad, el entorno social y los acontecimientos históricos. Estas variables personales y contextuales pueden fortalecer o debilitar la relación entre vulnerabilidad y autotrascendencia, y entre autotrascendencia y bienestar (Coward, 2011).

Puntos de intervención

Existen dos puntos de intervención en la teoría de la autotrascendencia. Ambos puntos interactúan de alguna forma con el proceso de la autotrascendencia. Las acciones de la enfermera pueden centrarse directamente en un recurso interno del paciente que le capacita para la autotrascendencia o indirectamente en factores

personales o contextuales que afectan las relaciones entre vulnerabilidad y autotranscendencia, y entre autotranscendencia y bienestar (Coward, 2011).

5.1.5 Metaparadigma

Principales supuestos

Al principio, Reed propuso un modelo que permitía construir una serie de marcos conceptuales para orientar el trabajo de las enfermeras y la formación en enfermería en las diferentes especialidades clínicas. En este modelo, la salud constituía el concepto o eje central, en torno al cual giraban la actividad de la enfermera, la persona y el entorno. El supuesto teórico de este modelo es que el trabajo de enfermería debe centrarse en construir un conocimiento que permita mejorar los procesos relacionados con la salud (Coward, 2011).

Salud

En este modelo, la salud se define implícitamente como un proceso vital formado por experiencias tanto positivas como negativas que permiten al individuo crear una serie de valores y un entorno específicos para mejorar el bienestar (Coward, 2011).

Enfermería

El papel de la enfermera consiste en ayudar a las personas (a través de los procesos interpersonales y de la gestión terapéutica de los diferentes entornos) a desarrollar las habilidades que son necesarias para promover la salud y el bienestar (Coward, 2011).

Persona

La persona se concibe como un ser en desarrollo a largo de todo el ciclo vital, que está en interacción con otros individuos y dentro de un entorno de complejidad y vitalidad variables que pueden contribuir tanto positiva como negativamente a la salud y al bienestar (Coward, 2011).

Entorno

La familia, la red de relaciones sociales, el entorno físico y los recursos disponibles en el pueblo o ciudad en el que se vive son los entornos que contribuyen significativamente a los procesos relacionados con la salud. La enfermera debe intervenir en estos entornos «a través de la gestión terapéutica de las interacciones entre las personas, los objetos y entre la enfermera y el paciente» (Coward, 2011).

5.1.6 Afirmaciones teóricas

Los tres conceptos teóricos fundamentales de la teoría de Reed son los siguientes: vulnerabilidad, autotranscendencia y bienestar. La vulnerabilidad es la conciencia que tiene una persona de que es un ser mortal. Esta conciencia aumenta durante el envejecimiento o en otras etapas del ciclo vital cuando aparece una enfermedad, un traumatismo o una crisis vital. Aunque la vulnerabilidad no se identificó explícitamente como concepto importante en los primeros trabajos de Reed, no era una idea nueva. Este concepto sirve para clarificar que el contexto dentro del cual se realiza la autotranscendencia no es sólo la confrontación con la conciencia de que nuestra vida tendrá un final, sino que incluye también las crisis vitales (discapacidad física o mental, enfermedad crónica, nacimiento de un hijo, necesidad de asumir las responsabilidades de la paternidad). La autotranscendencia se refiere a las fluctuaciones que tienen lugar en la percepción de los límites que hacen que las personas se extiendan más allá de sus puntos de vista inmediatos y restringidos sobre sí mismos y el mundo (Coward, 2011).

Otros conceptos de la teoría de la autotranscendencia son los siguientes: factores moderadores mediadores y puntos de intervención. Los factores moderadores-mediadores son variables personales y contextuales, como la edad, el sexo, las experiencias vitales y el entorno social, que pueden influir en la relación existente entre la vulnerabilidad y la autotranscendencia, y entre la autotranscendencia y el bienestar. Los puntos de intervención son todas aquellas acciones de la enfermera que promueven la autotranscendencia (Coward, 2011).

A partir de los tres conceptos básicos, se desarrollaron tres proposiciones fundamentales. Según la primera proposición de la teoría, la autotrascendencia es mayor en las personas que tienen que hacer frente a todo lo relacionado con el final de la vida, que en las personas que no tienen que enfrentarse a estos temas. El concepto de temas relacionados con el final de la vida es interpretado por la autora de forma amplia, y tiene que ver con el envejecimiento, determinados acontecimientos vitales, la enfermedad y cualquier otra experiencia que provoque un aumento de la conciencia de la mortalidad (Coward, 2011).

La segunda proposición de la teoría expone que los límites autoconceptuales están relacionados con el bienestar. Dependiendo de su naturaleza, las fluctuaciones que se producen en los límites autoconceptuales influyen de forma positiva o negativa en el bienestar a lo largo de todo el ciclo vital. Por ejemplo, cabe esperar que un aumento de las conductas y puntos de vista relacionados con la autotrascendencia desempeñe un papel positivo en relación con la salud mental que, a su vez, es un indicador del bienestar de las personas que tienen que hacer frente a los asuntos relacionados con el final de la vida (Coward, 2011).

5.1.7 Forma lógica

Se trata de una teoría empírica de alcance medio que se formuló utilizando la estrategia de la reformulación deductiva, con el fin de mejorar nuestra comprensión de la autotrascendencia en tanto que fenómeno asociado con todo lo relacionado con el final de la vida (mortalidad). La lógica utilizada para la construcción de esta teoría es fundamentalmente deductiva. Esto se hizo para asegurarse de que la teoría fuera coherente con los principios teóricos de Rogers y con la teoría del ciclo vital. También se utilizó el razonamiento analógico para aprovechar las aportaciones de otras teorías del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, lo que permitió establecer comparaciones entre los modelos psicológicos y la práctica profesional de la enfermería en lo que respecta al potencial de bienestar en todas las etapas de la vida (Coward, 2011).

Los conceptos fundamentales de la teoría de la autotranscendencia están relacionados de una forma lógica y clara, lo cual no impide que la teoría pueda ser aplicada en la práctica de forma creativa. Además, su estructura lógica no impide que pueda ser sometida a prueba y aplicada o desarrollada en el futuro. La estrategia que siguió Reed para construir esta teoría de la enfermería a partir de elementos heterogéneos (teorías que nada tenían que ver con la enfermería, modelos teóricos utilizados en enfermería, investigación empírica y experiencia clínica y personal) hizo que se despertara el interés de las enfermeras por todo lo relacionado con la madurez y el desarrollo humanos a lo largo del ciclo vital, y sirvió de inspiración a nuevas investigaciones y teorizaciones sobre las diversas situaciones en las que aparece la conciencia de la muerte (Coward, 2011).

Aceptación por parte de la comunidad enfermera

La tarea de la enfermería es facilitar el bienestar humano a través de lo que Reed llamó «procesos enfermeros», de los que la autotranscendencia es un ejemplo. Con este fin, la teoría de la autotranscendencia se ha utilizado en la práctica, formación e investigación (Coward, 2011).

Práctica profesional

El modelo teórico de Reed para la formación de las enfermeras en las diferentes especialidades clínicas y la práctica de la enfermería en el campo de la psiquiatría y la salud mental sirve para articular las relaciones entre los constructos metaparadigmáticos de salud, persona, entorno y actividad de la enfermera. La teoría de la autotranscendencia ofrece conceptos específicos derivados de los constructos del modelo: salud (p. ej., bienestar), persona (p. ej., autotranscendencia) y entorno (p. ej., vulnerabilidad), y propone una serie de relaciones entre estos conceptos, que sirven para orientar la actividad de la enfermera. Reed y Coward y Reed recomiendan una serie de acciones de la enfermera dirigidas a ampliar los límites autoconceptuales del paciente (p. ej., llevar un diario, meditación, expresión de las creencias y sentimientos religiosos (Coward, 2011).

La autotranscendencia puede ser una parte integral del proceso de autocuración en muchas situaciones. Las acciones de la enfermera dirigidas a promover las conductas y los puntos de vista basados en la autorreflexión, el altruismo, la esperanza y la fe en las personas vulnerables están asociadas con una mayor sensación de bienestar (Coward, 2011).

Formación

Los conceptos de la teoría de la autotranscendencia pueden encontrarse en los libros y artículos de los pensadores que tienen influencia en la formación de las enfermeras. Sarter ha analizado las raíces filosóficas de cuatro teorías de la enfermería actualmente en uso (sistema unitario de los seres humanos, de Rogers, teoría de Newman sobre la ampliación de la conciencia, teoría de Watson sobre el cuidado y la atención a los seres humanos y teoría de la salud del ser humano, de Parse. Todas estas teorías proponen la autotranscendencia como uno de los fundamentos filosóficos en los que debe basarse la disciplina. La teoría del modelado y del rol-modelado, que contiene conceptos similares al de autotranscendencia asociados con el desarrollo humano y la salud, ha servido para orientar los contenidos curriculares en varias escuelas de enfermería. Reed describe la autotranscendencia como «una capacidad de los seres humanos y, al mismo tiempo, una actividad que puede verse facilitada por las enfermeras». La autora define sucintamente la enfermería como «un proceso de bienestar inherente a los seres humanos que se manifiesta por la complejidad y la integración» (Coward, 2011).

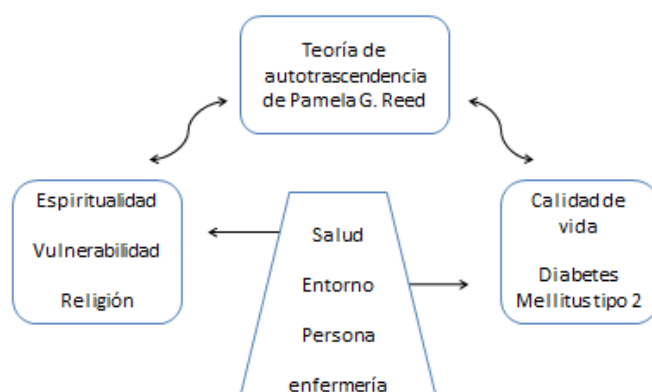
Investigación

Numerosos estudios de investigación aportan pruebas que hablan a favor de la asociación entre la autotranscendencia y el bienestar en las poblaciones de individuos que tienen que enfrentarse al final de la vida. Los primeros estudios de investigación sobre la relación existente entre autotranscendencia y depresión se realizaron con personas mayores. Investigaciones más recientes indican relaciones similares en adultos deprimidos de edad avanzada, adultos de mediana edad e individuos que han perdido a seres queridos por VIH/sida, por su parte,

estudiaron la relación entre la autotranscendencia y los pensamientos suicidas en las personas mayores. Examinaron la relación entre autotranscendencia y actividades de la vida diaria en personas mayores que vivían en su propia casa. Dos estudios examinaron la autotranscendencia y las percepciones de salud física y mental en ancianos encontraron una relación inversa entre autotranscendencia y soledad en personas mayores sanas. Decker y Reed encontraron que el razonamiento moral integrado, la consecución de la voluntad de vivir y una experiencia previa con una enfermedad potencialmente mortal, pero no el nivel de autotranscendencia, estaban relacionados con el deseo de los ancianos de seguir un tratamiento menos agresivo al final de sus vidas (Coward, 2011).

Desarrollos posteriores

La conceptualización inicial que hizo Reed de la teoría de la autotranscendencia se centraba en las personas mayores, y hacía hincapié en la importancia de los recursos personales que sirven para ampliar los límites de las autoconceptualizaciones más allá de las preocupaciones relacionadas con la salud física y el deterioro cognitivo. Estudios más recientes de Reed y otros autores han ampliado el ámbito de la teoría para incluir poblaciones adicionales de adolescentes y adultos, pacientes y no pacientes, que pueden tener una mayor conciencia de la mortalidad personal (Coward, 2011).



5.2.1 Espiritualidad

En 1987, Reed realizó estudios que refieren la espiritualidad se basan en la escala de perspectiva espiritual (SPS) desarrollada por la Dra. En enfermería Pamela G. Reed, en función de sus investigaciones con enfermos terminales adultos. Reed define la espiritualidad como: puntos de vista personales (creencias) y comportamientos que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo mayor que sí mismo. Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Estas lo ayudan a aceptar su enfermedad y poder compartir con otras personas sobre su condición de salud (Coward, 2011).

5.2.2 Concepto

La espiritualidad puntos de vista personales (creencias) y comportamientos que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo mayor que sí mismo. Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Estas lo ayudan a aceptar su enfermedad y poder compartir con otras personas sobre su condición de salud (Reed, 2011).

Reed amplió la conceptualización de la espiritualidad, describiendo la capacidad del ser humano para encontrar significados a través de lo ordinario y lo extraordinario Reed estableció que la "espiritualidad se refiere a la predisposición para hacer significados a través de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo, y conceptualizó que es una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos en donde se aumenta la conciencia de la mortalidad (Reed, 2011).

5.2.3 Religión

Es un fenómeno sociocultural y lo espiritual es algo personal. En este sentido la religión viene a ser un sistema organizado de creencias y prácticas compartidas

por una determinada colectividad, cuya etimología proviene del latín “re-ligare” que significa mantener unido; literalmente es algo institucional (Reed, 2011).

5.2.4 Generalidades

La teoría de Pamela G. Reed, es una teoría de alcance medio cuyo propósito es aumentar la comprensión que tienen las enfermeras sobre el bienestar humano y que utiliza conceptos algo abstractos y que influyen entre sí. Es simple y de muy fácil comprensión al usar solo 3 conceptos (auto-trascendencia, vulnerabilidad y bienestar). En segunda línea existen también los puntos de intervención que son las acciones que emprende la enfermera para aumentar la auto-trascendencia; y factores que median o modelan la relación entre vulnerabilidad y auto-trascendencia, y auto-trascendencia y bienestar. En un principio es un modelo que pretendía enfocarse a la salud mental de las personas pero que se ha ido desarrollando hasta poder ser aplicado a cualquier persona en cualquier situación (Reed, 2011).

La espiritualidad y la enfermedad crónica: El padecer una enfermedad crónica no solo afecta física, sino también emocional, social y, a veces, económicamente; la forma en que a un paciente le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad en particular y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de esta y el tipo de tratamientos que requiere. (Galviz, 2011).

5.3.1 Diabetes mellitus

Es una enfermedad que se desarrolla gradualmente y esta relación con comportamiento y estilos de vida; por ello, la educación es un pilar fundamental para que el paciente y sus familiares adquieran los conocimientos y destrezas de autocuidado necesarias para asumir la responsabilidad de su salud (Ramírez, 2016).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la diabetes de tipo 2 (también llamada no insulín dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física (OMS, 2016).

Es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. (Hernández, 2013).

Según la Norma Oficial Mexicana 015 (2010), la diabetes tipo 2 es en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos, La DM es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, (NOM-015, 2010).

5.3.2 Clasificación

De acuerdo a la OMS (2016), la diabetes se clasifica en tres tipos: tipo 1, tipo 2 y gestacional. La diabetes tipo 2 también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones, hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2016).

La D.M. Tipo 2: se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y por una disminución en la acción de la misma. De inicio insidioso (comúnmente a partir de los 30 años), es frecuente que haya antecedentes personales, y su tratamiento es compatible con dieta, ejercicio, antidiabéticos orales y/o insulina (Consejo General de Enfermería, 2010).

El tipo 2 es una de las patologías con mayor prevalencia y uno de los principales motivos de consulta en atención primaria (Consejo General de Enfermería, 2010).

De acuerdo a la información brindada por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2016), la clasificación es: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional. La diabetes tipo 2 es el tipo más común de diabetes. Millones de estadounidenses han recibido un diagnóstico de diabetes tipo 2, y muchos más desconocen que tienen un alto riesgo de tenerla. Algunos grupos tienen mayor riesgo de tener diabetes tipo 2 (ADA, 2016).

En la diabetes tipo 2 el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía. Cuando una persona come, el cuerpo procesa todos los almidones y azúcares, y los convierte en glucosa, que es el combustible básico para las células del cuerpo. La insulina lleva la glucosa a las células. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, puede producir complicaciones de diabetes (ADA, 2016).

5.3.3 Signos y síntomas

Algunas personas no tienen síntomas. Un análisis de sangre puede mostrar si tiene diabetes. Los síntomas para la diabetes pueden incluir: sed (polidipsia), orinar frecuentemente (poliuria), sentir mucha hambre (polifagia), temblores, mareos, cansancio y somnolencia (por hipoglucemia), pérdida de peso espontáneamente, presencia de llagas altas bucales que tardan en sanar, piel seca y picazón, pérdida de la sensación u hormigueo en los pies, vista borrosa, aumento de glucosa (hiperglucemia) (Consejo General de Enfermería, 2010).

En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2016).

5.3.4 Diagnostico

De acuerdo a la Norma (NOM-015-SSA2-2010) Se establece el diagnóstico de prediabetes cuando la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl y/o cuando la glucosa dos horas. Post-carga oral de 75 g de glucosa anhidra es igual o mayor a 140 mg/dl y menor o igual de 199 mg/dl (NOM-015, 2010).

5.3.5 Complicaciones

Las complicaciones crónicas causadas por la diabetes según el Dr. Alberto Godoy Arno, son: retinopatía, nefropatía, pie diabético, neuropatía (Consejo General de Enfermería, 2010).

La diabetes puede provocar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo general de muerte prematura. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos. Durante el embarazo, si la diabetes no se controla de forma adecuada, aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones (OMS, 2016).

5.4.1 Calidad de vida

Antecedentes

Es a partir de estos inicios que disciplinas como medicina, psicología, economía, sociología, educación, enfermería, entre otras, han realizado importantes aportes en torno al concepto de calidad de vida con objetivos, metodologías y fundamentos propios de sus áreas específicas del conocimiento, proporcionando un carácter multifacético que permite abordar una gran variedad de ámbitos y contemplar al ser humano y al entorno que lo rodea (Velarde, 2002).

Los comienzos del concepto de calidad de vida se remontan a finales del siglo XIX y comienzos del XX, y hacían referencia a la posibilidad que tenían las personas de contar con las comodidades necesarias para la subsistencia (Gómez, 2012).

Sin embargo, fue hasta la década de los sesenta que el término comienza a difundirse con gran interés en el conocimiento del bienestar humano y la preocupación de los efectos de la industrialización para las personas. Surge entonces la necesidad de medir este impacto mediante indicadores objetivos que establecieran una medida entre los datos y hechos relacionados con el bienestar social de la población (Gómez, 2012).

Posteriormente, en la década de los ochenta comienza a presentarse un gran proceso de diferenciación en lo referente a los indicadores sociales objetivos y al verdadero concepto y significado de calidad de vida, que comienza a definirse desde un carácter integrador, multidimensional y multidisciplinar, que hace referencia a condiciones tanto objetivas como subjetivas (Gómez, 2012).

En 2002, hace una revisión sobre la evolución del concepto de calidad de vida. Este concepto ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento. En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Este artículo presenta un inventario de 126 instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades (OMS, 2002).

5.4.2 Concepto

Los múltiples factores biopsicosociales que inciden en ella. La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades

crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida (Bautista, 2015).

Coelho y Amante, citados por Giraldo manifiestan que la calidad de vida es la condición de la existencia del ser humano referida a los modos de vivir en sociedad, esto es, dentro de los límites establecidos en cada momento histórico para vivir la cotidianidad, esta existencia también debe satisfacer las exigencias o demandas que la cotidianidad genera para las personas que integran la sociedad (Giraldo, 2006).

Según Giraldo y Franco, el concepto de calidad de vida está influenciado por las circunstancias de la persona y está determinado por factores tales como: las posibilidades educativas, los aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales que cambian con el tiempo, lo que implica que una misma persona tiene diferentes conceptos de calidad de vida en momentos diferentes (Giraldo, 2006).

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (OMS, 2005).

Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales (OMS, 2005).

Se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectiva que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien (Velarde, 2002).

Velarde establece que la calidad de vida "consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales (Sentirse bien)" (Velarde, 2002).

5.4.3 Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones de los profesionales de la salud en el ámbito sanitario-asistencial. Su uso ha sido denominado como una medida centrada en el paciente, la cual, por un lado, mide la opinión de estos respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social y, por el otro, ha sido tomada como una de las variables finales para evaluar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones de salud (Bautista, 2015).

Desde una perspectiva subjetiva, hace referencia a la valoración que realiza cada individuo en un momento o una situación determinada y con base en sus propios criterios, sobre su estado físico, emocional y social (Urzúa, 2012).

Expresa además que la calidad de vida como una valoración implica de parte del individuo una respuesta cognitiva seguida de una reacción emocional, reflejando en este proceso el grado de satisfacción personal en función del logro de las expectativas iniciales (Urzúa, 2012).

Con base en estas definiciones es posible establecer que el concepto de calidad de vida involucra una serie de aspectos propios de la persona (como el nivel educativo, aspectos biológicos, psicológicos y culturales), para desarrollarse en su propia vida, logrando así los mejores beneficios en el cumplimiento de logros, objetivos, expectativas, aspiraciones e intereses, lo que le permitirá adquirir bienestar y satisfacción personal en las actividades de la vida diaria, las relaciones sociales e interpersonales, el sistema económico y financiero, el sistema físico y del componente afectivo y psicológico (Urzúa, 2012).

5.4.4 Generalidades

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales donde intervienen un conjunto de factores como: factores materiales: son recurso que uno tiene como ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud y nivel de educación, entre otros; factores ambientales: son características del vecindario o comunidad que pueden influir,

tales como: presencia y acceso a servicios, transporte y movilización, entre otros; factores de relacionamiento: incluyen las relaciones con los familiares, los amigos y las redes sociales; políticas gubernamentales: se debe considerar la calidad de vida como perspectiva social (Bautista, 2015).

Capítulo 3

VI. Material y métodos

6.1 Tipo y diseño de estudio

En relación con el enfoque es un proyecto cuantitativo, por que usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, con estudio descriptivo por que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de la espiritualidad (Hernández, 2014).

El diseño es no experimental porque no se realiza manipulación de las variables sino que sólo se observan en su ambiente natural para posteriormente analizarlas (Hernández, 2014).

Esta tesis se considera transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento. Con límites de espacio temporales de mayo del 2017, el lugar que se contempla es la Unidad de Segundo Nivel de Atención: Hospital General de Sub Zona Medico Familiar # nueve (Instituto Mexicano del Seguro Social Apatzingán de la Constitución).

6.2 Universo

La población de estudio fueron personas con diabetes mellitus tipo 2.

6.3 Muestra

La muestra fue no probabilística a conveniencia de 80 personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General de Sub Zona Medico Familiar # nueve (IMSS) de la ciudad de Apatzingán de la Constitución, Michoacán.

6.4 Criterios de selección

Se consideraron los siguientes criterios para los participantes.

6.4.1. Criterio de inclusión

Se seleccionaron a las personas con más de dos años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que se encuentren en tratamiento, derechohabiente del Hospital General de Sub Zona Medico Familiar # nueve (IMSS) de la ciudad de Apatzingán de la Constitución, Michoacán. Con edades de 35 a 65 años de edad.

6.4.2. Criterio de exclusión

Fueron excluidas las personas sin vigencia al Hospital General de Sub Zona Medico Familiar # nueve (IMSS) de la ciudad de Apatzingán de la Constitución, Michoacán. Sin control de tratamiento médico, con menos de dos años de diagnóstico de la enfermedad, menor de 35 años y mayor de 66 años, sin complicaciones como enfermedad renal crónica, retinopatía o pie diabético.

6.5 Operalización de variables

La operacionalización de variables se encuentra en el apéndice 1.

6.5.1 Variable independiente

Espiritualidad

La espiritualidad son puntos de vista personales (creencias) y comportamientos que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo mayor que sí mismo. Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del individuo. Estas lo ayudan a aceptar su enfermedad y poder compartir con otras personas sobre su condición de salud (Reed, 2011).

6.5.2 Variable dependiente

Calidad de vida

La calidad de vida es la condición de la existencia del ser humano referida a los modos de vivir en sociedad, esto es, dentro de los límites establecidos en cada momento histórico para vivir la cotidianidad, esta existencia también debe satisfacer las exigencias o demandas que la cotidianidad genera para las personas que integran la sociedad (Giraldo, 2006).

6.6 Instrumentos

6.6.1 Variable independiente

Para la variables espiritualidad se utilizó el instrumento Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) Pamela Reed, el instrumento se califica en rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, a mayor puntaje mayor espiritualidad. Las 4 primeras

preguntas se responden con los 6 siguientes criterios (Prácticas espirituales). Nunca = 1, menos de una vez al año = 2, más o menos una vez al año = 3, más o menos una vez al mes = 4, más o menos una vez a la semana = 5, más o menos una vez al día = 6. Las preguntas del 5 al 10 respondan con los siguientes criterios (Creencias espirituales). Extremadamente en desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, en desacuerdo más que en acuerdo = 3, de acuerdo más que en desacuerdo = 4, de acuerdo = 5, extremadamente de acuerdo = 6.

Estandarización de la puntuación: para facilitar la comparación de la puntuación de la escala en la investigación para la validez y confiabilidad. Se transforma cada puntuación de los 2 criterios a una escala de 0-100%.

6.6.2. Variable dependiente

Para la variable calidad de vida se utilizó el instrumento WHOOL-BREF, actualizado por Murgieri, M, el 30 de marzo de 2009. Abarca 4 categorías: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, ambiente. Exploradas con 26 ítems, (la pregunta 1 pregunta por una percepción general individual de calidad de vida y la pregunta 2 pregunta por una percepción general individual de su salud.) utilizando una escala de tipo liker de 5 puntos de modo que 5 indica un mejor nivel de calidad de vida. Para cada pregunta la persona marcará con un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

Se consideró que a menor puntaje hay menos calidad de vida, se clasificó la calidad de vida buena, regular y mala y se medirá de la siguiente forma primero se contestará el instrumento y para cada pregunta la persona marcará con un círculo en cada número indicando el nivel de concordancia con el ítem en una escala de tipo liker de 5 puntos donde el 1 equivale a muy mala, nada y muy insatisfecho; 5 equivale a totalmente, muy buena, muy satisfecho, extremadamente, siempre.

Estandarización de la puntuación para facilitar la comparación de la puntuación de la escala en la investigación para la validez y confiabilidad se transformará cada puntuación de las 4 categorías a una escala de 0-100%.

6.6.4 Covariables

Se consideraron a las variables sociodemográficas que se medirán de la siguiente forma.

Edad. Tiempo vivido por una persona que cubre el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento. Se medirán en años y meses. Se solicitará fecha de nacimiento.

Género. Condición orgánica, femenina o masculina, de los seres humanos. Se registrará como femenino o masculino.

Escolaridad. Total de cursos académicos realizados por una persona.

Estado civil. Condición que guarda cada persona en relación con quien comparte su vida, pudiendo estar o no avalado por la ley.

Ocupación. Trabajo o dedicación que una persona decide tener en la vida con un fin gratificable económico o no.

Tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus. Duración de la enfermedad desde que fue detectada por estudios de laboratorio.

Complicaciones de la diabetes mellitus. Dificultades derivadas de la enfermedad.

Religión. Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social.

Nivel Socioeconómico. Es una segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad económica y social de un hogar.

Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida. (Cuadro 3).

6.6.5 Procedimiento

Tras la aprobación del protocolo por el comité de investigación y bioética de la facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, se solicitará autorización a las autoridades del Hospital General de Sub Zona

Medico Familiar # nueve (IMSS) de la ciudad de Apatzingán de la Constitución, Michoacán para su realización, se realizó la estandarización del personal que aplico los instrumentos.

Para la selección de participantes se identificaron a los pacientes con diabetes mellitus que cumplan con los criterios de inclusión, se les abordó y se les brindó información del objetivo del estudio y se solicitó de su participación en el. Se acordó con la persona el momento para la aplicación de los instrumentos y en este momento se solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado (Apéndice).

6.6.6 Análisis estadístico

Para procesar los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 21 para Mac. Se hizo uso de la estadística descriptiva, la cual permitió conocer las características de los participantes del estudio a través de estadística descriptiva con medidas de tendencia central, media, mediana y moda y medidas de variabilidad. Para determinar la consistencia interna del instrumento se empleará el alfa de Cronbach.

VII. Resultados

Este estudio evaluó la relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2 en una muestra de 80 personas con diabetes tipo 2 del Hospital General de Sub Zona Medico Familiar #9 de Apatzingán, Mich. Las variables de estudio fueron espiritualidad y calidad de vida y para medirlas se utilizaron los instrumentos Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) Pamela Reed y WHOOL-BREF. De cada instrumento se determinó la consistencia interna, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.88 y 0.82 respectivamente.

El primero objetivo específico del estudio fue caracterizar a la población participante con base en las características sociodemográficas y se utilizó estadística descriptiva con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión. Los resultados se presentan en tablas.

Tabla 1

Sexo de los participantes

Sexo	<i>F</i>	%
Femenino	50	62.5
Masculino	30	37.5
Total	80	100.0

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 1 se observa que el 62.5% de los participantes son de sexo femenino.

Tabla 2

Edad de los participantes

Variable	<i>M</i>	Mdn	Moda	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Edad	46.89	46.00	38 ^a	8.817	32	65

Nota: M= Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar.

En la tabla 2 se observa que la media de edad de los sujetos de investigación fue de 46.89 ($DE=8.817$).

El objetivo específico dos del estudio fue identificar el nivel de espiritualidad en las dimensiones prácticas espirituales y creencias espirituales y se utilizó estadística descriptiva medidas de tendencia central y de dispersión. Los resultados se presentan en tablas.

Tabla 3

Espiritualidad en la escala total y en las dimensiones.

Espiritualidad	<i>M</i>	Mdn	Moda	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Escala total	163.08	167.00	172	20.059	103	198
Dimensiones						
Practicas espirituales	118.03	120.00	120	15.188	71	144
Creencias espirituales	143.01	146.00	146	17.834	89	174

Nota: M= Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar.

En la tabla 3 se observa que la media de la espiritualidad de la escala total fue de 163.08 ($DE=20.059$). Con el promedio obtenido en la escala de Perspectiva Espiritual (SPS) fue de 163.08 con un intervalo de confianza del 85% con un puntaje mínimo de 103 y máximo de 198. La media de prácticas espirituales fue de 118.03 ($DE=15.188$) con un mínimo de 71 y máximo de 144. La media de creencias espirituales fue de 143.01 ($DE=17.834$) con un mínimo de 89 y un máximo de 174.

El cuarto objetivo específico del estudio fue identificar la calidad de vida en las dimensiones de salud física, psicológico, relaciones interpersonales y entorno se utilizó estadística descriptiva medidas de tendencia central y de dispersión. Los resultados se presentan en la tabla.

Tabla 4

Calidad de vida en la escala total y en las dimensiones.

Calidad de vida	<i>M</i>	Mdn	Moda	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Escala total	89.51	89.00	93	3.799	83	100
Dimensiones						
Salud física	22.83	89.00	93	3.799	20	26
Psicológico	20.49	21.00	21	1.518	17	24
Relaciones interpersonales	10.48	10.50	11	1.263	8	13
Entorno	28.2375	28.0000	28.00	1.67818	25.00	32.00

Nota: *M*= Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación estándar.

En la tabla 4 se observa que la media de calidad de vida de la escala total fue de 89.51 (*DE*=3.799). El promedio obtenido en la aplicación de WHOOL-BREF fue de 89.51 (*DE*=3.799) con un intervalo de confianza de 89%, con un puntaje mínimo de 83 y máximo de 100. La media de salud física fue de 22.83 (*DE*=3.799) con un mínimo de 20 y máxima de 26. La media de psicológico fue de 20.49 (*DE*=1.518) con un mínimo de 17 y máximo 24. La media de relaciones interpersonales fue de 10.48 (*DE*=1.263) con un mínimo de 8 y máximo de 13. La media de entorno fue de 28.2375 (*DE*=1.67818) con un mínimo de 25.00 y un máximo de 32.00.

VIII. Discusión

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2, en esta investigación se estudiaron 80 personas con diabetes mellitus tipo 2, de las cuales la mayoría fue de sexo femenino, semejante a lo encontrado por (Gómez et al 2013) y (Vargas et al 2017) y se encontró de igual porcentaje de femenino y masculino por (Torres et al 2011).

Respecto a la edad se encontró que la media es la etapa de la adultez intermedia y esto fue semejante a lo encontrado por (Torres et al 2011) y (Gómez et al 2013) y se encontró menor por (Vargas et al 2017) la población siempre ha sido estudiada desde diversos puntos de vista. Cada perspectiva ha pretendido, y pretende aún, apoyar el proceso de supervivencia y bienestar de las personas como parte del proceso adaptativo por el que pasamos en forma ontogénica (desarrollo individual) o filogénica (evolución por especie).

En relación a la espiritualidad se encontró que los participantes presentan un nivel de espiritualidad regular esto fue semejante a lo encontrado por (Torres et al 2011) y por (Vargas et al 2017), se encontró mejor por (Gómez et al 2013).

En cuanto a la variable de estudio, que fue espiritualidad, se encontró que los participantes obtuvieron un puntaje regular respecto a las dimensiones del instrumento, lo que coincide con los resultados de (Torres et al 2011) y (Gómez et al 2013) Estos resultados confirman que cuando se tiene espiritualidad las personas hablan una vez al día de asuntos espirituales con su familia o amigos, comparten problemas y alegrías teniendo en cuenta sus creencias espirituales, leen material de tipo espiritual y rezan en privado. Estas prácticas de religiosidad y espiritualidad está presente en la mayoría de la comunidad de religión católica, donde se ha observado que sus creencias influyen en la calidad de vida que presentan (Zavala et al, 2006). También se ha observado que en los pacientes que incrementan sus prácticas y creencias espirituales; contribuye en su autotranscendencia y bienestar espiritual (Reed et al 2011).

En cuanto a la variable de estudio, que fue calidad de vida, se encontró que los participantes obtuvieron un puntaje bueno respecto a las dimensiones del instrumento, los que coinciden con el estudio realizado por (Bautista et al 2015) y se encontró con menor CV a (Estrada et al 2012). Los dominios de la calidad de vida afectados fueron físicos, relaciones sociales y medio ambiente; la espiritualidad obtuvo la mayor puntuación; no existe adherencia a grupos de apoyo. Los programas deben considerar la edad y el nivel socioeconómico. Falta mejorar la actividad física, la autoestima, la dieta y el apego terapéutico, así como la independencia-ambiente y el dominio físico. Por lo que permite conocer la calidad de vida del paciente diabético, mediante la valoración de los efectos sociales, efectos futuros de la enfermedad y bienestar general, consideró tener un estado de salud bueno (Bautista et al 2015).

IX. Conclusiones

La experiencia aprendida de esta investigación fue conocer la relación del nivel de espiritualidad y la calidad de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2, se estudiaron 80 personas con diabetes mellitus tipo 2.

La mayoría de las personas encuestadas fueron de sexo femenino, se dedican a participar en los grupos de apoyo del Hospital General de Sub Zona Medico Familiar #nueve, realizan actividad física; están en constante revisión y tienen un tiempo de diagnóstico de la enfermedad mayor de dos años.

En relación con la variable espiritualidad, se encontró una media de (163.08; $DE=20.059$) en la escala total y la dimensión con mejor puntuación fue creencias espirituales (143.01; $DE=17.834$) y con menor puntaje fue practicas espirituales (118.03; $DE=15.188$). En calidad de vida se obtuvo una media de (89.51; $DE=3.799$), la dimensión con mejor puntuación fue entorno (28.2375; $DE=1.67818$) y con menor puntuación fue relaciones sociales (10.48; $DE=1.263$).

En cuanto a su control realizan actividad, son orientados y estas escritos a programas de apoyo tanto de su padecimiento como para llevar una buena orientación de su vida diaria.

Los participantes de esta investigación; tienen motivación y apoyo para llevar un buen manejo de una vida saludable con sus creencias y prácticas espirituales que les dan el apoyo que necesitan.

X. Sugerencias

A partir de los resultados obtenidos en esta población se sugiere lo siguiente para las personas con diabetes mellitus tipo 2.

1. Asistir a consulta con su médico familiar para que le resuelva dudas y este en constante chequeo, tratamiento.
2. Participar en los talleres y grupos que les ofrece el centro de salud.
3. Examinar los pies de no tener cortaduras o ámpulas.
4. Llevar una vida activa porque favorece el control de diabetes mellitus y además es útil para tener buena calidad de vida.
5. Llevar registro de los niveles de azúcar en sangre y saber que tratamiento consume.
6. Evitar los alimentos altos en sal, azúcar y grasas saturadas (comida chatarra); y tratar de comer lo menos posible fuera de casa.
7. Realizar actividad física, como lo es el caminar mínimo 30 minutos al día, si puede tratar suave, bailar o nadar.

Para los prestadores de servicio social de enfermería

1. A los pasantes de enfermería además de participar y llevar a cabo las actividades de la enfermera encargada del servicio les sugiero que tomen toda iniciativa en todas y cada una de las actividades de enfermería.
2. Que toda duda, miedo que lleven en el servicio la afronten porque es la última etapa de tener a alguien cerca de ti para apoyarte.
3. Preocuparse por el lado espiritual de las personas ya que somos el personal que está con ellos las 24 horas al día.
4. Acudir a secciones y actualizaciones sobre diabetes mellitus o alguna otra patología.
5. Desarrollar estrategias educativas que explique en que consiste la espiritualidad y la diabetes mellitus y sus complicaciones a corto y largo plazo, con el propósito de incorporar la educación como parte de la prevención.

6. Se sugiere que se interesen por sus creencias para así mismo apoyar de una mejor manera.

Para la institución de salud

1. Las instituciones de salud deben unificar esfuerzos para implementar estrategias efectivas que incrementen los conocimientos, mejoren las actividades, conocimientos y promuevan las prácticas educativas adecuadas sobre la prevención de diabetes y promueven el lado espiritual; pero sobre todo tener un enfoque en la promoción y educación de hábitos saludables a la población en general.
2. Crear grupos de pacientes diabéticos que permitan compartir experiencias de las personas con buena calidad de vida.
3. Capacitar al personal de salud sobre estrategias educativas en dichas personas, para brindar consejería oportuna.
4. Promover campañas permanentes en la prevención de diabetes mellitus y de igual manera brindar información para la espiritualidad en personas que padezcan dicha enfermedad.

Para la facultad de enfermería

1. Fomentar las investigaciones en esta área, proponiendo un mayor nivel de profundidad de conocimiento acerca de diabetes y espiritualidad para poder hacer propuestas educativas.
2. Acudir a sesiones de actualización de diabetes mellitus tipo 2.
3. Enfocar a los alumnos a programas de primer nivel de atención.

XI. Consideraciones éticas y legales

De acuerdo con los principios básicos de respeto a la integridad física y mental del participante de la Declaración de Helsinki y considerando además lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud de México en su capítulo segundo a fin de garantizar el respeto a su dignidad así como la protección de sus derechos y bienestar tal como lo señala el Artículo 13, se consideró a esta investigación con riesgo mínimo con base en el Artículo 17 del mencionado Reglamento debido a sólo se aplicará la Escala de Bienestar Espiritual, el instrumento D39 y el instrumento de variables sociodemográficas.

De igual manera, el investigador se compromete a contar con el consentimiento informado de los participantes de acuerdo a lo previsto en el Artículo 14 fracción V, el cual se obtendrá por escrito, explicitando su capacidad para participar en el proyecto libremente y sin coacción alguna (Artículo 20).

Los objetivos de la investigación, los procedimientos ya señalados previamente, los riesgos y beneficios, el proporcionar respuesta a las dudas que surjan durante la investigación e información actualizada obtenida de la misma, retirar su consentimiento en cualquier momento sin que existan modificaciones en la atención que recibe en la unidad de salud, la seguridad de mantener la confidencialidad de los datos que se obtendrán de los cuestionarios, los cuales se mantendrán en absoluta privacidad (Artículo 21).

El investigador también respetará lo establecido en el Artículo 22 al elaborar el consentimiento informado, debiendo obtener la aprobación de la Comisión de Ética de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y de las Comisiones de Investigación y Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social #9, indicando los nombres y direcciones de dos testigos, incluyendo su firma así como la del participante o, en caso de que no supiere firmar, imprimir la huella digital firmando a su nombre otra persona designada por él.

Se garantizará también que el consentimiento informado no se solicitará hasta en tanto el proyecto de investigación no sea aprobado por los Comités de

Investigación y Ética (Artículo 99 fracciones I y III y Artículos 109 y 111) y nunca antes de la recolección de datos, debiendo entregar una copia del mismo al participante.

Así mismo, el investigador respetará lo señalado en el Capítulo V en los Artículos 57 y 58 al realizarse la investigación en participantes considerados cautivos por recibir atención en el área de hospitalización, por lo que se garantizará que los resultados de la investigación no serán utilizados en su perjuicio y el investigador se responsabilizará de observar las reacciones presentadas por el participante posterior a la aplicación de los cuestionarios, a fin de identificar síntomas de tristeza, ansiedad o preocupación que requieran intervención en crisis, para lo cual se solicitará apoyo a los Departamentos o servicios de psicología de las unidades de salud ya mencionadas; en caso de que las instituciones no acepten, la investigadora principal se compromete a recibir capacitación para realizar intervención en crisis, a fin de garantizar en todo momento el bienestar de los participantes, aunque entregará un informe por escrito a las autoridades de los participantes que a su juicio requieran atención psicológica.

Igualmente el investigador respetará lo establecido en los Artículos 113, 114 y 116 del Título Sexto relativos a la ejecución de la investigación garantizando que la conducción del proceso de investigación será efectuada por un equipo de trabajo que posee la experiencia y conocen los principios éticos que guían la investigación, a fin de cumplir con las fracciones I, II, III, IV, V, VI y VII.

Se considerará también lo señalado en los Artículos 117, 118, 119 y 120 que incluye la selección de los investigadores asociados y el personal técnico y de apoyo que acrediten su capacitación en ética; así como la elaboración, publicación y difusión de informes del estudio y hallazgos finales garantizando que quienes colaboren en todo el proceso de investigación respetarán la confidencialidad de los participantes durante la recolecta, captura, análisis y resguardo de los datos obtenidos mediante el empleo de folios para identificarlos, los cuales serán

conservados en el cubículo del investigador, a fin de corroborar su seguridad.
Consentimiento informado.

XII. Referencias bibliográficas

- Ávila, F., Gutiérrez, L.V. (2017). La espiritualidad como recursos de afrontamiento ante la enfermedad crónica en dos sistemas familiares. *Tesis*, 1, 10-95. Disponible en <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/8372>
- López, M.E. (2011). La crónica del quintio. *Aquichan*, 1, 11-13. Disponible en <http://www.inteligenciafamiliar.com/articulo.php?articulo=121&contenido=9>
- Bautista, L.M., Zambrano, G.E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*, 131-148. Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/9261/9760>
- Leite, C., Rodríguez, A. (2014). Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con diabetes. *Rev. Bioet*, 2, 9-382. Disponible en http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/922/1097
- Espindula, J., Ranier, E., Ales, A. (2010). Religión y espiritualidad. Una perspectiva de profesionales de la salud. *Rev. Latina-Am. Enfermagem*, 6, 1-8. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf
- García, D.D. (2013). Importancia de las terapias complementarias en el cuidado integral de un paciente diabético. *Ucam. Edu*, 1, 7-101. Disponible en <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/1281>
- Teoría de la auto-trascendencia de Pamela Reed (2011) Disponible en <https://mick91.wordpress.com/2011/10/17/teoria-de-la-auto-trascendencia-de-pamela-g-reed/>
- Gómez, I.P. (2010). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Unal. Edu*, 30, 11-91. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39681>
- López, C.R., Avalos, M.I. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista cubana de salud pública*, 2, 331-345. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430556013>

- López, C.R., Avalos, M.I. (2013). Diabetes mellitus tipo 2. Barreras y perspectivas en el control del paciente. *Ujat.mx*, 12, 1-7. Disponible en <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/264>
- Noda, J.R., Pérez, J.E., Málaga, G y Aphang, M.R. (2008). Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Hered*, 2, 68-71. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000200005
- Zavala, M.R., Vázquez, O., Whetsell, M.V. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*, 6, 1-6. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160103>
- Oliver, A., Galiana, L., Sancho, P y Tomas, J. (2015). Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y apercepción de salud efecto moderador. *Aquichan*, 2, 228-238.
- Quiceno, J.M., Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Red de revistas científicas de américa latina*, 5, 321-336. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916260008>
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 11, 24-49. Disponible en http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_2.pdf
- Simkin, H., Cermesoni, D. (2014). Factores de la personalidad, espiritualidad y su relación con la calidad de vida. *Uflo. Edu*, 7, 4-12. Disponible en <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/viewFile/100/114>
- Gómez, I.P., Duran, M.M. (2012). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad. Adultos diabéticos tipo 2. *Enferm*, 3, 18-28. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39681>

- Torres, I. (2011). Perspectiva espiritual de hombres y mujeres con diabetes mellitus. *Tesis*, 1, 10-184. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf>
- Urzúa, A., Caqueo, A. (2012). Calidad de vida. Una revisión teórica del concepto. *Scielo*, 30, 61-71. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Vargas, L.M. (2017). Intervención educativa para enfermería. Cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. *Aquichan*, 1, 30-41. Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5687>
- Velarde, E., Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de Mex*, 44, 349-361. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009
- Veloza, M., Pérez, B. (2009). La espiritualidad. Componente del cuidado de enfermería. *Revista de investigación*, 11, 151-160. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835199009.pdf>
- Galviz, M., Pérez, B. (2011). Perspectiva espiritual. *Aquichan*, 11, 256-273. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74121424003>
- Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva. (2016). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
- Estrada, J.G & Colaboradores. (2012). La calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en centro de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Scielo*, 28, 264-275. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a09.pdf>
- Gómez, P & Colaboradores. (2013). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica. Tesis. 1-55. Disponible en <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2662/1/informe%20final%20listo.pdf>

Asociación Americana de Diabetes. ADA (2016). Lo básico sobre la diabetes tipo

2. Disponible en <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/lo-basico-sobre-la-diabetes-tipo2.html?referrer=http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/>.

Coward, D., (2011). Teoría de la autotranscendencia. Raile.M & Marriner. A, "Modelos y teorías en enfermería" (p.p. Barcelona: EdiDe, S.L.)

Jasso, M., (2014). Análisis del bienestar espiritual de los pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en una institución de salud. Rev Mex Enf. 3, 98-105. Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59602>

Guías ALAD de diagnóstico, control, y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (2006). Disponible en http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf

Norma Oficial Mexicana 015, (2010). Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial de la Federación. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010

Déficit de autocuidado de Dorothea Orem (2011).

Consejo general de enfermería (2010).

Giraldo, C., Franco, G. (2006). Calidad de vida, Aquichan. 3, 1-26. Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/79/163>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (p.p. México D.F.: McGraw-Hill). Disponible en https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/metodologc3a3c2a1da_de_la_investigac3a3c2b3n_-sampieri-6ta_edicion1.pdf

XII. Apéndices

Apéndice 1. Conceptualización y operacionalización de variables

Cuadro 1. Variable independiente

[illegible]

Cuadro 2. Variable dependiente.

Variable/ definición	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores Ítems	Medición / clasificación
Calidad de vida La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.	Objetivo integrador, multidimensional, incluyendo elementos objetivos y subjetivos, extendiéndose a la salud física, salud psicológica, relaciones y ambientales	Salud física	Pregunta: 3,4,10,15, 16,17,18	Presencia Ausencia
		Salud Psicológica	Pregunta: 5,6,7, 11,19,26	Presencia Ausencia
		Relaciones sociales	Pregunta: 20, 21, 22	Presencia Ausencia
		Ambiente	Pregunta: 8,9,12,13, 14,23,24,25	Presencia Ausencia

Cuadro 3. Variables sociodemográficas

Variables	indicadores	Escala de medición	Medición / clasificación
Variables Sociodemográficas	Edad	Cuantitativa	Días, meses y años cumplidos
	Genero	Cualitativa	Femenino, masculino
	Escolaridad	Cuantitativa	Años de estudio
	Estado civil	Cualitativo	Con pareja o sin pareja, no contesta
	A quien brindo mis cuidados	Cualitativo	Esposo (a) o pareja, padre/madre, hijos, sobrinos, cuñado.
	Ocupación	Cualitativo	Trabajo no remunerado, trabajo remunerado, no trabajo no remunerado, no trabajo remunerado.
	Tiempo de diagnostico	Cuantitativa	Meses de diagnostico
	Complicaciones	Cualitativo	Medicamentos, dieta, ejercicio, automonitorización de la glucosa, control de peso
	Religión	Cualitativo	Católica, evangélica, testigo de Jehová, ateo, otra.
	Nivel socioeconómico	Cualitativo	Baja, media, alta



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Recolección de datos



Peso_____kg Talla_____cm IMC_____Circunferencia de cintura_____cm

Parte 1.

Instrucciones. Conteste lo que se le solicita o marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación de salud.

Edad_____años Género Hombre_____Mujer_____

Escolaridad _____número de años cursados

Trabajo Profesional _____, Obrero_____, Hogar_____, Comercio_____, Campo_____,
Otro_____, Jubilado/pensionado_____, desempleado_____,
estudiante_____

Parte 2.

¿Con quién vive? 1. Pareja_____, 2. Hermanos (as) _____, 3. Hijos (as) _____, 4.
Padre o madre_____, 5. Nadie_____

¿Quién le ayuda en relación a su diabetes? 1. Algún familiar_____, 2. Amistades
_____, 3. Religiosos _____, 4. Nadie_____

¿La persona que lo ayuda estaría dispuesta a conocer más sobre su
padecimiento?

1. Sí_____ 2. No _____

Si contestó que sí, ¿acudiría a reuniones de capacitación? Sí_____, No_____

Si contestó que no, ¿Por qué? 1. Trabaja_____, 2. Vive en otro lugar_____

¿Participa en algún grupo de apoyo a su diabetes?

1. Grupo de Apoyo Mutuo_____ 2. Grupo religioso _____, 3. Grupo político
_____, 4. Grupo de adulto mayor _____, 5. No _____

Parte 3.

¿Cuenta con un plan alimenticio?

1. Sí_____ 2. No _____

Si contestó que sí, ¿quién lo elaboró? 1. Médico____ 2. Nutriólogo _____,
3. Enfermera _____ 4. Yo mismo o amigos_____

Si cuenta con un plan alimenticio,

1. marque solamente una situación favorable que ha tenido por su plan alimenticio

1. Bajé de peso____, 2. Me siento relajado____, 3. Mejoraron mis hábitos____, 4.
Control de enfermedad____, 5. Apoyo familiar _____

2. marque solamente una situación desfavorable que ha tenido por su plan
alimenticio

1. No hay nutriólogo____, 2. No como a mis horas____, 3. Es costoso____,

4. Es fastidioso____, 5. Comer lo que comen todos _____, 6. No logro bajar de
peso____, 7. No logro modificar hábitos_____

Parte 4.

¿Ha recibido apoyo o tratamiento psicológico?

1. Sí____ 2. No _____

¿Cómo ha manejo sus emociones en relación con su diabetes?

1. Me resisto a mi enfermedad o tratamiento (negación)

2. Me siento enojado (a) cuando me piden que cambie alguna conducta

3. Puedo hablar de mis emociones y negociar mi tratamiento

4. Me siento triste, estresado (a) todo el tiempo

5. Acepto mi enfermedad y estoy dispuesto a seguir mi tratamiento

Parte 5.

¿Realiza algún tipo de actividad física?

1. No_____

2. Sí _____ ¿Qué tipo de actividad física? _____

¿Con qué frecuencia y cuánto tiempo? _____



Consentimiento informado

Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

Facultad de Enfermería

Proyecto de Investigación: Nivel de espiritualidad y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus.

Éste es un proyecto de investigación que realizará la pasante de la Licenciatura en Enfermería Izamar Valencia Valencia, como parte de los estudios que lleva a cabo en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para acreditar titulación. Para que Usted pueda decidir si decide participar en este proyecto necesita que se le dé información sobre el propósito del estudio, los beneficios para su salud, cuáles son los riesgos que existen por participar y lo que solicitaremos que haga si acepta participar. Todo este proceso se llama “consentimiento informado” y es el siguiente formulario en el que se le explicará toda la información sobre el estudio para que usted pueda, después de leerlo y comentarlo con algún familiar si así lo desea, decidir libremente y sin presiones si acepta participar. Si usted y su familiar aceptan, se le pedirá que firme esta hoja.

Propósito del estudio. Como enfermera, estoy interesada en conocer el nivel de espiritualidad y calidad de vida en pacientes diabéticos.

Descripción del estudio y procedimiento. Si Usted acepta participar en este estudio le pediré que firme esta hoja llamada “Consentimiento informado” y que permita que la pasante de la Licenciados en enfermería haga los siguientes procedimientos cuando usted considere que se siente bien y que no intervenga en sus actividades.

Le harán una serie de preguntas que tienen que ver con la espiritualidad que lleva usted al estar con enfermedades crónicas para contestar estos cuestionarios necesitamos que Usted nos dedique 30-45 min. Beneficios potenciales. Los beneficios que Usted obtendrá con los procedimientos que se le realizarán son los siguientes: Cuestionarios. Con la información que nos dé, Usted podrá saber si está afectada su espiritualidad.

Costo por participar. Si Usted acepta participar no se le pedirá que realice ningún pago.

Confidencialidad. La información que Usted nos dé en los cuestionarios, no será conocida por nadie más que las personas que participen en el estudio y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación que ya se le explicaron anteriormente. Toda la información que Usted nos proporcione será guardada en un lugar seguro.

Como este proyecto en el que Usted participará es totalmente independiente del hospital, usted puede dejar de participar en el momento que así lo decida sin que afecte la atención que le brindan como paciente. Igualmente le recuerdo que este consentimiento podrá ser invalidado en el momento que así lo considere.

Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con Izamar Valencia Valencia, responsable del estudio al correo electrónico: Izamar_1416@hotmail.com

Firma del consentimiento informado

Si Usted está de acuerdo en participar, por favor firme en la línea y recuerde que aunque haya firmado este documento, Usted puede abandonar el estudio en el momento que así lo decida.

Si el participante no sabe firmar pondrá su huella digital.

Nombre

Firma

XIII. Anexos

El instrumento se califica en rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, a mayor puntaje mayor espiritualidad.

Las 4 primeras preguntas se responden con los 6 siguientes criterios: Nunca = 1, Menos de una vez al año = 2, Más o menos una vez al año = 3, Más o menos una vez al mes = 4, Más o menos una vez a la semana = 5, Más o menos una vez al día = 6

Las preguntas del 5 al 10 respondan con los siguientes criterios: Extremamente en desacuerdo = 1, Desacuerdo = 2, En desacuerdo más que en acuerdo = 3, De acuerdo más que en desacuerdo = 4, De acuerdo = 5, Extremadamente de acuerdo = 6

	1	2	3	4	5	6
El perdón es una parte importante de su espiritualidad						
Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria						
Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida						
Frecuentemente se siente muy cerca de dios o a un poder más grande en momentos importantes de su vida diaria.						
Sus creencias espirituales han influenciado su vida.						
Sus creencias espirituales son especialmente importantes por que responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

	1	2	3	4	5	6
Cuando está hablando con su familia o amigos, cuantas veces menciona usted asuntos espirituales?						
Cuantas veces comparte usted, con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
Cuantas veces usted lee materiales de algo espiritual?						
Cuantas veces reza usted en privado o hace meditación?						



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de enfermería



Escala de medición de calidad de vida

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Edad: _____ Sexo: femenino o masculino

1. Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5