



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de enfermería
División de Posgrado
Maestría en Enfermería



Bienestar espiritual asociado a calidad de vida en adultos mayores

Tesis que para obtener el grado de
Maestra en Enfermería con terminal en adulto mayor

Presenta

LE. Graciela González Villegas

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesoras

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Morelia, Michoacán, Febrero 2017



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de enfermería
División de Posgrado
Maestría en Enfermería



Bienestar espiritual asociado a calidad de vida en adultos mayores

Tesis que para obtener el grado de
Maestra en Enfermería con terminal en adulto mayor

Presenta

LE. Graciela González Villegas

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesoras

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Morelia, Michoacán, Febrero 2017

DIRECTIVOS

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora de la Facultad de enfermería

MSP. Julio César González Cabrera

Secretario Académico

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Secretaria Administrativo

Mesa Sinodal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Firma

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Firma

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Firma

Dra. María Cristina Martha Reyes

Firma

Dra. Elba Rosa Valtierra Oba

Firma

Dedicatorias

A Dios

Por permitirme vivir y estar conmigo en cada paso que doy y darme la fuerza para seguir adelante para cuidar a todo aquel que de mí necesite.

A mis Hijos

Kenia y Carlos porque son y serán siempre el motor que me impulsa a crecer como persona y profesional, a ustedes porque con su presencia iluminan mi vida en los momentos más difíciles.

A mis padres

Por su apoyo incondicional, por su paciencia y comprensión.

A mi asesora

Dra. Ma de Jesús Ruiz Recéndiz, por compartir sus conocimientos, por confiar en mí, pero sobre todo por su amistad y cariño, por ser un gran ser humano.

A mis amigos y compañeros

Porque con sus risas y bromas, me apoyaron para no desistir, a R.M.C.F.⁺ porque con tu partida aprendí a valorar la vida y hoy culmina uno de los sueños que alguna vez compartimos.

Agradecimientos

A dios

Por darme el don de la vida y ayudarme a comprender los tesoros de la sabiduría y la ciencia, por darle fortaleza a mi voluntad.

A mis hijos

Kenia Yolanda y Carlos Manuel, porque los amo y con sus risas alegran mi existir, porque fueron mi principal motivación de superación personal y profesional, por todos los momentos que tome de nuestro tiempo como familia, para dedicarlos a esta tesis, por todo eso mil gracias.

A mis padres

Emilia y Miguel Angel, porque gracias a su cariño y apoyo incondicional hoy culmina una meta de mi formación como profesional de enfermería.

A Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Mi alma mater.

A las Dras. Maestras, Profesoras y estudiantes de la facultad de Enfermería

A todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron en la realización de esta tesis mi más sincero agradecimiento.

A la los Servicios de Salud de Michoacán

por brindarme el tiempo y las facilidades para la realización de esta investigacio.

A los adultos mayores

De la Casa de los abuelos Miguel Hidalgo y de la Estancia diurna del Adulto Mayor por su tiempo y disposición, gracias.

Bienestar espiritual asociado a calidad de vida en adultos mayores

Bienestar espiritual asociado a calidad de vida en adultos mayores

Resumen

Introducción. En el adulto mayor (AM) es importante conocer su bienestar espiritual (BE) y calidad de vida (CV), esperando que redunde en una mejor aceptación del proceso de envejecimiento. El marco teórico de referencia fue la Teoría de enfermería del confort de Katharine Kolcaba. Se analizó el BE asociado a CV de AM. **Material y métodos.** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, muestreo no probabilístico por conveniencia de 133 AM; instrumentos: Escala de Bienestar Espiritual® para BE y WHOQOL-BREF para CV. Estadística descriptiva, U de Mann-Whitney y rho de Spearman en SPSS versión 22. **Resultados.** 85% AM asistentes de estancia diurna, femeninos (60%), escolaridad primaria (38%), casados (57%), vive con familiares (49%), pensionados o jubilados (36%), derechohabientes del IMSS (42%), católicos (83%). Se encontró BE moderado en la escala total y en BER y BEE (79.7%-73.7%-78.2%, respectivamente); en CV la dimensión mejor puntuada fue salud psicológica ($X=71.78$, $DE=13.79$). Diferencia significativa en escala total de BE ($U=1653.0$; $p=.032$) y BEE ($U=1615.0$; $p=.020$) por género, no así en BE total por institución, estado civil y religión. Diferencia significativa en CV en dimensión relaciones sociales ($p=.000$) y ambiente ($p=.002$) con religión, no entre CV e institución, género y estado civil ($p=>.05$). Se encontró diferencia significativa en BE y dimensión salud física ($rs=.184$; $p=.034$), salud psicológica ($rs=.331$; $p=.000$) y ambiente ($rs=.247$; $p=.004$); entre BER y salud psicológica ($rs=.195$; $p=.024$); BEE y relaciones sociales ($rs=.179$; $p=.039$), salud física ($rs=.172$; $p=.047$), salud psicológica ($rs=.385$; $p=.000$) y ambiente ($rs=.328$; $p=.000$) **Conclusiones.** Se encontró BE moderado y CV en salud psicológica, así como relación entre el BE, BER y BEE y las dimensiones de la CV del AM.

Palabras clave. Bienestar espiritual, calidad de vida, adultos mayores.

Spiritual well-being associated to life quality in elder people

Abstract

Introduction It's important to know the spiritual well-being (BE) and life quality (CV) of elder people (AM), hoping that it results in a better acceptance of the aging process. The analysis was one of the BE associated with CV of AM. **Material and methods.** Quantitative, descriptive and cross-sectional study with non-probabilistic sampling by convenience of 133 AM. Instruments: for BE Spiritual Well Being Scale and for CV WHOQoL-Bref. Descriptive statistic, U of Mann-Whitney rho de Spearman with a (SPSS), package version 22. **Results:** 85% feminine (60%) basic education (38%), 57% married, living with other family members (49%), retired (36%), right holders of IMSS (42%), catholics (83%). Moderate BE was found in the total scale and in the existential and religious sphere (79.7%- 73.7%- 78.2%) in CV, the sphere with best punctuation: psychological health ($X=73.33$, $DE=13.79$ DE). In BE by gender there was a significant difference in the total scale of BE ($U=1653.0$; $p=.032$) and existential sphere ($U=1615.0$; $p=.020$), ($U=777.0$; $p=.115$). Significant difference between BE and institution, civil status and religion was not found. Neither between CV and institution, gender and civil status ($p>.05$), it was only found in CV in the sphere of social interaction ($p=.000$) and environment ($p=.002$) with religion. There was a significant difference in BE and the sphere of physical health ($r_s=.184$; $p=.034$)

Conclusion: The BE and CV of AM must be an incentive for the nursing staff to explore the care on the spiritual sphere.

Key words: Spiritual well-being, life quality, elder people.

Índice

Introducción	1
Capítulo I.....	4
1.1. Justificación	5
1.2. Planteamiento del problema	16
1.3. Objetivos.....	21
1.4. Hipótesis.....	22
Capítulo II.....	23
2.1. Marco teórico conceptual.....	24
2.1.1. Teoría del Confort de Katharine Kolcaba.....	24
2.1.2. Bienestar espiritual	32
2.1.3. Calidad de vida.....	34
2.1.4. Adulto mayor	37
Capítulo III.....	42
3.1. Material y métodos.....	43
3.2. Resultados.....	50
3.3. Discusión.....	58
3.4. Conclusiones.....	64
3.5. Sugerencias.....	65
Capítulo IV.....	66
4.1. Referencias bibliográficas	67
Capítulo V	80
Apéndices	81
Anexos	84

Índice de tablas

Tabla	página
1. Variables sociodemográficas de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.....	51
2. Prevalencia de bienestar espiritual en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.....	52
3. Prueba de U de Mann-Whitney para bienestar espiritual por género en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.....	52
4. Prueba de U de Mann-Whitney para bienestar espiritual por institución en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.....	53
5. Prueba de U de Mann-Whitney para bienestar espiritual por estado civil en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.....	54
6. Prueba de U de Mann-Whitney para bienestar espiritual por religión en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.....	54
7. Calidad de vida por dimensiones en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.....	55
8. Prueba de U de Mann-Whitney para calidad de vida por religión en adultos mayores.....	56
9. Correlación entre las variables bienestar espiritual y calidad de vida en adultos mayores, Morelia, Michoacán 2016.....	57

Índice de figuras

Figura	Página
Teoría del Confort de Katharine Kolcaba.....	30
Descripción esquemática de las conclusiones del Bienestar espiritual y Calidad de Vida en el adulto mayor con la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba.....	63

Introducción

De acuerdo a las estimaciones de la OMS (2012), entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Estos datos demuestran la importancia de implementar políticas públicas que garanticen el acceso de los adultos mayores (AM) a los servicios de salud y a otros servicios que resultan necesarios para mejorar la calidad de vida (CV) de estas personas, debido a que en esta edad se presentan múltiples problemas asociados con el envejecimiento.

Múltiples estudios han documentado la necesidad de mejorar la atención a los AM, incluyendo la dimensión espiritual, que en este grupo poblacional reviste un gran interés ya que las personas redimensionan su vida espiritual al final de la vida, y por ende, las necesidades espirituales son cada vez mayores.

El marco de referencia teórico para esta investigación fue la Teoría de enfermería del confort de Katharihe Kolcaba quien define el confort como el resultado de sentirse fortalecido, estado que experimentan los receptores de las medidas que les proporcionan comodidad y fue creada a partir del cuidado a los AM. Dentro del Metaparadigma, la teoría de Kolcaba considera a la persona como ancianos, quienes son receptores de las medidas (intervenciones de enfermería) para la satisfacción de las necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, ambientales, físicas y espirituales. Las necesidades espirituales se consideran como la práctica espiritual que le proporcionar confort al AM dicho confort es igual a la calidad de vida.

Dentro del confort el concepto de comodidad adquiere su significado cuando sirve de ayuda para expresar la fragilidad o situación de vulnerabilidad del otro, en este caso, el AM, pues proporciona herramientas para el análisis y orientación de su situación, alcanzando alivio, tranquilidad y trascendencia; esta última está estrechamente relacionada con el bienestar espiritual (BE) donde el AM en los contextos de la experiencia humana encuentra sentido a su vida y se

sitúa en un contexto dentro de un sistema de valores, lo que se traduce en bienestar espiritual y calidad de vida.

Por tanto, se observa que el envejecimiento poblacional ha cobrado importancia en los últimos años al igual que la medición de la CV, por lo que en el presente trabajo se estudiaron las variables antes mencionadas y su asociación con el BE de los AM residentes de la casa de los abuelos “Miguel Hidalgo” y la Estancia Diurna del Adulto Mayor (EDAM) de la ciudad de Morelia, Michoacán. El diseño de investigación en este estudio fue cuantitativo y descriptivo, dado que implicó observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera.

Este documento se organizó en diferentes capítulos, en el primero se ubica la justificación en la que se sustenta la necesidad de estudiar el BE y su asociación con la CV de los AM residentes de la casa de los abuelos “Miguel Hidalgo” y asistentes de una Estancia Diurna del Adulto Mayor, instituciones localizadas en Morelia, Michoacán. También se aborda el planteamiento del problema, que presenta y delimita el objeto de estudio, es decir, el BE y su asociación a la CV en AM y de donde se deriva la pregunta de investigación. Finalmente se delimita el propósito establecido para el estudio a través del objetivo general y los objetivos específicos, así como las hipótesis de estudio.

El capítulo dos organiza el marco teórico conceptual que incluye los elementos derivados del planteamiento del problema de la siguiente manera: Teoría del confort de la Dra. Katharine Kolcaba, BE, CV y adulto mayor.

En el capítulo tres se detalla el proceso metodológico seguido, describiendo los procedimientos y herramientas que permitieron al investigador cumplir con el objetivo de la investigación. Aquí se incluyen las consideraciones éticas y legales que se tomaron en cuenta para el desarrollo del trabajo, teniendo como fundamento el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud.

El capítulo cuatro presenta la descripción de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, incluyendo las variables sociodemográficas de ambos

grupos, las variables de estudio y la relación existente entre las variables BE y CV. También se desarrolla la discusión donde se realiza un análisis de los resultados obtenidos en este estudio, comparando los resultados con los obtenidos por otros investigadores observar diferencias y similitudes. En este capítulo se definen las principales sugerencias que se desprenden de los resultados obtenidos, las conclusiones y sugerencias.

Finalmente se mencionan las referencias bibliográficas consultadas durante la elaboración del documento, los apéndices y anexos.

1.1. Justificación

En México el adulto mayor es considerado como “aquella persona que tiene 60 años o más”, tal como lo señala la Norma Oficial Mexicana 167 (NOM-167-SSA1-1997)

Diferentes autores emplean diversos sinónimos para este grupo de edad y han sido nombrados como anciano, longevo, sexagenario, adulto mayor, viejo, geronto, entre otros (Dueñas, Bayarre, Triana, y Rodríguez, 2009; Zepeda, 2010; Osorio, Torrejón y Voguel, 2008); para fines de este trabajo se empleará el termino Adulto Mayor con base a lo establecido en la NOM 167 (NOM-167-SSA1-1997). Es importante señalar que no es en esta edad en donde inicia la vejez, ya que puede tener varios indicios que marcan su aparición y estos pueden ser de carácter biológico (cierta acumulación de achaques, dolencias o enfermedades físicas, etcétera), otros son de naturaleza social y se refieren a las actividades que realizan dentro de la sociedad los AM (Aldana, Fonseca y García, 2013).

Este proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el sentido de vida tal como lo señalan Molina, Meléndez y Navarro (2008) ya que una mayor experiencia de afrontamiento de situaciones lleva a desarrollar habilidades más eficaces y se debe tener en cuenta, que los AM que viven en sus domicilios cuentan con más recursos adaptativos que los sujetos institucionalizados.

Por lo tanto el marco teórico de enfermería que sustenta este estudio es el modelo teórico de confort de Katharine Kolcaba. Para ella el confort consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, en este contexto el rol de los profesionales de enfermería es satisfacer las necesidades antes mencionadas en las personas, familia, comunidad o instituciones para lograr en: alivio, tranquilidad y/o trascendencia, para que se vea reflejado en la percepción de la CV de los AM.

Dicha teoría fue hecha de la experiencia del cuidado a los AM en instituciones con estancias prolongadas y en su metaparadigma aborda al AM

como persona e incluye también a las instituciones como asilos entre otras, lo que justifica aún más su empleo como marco teórico de referencia.

Por otro lado el proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida y a la vez puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico en países en desarrollo, sin embargo, constituye un reto para los sistemas de salud (Dueñas, et al. 2009; Botero y Pico, 2007); en América Latina y el Caribe en 2006 existían 50 millones de personas de la tercera edad, pero en 2025 serán 100 millones aproximadamente, mientras que en 2050 habrá cerca de 200 millones según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2012).

En México, la población en el año 2010 del grupo de AM fue de tres punto cinco millones, actualmente, son mayores de 70 años. Para el 2030 se espera que sean 22 millones y en el 2050 uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años, esto se traduce en una situación inédita: por primera vez la vejez es una condición común y se piensa que todos los mexicanos pueden alcanzarla y deben, entonces, tener asegurada una buena calidad de vida al envejecer Instituto Nacional de Geriátrica INGER México (INGER, 2009).

Actualmente hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años de edad. Para el 2050 las mujeres de 60 años y más representarán 23.3% del total de población femenina y los hombres constituirán 19.5% del total de la masculina.

El incremento de adultos mayores generará un impacto en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados, en especial para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo por lo que las profesionales de enfermería como agentes de cuidado deben conocer dicho panorama e implementar intervenciones (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018).

El Estado de Michoacán de Ocampo en relación al envejecimiento de la población, los datos proporcionados por el Censo de Población y Vivienda en el

año 2010 refieren que la entidad experimenta un incremento relativo y absoluto de población en edades avanzadas y existen 63 personas en condiciones de dependencia por cada 100 en edad productiva. De 1990 a 2010, la población creció a una tasa promedio anual del uno por ciento, en tanto que el aumento del grupo de 60 años y más fue de tres por ciento. Con este ritmo de crecimiento, el número de adultos mayores pasó de 242.6 mil a 439.1 mil en dicho periodo. En términos relativos, este grupo de edad se incrementó de 6.8% a 10.1% en el lapso referido (INEGI, 2012).

Por lo anterior, el envejecimiento se perfila como un fenómeno poblacional y también como una problemática social que merece el desarrollo de procedimientos que garanticen cierta equidad intergeneracional en la distribución de los recursos para que las personas de este grupo de edad disfruten de una buena calidad de vida. En ese sentido, es importante resaltar que las personas al envejecer presentan un deterioro físico de los aparatos y sistemas que ocasiona disminución en su salud y en las actividades de la vida diaria y que impactan en la percepción que tienen de su CV (Urrutia, Grasso y Guzmán, 2009; Torres, et al. 2008).

Debido a que el envejecimiento repercute en todas las dimensiones de la persona, la espiritualidad se convierte en un componente de la calidad de vida del AM. Cabe señalar que la espiritualidad, como término, muchas veces es utilizado como sinónimo de religión, pero tiene un sentido mucho más amplio y complejo que ésta; agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida, su significado y su propósito; es uno de los campos que está siendo estudiado muy recientemente de forma científica en la salud, específicamente en el campo de la salud mental de los diferentes grupos de edad sanos o enfermos, entre los que se incluye el de los AM; es importante mencionar que son pocos los estudios que se han realizado en México que aborden la espiritualidad en el AM (Sánchez, 2004; San Martín, 2007).

El bienestar espiritual es el estado general de salud espiritual y “se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, crecer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios” (Sánchez y Lachuma, 2014) y resulta

necesario que enfermería ayude a los AM a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad (p. 180).

Camacho y Lachuma (2014) definen la espiritualidad como una “dimensión de cada ser humano, que se revela a través de la capacidad de diálogo que cada cual tiene consigo mismo y con su propio corazón, y se traduce en el amor, la sensibilidad, la compasión, en la escucha del otro, en la responsabilidad y en la solicitud” (p.180) y refieren que la espiritualidad trata de alimentar un sentido profundo de valores y también si la religión, produce esta experiencia, entonces se transforma en el camino espiritual y representa la espiritualidad en su más pura esencia. En los adultos mayores el desarrollo de la espiritualidad fortalece y ayuda a tener valor y resignación para adaptarse a los desafíos propios de la vejez y de la vida, lo que les permite estar interconectados con el mundo material y sobrenatural también señalan que cuidar el espíritu implica colocar los compromisos éticos encima de los intereses personales o colectivos y enriquecer un sentido profundo de valores.

Cuidar del espíritu demanda alimentar la brasa interior de la contemplación y la oración para que nunca se apague según Camacho y Lachuma (2014), quienes refieren que significa especialmente cuidar de la espiritualidad, experimentando a Dios en todo y permitiendo su permanente nacer y renacer en el corazón. Señalan también que si reservamos en nuestra vida un espacio para la espiritualidad ésta nos irá transformando, de modo que nos sumergiremos en esa fuente de espiritualidad, que es fuente de espíritu de vida, que nombran amortización, realización y de paz y de este modo nos hacemos mejores personas, y más humanas.

Al abordar lo relacionado con CV, la mayoría de los autores coinciden en afirmar que este término aparece a mediados de la década del 70 del recién concluido siglo XX con una importante expansión hacia los años 80. Aunque su existencia, encubierta en conceptos como bienestar, salud y felicidad data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea dicho concepto surgió en consonancia con el primer concepto de salud definido por la OMS en 1994 como

“la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. Al respecto, existen diferentes instrumentos que la evalúan la CV, lo que demuestra un creciente interés en la posibilidad de indagar las diferentes dimensiones que la componen (Bayarre, 2009).

Existen investigaciones como las de Torres, Quezada, Rioseco y Ducci, 2008; Flores, Colunga, González, Vega y Cervantes, 2013; Soberanes, González y Moreno, 2009, por mencionar algunas dedicadas al estudio de la CV en AM, por tanto, prevalecen también, diferentes instrumentos genéricos y específicos que la miden y que emplean este concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene la persona de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provocan las características biológicas de la enfermedad sobre su bienestar físico, emocional y social (Torres y Sanhueza, 2006)

Estudios relacionados con la variable bienestar espiritual se presentan a continuación. En 2009, Sánchez realizó un estudio descriptivo en el que comparó el bienestar espiritual de personas con y sin discapacidad; utilizó la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison. La muestra estuvo conformada por 86 personas, de las cuales, 43 vinculadas al proceso integral de rehabilitación de la Clínica Universitaria Teletón de Bogotá, Colombia y 43 con características sociodemográficas similares y sin alteraciones funcionales. Los resultados mostraron que el bienestar espiritual de las personas con discapacidad es alto, ligeramente mayor en la dimensión religiosa que en la existencial, al igual que el de las personas sin discapacidad. Al comparar los índices de bienestar espiritual de las personas con y sin discapacidad no se encontraron diferencias significativas. La autora concluye enfatizando que a pesar de que la literatura existente señala que la discapacidad puede modificar el bienestar espiritual de las personas en cuanto a la percepción de lo sagrado, la relación con Dios, un ser o fuerza superior, la relación con el propio ser y la relación con las demás personas y el entorno, los resultados del estudio no permiten corroborar estos hallazgos.

En la localidad de San Cristóbal Bogotá, Colombia, en 2009 Sánchez efectuó una investigación descriptiva para comparar los niveles de bienestar espiritual del grupo de pacientes del programa de enfermería cardiovascular llamado grupo 1 (G1), con los de un grupo de personas con características sociodemográficas similares y aparentemente sanas denominado grupo 2 (G2): 43 personas para cada grupo. Los resultados mostraron que el nivel de bienestar espiritual del G1 es medio y está más comprometido en la dimensión existencial que en la religiosa. En las personas del G2 el bienestar espiritual general fue alto, con mayores resultados en la dimensión religiosa que en la existencial. Al comparar los niveles de bienestar espiritual general y por componentes se encontró una diferencia significativa entre los grupos con mayores niveles de bienestar espiritual general y por componentes en el G2 de las personas aparentemente sanas. La autora concluye señalando que los hallazgos ratifican la existencia de un vínculo entre la espiritualidad y la salud cardiovascular. Se resalta la importancia de incluir información sobre las creencias y prácticas espirituales como un posible factor protector de la salud cardiovascular de las personas.

En Monterrey, Nuevo León en 2004, Dávila, estudio la relación entre los niveles de fortaleza y de espiritualidad en un grupo de adultos mayores. Con un diseño descriptivo y una muestra probabilística aleatoria ($n=200$) y el cuestionario de fortaleza (HRHS) y la Escala de Espiritualidad de Reed; utilizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple. Media de edad: 73.85 años ($DE=3,75$). 66% fue sexo femenino. El coeficiente de correlación entre espiritualidad y fortaleza fue de ($r_s .65, p<.05$), significando que a mayor espiritualidad mayor fortaleza. El sexo y el salario mostraron efecto sobre el índice de espiritualidad. Las mujeres mostraron mayores puntajes de espiritualidad que los hombres.

Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya, efectuaron en 2005 un estudio descriptivo para investigar la relación entre niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionada con la salud en una población mexicana de adultos mayores de 65 años. La muestra fue probabilística al azar ($n=160$) y tuvo un nivel de significancia de 0,05. Instrumentos utilizados: Escala de fortaleza relacionada con la salud y Escala de Bienestar Espiritual de Reed. Utilización de Regresión Lineal

Múltiple para investigar efecto de las variables demográficas sobre bienestar espiritual. Edad media: 73.9 ($DE=4.3$), 62,5% fueron mujeres. El coeficiente de correlación entre el bienestar espiritual y la fortaleza relacionada con la salud fue significativo, los niveles más altos de bienestar espiritual tienen niveles igualmente elevados de fortaleza relacionada con la salud. El sexo, la edad, la educación y el estado civil mostraron una relación positiva con los niveles de bienestar espiritual ($p<.005$). Las mujeres mostraron un nivel mayor de bienestar espiritual que los hombres.

En 2005, Rivera y Montero en México, Distrito Federal, efectuaron un estudio descriptivo y transversal cuyo objetivo fue medir la asociación entre la convicción espiritual con el uso de estrategias de afrontamiento de la vejez y el soporte social en el proceso de ajuste psicológico del adulto mayor mexicano. La hipótesis fue que el grado de convicción espiritual, el soporte social y las estrategias de afrontamiento predicen el ajuste psicológico en los adultos mayores. Participaron 125 AM en los cuales emplearon cuatro instrumentos: la escala de depresión geriátrica (GDS) versión corta; el Inventario de Sistemas de Creencias SBI-15R; la Escala de Salud y Vida Cotidiana forma breve y la sub-escala de Carencia de Bienestar del Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL). Los resultados que obtuvieron fue que los hábitos religiosos se relacionaron significativamente con la convicción espiritual, no se encontraron diferencias significativas entre los que poseen o no hábitos religiosos y que el grado de convicción espiritual, el soporte social y las estrategias de afrontamiento predicen en escasa medida el ajuste psicológico en los AM y que éstos no parecen beneficiarse de su vida espiritual, lo cual contrasta con la evidencia documentada en otras investigaciones. El AM mexicano actual pareciera mantener una posición espiritual a partir de la cual lo religioso es eso, religiosidad, pero no espiritualidad.

Dentro de los estudios relacionados de diseño cuantitativo se encuentra el trabajo de Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen, quienes investigaron en 2006 la correlación entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad-estado en una muestra de 190 pacientes de Tampico y Ciudad Madero, Tamaulipas. El muestreo fue no probabilístico, siendo los criterios de inclusión los

siguientes: adultos de 35 a 85 años de edad, diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2); se excluyeron pacientes con demencia. El estudio fue descriptivo y transversal, se utilizó el cuestionario de Espiritualidad de Reed y la escala de ansiedad-estado de Spielberg. La media de edad de los participantes fue de 57.36 años, con una desviación estándar de 11.4; el 55% corresponde al sexo femenino; el 83.2% pertenece a la religión católica; el 51.5% presentó alguna complicación asociada a DMT2. El coeficiente de correlación entre el bienestar espiritual y la ansiedad-estado fue significativo, los resultados mostraron que a mayor espiritualidad menor nivel de ansiedad-estado.

En 2008, Almeida y Rodrigues, realizaron una investigación descriptiva y transversal con el objetivo de conocer la CV y los factores que la influyen dicha calidad e identificar el grado de dependencia de los AM en las actividades básicas de la vida diaria (ABV), para ello se obtuvo en una muestra de 93 ancianos de cuatro estancias públicas para AM. Utilizaron un formulario bio-relacional del anciano, la planilla de evaluación de la CV del anciano y el índice de Katz. Encontraron que el 65.2% se encuadra en el grupo con calidad de vida, en cuanto que 34.8% declara pertenecer al grupo sin calidad de vida. En lo que se refiere al sexo femenino, se verifica que la situación en las diferentes instituciones es variable, en la institución 1 el mayor porcentaje declara encuadrarse dentro del grupo con calidad de vida (56.5%), en las instituciones 3 y 4, el mayor porcentaje de ancianas declara estar dentro del grupo sin calidad de vida (60% y 80%, respectivamente). En la institución 2, los porcentajes se equivalentes (50%). En términos generales, se puede decir que 52.9% de las ancianas se encuadran en el grupo con calidad de vida, en cuanto 47.1% se encuadra en el grupo sin calidad de vida. Concluyeron en que la CV del anciano institucionalizado no difiere en función del sexo, una vez que, a través de la prueba de Mann-Whitney, no encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.109$) entre el ICVI (índice de Calidad de Vida y la Institucionalización) y el sexo, lo mismo sucede al individualizar las instituciones (institución 1, $p=0.630$; institución 2, $p=0.471$; institución 3, $p=0.071$; institución 4, $p=0.241$)

Torres, et. al, realizaron en Chile un estudio descriptivo y transversal en el año 2008, el objetivo fue conocer y comparar la percepción de CV de dos grupos de AM; la muestra fue de 276 adultos mayores, 124 de condominio (44.9%) y 152 (55.1%) beneficiarios de vivienda básica en edificio, para lo cual utilizaron el instrumento WHOQOL-BREF que mide la calidad de vida en AM (versión española para adulto mayor); para realizar la prueba de hipótesis usaron pruebas estadísticas no paramétricas: Chi cuadrado y prueba de significación de medias. Categorizaron cada dominio en tres niveles de satisfacción (baja, media y alta) y concluyeron que la edad influyó en la percepción de la CV y que los AM se encontraron satisfechos con sus viviendas, siendo más alta dicha percepción de la CV en quienes vivían en condominio por percibir su vivienda como un espacio más protegido que la vivienda en edificio.

En el año 2013, Flores, et. al, llevaron a cabo un estudio en Guadalajara, Jalisco, México cuyo objetivo fue evaluar la percepción de salud mental y calidad de vida en adultos mayores. Con un diseño descriptivo, transversal y muestreo no probabilístico de 333 AM, utilizaron el instrumento WHOQOL-BREF (alfa de Cronbach de 0.88) y para salud mental el Cuestionario de Salud General de Goldberg (fiabilidad de 0.76). Los resultados que encontraron en la CV por dimensiones fueron: Salud Física 87.9%, Ambiente 85.8%, Relaciones Sociales 79.2% y Salud Psicológica 72.0%; en el puntaje total, un 60.1% de los adultos mayores calificó como buena su CV. Se identificó un 41.7% de insatisfacción y mala calidad de vida en relación a la edad ($p=0.05$); respecto a su salud, 46.8% la consideraron como regular y un 34.2% como buena.

En otro estudio descriptivo con muestreo probabilístico de 225 adultos mayores realizado por Soberanes, et.al, (2009) con el objetivo de conocer la funcionalidad de los adultos mayores efectuado en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE), para medir las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz), actividades instrumentales de la vida diaria (*Lawton-Brody*) y equilibrio y marcha (evaluación de Tinetti). Para relacionar las variables utilizaron la prueba de *Kruskall-Wallis* (nivel de significancia de 0.05) mediante el programa SPSS V12. Los resultados que reportaron en actividades básicas fueron que el

27.1% de los pacientes tuvieron incapacidad leve y 1.3% invalidez; para actividades instrumentales, 16% dependencia y 15.6% deterioro funcional, equilibrio y marcha, 34.7% tuvieron riesgo leve de caída y 16%, riesgo alto. Encontraron asociación estadística significativa entre el grado de funcionalidad y la mala calidad de vida.

Como parte integral de la espiritualidad, cabe señalar que en México el 95.6% de las personas se adscribe a alguna religión de las 40 establecidas hasta el 2005, y la religiosidad es vivida en lo social como un cuerpo de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y valores que rigen la vida de los sujetos interesados en vincularse con lo divino y hace las veces de contenedor de lo espiritual cuya dimensión trasciende lo biológico, psicológico y social de la vida (Rivera y Montero, 2005).

Sin embargo, como puede apreciarse, poco se valora la asociación de la espiritualidad con la percepción de la calidad de vida (Flores, et al. 2013) a pesar que se demuestra que existe una estrecha vinculación con el funcionamiento de la sociedad, las normas y los valores sociales que el individuo debe asumir y sus aspiraciones y nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde la persona desarrolla su vida; en otras palabras, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar personal (Inga y Vara, 2006).

Es a partir de este tipo de planteamientos que los estudios sobre el bienestar espiritual y la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona en este caso específicamente del adulto mayor, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención y que les garanticen una calidad de vida digna en las que se considere su bienestar espiritual, ya que las necesidades espirituales son inherentes al ser humano y la religión no reemplaza pero sí complementa el modelo biopsicosocioespiritual (Reyes, 1998).

Por lo antes expuesto, el propósito de este estudio fue analizar el bienestar espiritual asociado a la calidad de vida en adultos mayores de dos instituciones,

debido a que en los años próximos la situación demográfica del estado muestra que aumentará notablemente la cantidad de AM “jóvenes” y de mayores de 70 años que son y serán merecedores de modelos de cuidado específicos por ser individuos de características especiales. Esta situación ofrecerá una ventana de oportunidad para el personal de enfermería, quien deberá brindar cuidados personalizados.

Resulta por tanto, importante realizar esta investigación, ya que el conocimiento generado fortalecerá la disciplina y la profesión de enfermería y con ello se beneficiará a un número importante de personas del Estado y del país.

Se pretende que este trabajo fortalezca el trabajo del Grupo de Investigación “Cuidado humanizado en cronicidad” y las Unidades de Aprendizaje “Cuidado del Adulto Mayor” y “Atención del Adulto Mayor” del programa educativo de Licenciatura en enfermería.

Igualmente se aspira a fortalecer con los resultados obtenidos los planes de cuidado dirigidos a las personas adultos mayores, mediante el conocimiento de su bienestar espiritual e intervenciones y actividades dirigidas a mejorar su calidad de vida en los diferentes contextos.

Esta investigación se realizó en virtud de que se contó con los recursos necesarios para realizar la investigación, tanto académicos, de tiempo así como económicos ya que dicha investigación fue financiada totalmente por la investigadora principal.

1.2. Planteamiento del problema

El mundo está envejeciendo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países (OMS, 2012). Dicho fenómeno histórico global, puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico en países en desarrollo, pero a la vez constituye un reto (Dueñas, et al., 2009; Bayarre, 2009) para los sistemas de salud y debe ser abordado.

En América Latina y el Caribe en 2006 existían 50 millones de personas de la tercera edad, pero se proyecta que para el año 2025 serán 100 millones, en tanto que en 2050 habrá aproximadamente 200 millones (INEGI, 2012) lo que se traducirá en una mayor demanda de los servicios de educación, transporte y en salud las instituciones requerirán de profesionales de enfermería expertos en el cuidado de AM.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, plantea que la etapa de transición demográfica en que se encuentra nuestro país supone una demanda más elevada de servicios, especialmente asociada al incremento de personas adultas mayores que generará un impacto en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados, en especial para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo. Esta situación se acentuará en el futuro debido a que los grupos de edades más avanzadas constituirán una proporción mayor; en 2014 las y los mayores de 80 años representaron el 15.1% de personas adultas mayores y en 2050 serán casi 20% del total de la población.

En México la población actual de este grupo etéreo es de tres punto cinco millones, los cuales son ya mayores de 70 años. Para el 2030 serán 22 millones y en el 2050 uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años y esto se traduce en una situación inédita: por primera vez la vejez es un lugar común y, por primera vez, se piensa que todos los mexicanos pueden alcanzarla y deben, entonces, tener asegurada una buena calidad de vida al envejecer (INGER, 2009).

Como resultado de las mejoras en el diario vivir, se observa que la población adulta mayor en los últimos años, muestra aumento en la tasa de sobrevivencia, con mayor predominio en el género femenino como fue en el periodo de 1970-1990 de 3.08; para 1990- 2010 fue de 3.52; y de 4.01 para 2010-2030; esto hace que la nación se perfile como un país con requerimientos especiales en la atención a las personas de 60 años y más (Programa de Acción Específico, Atención del Envejecimiento 2013-2018).

Michoacán no es la excepción y los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 para el Estado de Michoacán muestran que se experimenta un incremento relativo y absoluto de población en edades avanzadas; además, existen 63 personas en condiciones de dependencia por cada 100 en edad productiva. De 1990 a 2010, la población de AM en su conjunto creció a una tasa promedio anual de 1.0%, en tanto que el aumento del grupo de 60 años y más fue de 3.0 por ciento. Con este ritmo de crecimiento el número de adultos mayores pasó de 242.6 mil a 439.1 mil en dicho periodo. En términos relativos, el peso de este grupo de edad se incrementó de 6.8% a 10.1% en el lapso referido (INEGI, 2012)

El cambio en la estructura de la población por edades en el Estado de Michoacán se traducirá en una serie de desafíos. La transición demográfica de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres con lo cual, en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años (OMS, 2014).

En este análisis centrado en los AM y los cambios que produce en ellos la vejez y que tiene que ver con las limitaciones en sus capacidades y recursos, que inciden directamente en sus posibilidades de realizar, emprender, materializar, y lograr sus aspiraciones por tanto, hoy en día lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar la salud y el bienestar de éstas (Bayarre, 2009), ya que las personas irán envejeciendo y serán cada vez

más vulnerables, requiriendo mayor apoyo familiar e institucional (Torres y Sanzhueza, 2006).

El personal de enfermería como profesional de la salud se ha ocupado de proporcionar el cuidado a los AM de forma integral en donde incluye la dimensión espiritual, que a su vez forma parte de los modelos y teorías del proceso de enfermería desde Virginia Henderson hasta las recientes teóricas posmodernas como Katerinhe Koalkaba con su Teoría del Confort.

Por la temática del estudio, esta investigación está basada en la Teoría del confort ya que Kolcaba conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental) y los AM pueden vivir la comodidad en el sentido de trascendencia a través de la satisfacción desde su contexto psico-espiritual.

Para los AM, la religión y la espiritualidad son importantes porque ante las múltiples pérdidas y estresores de la vejez, el ajuste a la adultez mayor se puede agrupar en recursos de tipo interno, externo y de afrontamiento y que siguiendo esta óptica, la convicción espiritual se puede ver como un recurso interno y el soporte religioso como un recurso externo (Koenig, Smiley y González citados por Rivera y Montero, 2005), por lo que enfermería debe abordar el cuidado espiritual como parte de las dimensiones del ser humano.

Aunque la medicina ha tratado de comprender el concepto de bienestar espiritual y su relación con la salud para la adaptación a la enfermedad y al proceso de envejecimiento (Acevedo y González, 2014), enfermería como disciplina holística ha entendido la importancia de la espiritualidad en el proceso de curación, por lo que resulta importante cada vez más abordar el cuidado desde las intervenciones enfocadas al BE en el grupo etario de adultos mayores ya que el bienestar espiritual parece ser una dimensión significativa que ayudan a la adaptación al cambio que se produce durante la transición de adultos mayores a ancianos (Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya, 2005).

Whetsell, et al (2005) analizaron las definiciones de BE en la literatura de enfermería, las cuales parten de considerar la espiritualidad como un principio vivificante en la vida, y hacen énfasis en una relación trascendental con Dios u otros seres inmateriales, concluyeron en que la falta de una definición unificada acerca del significado de la espiritualidad para enfermería, obstaculiza la investigación y el desarrollo de intervenciones espirituales por parte de los(as) enfermeros(as), lo cual puede generar el desarrollar intervenciones bajo planteamientos de vida espiritual saludable lo que redundaría en la necesidad de realizar investigaciones que aborden el BE en AM.

Así, el estudio de la CV de las ciencias de la salud requiere especial atención, pues México al ser un país en constante cambio como se mencionó anteriormente ha incrementado la esperanza de vida en los últimos años, resultado de múltiples factores como el desarrollo económico, el avance científico y tecnológico y acciones del sistema de salud por lo que en este nuevo contexto, plantea un cambio porque no sólo se trata de incrementar los años de vida, sino incrementar la calidad de vida en estos años (Almeida y Rodrigues, 2008).

Por sí misma, la calidad de vida de los adultos mayores está determinada por la presencia de cambios físicos propios del proceso de envejecimiento, y por la presencia de algunas enfermedades en este grupo de edad; dieron lugar a la elaboración de un concepto de la calidad de vida que la OMS ha definido como “La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.” p.12

El proceso de envejecimiento se ha venido estudiando cada vez más en diferentes sistemas tanto en salud como en el cuidado (Velarde y Avila, 2002) de personas AM, sin embargo los estudios realizados sobre bienestar espiritual y CV en AM aún son pocos en comparación con la transición demográfica que vive el país. De ahí que surja la necesidad de investigar el bienestar espiritual y su asociación con la CV del AM, a fin de que se conozca la percepción de los propios

usuarios, y que el personal de enfermería aplique intervenciones y brinde cuidados personalizados que mejoren su CV y BE.

En la búsqueda bibliográfica realizada no se localizaron estudios que analicen el bienestar espiritual y su asociación con la CV de los AM, por lo anterior se plantearon las siguientes preguntas de investigación.

¿Cuál es el nivel de bienestar espiritual en adultos mayores?, ¿cuál es la calidad de vida de los adultos mayores?, ¿cuál es la asociación del bienestar espiritual con la calidad de vida en adultos mayores?

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Analizar la asociación del bienestar espiritual con la calidad de vida de adultos mayores.

1.3.2. Específicos

1. Reconocer a los participantes mediante las variables sociodemográficas.
2. Identificar el bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial de los adultos mayores.
3. Identificar el bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial por institución, género, estado civil y religión de los adultos mayores.
4. Describir la calidad de vida de adultos mayores en las dimensiones relaciones sociales, salud física, salud psicológica y ambiente.
5. Identificar la calidad de vida en las dimensiones relaciones sociales, salud física, salud psicológica y ambiente por institución, género, estado civil y religión de los adultos mayores.
6. Identificar la asociación del bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial con la calidad de vida en las dimensiones relaciones sociales, salud física, salud psicológica y ambiente de los adultos mayores.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis de trabajo

El bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial se asocia a las dimensiones relaciones sociales, salud física, salud psicológica y ambiente de la calidad de vida en los adultos mayores por institución, género, estado civil y religión.

1.4.2. Hipótesis nula

El bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial no se asocia a las dimensiones relaciones sociales, salud física, salud psicológica y ambiente de la calidad de vida en los adultos mayores por institución, género, estado civil y religión.

2.1. Marco teórico conceptual

Este capítulo inicia con la descripción de los elementos de la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba como: los aspectos biográficos, las fuentes teóricas y empíricas, entre otros elementos, seguida de las variables bienestar espiritual, calidad de vida y adulto mayor.

Antes de abordar el bienestar espiritual fue necesario definir la espiritualidad como la expresión de un amor espontáneo en todas las facetas de la vida, posible en la medida en que el individuo se acepte y ame a sí mismo; precisado entonces el bienestar espiritual como la reafirmación de la vida en relación armónica con Dios, el ser, la comunidad y el ambiente que alimenta y celebra la totalidad.

Se incluye también el concepto de calidad de vida como la percepción del individuo y su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas normas y preocupaciones”.

Se describen de igual forma los conceptos de adulto mayor y aspectos relacionados con la vejez como parte del ciclo vital, en la cual el sujeto no solo se enfrenta al envejecimiento cronológico y funcional, sino también al envejecimiento social y a los retos de la propia vida.

2.1.1. Teoría del Confort de Katharine Kolcaba

2.1.1.1. Aspectos biográficos.

Katharina kolcaba, nació el 8 de diciembre en Clevelan, Ohio 1944 y recibió su educación en St. Luke's Hospital de Clevelan en 1965 obtuvo el título en enfermería y desarrolló su profesión por 12 años, hasta que en 1987 obtuvo una licenciatura en enfermería con especialidad en gerontología; mientras estudiaba, compartió el cargo de enfermera jefe de una unidad de demencia, fue allí, donde empezó a teorizar sobre la comodidad o confort. Mientras realizaba un doctorado en enfermería, trabajaba como profesora y aprovechó esto para desarrollar una

teoría y demostrarla. Publicó un análisis del concepto del confort con su marido filósofo, elaboró un diagrama recogiendo los aspectos de la comodidad, utilizó la comodidad como objetivo del cuidado, contextualizó la comodidad en un teoría intermedia y demostró la teoría en un estudio de intervención Kolcaba y Fox citado por Nava en 2010.

2.1.1.2. Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría.

Kolcaba inició su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica enfermera para su doctorado. Cuando presentó su marco para el cuidado de demencia (Kolcaba, 1992 citada por Nava 2010, el primer paso fue el análisis del concepto, empezó con una amplia revisión de la bibliografía existente sobre comodidad relacionada a la enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía y de allí aprendió que la definición original de comodidad era “reconfortar enormemente”, dando así una gran herramienta a las enfermeras para que conforten a sus pacientes y al mismo tiempo, se puedan sentir satisfechas ellas mismas (Nava, 2010).

También se basó en otros documentos y relatos históricos, por ejemplo Nightingale declaró: “Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación no sirve para recopilar datos diversos y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad”. De 1900 a 1929 la comodidad era el centro de la enfermería y la medicina, porque a través de ella se llegaba a la recuperación McIlveen y Morse, citados por Nava, 2010.

Aikens destaca que la comodidad del paciente era el primero y el último objetivo de la enfermera. Harmer afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un “ambiente general de comodidad” y que el cuidado personal del paciente incluía prestar atención a *“la felicidad, la comodidad y la tranquilidad tanto físicas como mentales”* teniendo en cuenta también *“descanso y el sueño, la nutrición, la higiene y la eliminación”*. Goodnow, escribió que: *“Siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo. La comodidad es física y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico”*. En libros de 1904, 1914 y 1919, la comodidad emocional se

denominó “comodidad mental” y dependía de la comodidad física y de la modificación del entorno de los pacientes (Nava, 2010).

Con todo lo anterior, la comodidad entonces es vista como algo positivo, que se consigue con la ayuda de la enfermera, para la mejora de un estado de enfermedad; es decir, que la comodidad, se relaciona con la actividad de cuidado.

Desde el principio, Kolcaba explicó las características principales y a partir de la ergonomía, la relación directa que se establece entre comodidad y relación de una tarea y para sintetizar el concepto de confort, se utilizaron las obras de tres de las primeras teóricas enfermeras. El alivio, se obtuvo, a partir de la teoría de Orlando (1961), quien postulaba que las enfermeras satisfacen las necesidades de los pacientes; para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), quien describía las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse durante los cuidados, y la trascendencia, se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad, donde plantean que los pacientes superan sus dificultades con la ayuda de las enfermeras; Watson (1979) en su teoría del cuidado, declaró que el entorno de los pacientes era muy importante para su bienestar mental y físico. Por tanto, siempre que fuera posible, las enfermeras debían proporcionar comodidad a través de intervenciones ambientales. Watson identificó las medidas de comodidad que las enfermeras utilizaban al respecto (*Who's Who in American Nursing*, 1991) y utilizó el término medidas de confort como sinónimo de intervenciones. Kolcaba obtuvo a partir de toda esta revisión bibliográfica, cuatro contextos de confort que son: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental (Nava, 2010).

2.1.1.3. Pruebas empíricas utilizadas en el desarrollo de la teoría.

En la búsqueda de bases para la generación de su teoría Kolcaba, se basó en dos pruebas principales, la primera de ellas fue la realización de entrevistas con el fin de conocer como definía cada paciente la comodidad, teniendo como resultado una visión multidimensional que posee varios significados dependiendo de cada persona que iban desde alivio del dolor, hasta sensaciones de utilidad, ánimo y consideración; otra de las pruebas fue un diseño experimental en el cual las

necesidades de cuidado de salud, eran las necesidades de confort asociadas a un diagnóstico de cáncer de mama en la fase inicial, pero en éste diseño se buscaba brindar una visualización guiada sobre la comodidad a una población de este tipo de pacientes, siendo claro al final del desarrollo del diseño una gran diferencia entre ambos grupos. Estas pruebas sobre el confort permitieron comprobar las siguientes intervenciones que después las plantearon como objetos de estudio: a) tipos de movilización para personas con angiografía coronaria, b) estrategias cognitivas para personas con frecuencia de incontinencia urinaria, c) reducción del estrés en estudiantes universitarios, y d) masajes para pacientes ingresados en centros de estudio paliativos y de cuidados a largo plazo

Al final, notaron una gran diferencia entre las personas que habían tenido intervención y entre quienes no habían tenido acompañamiento. Teniendo en cuenta que hay cuatro posiciones de la teoría en la cual se basan para el diseño de las pruebas, que son: a) por lo general el confort es un estado específico, b) el resultado de la comodidad depende de los cambios que tienen lugar con el paso del tiempo, c) cualquier intervención enfermera holística aplicada con coherencia con una historia establecida mejora la eficacia de la comodidad con el tiempo, y d) el confort total es superior a la suma de las partes

Conceptos principales y definiciones

En la teoría de Kolcaba los que reciben el confort se conocen como receptores, pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

Necesidades de cuidados de la salud son las necesidades para conseguir la comodidad que surge a partir de situaciones estresantes que los sistemas de apoyo no pueden satisfacer. Esas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales. Las necesidades se ponen en manifiesto mediante informes verbales y no verbales por parte de los pacientes.

Intervenciones de confort son todas las actividades e intervenciones enfermeras, enfocadas a satisfacer la comodidad de sus pacientes y pueden ser intervenciones sociales, psicológicas, ambientales, físicas, etc.

Variables de intervención son todos aquellos elementos inherentes al paciente, es decir, de su vida cotidiana, que tienen efecto en su percepción de comodidad como son, estados emocionales, finanzas, educación, edad, entre otros.

Confort es la sensación que experimentan los pacientes, que han sido receptores de las intervenciones de confort cuando se abordan las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia.

Conductas de búsqueda de la salud, estas conductas se propusieron por Schlotfeldt citado por Dowd quien sostiene que éstas son internas, externas o enfocadas a conseguir una muerte tranquila.

Integridad institucional, se puede entender por este concepto, que, entre más prestigio, ética y rectitud tenga determinada corporación, escuela, hospital entre otros, más seguro y más capacidad de confort sentirá o se le podrá brindar al paciente.

Prácticas recomendadas es la utilización de intervenciones sanitarias basadas en datos científicos para crear el mejor resultado posible en pacientes y las familias.

Políticas recomendadas son políticas que abarcan protocolos para procedimientos y afecciones médicas y el acceso y la prestación de asistencia sanitaria.

Meta paradigmas desarrollados en la teoría

Se describen los elementos del metaparadigma (persona, cuidado o enfermería, salud y entorno) desarrollados por Kolcaba.

Persona. Los pacientes son los principales receptores del cuidado, entendiéndose por paciente el propio individuo, familias, instituciones o comunidades que necesiten dicho cuidado.

Cuidado o enfermería. Incluye la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad; la valoración y la

revaloración deben ser intuitivas y/o subjetivas, lo anterior explicado en el hecho de que la enfermera puede preguntar a su paciente si está cómodo; pero también, pueden ser objetivas, como cuando la enfermera está pendiente de la curación de la herida de su paciente.

Salud es el funcionamiento óptimo del paciente, familia, profesional de la salud o comunidad, según la definición del paciente o grupo.

Entorno es todo lo que rodea al paciente, familia o instituciones, que la enfermera puede aprovechar para intervenir en el proceso de confort.

Afirmaciones teóricas

La teoría del confort brinda tres afirmaciones que se comprueban por separado o como un todo.

La parte I afirma que sí las intervenciones de confort son eficaces, aumentan el confort tanto de los receptores, como de sus familias; a su vez, el personal de enfermería también puede ser receptor de confort si tiene un ambiente laboral adecuado.

La afirmación II dice que el paciente evidencia si está satisfecho, es decir, si tiene confort, en la medida en que la misma ayuda en su proceso de recuperación de la salud, se hace más fácil negociar con él.

La afirmación III señala que una mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución, y su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas.

Forma lógica

Kolcaba en 2003 utilizó los 3 tipos de razonamiento lógico: inducción, deducción y reproducción. La inducción consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados. La deducción consiste en inferir conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales; va de lo general a lo específico. Este relacionó la comodidad con otros conceptos y dió lugar a la teoría.

La retroducción es útil para seleccionar fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este tipo de razonamiento se aplica a campos que disponen de pocas teorías. Gracias a ésta, Kolcaba añadió el concepto de integridad institucional a la teoría intermedia del confort al poder relacionar conductas de búsqueda de la salud con la integridad institucional.

Aceptación por parte de la comunidad enfermera

Tras un alto nivel de aceptación, afirmación basada en la evidencia, se puede resaltar que en la práctica profesional la teoría ha sido seleccionada un gran número de veces por estudiantes y enfermeras investigadoras como guía de estudios. Esta teoría también ha sido incorporada por enfermeras en el área de peri-anestesia en sus pautas de práctica clínica para controlar el confort de los pacientes (relacionados con cirugía), todo esto por medio de mediciones de confort en una tabla de 1 a 10 calificada por los pacientes.

En la docencia, por su fácil aplicación y comprensión, ha sido calificada como adecuada para los estudiantes. En Investigación Se ha utilizado para la creación de nuevos cuestionarios generales de comodidad holística en cada una de las áreas (Barrera, Carrillo, Chaparro y Sánchez, 2014).

Los usos de la teoría en la práctica. Se ha utilizado principalmente en hospicios (centros de cuidado a largo plazo en enfermedades crónicas o para adultos mayores), personas en situación de cáncer, unidades de cuidado de enfermería-hogares para ancianos y en personas con osteoartritis (Barrera, et al. 2014).

Desarrollos posteriores

Kolcaba ha continuado el desarrollo de su teoría desde su concepción original como el origen de la práctica, la educación y la investigación; también ha elaborado plantillas con el fin de desarrollar instrumentos para facilitar medidas de confort en nuevos ámbitos, Éstas se utilizan a nivel práctico y educativo y gracias a las plantillas se han dado cuenta de que la teoría está muy fortalecida y claramente organizada.

La mejora de la comodidad se ha relacionado con la implicación en las conductas de búsqueda de la salud. La autora ve los cuidados de calidad como acciones de confort prestadas de forma deliberada para crear un entorno que lleve a comprometerse en conductas de búsqueda de la salud.

De acuerdo a la Teoría del Confort en el Metaparadigma, para el concepto persona, Kolcaba incluye al AM y a las instituciones en este caso son La Casa de los Abuelos “Miguel Hidalgo” y la Estancia Diurna del adulto Mayor; y dado que Kolcaba refiere que el confort se logra cuando la persona alcanza uno de los tres niveles de comodidad: alivio, tranquilidad o trascendencia, en esta última, la trascendencia, el AM encuentra un sentido de vida por encima de su situaciones de vida, es decir encuentra el bienestar espiritual y esta es una dimensión que forma parte de la calidad de vida de las personas (ver figura 1).

Figura 1.

Descripción esquemática de la Teoría del Confort de Katharina Kolcaba aplicada al bienestar espiritual y la calidad de vida del adulto mayor.



Figura 1. Elaboración LE. Graciela González Villegas a partir de los supuestos teóricos de la Teoría del confort de Katharina Kolcaba (2008, 2013).

2.1.2. Bienestar espiritual

Para abordar el bienestar espiritual es conveniente iniciar definiendo la espiritualidad.

“Golberg citado por Sánchez en 2014 refiere la espiritualidad se puede expresar a través del cuerpo, el pensamiento, los sentimientos, los juicios y la creatividad entre otros. Esta motiva para escoger las relaciones y búsquedas necesarias. A través de ella la persona puede dar y recibir amor; responder y apreciar a Dios, a otras personas y a sí misma, valorar el contexto o encontrar algo revelador en experiencias como una sinfonía o la primavera” P.175.

La espiritualidad también es definida como un “constructo que puede ser analizado por sus efectos en las respuestas de un sujeto con respecto a las condiciones de su existencia y en relación con lo divino” (Rivera y Montero 2005). Lo espiritual no es prerrogativa de los creyentes, sino una dimensión dentro de cada persona y la espiritualidad se puede expresar a través del cuerpo, el pensamiento, los sentimientos, los juicios y la creatividad, entre otros (Sánchez, 2011; Albeiro, 2014).

Es además, la espiritualidad variable, debido a que las personas la experimentarán de forma diferente en diferentes momentos incluidos los AM ya que cada vez más, se reconocer que como toda persona, tiene derecho a vivir en un ambiente favorable, debiendo asumir responsabilidades en el transcurso de su propia vejez, por lo que la medición de la CV de este grupo etario debe considerar los aspectos antes mencionados.

Para Barrera y et al (2014) la espiritualidad es un impulso unificador interno básico para el bienestar humano, que se percibe y se expresa de forma diferente en distintos momentos. Es un elemento abstracto experimentado por las personas y que las alienta a obrar de una manera particular, a escoger sus relaciones y búsquedas necesarias.

A la espiritualidad Chinn citado por Sánchez 2014 también la definen como una fuerza dinámica que mantiene a la persona creciendo y cambiando de manera

continua, involucrada en un proceso emergente, de volverse y hacer su ser trascendente. Es a través de este proceso que la vida se impregna de significado y de un sentido de propósito para existir e incluye la relación de la persona con los aspectos de la vida no materiales, agrupa así mismo las ideas filosóficas sobre esta y sobre su propósito; tiene el poder de dar forma y significado al patrón de autorrealización de una persona y está expresada en el ser, el saber y el hacer p.175

El bienestar espiritual es un concepto que ha sido abordado por su relación con padecimientos crónicos o en situación terminal y es definida por Sánchez (2004) como “la reafirmación de la vida en relación armónica con Dios, el ser, la comunidad y el ambiente que alimenta y celebra la totalidad (p180).

La misma autora conceptualiza al bienestar espiritual en personas que no se encuentran enfermas o en situación terminal como “el estado general de salud espiritual y se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, deseo de vivir, creer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior) como una parte unificadora del ser” (Sánchez, 2004; Watson citado por Sierra, 2014)

Ha sido además precisado el bienestar espiritual como la reafirmación de la vida en relación armónica con Dios, el ser, la comunidad y el ambiente que alimenta y celebra la totalidad (Sánchez, 2004). Watson citado por Sierra, 2014 refiere que el “bienestar espiritual es la afirmación de la vida en las distintas facetas en relación con: Dios, consigo mismo y con los otros, posibilitando encontrar significado y propósito a la vida”. Lo explica como un sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los otros, con el orden natural o un poder superior manifiesto, a través de expresiones creativas, rituales familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas que generan una dimensión existencial y una religiosa; primera haciendo referencia hacia sí mismo y los demás, la segunda hacia un ser o fuerza superior.

La necesidad de tener un significado de la vida es obligatoria para mantener la integralidad del ego y para la prevención de falta de tranquilidad o deterioro

integridad espiritual ha sido descrita consecuentemente como una necesidad básica humana y como sentido de interconexión armoniosa en la trascendencia espiritual que existe a través y más allá del tiempo y del espacio (Sánchez, 2004; Albiero y Iitsuko, 2014).

Finalmente la disciplina profesional de enfermería ha conceptualizado la espiritualidad desde perspectivas como las teóricas de enfermería, como parte de sus modelos conceptuales y teorías; desde la práctica como proceso intangible; desde el proceso de investigación como permanente fuente de indagación; y de forma general, desde la perspectiva de la academia considerando su componente teórico. Todas estas perspectivas se complementan con los abordajes planteados desde la óptica de las ciencias humanas y sociales (Veloza y Pérez, 2009).

2.1.3. Calidad de vida

El concepto calidad de vida ha tomado gran importancia en los últimos tiempos, lo que ha generado la realización de estudios en diferentes áreas, disciplinas y grupos poblacionales con esta temática y su contribución al bienestar y satisfacción del individuo. La mayoría de los autores que estudian la calidad de vida coinciden en afirmar que este término aparece a mediados de la década del 70 del recién concluido siglo XX, con una importante expansión hacia los años 80, aunque su existencia encubierta en conceptos como bienestar, salud y felicidad, data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea (Bayarre, 2009).

La OMS en 1995 creó un grupo multicultural de expertos en Calidad de Vida (Grupo WHOQOL), quienes establecieron una serie de puntos de consenso en relación a las mediciones sobre este punto, las cuales han sido ampliamente aceptados por diversos grupos de investigadores. La OMS (1994) definió la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

La calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (2002) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las

cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” (p. 180)

Otras definiciones de la calidad de vida son las siguientes. Ferrans citado por Urzúa y Caqueo (2012), la definieron como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. Hornquist citado por Urzúa (2012) la define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural. Para Shaw citado por Urzúa (2012), la calidad de vida es definida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. La primera crítica que se realizan a esta ecuación es que la persona no evalúa por sí misma a la calidad de vida, y, segundo, que no puede haber cero calidad de vida.

Mientras tanto, Lawton citado por Urzúa (2012), refiere que la CV es una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo. Y Haas citado por Urzúa (2012) también señala que la CV es una evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.

Como puede apreciarse, los autores coinciden en que el concepto de CV es multidimensional y no se le puede evaluar atendiendo solamente a los bienes materiales o al estado de salud, sino que también incorpora factores físicos (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso y estado funcional), psicológicos (mide las relaciones subjetivas del individuo en presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales, como sentimientos positivos, aprendizaje,

memoria, concentración, autoestima, imagen, apariencia corporal y sentimientos negativos), grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo) y sociales (condiciones externas relacionadas con el entorno, como salud, bienestar social, educación, seguridad pública, ocio, relaciones personales, actividad sexual, apoyo social, etcétera); también refieren que la calidad de vida en el AM incorpora diversos factores y variables biopsicosociales (Urzúa, Loyola, Navarrete y Valenzuela, 2014; Velarde y Ávila, 2002).

El estudio en relación con la medición de la CV actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales, siendo cada vez más los investigadores de cada una de estas disciplinas que han promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada y en consonancia con su profesión (Bayarre, 2009; Urzúa y Caqueo, 2012; Soberanes, González y Moreno 2009), de tal forma que, así como no todas las personas viven la vejez de la misma manera, su funcionamiento se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida, es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural, inevitable e irreversible y puede tener distintos resultados, generalmente refleja de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida (Falque, 2014).

La calidad de vida de los AM es definida por Dueñas, et al. (2009) como “la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás durante la vejez; así que la calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad; por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la CV es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad” (p.4).

A medida que aumenta la edad en las personas, la CV está determinada por la capacidad para mantener la autonomía, es decir, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de

acuerdo con las normas y preferencias propias, y la independencia; es decir, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, o, en otras palabras, la capacidad de vivir recibiendo (Torres et al, 2008; González y Padilla, 2006; Espinoza, Osorio, Terrejón y Bunout, 2011; Flores, et al. 2013; Cardona, et al. 2006; Velarde y Ávila 2002).

El estudio de la CV de los AM obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la que se vive el envejecimiento cronológico y funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, ya que el hecho de mantenerse ocupado puede evitar que el proceso de envejecimiento se desarrolle de forma más rápida (Almeida y Rodrigues, 2008; Bayarre, 2009).

Para la medición de la CV de este grupo etáreo deben considerarse los aspectos que mencionan Melguizo, Acosta, y Castellano (2012) y Fernández citado por Valdez, et al (2013), en donde es posible integrar las dimensiones personales (salud, actividades funcionales, satisfacción vital e interacción), socio-ambientales, elementos subjetivos y objetivos implicados en la CV de las personas mayores, lo que incluye una evaluación de elementos subjetivos que requiere de un método consistente para recabar información del individuo; dicha información puede obtenerse dentro de un asilo o casa hogar, a pesar de que el estudio y la medición de la calidad de vida en la vejez ha puesto énfasis sólo en aspectos biomédicos (Velarde y Ávila, 2002; Osorio, et al., 2008).

2.1.4. Adulto mayor

En México, el Adulto mayor es aquella persona que ha cumplido los 65 años o más, 167 (NOM-167-SSA1-1997), que es conceptualizado como la persona que presenta una edad igual o mayor de 60 años (Programa de Acción Específico 2007-2012 Envejecimiento, 2008) y dicho término fue ajustado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 y considera al AM como a la persona de 65 o más años en países desarrollados, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es

utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios (Rodríguez, López y Vigoa, 2016). Aunque diferentes autores emplean diversos sinónimos para este grupo de personas, nombrándolos, entre otros anciano, longevo, sexagenario, adulto mayor, viejo, geronto, entre otros (Dueñas, et al., 2009; INGER, 2015; Osorio, et al., 2008; Rodríguez, 2007), aunque para fines de este estudio se utilizará el término adulto mayor.

Como ya se señaló, algunos sinónimos de la palabra adulto mayor y su origen son los siguientes: viejo, del latín vulg. “veclus”, derivado del lat. clásico “vetulus”, diminutivo de “vetus” – “viejo” (compárese con “veteranus” “viejo”, de donde proviene la palabra “veterano”). De raíz indoeuropea *wet “año” con sufijo “es” (*uet- en Pokorny) está emparentada con el sánscrito “vatsa” “año” y el gr. ἔτος (arcaico φέτος – “uétos”) pronunciado “étos” con el mismo significado. En lit. ant. se encuentra “vetušas” “viejo” y en lat. “veterinus” “animal de carga” (probablemente de la noción de un animal suficientemente adulto para hacer tareas de carga). Se puede observar también la palabra latina “vitulus” “ternero, becerro” (literalmente, “que tiene un año”) y en gr. ἔταλον “étalon” – “animal de un año” y en prot. germ. *wethruz que derivaría en ang. saj. “weðer” y luego en inglés “wether” – “carnero castrado” y en al. mod. “Widder” (Pokorny, citado por Watkins, 2000)

Anciano también emana del latín vulgar “antianus”, derivado de la preposición “ante” – “en frente de, antes” y la terminación “-anus” común en adjetivos (Pokorny, 2010), en tanto que senectud proviene del latín senectus (gen. Senectutis), derivado de “senex” “hombre mayor”, de donde también procede la palabra “senatus” “consejo de ancianos” que luego llegaría a las lenguas romances como “senado”. Todos estos términos surgen de la raíz indoeuropea “viejo, de años atrás”, “en frente, opuesto a” hallado en got. “andniman” “aceptar” (en al. moderno “annehmen”) o en inglés “answer” “respuesta” (“and-” y “swear” “jurar”) y al. mod. “Antwort” “respuesta” (compuesto por “ant” y “Wort” “palabra”). (Pokorny, citado por Watkins, 2000)

2.1.4.1. Clasificación de los adultos mayores.

Dichos sinónimos se relacionan con la edad y parten desde el estudio de la geriatría y gerontología, que han establecido una definición de adulto mayor en donde lo clasifican de la siguiente manera de acuerdo a su edad:

1. Edad intermedia: abarca de los 45 a los 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica; es en esta edad donde aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren estilos de vida saludables este término de edad intermedia está aceptado por la OMS (2011).
2. Senectud gradual: es el periodo de los 60 a los 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren tratamiento y diagnóstico oportuno.
3. Senilidad o vejez declarada: esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en un sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobre todo de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.
4. Longevos suele llamárseles a los mayores de 90 años, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad.

Clasificación de los AM según la dependencia

Otra clasificación de los AM según la dependencia, entendida ésta como una condición en la cual es posible el cambio tanto en el sentido de la pérdida (vulnerabilidad, fragilidad) como en el de la mejora (intervenciones orientadas al mantenimiento de la funcionalidad y autonomía) es la siguiente.

1. Adulto mayor persona autónoma. Incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes.
2. Adulto mayor frágil o de alto riesgo de dependencia. Este concepto indica situación de riesgo de dependencia pero sin padecerla aún, siendo

potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica (Espinosa, Muñoz y Portillo, 2005; INGER, 2015).

De igual manera resulta importante definir la vejez, como el proceso que acompaña a todo organismo y que otorga ciertas características a los AM y que éstas a su vez lo hacen parte de un grupo definido de AM.

2.1.4.2. Envejecimiento.

En el año 2000 la OMS definió a la vejez como un “proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos en los que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”

Posteriormente en el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid, la Organización de Naciones Unidas (ONU) definió al envejecimiento como un “fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno; y que comienza a partir de los 60 años, donde el ser humano experimenta cambios físicos, emocionales y sociales” (2002).

Mendoza y Martínez (2013) consideran que el envejecimiento se inicia a partir de la quinta década de la vida (alrededor de los 45 años) y refieren que los cambios biológicos relativos al envejecimiento se presentan en la mayoría de los aparatos y sistemas, que se traduce en una vulnerabilidad para la presencia de enfermedades infecciosas y crónico- degenerativas y se va acentuando conforme aumenta la edad. Por otro lado, la vejez es una etapa de la vida cuya edad de inicio la establece la sociedad, de ahí que en la actualidad en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la vejez los 60 años mientras que en los países desarrollados la edad de inicio es a los 65 años.

Mientras que Fernández citado por González y Padilla (2006) refieren que la vejez es un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, como la

etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales y la presencia más evidente de estos cambios comienza a partir de los sesenta o sesenta y cinco años de edad.

Para Thomae citado por Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006), la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad como la calidad de vida, en tanto que para Chande, citado por Soberanes, et al. (2009), en cada individuo el “envejecimiento es un proceso de características particulares, lento y gradual, manifestado de manera diferente en cada uno, por lo que una edad fija no puede separar a los viejos de los que todavía no lo son, y deben considerarse diferentes periodos que tomen en cuenta las distintas cualidades y calidades de la vida en las edades avanzadas”

Valdez, et al. (2013) refieren que la vejez implica una relación con diversos sentidos, significados, valores y representaciones construidos a nivel social, es decir, se trata de un constructo tanto personal, como colectivo y social. Cardona, et al. (2006) mencionan que la vejez no se limita a la experiencia relacionada a los cambios físicos o psicológicos que una persona experimenta con la edad, sino que incorpora también las percepciones y significados que las personas y los grupos tienen sobre el proceso de envejecimiento y concluyen que dicha vejez es una situación.

3.1. Material y métodos

3.1.1. Tipo de estudio

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y transversal.

3.1.2. Universo

La población de estudio fueron personas AM de 65 a 95 años de edad residentes de la Casa de los Abuelos “Miguel Hidalgo” y AM que asisten a la Estancia Diurna del Adulto Mayor (EDAM), ubicadas en Morelia, Michoacán.

3.1.3. Muestra

La muestra estuvo constituida por 133 AM participantes de dos instituciones de Morelia, Michoacán.

3.1.4. Muestreo

El muestreo del estudio fue no probabilístico por conveniencia.

3.1.5. Unidad de observación

Adultos mayores con rangos de edad de 65 a 95 años.

3.1.6. Límites del estudio

3.1.6.1. Límite de tiempo. El estudio fue realizado durante los meses de mayo a diciembre de 2016.

3.1.6.1. Límite de lugar. Los AM participantes fueron abordados en dos instituciones de la ciudad de Morelia, Michoacán, la Casa Hogar de los Abuelos “Miguel Hidalgo” y la Estancia Diurna del Adulto Mayor (EDAM).

3.1.7. Criterios de selección

3.1.7.1. Criterios de inclusión. Los criterios de inclusión para los AM que asistían a la EDAM fueron los siguientes: edad entre 65 y 95 años, saber leer y escribir, sin deterioro cognitivo ni enfermedades en fase terminal, que aceptaron participar en el presente estudio y firmaron el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión para los AM que residían en la Casa de los Abuelos “Miguel Hidalgo” fueron: vivir en esta institución por tiempo mínimo de seis meses, con edades de 65-95 años, saber leer y escribir, sin deterioro cognitivo ni enfermedades en fase terminal, que aceptaron participar en el presente estudio y firmaron el consentimiento informado.

3.1.7.2. Criterios de exclusión.

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión para los AM de la EDAM: tiempo menor a seis meses previos al estudio, menores de 65 y mayores de 95 años de edad, sin saber leer ni escribir, con deterioro cognitivo, con enfermedad terminal, que no aceptaron participar en el estudio y/o no firmaron el consentimiento informado.

Fueron excluidos del estudio los AM residentes de la Casa de los Abuelos “Miguel Hidalgo” que no acreditaron su residencia en la institución por un mínimo de seis meses previos, menores de 65 años y mayores de 95 años de edad, sin saber leer ni escribir, con deterioro cognitivo, con enfermedad terminal, que no aceptaron participar en el estudio y/o no firmaron el consentimiento informado.

3.1.8. Variables de estudio

3.1.8.1. Variable independiente. Bienestar espiritual definida como el estado general de salud espiritual que se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, crecer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (Sánchez, 2004).

3.1.8.2. Variable dependiente. La calidad de vida es definida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (ver operacionalización de variables en apéndice 1).

3.1.9. Descripción de los instrumentos para la recolección de información

3.1.9.1. Instrumento para colecta de datos sociodemográficos. Se utilizó un instrumento para la colecta de datos sociodemográficos que está conformado por dos partes: la primera contiene un folio, la fecha de aplicación y el

nombre de la institución a la que pertenece el participante, así como el tiempo de estancia en cualquiera de las dos instituciones.

En la segunda parte del instrumento se abordan datos sociodemográficos que incluyen: edad, género, escolaridad, estado civil, persona con quien vive, ocupación, dependencia económica, si se es jubilado o pensionado, si se tiene o no seguridad social, religión a la que pertenece y si realiza alguna práctica espiritual.

3.1.9.2. Instrumento para determinación de bienestar espiritual.

Para la variable independiente bienestar espiritual se utilizó la Escala de Bienestar Espiritual® (EBE) elaborado por Craig Ellison y Ray Paloutzian en 1983. Este instrumento es de auto aplicación y requiere entre 10 y 15 minutos para ser contestado; está conformado por las dimensiones: la existencial y la religiosa, también denominadas subescalas; cada una de ellas cuenta con 10 ítems.

La dimensión existencial o transversal mide la percepción hacia sí mismo y hacia los demás; la dimensión religiosa o vertical mide la percepción hacia Dios, hacia un ser o una fuerza superior. La dimensión del bienestar religioso consta de 10 ítems e utiliza una escala Likert de seis puntos donde 1, equivale a “completamente de acuerdo” y 6, a “completamente en desacuerdo”. La dimensión del bienestar existencial es medida con 10 ítems empleando una escala de likert de seis puntos donde 1, equivale a “totalmente en desacuerdo” y 6, a “totalmente de acuerdo”. La agrupación de la dimensión existencial con la dimensión religiosa origina el bienestar espiritual general. Para la escala total los índices de consistencia interna variaron de 0,89 a 0,94 (Bufford, Paloutzian y Ellison, 1991).

La validez de contenido del instrumento en relación con el bienestar es aceptable y es especialmente sensible a la falta del mismo. Las dos dimensiones se correlacionan positivamente en: el concepto positivo de sí mismo, en el sentido de propósito en la vida, en la salud física y en el ajuste emocional. Las siguientes subescalas del instrumento presentan una correlación negativa con la mala salud y son, la inadaptación emocional y la falta de propósito en la vida (Bufford, Paloutzian y Ellison, 1991). La subescala de bienestar existencial está contenida

en los ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 y 20, en tanto que la sub escala de bienestar religiosos lo conforman los reactivos 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 y 19 (apéndice 1).

Los puntos de corte establecidos por los autores consideran bienestar espiritual bajo de 20 a 40 puntos, bienestar espiritual moderado de 41 a 99 puntos y bienestar espiritual alto de 100 a 120 puntos para la escala general. Para la subescala religiosa se consideró relación no satisfactoria con Dios con puntajes de 10 a 20 puntos, bienestar religioso moderado de 21 a 49 puntos y una relación positiva con Dios al obtener 50 a 60 puntos (Ellison, 1983; Bufford y colaboradores, 1991).

Para la subescala existencial los autores definieron que se tiene una baja satisfacción con la vida y una falta de claridad en el propósito de vida al obtener 10 a 20 puntos, un moderado nivel de satisfacción y propósito en la vida cuando se obtienen de 21 a 49 puntos y un alto nivel en la satisfacción y propósito en la vida cuando se obtienen de 50 a 60 puntos (Ellison, 1983; Bufford y colaboradores, 1991).

3.1.9.3. Instrumento para determinación de calidad de vida.

Se empleó el instrumento de calidad de vida WHOQOL-BREF en su versión corta elaborado por la OMS y adaptado por Sánchez y González (2006).

El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas con dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales con una escala tipo Likert, y todos ellos producen un perfil de cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100 y a mayor puntuación mejor CV.

El instrumento calidad de vida está constituido por cuatro dimensiones que son: a) dimensión física que toma en cuenta la funcionalidad, la energía, el dolor, la fatiga, la necesidad de tratamientos médicos, capacidad de trabajo y sueño; b) dimensión psicológica, abarca la satisfacción de la vida y consigo mismo la capacidad de concentración, sentimientos positivos y negativos y espiritualidad

(creencias); c) dimensión relaciones sociales, incluye la satisfacción con las relaciones personales, soporte social y actividad sexual, y d) dimensión entorno, contempla el ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de salud, participación en actividades de ocio y recreación, transporte e información.

El instrumento proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida en general con base a sus cuatro dimensiones físico, psicológico, relaciones sociales y entorno.

Para calcular el puntaje, se siguió el siguiente algoritmo.

1. Revertir las tres preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26 (Si contesta 1, entonces es 5).
2. Calcular puntajes por dominio: (SUM = Sumatoria). Los dominios corresponden a: a) salud física (P3, P4, P10, P15, P16, P17, P18)*4, b) salud Psicológico SUM (P5, P6, P7, P11, P19, P26)*4, c) relaciones sociales SUM (P20, P21, P22)*4 y d) ambiente SUM (P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25)*4 -

Por el enfoque transcultural que tuvo desde su elaboración y su ajuste a los objetivos de esta investigación, cubriendo las dimensiones más relevantes de la calidad de vida; se decidió utilizar el WHOQOL-BREF para el presente trabajo, tomando en cuenta además que éste instrumento es de fácil comprensión para la población en estudio (apéndice 2).

3.1.10. Procedimientos de recolección de datos

Previo a la aplicación de los diversos instrumentos, se solicitó a la Comisión Mixta de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la aprobación del protocolo de investigación, así como a las instituciones que participaron en el estudio.

Una vez aprobado el estudio por las diferentes instancias, se acudió a las instituciones EDAM y a la Casa de los Abuelos “Miguel Hidalgo” para hacer la invitación a los AM participantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se

abordó a los AM de manera individual, se les comentó sobre el objetivo del estudio y se les solicitó que firmaran la hoja de consentimiento informado. Cuando todas las dudas quedaron aclaradas, se aplicó la hoja de colecta de datos dando tiempo para responder a cada una de las personas, intentando siempre que las preguntas quedaran claras.

La aplicación de los instrumentos a cada uno de los participantes la llevó a cabo la investigadora de este estudio, con el objetivo de que no existiera ninguna pregunta sin ser contestada.

3.1.11. Análisis estadístico

Para llevar a cabo el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico *Statiscal Packager for Social Science* (SPSS) versión 22. Para los objetivos uno, dos y cuatro se recurrió a la estadística descriptiva al obtener medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión y frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, las variables BE y CV.

Para determinar la normalidad en la distribución de los datos, se realizó la prueba de bondad de ajuste *Kolmogorov-Smirnov* y debido a que los datos no presentaron una distribución normal, se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas para comprobar los objetivos tres, cinco y seis del estudio.

De tal manera que para el objetivo tres que requería identificar en los participantes el nivel de bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial por género, estado civil y religión se empleó la prueba estadística no paramétrica *U de Mann-Whitney*.

Igualmente, para el objetivo cinco que buscó identificar la calidad de vida por institución, religión, género y estado civil, se utilizó también la prueba estadística no paramétrica *U de Mann-Whitney*.

Finalmente, para determinar la asociación del bienestar espiritual y la calidad de vida planteado en el objetivo seis, se empleó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman.

3.1.12. Consideraciones éticas y legales en materia de investigación

Para fines de este trabajo el investigador tomó en cuenta lo establecido por la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos de acuerdo los principios éticos y legales señalados en los artículos 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22 y 58. Esta investigación se consideró sin riesgo para los participantes (artículo 17) debido a que fue un diseño descriptivo con aplicación de cuestionarios de lápiz y papel.

En esta investigación se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación (artículo 16), se respetó la dignidad de los AM y los derechos y el bienestar de los participantes (artículo 13). También se contó con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación (artículo 14).

Previa ejecución del presente estudio, se contó con el dictamen favorable por parte de la Comisión de Investigación y bioética de la Facultad de Enfermería y de las instituciones de atención a los adultos mayores (artículo 14).

El participante del estudio recibió, a través del consentimiento informado, una explicación clara y completa sobre los aspectos del proyecto de investigación en relación con la justificación y los objetivos del mismo así como los derechos de los AM (artículo 21). El consentimiento informado fue elaborado por el investigador de forma escrita, en donde se incluyó el nombre y la firma de dos testigos que presenciaron la firma de los participantes del estudio donde autorizaron su inclusión en el mismo (artículos 20 y 22).

A los participantes se les informó verbalmente, además de incluirlo en el consentimiento, sobre la decisión de retirarse en el momento que lo decidieran, sin que esto trajera consigo represalias a su persona (artículo 58).

3.2. Resultados

En este apartado se describen los resultados obtenidos en el trabajo de investigación titulado Bienestar espiritual asociado a la calidad de vida en AM se inicia con la descripción de variables sociodemográficas, se continúa con las variables de estudio y se finaliza con la relación existente entre las variables BE y CV. Cabe mencionar, que en este estudio, la significancia estadística se consideró cuando el valor de $p \leq .05$.

Algunos de los datos más importantes obtenidos para el objetivo uno del estudio respecto a las variables sociodemográficas de los participantes son los que se señalan a continuación. Del total de la muestra de los 133 participantes, se resalta que el 85% correspondió al grupo de AM de la Casa de los abuelos “Miguel Hidalgo”; el 60% fue de género femenino, el 38% cursaron la primaria; el 57% expresaron no tener pareja, el 49% viven con otros familiares, el 36% son pensionados o jubilados, el 42% son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 46% no dependen económicamente de nadie, el 83% de son de religión católica y el 44% refiere que reza. Otros datos se encuentran en la tabla 1.

Para dar respuesta al objetivo dos que fue identificar los niveles de bienestar espiritual en las personas AM se utilizaron frecuencias y porcentajes. Los resultados mostraron que el 79.7% (106) presentaron bienestar espiritual moderado en la escala total, así como en las dimensiones religiosa con un 73.7% (98) que y existencial con un 78.2% (104), amabas, con nivel moderado, como puede observarse en la tabla 2.

Tal como se describió en el apartado del análisis estadístico, se buscó determinar la normalidad de la distribución de los datos y se realizó la prueba de bondad de ajuste de *Kolmogorov-Smirnov*, en donde pudo observarse que estos no presentaron una distribución normal en la recta, por lo cual se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas para comprobar los objetivos de estudio.

Tabla 1

Variables sociodemográficas de los participantes, Morelia, Michoacán, 2016.

Variable	f	%
Institución		
EDAM	20	15
Casa de los Abuelos	113	85
Género		
Femenino	80	60
Masculino	53	40
Escolaridad		
Analfabeta	29	22
Primaria	50	38
Secundaria	28	21
Otro	26	19
Estado civil		
Casado	57	43
Sin pareja	76	57
Con quien vive		
Esposo (a)	49	37
Otros	65	49
Solo	19	14
Ocupación		
Ama de casa	40	30
Pensionado/Jubilado	48	36
Otras	45	34
Seguridad social		
IMSS	56	42
ISSSTE	29	22
Seguro Popular	39	29
Otro	9	7
Dependencia económica		
Esposo (a)	21	16
De nadie	61	46
Otros	51	38
Religión		
Católica	110	83
Otra	23	17
Práctica espiritual		
Rezar	58	44
Ir a misa	52	39
Otras	23	17

Nota: f = frecuencia, %= proporción

Tabla 2

Prevalencia de bienestar espiritual en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.

Bienestar espiritual		f	%
Total			
	Moderado	106	79.7
	Alto	27	20.3
Religioso			
	Moderado	98	73.7
	Alto	35	26.3
Existencial			
	Moderado	104	78.2
	Alto	29	21.8

Nota: *f* = frecuencia, % = proporción

Para dar contestación al objetivo tres que fue identificar el bienestar espiritual por género, se utilizó la prueba estadística *U de Mann-Whitney*, encontrándose diferencias significativas en la escala total de bienestar espiritual ($U=1653.0$; $p=.032$) y en la dimensión existencial ($U=1615.0$; $p=.020$), como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

Prueba de U de Mann-Whitney para bienestar espiritual por género en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.

Bienestar espiritual	X	Mdn	DE	U	Valor de <i>p</i>
Total					
Femenino	106.37	110	13.09	1653.0	.032
Masculino	102.75	106	17.02		
Religioso					
Femenino	57.81	60	7.54	777.0	.115
Masculino	54.95	60	10.82		
Existencial					
Femenino	48.56	50	6.41	1615.0	.020
Masculino	47.80	50	7.12		

Nota; X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U=estadístico de prueba de *U de Mann-Whitney*

A fin de identificar el bienestar espiritual por institución, se utilizó la prueba estadística *U* de Mann-Whitney, no encontrándose diferencias significativas en la escala total de bienestar espiritual, ni en las dimensiones religiosa ($U=945.0$; $p=.244$) y existencial como se puede apreciar en la Tabla 4.

Tabla 4

Prueba de U de Mann-Whitney para bienestar espiritual por institución en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.

Bienestar espiritual	X	Mdn	DE	U	Valor de p
Total					
Casa de los abuelos	87.70	86.00	12.86	1106.5	.882
EDAM	87.95	87.00	10.58		
Religioso					
Casa de los abuelos	44.01	43.00	8.024	945.0	.244
EDAM	45.70	45.00	5.611		
Existencial					
Casa de los abuelos	43.69	44.00	6.810	1004.0	.766
EDAM	42.25	41.50	6.695		

Nota: X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U=estadístico de prueba de *U* de Mann-Whitney

Con el objetivo de identificar el bienestar espiritual por estado civil, se utilizó la prueba estadística *U* de Mann-Whitney, no encontrándose diferencias significativas en la escala total de bienestar espiritual, ni en las dimensiones religiosa ($U=2107.5$; $p=.213$) y existencial, tal como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5

Prueba de U de Mann-Whitney para bienestar espiritual por estado civil en adultos mayores. (n=133). Morelia, Michoacán, 2016.

Bienestar espiritual		X	Mdn	DE	U	Valor de p
Total						
	Casado	88.09	88.09	88.09	1449.5	.418
	Soltero	87.47	87.47	87.47		
Religioso						
	Casado	44.40	44.40	44.40	2107.5	.213
	Soltero	44.16	44.16	44.16		
Existencial						
	Casado	43.68	43.68	7.211	2154.5	.790
	Soltero	43.32	43.32	43.32		

Nota: X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U= estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

Para identificar el bienestar espiritual por religión, se empleó la prueba estadística *U de Mann-Whitney*, no encontrándose diferencias significativas en la escala total de bienestar espiritual, ni en las dimensiones religiosa y existencial. Ver tabla 6.

Tabla 6

Prueba de U de Mann-Whitney para bienestar espiritual por religión en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.

Bienestar espiritual		X	Mdn	DE	U	Valor de p
Total						
	Católica	87.14	87.14	87.14	1057.5	.291
	Otras religiones	90.61	90.61	90.61		
Religioso						
	Católica	43.75	43.00	7.080	1056.0	.213
	Otras religiones	46.70	47.00	10.065		
Existencial						
	Católica	43.38	43.38	43.38	1215.0	.766
	Otras religiones	43.91	43.91	43.91		

Nota: n=133, X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U= estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo cuatro: describir la calidad de vida de los adultos mayores, se procedió a realizar la estandarización de la puntuaciones de cada una de las cuatro dimensiones, las cuales se sumaron para obtener una puntuación total, esta suma se ubicó en una escala de 0 a 100, en donde, a mayor puntaje mejor calidad de vida; para ello se utilizaron los valores mínimo y máximo, así como la media, la mediana y la desviación estándar.

Los resultados de la tabla 7 en relación con la calidad de vida por dimensiones, muestran que la dimensión con mejor puntuación fue salud psicológica ($X=73.33$, $DE=13.79$).

Tabla 7

Calidad de vida por dimensiones en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.

Dimensiones	Valor mínimo	Valor máximo	X	Mdn	DE
Relaciones sociales	20	100	66.12	66.67	19.12
Salud física	20	100	66.21	65.71	15.81
Salud psicológica	30	100	71.78	73.33	13.79
Ambiente	20	93	66.64	65.00	14.07

Nota: X=Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar

Para identificar la calidad de vida por institución, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, no encontrándose diferencias significativas ($p \geq .05$).

En la identificación de la calidad de vida por religión, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, encontrándose diferencias significativas en las dimensiones relaciones sociales ($p=.000$) y del ambiente ($p=.002$) como se aprecia en la tabla 8.

Para identificar la calidad de vida por género, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, no encontrándose diferencias significativas ($p \geq .05$).

Para identificar la calidad de vida por estado civil, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, no encontrándose diferencias significativas ($p \geq .05$).

Tabla 8

Prueba de U de Mann-Whitney para calidad de vida por religión en adultos mayores, Morelia, Michoacán, 2016.

Calidad de vida	X	Mdn	DE	U	Valor de p
Relaciones sociales					
Católica	65.01	60.00	18.84	657.0	.000
Otras religiones	72.33	76.67	19.97		
Salud física					
Católica	66.07	65.71	15.90	986.0	.096
Otras religiones	67.00	68.57	15.66		
Salud psicológica					
Católica	71.89	73.33	13.23	988.5	.099
Otras religiones	71.17	70.00	16.97		
Ambiente					
Católica	66.53	65.00	14.29	748.5	.002
Otras religiones	67.25	65.00	13.01		

Nota: $n=133$, X = Media, Mdn =Mediana, DE =Desviación estándar, U = estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

En relación con el objetivo general de la investigación que buscó analizar el bienestar espiritual asociado a la calidad de vidas de AM, se utilizó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman. Los resultados mostraron que existe diferencia significativa en el bienestar espiritual y la dimensión de calidad de vida salud física ($r_s=.184$; $p=.034$), salud psicológica ($r_s=.331$; $p=.000$) y ambiente ($r_s=.274$; $p=.004$); entre el bienestar espiritual religioso y la dimensión de calidad de vida salud psicológica ($r_s = .195$; $p=.194$) y el bienestar espiritual existencial y las dimensiones de la calidad de vida relaciones sociales ($r_s=.179$; $p=.039$), salud física ($r_s=.172$; $p=.047$), salud psicológica ($r_s=.385$; $p=.000$) y ambiente ($r_s=.328$; $p=.000$) tal como se muestra en la tabla 9

Tabla 9

Correlación entre las variables bienestar espiritual y calidad de vida en adultos mayores, Morelia, Michoacán 2016.

	BE	BER	BEE	Relaciones sociales	Salud física	Salud psicológica	Ambiente
BE	1	.000	.000	.087	.034*	.000**	.004**
VER	.000	1	.000	.261	.074	.024*	.198
BEE	.000	.000	1	.039*	.047*	.000**	.000**
Relaciones sociales	.087	.261	.039*	1	.000	.000	.000
Salud física	.034*	.074	.047*	.000	1	.000	.000
Salud psicológica	.000**	.024*	.000**	.000	.000	1	.000
Ambiente	.004**	.198	.000**	.000	.000	.000	1

Nota: BE: Bienestar Espiritual, BER: Bienestar Espiritual Religioso, BEE: Bienestar Espiritual Existencial

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas), * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

3.3. Discusión

A continuación se realiza un análisis de los resultados obtenidos en este estudio con los resultados de otros investigadores para contrastarlos y observar las diferencias y similitudes.

En este estudio, la mayoría de los AM vivían en sus domicilios, contrario a lo reportado por Martínez, et al. (2011) quienes señalaron que la totalidad de su muestra pertenece a personas institucionalizadas en centros de protección al AM en Colombia donde se les prestan servicios de alimentación, albergue, recreación y en algunos casos, fisioterapia.

En esta investigación los participantes indicaron que vivían con otra persona o familiar que no era su pareja o esposo, situación contraria a lo encontrado por Ricoy y Pino (2008) en Chile; en tanto que la Encuesta SABE en Michoacán (2012), también reportó que tres cuartas de los AM encuestados refirieron vivir solos; al respecto González, Márquez, Treviño, Gómez y Pelcastre (2011) comentan, que se le puede explicar por la transición que se experimenta en México de un modelo de familia extensa a otro de familia nuclear, lo que expone a esta población a perder de manera paulatina la red de apoyo que ha constituido de manera tradicional la familia en el país por tres causas: la disminución del número de miembros de la familia, la disminución del cuidado provisto por las mujeres secundario a su inclusión en el ámbito laboral y la modificación del modelo de residencia, ya que la composición familiar disminuye el número de personas adultas que se encuentran en disposición de vivir o dejar vivir en sus casas, a los adultos mayores. Otro factor a considerar es la migración de los adultos, quienes buscan oportunidades de crecimiento y dejan a los AM viviendo en zonas rurales sin el apoyo de la estructura familiar (OMS, 2015).

El número mayor de AM participantes en este estudio en cuanto al género corresponde al femenino, existiendo semejanza con lo reportado por igual González y Padilla, 2006; Ricoy y Pino, 2008; Almeida y Rodrigues, 2008; Molina, et al., 2008; Torres y et al. (2008); González y Padilla, 2008; Martínez y et al., 2011; Espinoza y et al., 2011; Sánchez, et al., 2012; Cardona, Álvarez y Pastrana,

2013; situación diferente a lo referido por Sepúlveda, Rivas, Bustos e Illesca (2010). Estos datos son similares al perfil de la distribución por género en el grupo de personas AM, en donde se presenta una tendencia hacia la feminización del envejecimiento de la población de acuerdo a lo reportado por la encuesta SABE Michoacán (2012), en donde la población pertenece mayoritariamente al género femenino, esta misma tendencia se extiende en todo México (CONAPO, 2015).

Para el caso de la variable estado civil se destaca en esta investigación que la mayoría de los participantes fueron casados, resultado similar a lo encontrado por Espinoza y et al. 2011, aunque diferente a lo reportado por González y Padilla, 2006; Sena y et al. 2008; Ricoy y Pino, 2008; Pereira dos Santos, 2008; González y et al., 2009; Sepúlveda y et al., 2010; y Sánchez et al., 2012. Estos datos son semejantes a los que reporta INEGI (2015) en el estado. El proceso de envejecimiento demográfico ha tenido repercusiones en las características familiares y sociales y que se encuentra ligado al tipo y composición del hogar mexicano, donde los porcentajes de hombres adultos mayores de la zona rural en su mayor parte están casados. En el de las mujeres, transitan a la viudez en las últimas etapas de la vejez, aunque son los hombres quienes más oportunidades de encontrar pareja después del divorcio, la separación o la viudez (CONAPO, 2015).

En el caso de la variable ocupación, la mayoría de los AM refirieron ser pensionados o jubilados, semejante a los resultados encontrados por González, 2006; Ricoy, 2008; Sepúlveda y et al., 2010, pero diferente a lo reportado por Cardona y et al. (2006) y por García 2009, quienes mencionan que muchos de los AM continúan laborando después de los 65 años por la falta de condiciones económicas que les permiten retirarse y se desempeñan como operarios, artesanos, agricultores o vendedores dentro de la economía informal. CONAPO (2011) hace referencia al diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México en 2010, se destaca que el tipo de ocupación de los hombres en edades avanzadas fue en actividades agropecuarias y similares, situación que se incrementa a mayor edad, mientras que la segunda ocupación con mayor porcentaje la ocuparon los artesanos y los obreros; dichas actividades cada vez

fueron llevada menos a cabo, a medida que la edad se incrementó, en tanto que la actividad comercial representó menos de la quinta parte a lo que se dedicaban los AM.

En este estudio en relación con la seguridad social, la mayoría de los participantes fueron derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sin embargo, la encuesta ENSANUT (2012) reporta resultados semejantes. Estos resultados coinciden con los reportados a nivel nacional por ENSANUT (2012) pero fueron diferentes a los registrados por este mismo organismo en Michoacán (2012), donde la Secretaría de Salud es la principal proveedora de servicios en la población.

En este sentido, la OMS (2015) señaló en su Informe Mundial de Envejecimiento y Salud la necesidad de garantizar a los AM el más alto nivel de salud, lo que implica no sólo el acceso a instalaciones, bienes y servicios, sino la consideración de la no discriminación, la accesibilidad física, económica y de información; para ello, las instituciones de salud deben considerar las limitaciones físicas derivadas del envejecimiento, lo que disminuye su funcionalidad en la realización de las actividades de la vida diaria, esto se traduce en una dificultad para subir escalones en edificios que no disponen de rampas, esperar durante horas para recibir atención médica o la necesidad de acudir al baño frecuentemente.

En cuanto a la dependencia económica, el mayor número de participantes no depende económicamente de nadie, a diferencia de González, 2006; Rico y Pino, 2008; Sepúlveda y et al., 2010; Martínez y et al., 2011; y Espinoza y et al. (2011), quienes reportaron que la mayoría de los AM depende económicamente de un familiar. Para Pelcastre, Treviño, González, Márquez y Reyes (2011), el principal apoyo social proviene del cónyuge, seguido de otros familiares cercanos que pueden ser hijos, yernos, nueras, nietos y en menor medida, de los vecinos. Cabe señalar que los adultos mayores en situación de pobreza, en muchos casos su única opción es vivir con los hijos porque son ellos quienes proveen de

recursos a la descendencia, bien sea por contar con jubilación o pensión o por recibir diferentes apoyos de programas sociales entre otros.

En esta investigación la mayoría de los AM encuestados refirió pertenecer a la religión católica, resultados semejantes fueron reportados por Rivera y Montero (2005).

Respecto a la práctica espiritual, la de mayoría de los encuestados refirieron que la práctica espiritual que más realizaron fue rezar, lo que es congruente con lo reportado por Rivera y Montero (2005).

El nivel de bienestar espiritual en los AM fue clasificado como moderado en la escala total, semejante a lo reportado por Gallegos y Hernández, (2008) en un estudio realizado a 25 pacientes con cáncer de mama, en contraste, Rivas, Romero y Vásquez (2013) reportaron una cifra menor en el bienestar espiritual de 106 pacientes con enfermedades crónicas.

En esta investigación en las dimensiones religiosa y existencial el nivel de bienestar encontrado fue moderado, cifra mayor a la reportada por Monod, Rochat, Büla, Jobin, Martin y Spencer (2010), quienes encontraron sufrimiento espiritual. Caldeira, Campos y Vieira (2014) reportaron una prevalencia de sufrimiento espiritual de menos de la mitad de las 45 adultas mayores estudiadas con cáncer de mama; estos resultados concuerdan con lo reportado por Oliver, Galiana, Sancho y Tomás (2015).

Otro hallazgo importante en este estudio fue la diferencia estadísticamente significativa del bienestar espiritual en la escala total y en la dimensión existencial por género, esto resulta difícil de explicarse porque los AM mexicanos femeninos, mayoritariamente católicos en esta muestra, son quienes realizan de manera constante prácticas religiosas. Es decir, es la espiritualidad entendida como sentido o propósito de vida la que predomina en esta población y se convierte en su núcleo fundamental, quien otorga dirección a su existencia y permite la conciliación e integración de la propia vida y no tanto la relación con un Ser Superior o un ser divino (Rivera y Montero, 2005; Rivera y Montero, 2014).

Resulta importante destacar que los AM consideran importante su espiritualidad, visto desde las prácticas religiosas que, a su vez, le dan sentido a su vida y le ayudan a mejorar la calidad de la misma, pero los resultados en este estudio, no fueron suficientes para encontrar diferencias significativas en relación con la religión, por lo que se debe tener precaución de no confundir la situación espiritual con las prácticas religiosas (Valiente y García, 2010).

Respecto a la calidad de vida, la dimensión salud psicológica fue la mejor puntuada, seguida de la dimensión ambiente, diferente a lo encontrado por Figueroa, Soto y Santos (2016). Otro estudio encontró una calidad de vida media (Martínez, Camarero, González y Martínez, 2016), mayor en hombres, con pareja y escolaridad secundaria; situación semejante a lo encontrado en AM brasileños residentes en áreas urbana y rural, quienes manifestaron percibir su calidad de vida alta (Tavares, et al. 2015).

Resultó importante encontrar diferencia estadísticamente significativa en el bienestar espiritual y la calidad de vida, salud física y entre el bienestar espiritual existencial y la dimensión de calidad de vida. Otra diferencia importante fue identificada en la calidad de vida y la religión, es decir, la religión tiene gran influencia en la percepción de la calidad de vida, lo cual podría estar explicando porqué la mayoría de la muestra pertenece al género femenino y profesan la religión católica (CONAPO, 2012; Rivera y Montero, 2005).

El bienestar espiritual definido como la afirmación de la vida en las distintas facetas en relación con Dios, consigo mismo y con los otros posibilitando encontrar significado y propósito a la vida (Bufford, Paloutzian y Ellison, 1991) y la calidad de vida Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (OMS, 1997). Ambos conceptos se relacionan ampliamente con el sentido de vida o propósito en la vida, que desde el punto de vista de la teoría del Confort de Katharine Kolcaba dicho confort en el adulto mayor, se puede alcanzar hasta llevarlo a la trascendencia, lo cual se puede observar en la figura 2.

Figura 2. Descripción esquemática de las conclusiones del Bienestar espiritual y Calidad de Vida en el adulto mayor con la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba

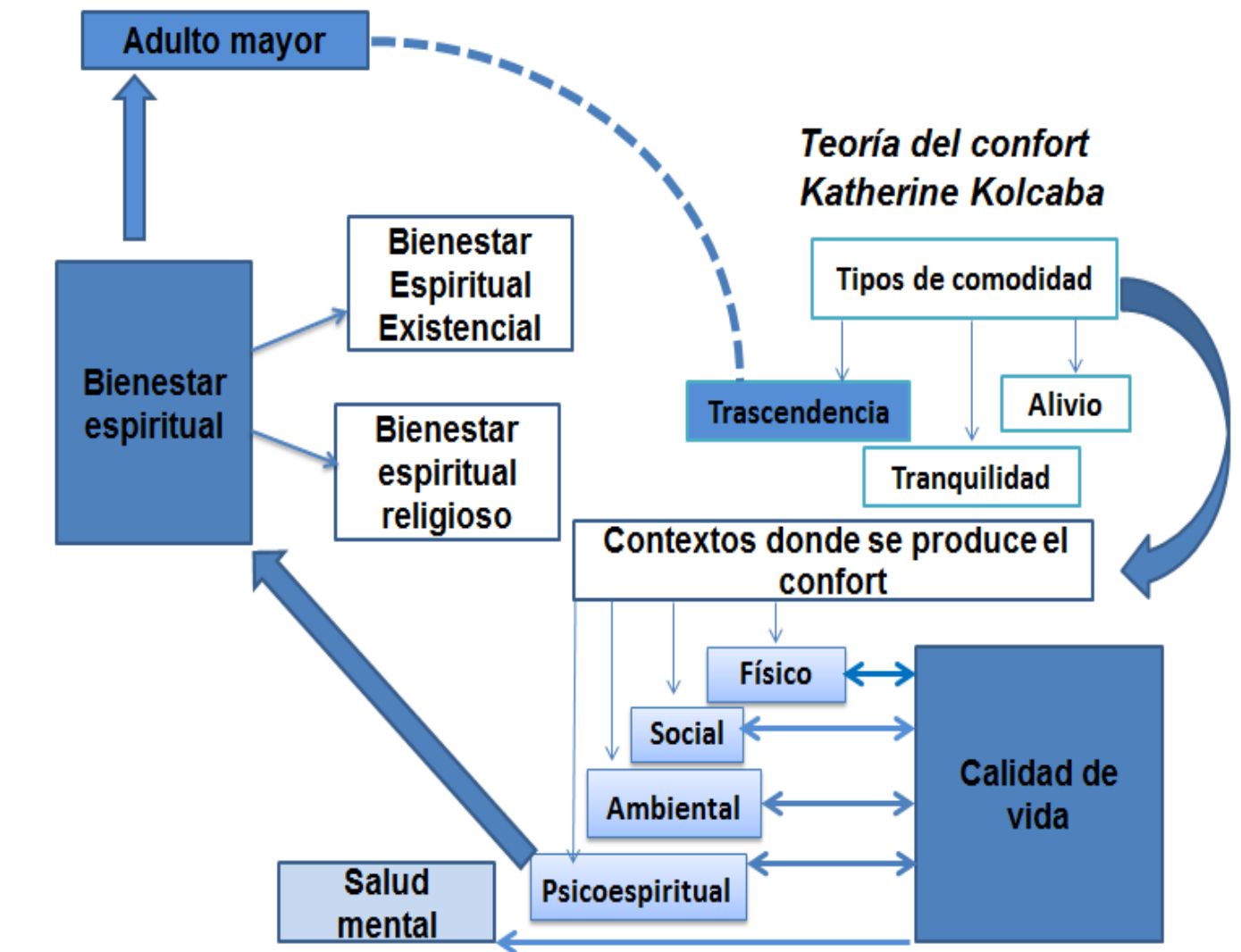


Figura 2. Elaboración LE. Graciela González Villegas a partir de las conclusiones del bienestar espiritual la calidad de vida y los supuestos teóricos de Katharina Kolcaba (2008, 2013).

3.4. Conclusiones

En este estudio se identificaron niveles de bienestar espiritual en la escala total y en la dimensión religiosa y existencial moderada, lo que permite vislumbrar posibilidades para el cuidado de enfermería en este grupo de personas, que están en aumento y que requerían una atención integral, que incluya la dimensión espiritual.

También se encontró buena calidad de vida en la dimensión salud psicológica seguida de la dimensión ambiente, lo que determina que la percepción de la calidad de vida de un adulto mayor está dada por el ambiente familiar y social y la aceptación de su vejez.

Por ello, la diferencia en el bienestar espiritual y la calidad de vida salud física y entre el bienestar espiritual existencial y la dimensión de calidad de vida funcionamiento sexual, debe incentivar a enfermería a explorar el cuidado en la dimensión espiritual tal como establece desde el año 2008 en la taxonomía de los diagnósticos de enfermería de la NANDA.

3.5. Sugerencias

A partir de los resultados que se encontraron en esta investigación, se sugiere que:

1. Se incluya una unidad de aprendizaje, en la formación de los profesionales de enfermería, que aborde el cuidado de la espiritualidad en la tercera edad y así poder mejorar las intervenciones, que aumenten la percepción de la calidad de vida de dicho grupo de personas.

2. El personal de enfermería en el área asistencial puedan realizar la vinculación del cuidado y la espiritualidad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida en los adultos mayores.

3. A partir de la aplicación del Modelo teórico de enfermería de la Teoría del Confort de la Dra. Katerinha Koalcaba se mejoren las intervenciones que satisfagan las necesidades de confort de los adultos mayores en instituciones con estancias prolongadas como asilos.

4.1. Referencias bibliográficas

- Acevedo, A. J. y González, T. J. (2014) No envejecemos igual: La religiosidad y el género en adultos mayores del noreste de México *Rev. Reflexiones* 93(1), 133-144. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/reflexiones/v93n1/a10v93n1.pdf>
- Almeida, A.J. y Rodrigues, V. M., (2008) La calidad de vida de la persona de edad avanzada institucionalizada en hogares de ancianos. *Rev Latino-am Enfermagem*; 16(6). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000600014&script=sci_abstract&tlng=es
- Aldana, G., Fonseca, H., y García, G. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*. 14(4)1067-6079. Recuperado de: file:///C:/Users/HP/Documents/2013_Aldana_el%20significaaado%20de%20la%20vejez%20en%20su%20relacion%20con%20la%20salud%20en%20ancianas%20y%20ancianos%20i
- Albiero, D., e Itsuko, S. (2014). Doença Crónica no idoso: Espiritualidade e Enfrentamiento. *Revista Escola de Enfermagem*, 48(Esp.2), 92-98. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-32253>
- Angelo, M., Abaunza de González, M., Alzate, P. M., Arango, B. G., Barrera, M. L., Barrera, O. L., y et al. (2010). Avances en el cuidado de Enfermería. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Araújo, L., Gomez, V., Teixeira, C., y Ribeiro, Ó. (2011). Programa de Terapia de Remotivacão em idosos institucionalizados: estudio piloto. *Revista de enfermagem* Referencia, III (5), 103-111. Recuperado de <https://doaj.org/article/39c73d16ef704a92a817eb466a331a57>

- Bayarre, H., (2009) Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde la perspectiva cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 110-116. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_4_09/spu10409.htm
- Barrera, L., Carrillo, G.M., Chaparro, L., y Sánchez, H. (2014) Cuidado y práctica de enfermería en diferentes situaciones de salud y vida, Cuidado de enfermería en situaciones de enfermedad crónica, Edit. Universidad Nacional de Colombia 1ª Edición recuperado de: <http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidado-de-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica/pubData/source/Cuidado-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica-uflip.pdf>
- Botero, B. E., y Pico, M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia la promoción de la salud*, 12, 11-24. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002
- Cardona, A., Estrada, A., y Byron, H. (2006) Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, (26) ,206-2015. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84326204>
- Cardona, J. A. Álvarez, M. I. y Pastrana S. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, *Medellín, Colombia*, 2012. *Revista Ciencias de la Salud*, 12 (2), 139-155. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56231201002>
- Camacho, M.C. y Fuentes, A.D. (2014) Calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa que asiste al grupo de ayuda mutua en dos centros de salud rurales del estado de México, tesis recuperada de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14448>
- Susan Camacho, S. y Lachuma B. (2013). (Tesis de Maestría), *Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adultos mayores*, Universidad Nacional de la Amazona Peruana, Facultad de Enfermería,

Recuperada de:
(<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/211/1/Trabajo%20practicas%20de%20autocuidado,%20capacidad%20funcional%20y%20depresion%20en%20adultos%20mayores%20del%20c.s%209%20octubre%202013.pdf>)

Caldeira, S., Campos, V. C y Vieira, M. (2014), Entre el bienestar espiritual y el sufrimiento espiritual: posibles factores relacionados en ancianos con cáncer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(1) 1-7. Recuperado de: www.eerp.usp.br/rlae

Consejo Nacional De Población, México, CONAPO (2015) recuperado de: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Dávila, M.S.J. (2004). Tesis de Maestría. Relación entre los niveles de espiritualidad y de fortaleza en ancianos mexicanos Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/1395/1/1020149846.PDF>

Dueñas, D., Bayarre, H., Triana, E. y Rodríguez, P.V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral* (25), 2, 1-15. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252011000100002&script=sci_artext

CENAPRECE, P. D. (Noviembre de 2012). Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento. SABE Michoacán. Michoacán, Mexico.

Espinoza, I., Osorio, P., Terrejón, M. J. y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica Chilena*, (139), 579-586. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>

Espinosa, A. J.M., Muñoz, C. F. y Portillo S. J. (2005). Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. *Medicina de Familia* 6(3), 167-168. Recuperado de: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/08.pdf>

- Falque, L. (2014). La evidencia científica y el arte de envejecer. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(1), 110-118. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100016&lng=es&tlng=es.
- Figueroa, A., Soto, D., y Santos, N.A. (2016) Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores, *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20 (1):47-53. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2016/rcm1611.pdf>
- Flores, M. E., Colunga, C., González, A., Vega, M.G. y Cervantes, G.A. (2013). Salud Mental y Calidad de Vida en Adultos Mayores. *Uaricha Revista de Psicología*, 10(21), 1-13. Recuperado de: http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1021_001-013.pdf
- García, S., Martínez, Y.L., González, S. y Rodríguez, C.M. (2011) Factores pronósticos de muerte en pacientes operados de fractura de cadera. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 10(3), 213-222. Recuperado de: <https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chromeinstant&rlz=1C1AVNEenMX657MX657&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=Factores+pron%C3%B3sticos+de+muerte+en+pacientes+operados+de+fractura+de+cadera>
- Gallegos, A. M. y Hernández, H. D.E. (2008). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 16(2), 99-104. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082g.pdf>
- González, L. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades. *Universidad de Psychol*, 5(3), 501-509. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/456>
- González, T., Márquez, M., Treviño, S., Gómez J., y Pelcastre, E. (2011). La capacidad de las Organizaciones de la Sociedad Civil para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores: un estudio cualitativo en zonas urbanas

empobrecidas de México. *Salud Colectiva* 6(2): 181-194. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/index.php>

Hernández, R., Collado C. y Baptista, P. (2013). *Metodología de la investigación* (6ª Ed.). D.F., México: Editorial Mc Graw Hill.

Inga, J., y Vara, A. (2006) *Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima Perú*, Universidad Nacional Federico Villareal y Universidad San Martín de Porres. *Rev. Univ. Psychol*, 5 (3), 475-485. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a04.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2012) recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>

Instituto Nacional de Geriatria INGER México. (2009). Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Recuperado de: <https://www.facebook.com/institutonacionaldegeriatria.mexico/photos/a.973005979395596.1073741827.973004202729107/1322173897812134/?type=1&theater>

Instituto Nacional de Geriatria INGER México. (2015). Promoción de la salud de la mujer adulta mayor. Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones-inger/Promocion-salud-mujer-adulta-mayor.pdf>

Liobet M., Canut L., Mateu P. y Ávila, R. (2010). Calidad de vida y necesidades de relación de las cuidadoras formales de personas dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global*, (19) 2, 1-7. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107191>

Torres. M, Quezada, M., Rioseco, R., y Ducci, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista Médica Chile* (136), 325-333. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872008000300007

- Martínez, A., Roile A., Modelos y teorías en enfermería, 7ª edición, Madrid, Elsevier, España, 2011
- Martínez, W., Acosta, A., Dussan, C., Álvarez, J.A., Bedoy, F., Carvajal. Et al. (2011). Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira *Rev. Colomb Psiquiat*, 40(4), 700-708. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a08>
- Melguizo, E., Acosta, A., y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla, (28) 2, 251-263. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/817/81724957008.pdf>
- Mendoza V. M. y Martínez M.L. (2013), Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. *Geriatría*, 26(2), 261-277. Recuperado de: http://inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/envejecimiento_y_salud_18_Modelos.pdf
- Meza, A. (2102). Calidad de vida en adultos mayores en Morelia. Morelia., México.
- Molina C., Meléndez J.C., y Navarro, E. (2008) Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, Universidad de Murcia, Murcia, España 24 (2), 312-319 Recuperado de: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Bienestar%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20ancianos%20institucionalizados%20y%20no%20institucionalizados.pdf>
- Monod, M., Rochat, E., Büla, C.J., Jobin, G., Martin, E., y Spencer, B. (2010). The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatrics*, 10:88, 2-9.
- Nava, G, (2010), Práctica diaria Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba Teoría de rango medio del confort. *Enfermería Neurológica* (México) 9(2), 94-104, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015. Recuperado de: <http://www.who.int/about/licensing/en/>

OMS, (2014) "Envejecer bien, una prioridad mundial". Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/es/>

Organización Mundial de la Salud. Resumen informe mundial sobre la discapacidad 2011. Recuperado de: Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en estados de prevalencia de discapacidad en las Américas (2012) Recuperado de: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/informeCIF.pdf>

Organización de Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento [Internet]. Madrid: 2002. recuperado de: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf

Ortiz, J. B, y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia, contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 1(xv), 25-31. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>

Osorio, P. Torrejón, M. J., y Vogel, N., (2008) Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 101-108, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26412982005.pdf>

Oliver, A., Galiana L., Sancho P. y Tomás J. M., (2015) Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor, *Chia Colombia*, 15 (2) 228-238. DOI: 10.5294/aquí.2015.15.2.7. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/433>

Ovidio, B., Camarero F., González, I. y Martínez, L., (2016) Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco, *Revista de*

Ciencias Médicas. La Habana. 2016 22(1). Recuperado de:
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/925>

Programa de Acción Específico, Atención del Envejecimiento 2013-2018.
Programa Sectorial de Salud. Recuperado de:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado de:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf

Pelcastre, V., Treviño, S., González, T., Márquez, M. y Reyes, C. A. (1998). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. *Cad. Saúde* 27(3), 460-470. Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n3/07.pdf>

Reyes, C. A. (1998) Importancia de la religión en los ancianos. *Colombia Médica.*, 29, 155-157. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28329409.pdf>

Rivera, L. R., y Montero, M. (Diciembre de 2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>

Rivera, L. A., y Montero, M. (2014). Ajuste psicológico y vida religiosa en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 13(3). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.apvr>

Ricoy, M. C. y Pino, M R. (2008) Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(6), 362-365. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X08751916>

Rodríguez, A., López, .Y y Vigoa E.Y (2016) El proceso del aprendizaje en el desarrollo de la adultez, OLIMPIA. *Revista de la Facultad de Cultura Física*

de la Universidad de Granma, 13(40). 36-50 Recuperado de:
<file:///C:/Users/HP/Downloads/386-893-1-PB.pdf>

Rodríguez, A. (2007), La ancianidad en las publicaciones periódicas enfermeras: rol y nursing edición española, de 1997 a 2000. *Enfermería Global*. (10) 1-34. Recuperado de:
<https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/30347/1/La%20ancianidad%20en%20las%20publicaciones%20periodicas%20enfermeras.%20Rol%20y%20Nursing%20edicion%20espanola%20de%201997%20a%202000..pdf>

Romero, S., Sanabria, J. y Rueda, L. (2011). Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar. *Revista cubana de Enfermería*, 27(1), 20-30. Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640319201100010004

Rivas, C. A. C., Romero, A. V. y Vásquez, M. (2013) Bienestar espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud DUAZARY*, 10(1), 20-25 Recuperado de:
<file:///C:/Users/HP/Downloads/DialnetBienestarEspiritualDeLosPacientesConEnfermedadesCr-4729845.pdf>

Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley general de salud en Materia de investigación para la Salud. México: Porrúa. Recuperado de
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

San Martín, C. (2007) La espiritualidad en la tercera edad, *Psicodebate* 8, Psicología, Cultura y Sociedad, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile. Recuperado de:
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2008.pdf>

Sánchez, B. (2009). Bienestar de personas con y sin discapacidad. *Aquichan.*, 9(1), 8-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/741/74111465003.pdf>

- Sánchez, B. (2004) Dimensión espiritual del cuidado de Enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. *Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.* Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100002
- Sánchez, M., González, C., Robles, R. y Andrade, P. (2012) Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*, 20(2), 41-48 recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133928816006>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, IX(2), 9-21. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532003000200002&script=sci_arttext
- Sierra, L. (Septiembre-Octubre de 2014). La espiritualidad y el cuidado enfermero. *Ciberevista SEEUE*, IV (39), 1-5. Recuperado de: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2014/pagina4.html>
- Secretaría de Salud. (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
- Soberanes, S., González A., y Moreno, Y. C. (2009) Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-172 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Mexico, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415003>
- Tavares, M., Barreto, G., Dias, F., Pegorari, M., Fernandes, N.P., y Ferreira, P.C., (2015). Diferencias en los indicadores de calidad de vida del Adulto Mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud .Publica*, 32(1), 58-65. Recuperado de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342015000100009&script=sci_artte

Torres, M., Quezada M. Rioseco R. y Ducci M. E. (2008) Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Rev Méd Chile*; 136: 325-333, Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872008000300007

Torres, A. y Sanhueza, O. (2006) Modelo estructural de Enfermería de Calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad, *Ciencia y Enfermería* XII(1): 9-17. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000100002&script=sci_arttext

Taylor, G., (2007) Kolcaba Katharina. La teoría del confort. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007., p. 706-719. recuperado de: <https://tienda.elsevier.es/modelos-y-teorias-en-enfermeria-pb-9788490227275.html>

Urrutia, I.; Grasso, P. y Guzmán, R. (2009) Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos *Evaluar*, 9(2009), 54 –71. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/464/433>

Urzúa, A. y Caqueo A., (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000100006&script=sci_arttext

Urzúa, A., Loyola, M., Navarrete M. y Valenzuela F. (2014) El Efecto de Valorar la Importancia Atribuida a cada Área de la Vida en el Auto Reporte de la Calidad de Vida en Adultos Mayores *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII(1), 41-50. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281935591004>

- Valiente, C. y García, E. (2010) La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención Psicogeriatría, Viguera Editores SL. *Psicogeriatría*, 2(3), 153-165. Recuperado de: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25550.pdf>
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002), Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*; (44) 349-361. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- Velandia, A. L. (2002) Investigación en Salud y Calidad de Vida, *El arte y la Ciencia del Cuidado*. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, (2002) 295-314. Recuperado de: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.mx/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html>
- Veloza, M. M. y Pérez, B. (2009) La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. *Hallazgos*, 6(11), 151-162 *Universidad Santo Tomás Bogotá, Colombia*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835199009>
- Watkins, C., (2000) *The American Heritage Dictionary of Indoeuropean Roots*, Houghton Mifflin, USA, <https://etimologia.wordpress.com/bibliografia/>
- Whetsell, M., Frederickson K., Aguilera, P. y Maya, J.L. (2005) Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores *Aquichan*, 5(1)pp. 72-85. Recuperado de: aquichan@unisabana.edu.co
- Zavala, M., Vidal, G. D., Castro, S. M., Quiroga, P. y Klassen, P. G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*, XII (2), 53-62. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007

Zenevicz, L., Moriguchi, Y. y Faganello, M. V. (2013). A religiosidade no relação de viver envelhecido. *Revista Escola de Enfermagem*, 47(2), 433-9.
Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/23.pdf>

Apéndices

Apéndice 1. Escala de Bienestar Espiritual® (EBE) (Ellison y Paloutzian 1983).

Instrucciones. En cada una de las oraciones, marque con un círculo la opción que mejor indique su acuerdo o desacuerdo con respecto a su experiencia personal.

CA = Completamente de acuerdo D = En desacuerdo

MA = Moderadamente de acuerdo MD = Moderadamente en desacuerdo

A = De acuerdo CD = Completamente en desacuerdo

No.	Preguntas	CA	MA	A	D	MD	CD
1	No encuentro mucha satisfacción al orar en privado						
2	No sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy						
3	Creo que Dios me ama y creo que sí le importo						
4	Creo que la vida es una experiencia positiva						
5	Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias						
6	Siento que mi futuro es incierto						
7	Tengo una relación personal significativa con Dios						
8	Me siento pleno y satisfecho con la vida						
9	No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios						
10	Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida						
11	Creo que a Dios le preocupan mis problemas						
12	No disfruto casi nada de la vida						
13	No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga						
14	Me siento bien con respecto a mi futuro						
15	Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo						
16	Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad						
17	Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios						
18	La vida no tiene mucho significado						
19	Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar						
20	Creo que hay un propósito verdadero para mi existencia						

Apéndice 2. Cuestionario WHOQOL-BREF (OMS)

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, haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta. Institución _____

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?

Nada	Un 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

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización o Dimensiones
Bienestar espiritual	Independiente	Afirmación de la vida en las distintas facetas en relación con Dios, consigo mismo y con los otros posibilitando encontrar significado y propósito a la vida (Bufford, Paloutzian y Ellison, 1991).	El Bienestar Espiritual (BE) se midió a través de dos dimensiones: existencial o transversal (hacia sí mismo y hacia los demás) y religiosa o vertical (hacia Dios, un ser o una fuerza superior). Ambas dimensiones son medidas con 10 ítems utilizando una escala de seis puntos donde 1, equivale a “totalmente en desacuerdo” y 6, a “totalmente de acuerdo”. El bienestar espiritual general es dado por ambas dimensiones.	BE total 20-40 Bajo 41-99 Moderado 100-120 Alto
				BE Existencial 10-20 Bajo 21-49 Moderado 50-60 Alto
				BE Religioso 10-20 Bajo 21-49 Moderado 50-60 Alto

Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización o Dimensiones
Calidad de vida	Dependiente	Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (OMS, 1997).	La percepción de la persona sobre su vida se mide con cuatro dimensiones: percepción de salud física, de la salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.	Dimensiones -Percepción de salud física -Salud psicológica -Relaciones sociales -Ambiente A mayor puntuación mejor calidad de vida en las dimensiones

Anexo 2. Financiamiento

Nombre	Cantidad	Precio
Computadora portátil	1	\$10, 000.00
Impresora	1	\$1, 500.00
Lapiceros	5	\$20.00
Lápices	5	\$20.00
Copias	500	\$700.00
Sacapuntas	5	\$50.00
Hojas blancas	1500	\$250.00
Carpeta de anillos	1	\$80.00
Separadores	50	\$40.00
Engrapadora	1	\$40.00
Perforadora de 3 orificios	1	\$60.00
Engargolados	10	\$400.00
Dispositivo USB	2	\$500.00
Tabla	3	\$90.00
Marca textos	5	\$120.00
Total		\$13, 240.00

Anexo 3. Hoja de Consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
División de Posgrado de la Facultad de Enfermería
Maestría En Enfermería con Terminal en Adulto Mayor



Se me informó que el proyecto de Investigación llamado Bienestar espiritual asociado a la calidad de vida en adultos mayores será realizado por la LE. Graciela González Villegas, como parte de los estudios que lleva a cabo en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para obtener el grado de Maestra en enfermería con terminal en adulto Mayor.

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 le haga una serie de preguntas que tienen relación con su calidad de vida y su vida espiritual. Para contestar estos cuestionarios necesitamos que por favor nos dedique de 30-45 minutos. Con la información que nos dé, Usted podrá saber su nivel de bienestar espiritual y calidad de vida. Si Usted acepta participar no se le pedirá que realice ningún pago

Confidencialidad. La información que Usted nos dé, 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. Los resultados finales se darán a conocer en revistas exclusivas de salud pero su nombre no será mencionado.

Retractación. Este proyecto en el que Usted participará es totalmente independiente del cuidado que usted está recibiendo en su institución y puede dejar de participar en el momento que así lo decida sin que afecte la atención que le brindan. Igualmente le recuerdo que este consentimiento podrá ser invalidado en el momento que así lo considere.

Preguntas. Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con la LE. Graciela González Villegas, responsable del estudio a los siguientes teléfonos: 01 443 2 99 62 75 y 044 44 32 52 65 93 o al correo electrónico gracekencar@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.

 Nombre y Firma del participante*

 Fecha

 Nombre y Firma del Testigo

 Fecha

*Si el participante no sabe firmar pondrá su huella

Anexo 4. Hoja de colecta de datos



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
División de Posgrado de la Facultad de Enfermería
Maestría En Enfermería con Terminal en Adulto
Mayor



Bienestar espiritual asociado a la calidad de vida en adultos mayores

Parte I

Folio _____ Fecha Día _____ Mes _____ Año _____

Instrucciones: Por favor conteste a las siguientes preguntas que le haré. Recuerde que sólo el grupo de investigadores los leerá. Los datos de su dirección se los solicitamos por si es necesario comunicarnos en otro momento con Usted, pero sólo si está de acuerdo.

Parte II

Variables sociodemográficas

Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Edad		
Género	Femenino	Masculino				
Estado civil	Con pareja	Sin pareja				
Trabaja	Sí	No				
Escolaridad	No estudió	Primaria incompleta	Secundaria	Carrera técnica	Bachillerato	Licenciatura
Con quién vive	Esposo (a)	Pareja	Hijos	Nietos	Hermanos	Solo (a)
Ocupación	Hogar	Agricultor	Obrero	Comercio	Pensionado	Jubilado
Seguridad social	IMSS	ISSSTE	Seguro Popular	Privado	No responde	Otro
Religión	Católica	Evangélica	Cristiana	Testigo de Jehová	No responde	Otro
Práctica espiritual	Rezar	Misa	Mandas	Veladoras	Orar	No responde