

**PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES
MELLITUS**

PRESENTADO POR:

ISABEL TORRES LEAL, ENFERMERA ESPECIALISTA
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CHÍA, FEBRERO DE 2011

**PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES
MELLITUS**

PRESENTADO POR:

ISABEL TORRES LEAL, ENFERMERA ESPECIALISTA
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

DIRECTORA

CARMEN HELENA RUIZ DE CÁRDENAS,
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

JORGE HUMBERTO MAYORGA
MAGISTER EN ESTADISTICA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REAHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CHÍA, FEBRERO DE 2011

HOJA DE APROBACIÓN

MGS. BEATRÍZ PEREZ

JURADO

MGS. BEATRÍZ SÁNCHEZ

JURADO

CHÍA, FEBRERO DE 2011

AGRADECIMIENTOS

A las Mgs. Lucy Muñoz, Mgs. María Mercedes Durán de Villalobos, por su absoluto apoyo durante mi formación académica.

Al Mgs. Luis Alberto Mayorga por sus enseñanzas, y orientaciones estadísticas.

A mi maestra Mgs. Carmen Helena Ruíz de Cárdenas, por su apoyo, perseverancia y dedicación como Directora de Tesis y, sobre todo, como ser humano. INFINITAMENTE AGRADECIDA.

A la Mgs. Maribel Trujillo, gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona (ESE HSJD), por su confianza para el desarrollo de este proyecto.

A la Esp. Adriana Gélvez Celis, coordinadora de PROASISTENCIAL, por su apoyo continuo para el desarrollo de este proyecto.

Al personal de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona (ESE HSJD), por su colaboración continúa en el desarrollo de este proyecto.

A mis compañeras de la Universidad de Pamplona, y de EFORSALUD por su apoyo durante el transcurso de la Maestría.

A los Directivos y docentes de la Maestría de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, por los conocimientos, habilidades y facilidades otorgadas.

DEDICATORIAS

A Dios, por su compañía y por la realización de este logro en mi vida.

A mis padres, Dionisio y María Elisa por su ejemplo, su compañía y su confianza.

A mis hermanas, Martha y Nubia, mis sobrinos David Fernando, Diego Fernando, Lina Marcela, Isabella Stefany por su alegría y motivación constante.

A mis amigas y colegas, Juliette del Toro, Laura Monsalve, Ivette Mora, Diana Gómez, Clara Buitrago, Matha Benítez, Adriana Gélvez, por su disposición constante.

A mis colegas y compañeros de docencia Alexander Rubiano, Patricia Morales, Belinda Lee por su apoyo incondicional para lograr este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	4
TABLA DE CONTENIDO	6
RESUMEN.....	12
1 MARCO REFERENCIAL	14
1.1 <i>Delimitación del problema</i>	14
1.1.1 Epidemiología de Diabetes Mellitus.....	14
1.1.2 Espiritualidad.....	16
1.1.3 Espiritualidad y Diabetes Mellitus.....	17
1.1.4 Diferencias en la vivencia de la enfermedad según sexo.....	18
1.1.5 Espiritualidad y enfermería.....	19
1.2 <i>JUSTIFICACIÓN</i>	21
1.3 <i>Formulación del problema</i>	22
1.4 <i>Objetivo general</i>	22
1.5 <i>Objetivos específicos</i>	23
1.6 <i>Definición de conceptos</i>	23
1.6.1 Espiritualidad.....	23
1.6.2 Perspectiva Espiritual.....	23
1.7 <i>Variables</i>	26
1.7.1 Variable Independiente: Hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.....	26

1.7.2	Variable Dependiente: Perspectiva espiritual	26
1.7.3	Operacionalización de la Variable dependiente:	26
1.8	<i>Hipótesis</i>	27
1.8.1	Hipótesis alterna.....	27
1.8.2	Hipótesis nula.....	27
2	MARCO TEÓRICO	27
2.1	<i>Espiritualidad</i>	27
2.1.1	<i>Abordajes del concepto de espiritualidad</i>	27
2.1.2	<i>Dimensión espiritual</i>	28
2.1.3	<i>Creencia espiritual</i>	29
2.1.4	<i>Manifestaciones de la espiritualidad</i>	31
2.1.5	<i>Beneficios de la espiritualidad para la salud</i>	32
2.1.6	Perspectiva espiritual	33
2.1.7	Atributos de espiritualidad	34
2.1.8	Conceptos asociados a la espiritualidad	35
2.1.9	La espiritualidad como dimensión del cuidado de Enfermería	36
2.2	<i>Diabetes Mellitus</i>	47
2.3	<i>Adulto</i>	49
2.3.1	<i>El adulto joven (17-40 años)</i>	49
2.3.2	<i>El adulto intermedio (40-65 años)</i>	50
2.3.3	<i>Adulto mayor (65 años en adelante)</i>	50
3	DISEÑO METODOLÓGICO.....	52
3.1	<i>Tipo de estudio</i>	52
3.2	<i>Área de Estudio</i>	53
3.3	<i>Población</i>	53
3.4	<i>Muestra</i>	54

3.5	<i>Tipo de Muestreo</i>	54
3.6	<i>Criterios de Inclusión</i>	54
3.7	<i>Criterios de Exclusión</i>	55
3.8	<i>Instrumentos</i>	55
3.8.1	<i>Escala de Glasgow</i>	55
3.8.2	<i>Instrumento de Medición</i>	56
3.9	ASPECTOS ÉTICOS	59
3.10	PRUEBA PILOTO	62
3.10.1	Objetivos de la prueba piloto:	62
	<i>Los objetivos de la prueba piloto fueron:</i>	62
3.10.2	<i>Ejecución de la prueba piloto</i>	63
3.10.3	Determinación del tamaño de la muestra	65
3.10.4	Análisis estadístico de la muestra	65
3.11	<i>Resultados de la prueba piloto</i>	66
3.11.1	Características de los informantes:	66
3.11.2	Tamaño de la muestra.....	66
3.11.3	Descripción de escenario donde se desarrolló la prueba piloto.....	66
3.11.4	Instrumentos utilizados.....	66
3.11.5	Procedimiento seguido para la recolección de la información:.....	66
3.11.6	Determinación del tamaño de la muestra	68
3.12	<i>Análisis estadístico de datos</i>	69
4	CAPÍTULO IV: RESULTADOS	70
4.1	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:	70
4.2	ANÁLISIS DE RESULTADOS	71
4.2.1	Datos sociodemográficos	71
4.2.2	<i>Instrumento Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)</i>	83
4.2.3	Análisis de la VARIANZA ANOVA.....	98

4.2.4	Discusión.....	100
5	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	105
6	CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	106
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
8	ANEXOS.....	127
8.1	<i>Autorización Pamela Reed.....</i>	127
8.2	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	128
8.3	ESCALA DE GLASGOW.....	130
8.4	FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	131
8.5	INSTRUMENTO “ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL” (SPS) ...	132

LISTA DE TABLAS

	PÁGINA
Tabla de Probabilidades.....	69
Tabla 1. Distribución de pacientes por grupos de edad y sexo.....	72
Tabla 2. Distribución de pacientes por estado civil y sexo.....	73
Tabla 3. Compilación por ciudad de residencia de hombres y mujeres según zona de residencia.....	74
Tabla 4. Distribución de pacientes por escolaridad y sexo.....	75
Tabla 5. Distribución de pacientes por Ocupación y sexo.....	76
Tabla 6. Compilación por años de diagnóstico de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus según complicaciones asociadas.....	78
Tabla 7. Distribución de pacientes por práctica religiosa y sexo.....	80
Tabla 8. Distribución de pacientes por seguridad social y.....	81
Tabla 9. Distribución de pacientes por tipo de Diabetes Mellitus y.....	82
Tabla 10. Compilación por comportamientos espirituales de distribuciones del número de mujeres según la frecuencia de actividades.....	84
Tabla 11. Compilación por comportamientos espirituales de distribuciones del número de hombres según la frecuencia de actividades.....	86
Tabla 12. Compilación por creencias espirituales de distribuciones del número de mujeres según los acuerdos o desacuerdos espirituales (religiosos)	90
Tabla 13. Compilación por creencias espirituales de distribuciones del número de hombres según los acuerdos o desacuerdos espirituales (religiosos)	93
Tabla 14. Distribución de pacientes por nivel de perspectiva espiritual y Sexo	97
Tabla 15. Tabla de ANOVA de un factor: sexo y perspectiva.....	98
Tabla 16. Prueba de Mann-Whitney.....	99

LISTA DE GRÁFICAS

	PÁGINA
Gráfica 1. Distribución de pacientes por grupos de edad y sexo.....	72
Gráfica 2. Distribución de pacientes por estado civil y sexo.....	73
Gráfica 3. Compilación por ciudad de residencia de hombres y mujeres según zona de residencia.....	74
Gráfica 4. Distribución de pacientes por escolaridad y sexo.....	75
Gráfica 5. Distribución de pacientes por Ocupación y sexo.....	76
Gráfica 6. Compilación por años de diagnóstico de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus según complicaciones asociadas.....	79
Gráfica 7. Distribución de pacientes por práctica religiosa y sexo.....	80
Gráfica 8. Distribución de pacientes por seguridad social y sexo.....	81
Gráfica 9. Distribución de pacientes por tipo de Diabetes Mellitus y sexo.....	82
Gráfica 10. Compilación por comportamientos espirituales de distribuciones del número de mujeres según la frecuencia de actividades.....	85
Gráfica 11. Compilación por comportamientos espirituales de distribuciones del número de hombres según la frecuencia de actividades.....	87
Gráfica 12. Compilación por creencias espirituales de distribuciones del número de mujeres según los acuerdos o desacuerdos espirituales (religiosos)	91
Gráfica 13. Compilación por creencias espirituales de distribuciones del número de hombres según los acuerdos o desacuerdos espirituales (religiosos)	94
Gráfica 14. Distribución de pacientes según de perspectiva espiritual y sexo	97

RESUMEN

Este estudio comparó las creencias y comportamientos espirituales en hombres (n=35) y mujeres (n=35), mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, medidos con la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed. Se realizó muestreo aleatorio simple, no probabilístico en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, excluyendo pacientes con alteraciones: Orientación y Conciencia (Escala de Glasgow), analizando los datos en Excel-Windows, SPSS10.0.

Se confirmó la diferencia del nivel de perspectiva espiritual (H_a) entre el puntaje promedio de mujeres (53,65) y hombres (49,51). Igualmente, en el nivel de creencias y comportamientos espirituales (ANOVA $p=0,00832$, Mann-Whitney $p=0,02$). Se invita a fortalecer el estudio de la espiritualidad, los comportamientos y creencias espirituales.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, espiritualidad, cuidado de enfermería (fuente: DeSC, BIREME).

ABSTRACT

This study compared the spiritual beliefs and behaviors in men (n = 35) and women (n = 35), over 40 years with diabetes mellitus, as measured by the Spiritual Perspective Scale Reed. Simple random sampling was performed, not probabilistic in San Juan de Dios Hospital in Pamplona, excluding those patients with: Guidance and Awareness Scale (Glasgow), analyzing the data in Excel, Windows, SPSS10.0.

We confirmed the differences in levels of spiritual perspective (Ha) between women's average score (53.65) and men (49.51). Similarly, the level of spiritual beliefs and behaviors (ANOVA $p = 0.00832$, Mann-Whitney $p = 0.02$). Are invited to strengthen the study of spirituality, spiritual beliefs and behaviors.

Keywords: Diabetes Mellitus, spirituality, nursing care (source: DeSC, BIREME).

1 MARCO REFERENCIAL

1.1 Delimitación del problema

1.1.1 Epidemiología de Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo (1, 2), y va en aumento: se espera que, en el 2025, haya 300 millones de personas diabéticas; el 80 por ciento vivirán en países en vías de desarrollo (1), con una mayor morbilidad, invalidez y mortalidad producidas por esta patología (2,3). En las Américas, para este mismo año, se estiman en 65 millones los diabéticos, con una prevalencia de entre el 10 y el 15 por ciento de los adultos de América Latina y el Caribe, con una mayor incidencia en México, Puerto Rico y Paraguay (2). Igualmente, afecta la esperanza de vida en Colombia(4), pues tiene un importante efecto, en las personas mayores de 45 años(5), en los años de vida saludables perdidos (AVISAS) alcanzando mayor mortalidad en Tolima, Valle, Antioquia, Quindío, Santander; en Norte de Santander, por cada 100.000 habitantes, mueren nueve personas/año a causa de esta enfermedad y sus complicaciones (con un total de 251 casos, 138 mujeres y 113 hombres) (6); se ha estimado que el siete por ciento de la población colombiana residente en zona urbana, mayor de 30 años, tiene Diabetes Mellitus tipo 2, y que los afectados, en un 30 a 40 por ciento desconocen su enfermedad (1,2,6). Así mismo, en esta misma zona, por cada 100.000 niños menores de 15 años se presentan entre tres y cuatro casos de Diabetes insulino dependiente (7). Por otra parte, la Diabetes gestacional se evidencia como un problema de gran magnitud, ya que afecta a entre el dos y el cinco por ciento de todos los embarazos (2,3).

En Colombia, la población adulta de más de 45 años, es muy heterogénea, y presenta cambios fisiológicos que afectan su composición corporal (8). Además, los estilos de vida la hacen más susceptible de desarrollar enfermedades crónicas, como la Diabetes, cuya incidencia aumenta con la edad; debido a las dificultades que puede plantear el diagnóstico y tratamiento, y la frecuente presencia de complicaciones, aumentada aun por los episodios de hiperglicemia o hipoglucemia, como un problema sanitario de gran trascendencia (9). De la misma manera, los cambios en los patrones demográficos y en los perfiles de salud han generado un incremento en la incidencia de las patologías crónicas; en los mayores de 15 años se presentan enfermedades cardiovasculares, cáncer y afecciones digestivas; en los de 60, enfermedades cardiovasculares; y en los de 45 años se incluyen las patologías del metabolismo como la Diabetes Mellitus, que aumenta entre dos y tres veces la probabilidad de desarrollar una enfermedad coronaria (EC), de cuatro a siete el riesgo de enfermedad vascular periférica (EVP), de dos a siete el de enfermedad cerebrovascular (ECV), y dos a tres veces el de tener hipertensión arterial (5).

En la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, la Diabetes Mellitus es la primera causa de consulta por especialista y la segunda en consulta general. En esta afección se presenta una relación de prevalencia en los mayores de 60 años, seguido de los de 45-59, siendo mayor la insulino dependiente, con una relación de dos mujeres, por cada hombre que la padece; por cada 10 mil habitantes se presentaron 123 casos en el 2006 y 85 en el 2007 (10,11).

Se ha de recordar que la Diabetes Mellitus tipo 2, se desarrolla en la adultez y se caracteriza por factores químicos como una alteración en la producción de insulina, por lo cual el organismo es incapaz de utilizarla eficazmente, así que se hace necesario el consumo de medicamentos para controlar la enfermedad (1); mientras que en la Diabetes Mellitus tipo 1 las personas necesitan inyectarse insulina al no producir suficiente hormona para sobrevivir (12). Sin embargo, aunque la enfermedad es prevenible mediante la modificación de determinados

factores de riesgo, la detección precoz y el adecuado control (13), por lo general, se realiza un diagnóstico tardío debido a que sus síntomas pasan desapercibidos. Incluso, es común realizarlo en los estados de cetoacidosis diabética (1), que genera morbilidad y mortalidad prematuras, debido a complicaciones e incapacidades residuales.

Entre los factores de mayor riesgo para desarrollar este padecimiento están los de base genética (herencia, antecedente familiar de primer grado de consanguinidad) (14); la ausencia de estilos de vida saludables relacionados con el modo de vida, el trabajo y los aspectos socioculturales aumenta el riesgo de adquirirla. Otros factores son el sobrepeso, la obesidad, el estrés (15) y la calidad de vida. En las personas mayores de 40 años se observa un incremento, especialmente las mujeres con antecedentes de hijos macrosómicos y los menores de 50 años portadores de enfermedad coronaria, Dislipidemia o hipertensión arterial (1), aumentado por malos hábitos alimentarios como dieta rica en carbohidratos y el sedentarismo. En este sentido, el panorama en nuestro país es particularmente preocupante; fenómenos como el desplazamiento forzado a la ciudad, obliga a las víctimas consumir comidas rápidas, procesadas industrialmente y de bajo costo, con un alto contenido de grasa y carbohidratos; al tiempo, disminuyen la actividad física favoreciendo el sobrepeso, la obesidad y, por consiguiente, el riesgo de la Diabetes(2).

1.1.2 Espiritualidad

La Espiritualidad es un término derivado del verbo *spirare*, que, como palabra latina, significa 'dar vida', expresando los propios valores y creencias acerca de sí mismo, la humanidad, la vida y de Dios; por lo tanto, al abarcar las necesidades de los creyentes y los no creyentes(16), no se confina sólo a un contexto religioso. Así mismo, Reed refiere también a un conocimiento de sí mismo, a un sentido de

conexión con un Ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, lo cual puede ser expresado a través de creencias y comportamientos como una perspectiva espiritual_(17) experimentada de forma diferente por cada ser.

1.1.3 Espiritualidad y Diabetes Mellitus

Los pacientes diabéticos son seres activos y trascendentes que viven y tienen la capacidad de crecer en el cuidado (18), sea este provisto en el hospital o en la casa. En estos dos escenarios, la presencia del aspecto espiritual incluye las necesidades, creencias y comportamientos de este tipo, que se convierten en factores protectores que ayudan a asumir la situación propia con menor sufrimiento y facilitan la adaptación. Al vivenciar una práctica religiosa, la fe se constituye en el impulso interior que apoya el soporte emocional y permite alcanzar niveles de bienestar espiritual, en la dimensión religiosa (hacia sí mismo y los demás) y existencial (hacia el Ser o Fuerza Superior) (19, 20, 21). Sin embargo, hay poca evidencia de estos cuidados dentro de los ofertados por la enfermera, a pesar de ser una práctica holística heredada desde el origen de la profesión en las comunidades religiosas.

En este proceso, en que la espiritualidad hace parte de las expresiones humanas que contribuyen a mejorar el sentir, pensar y actuar de los individuos afectados, los pacientes requieren de habilidades personales y capacidades especializadas de tipo físico, mental, emocional y motivacional. Por lo tanto, Espeland (1999) (citado por Whetsell y Col) refiere que es necesario el mantenimiento del bienestar y de la satisfacción de las necesidades espirituales como componentes importantes para ser un individuo humano (22). La adaptación a vivir en situación de Diabetes constituye un factor estresor que afecta al desarrollo físico,

psicosocial y espiritual, y deja secuelas físicas -dolor, limitación o mutilación-, psicosociales -sentimiento de pérdida o afrontamiento de la muerte-, y dependencia del cuidador que, finalmente, comprometen la independencia, la capacidad laboral, las relaciones personales y familiares, así como el ajuste a nuevas demandas que la sociedad y el medio imponen (2). De esta forma, se disminuye la salud y la calidad de vida del paciente y su grupo de apoyo (1, 27), e incluso modifica la capacidad de socialización del cuidador o del cuidado (18).

1.1.4 Diferencias en la vivencia de la enfermedad según sexo.

Al ser la Diabetes Mellitus susceptible de presentarse en todos los grupos socioeconómicos y étnicos al ser una enfermedad crónica metabólica, incurable, multicausal (OMS, 1979) (12); y, que afecta a la integridad del ser humano, incluyendo la dimensión espiritual, donde los fenómenos culturales influyen en los comportamientos y creencias espirituales, las cuales, a su vez repercuten en los cambios anatómicos, fisiológicos con marcada influencia en la vivencia de esta enfermedad. Un estudio cualitativo realizado en México destacó el papel de Dios en la representación del padecimiento, donde ejerce un rol como un agente de causalidad, de control y curación para las personas con este padecimiento, pues su voluntad influye como causa directa para las personas enfermas. Igualmente, describió algunas diferencias entre hombres y mujeres diabéticos, donde, las mujeres manifiestan una forma de relación con Él más estrecha y de confianza con exigencia activa, a través de los rezos y las peticiones precisas de ayuda específica, mientras, que por parte de los hombres existe una distancia de respeto, con un rol más pasivo, como sujetos depositarios de ayuda, en el cual sólo basta tener fe y creer (24).

De la misma manera, Navarro en su documento Espiritualidad y teología, refiere que las mujeres aventajan a los hombres en el deseo de aprender, gozan más de

la cultura como placer y son más aptas para la Teología y la Espiritualidad, mientras éstos aventajan a aquéllas en la actualidad de la información; mientras los varones transmiten a las nuevas generaciones la ambición vertical, traducida en consejos para superar obstáculos o para triunfar y ascender, mientras las mujeres transfieren la horizontal, convirtiéndose en verdaderas asesoras de sus hijas e hijos al ofrecerles instrumentos que les ayuden a convertirse en seres más completos(25). Mondragón (2003), en su tesis sobre *psicoterapia y la espiritualidad aplicadas en mujeres después de los cuarenta años*, refiere que, la mujer, después de los cuarenta años, liga su desarrollo, ciento por ciento, al amor (a sí misma, a los demás, al trabajo, a la profesión, a Dios, etc.); encuentra su manera particular y personal de experimentar y manifestar el aspecto espiritual de su vida, resignificando las diversas situaciones (sus polaridades, sus pérdidas, sus conflictos, etc.) (26). Por el contrario, Gala et al (2002) (citado por Uribe y col) refieren que, actualmente hay una menor espiritualidad en el hombre, y sobre todo en los jóvenes, según Falkenhain y Handal (2003) (citado por Uribe y col), que se relaciona con una cultura que atraviesa por una crisis de valores, pérdida de ética, olvido del sentido de la vida y de la muerte, siendo, no obstante, más aceptada por los mayores (27).

1.1.5 Espiritualidad y enfermería

La espiritualidad es una importante herramienta de gestión ante la enfermedad que necesita ser reconocido y explorado por el personal de enfermería, quien recibe escasa preparación para realizar intervenciones en este aspecto e, incluso, se conoce poco el impacto que tiene sobre los individuos con enfermedad crónica. No obstante, el cuidado espiritual influye en la adaptación a la Diabetes: el estudio de Hampton – Weinert (2006) refiere que la espiritualidad puede ser un mecanismo sumamente útil y potente de afrontamiento que se puede utilizar en la gestión de los factores de estrés de una enfermedad crónica, donde, las

expresiones de la espiritualidad de las mujeres rurales con enfermedades crónicas fueron la oración, la fe, el verso, la búsqueda de significado, la trascendencia, y la familia (28). Kelley y cols (2008), demostraron que abordar la religión y la espiritualidad se mejora fisiológicamente el control de la glicemia (GC) en la hemoglobina A1c en la mujer negra con Diabetes tipo 2 (DM2) (29). Además, unos estudios realizados en México concluyen que el bienestar espiritual es factor importante que influye en la calidad de vida de hombres y mujeres de edad avanzada (22), y que a mayor bienestar espiritual de los adultos con Diabetes Mellitus 2 (cuestionario de espiritualidad de Reed), menor nivel de ansiedad (escala de ansiedad de Spielberg) (30). Por otra parte, en Colombia un estudio realizado en Cali, demostró que la resiliencia y la espiritualidad (creencias y comportamientos espirituales) son fenómenos diferentes pero relacionados que ayudan a resolver conflictos (31); además, un estudio realizado en Medellín refiere que la espiritualidad se relaciona negativamente con el total de síntomas positivos de aflicción, donde la resiliencia parece contribuir de manera importante en la reducción de la profundidad del distrés y el número de síntomas reportados (32).

Con el ánimo de conocer la vivencia de la espiritualidad en hombres y mujeres con diabetes en nuestro contexto, se realizó una búsqueda de investigaciones, que aportaran evidencia sobre estos aspectos, en la búsqueda no se encontraron estudios relacionados con este fenómeno, constituyéndose esto en un vacío de conocimiento sobre la espiritualidad relacionada con el sexo. Por lo anterior se ve la necesidad de realizar una investigación que permita establecer si existe diferencia entre el nivel de espiritualidad de hombres y mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus en nuestro contexto.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el contexto de los problemas de salud pública encontramos la Diabetes Mellitus como enfermedad crónica, que produce alteraciones que afectan la funcionalidad integral, la autonomía, la vida familiar y laboral. La enfermería, por su parte, articula su trabajo de acuerdo con las Normas Técnicas de Atención Integral del adulto mayor de 40 años y atención integral de la Diabetes 1 y 2 (5). Así mismo, la enfermera ayuda a las personas que la padecen a adquirir mecanismos de adaptación fisiológicos, físicos y psicosociales que le permitan adaptarse a convivir con esta situación. La espiritualidad emerge, entonces, como una estrategia adicional de afrontamiento de la Diabetes Mellitus.

Plantear las bases de las creencias y comportamientos espirituales de hombres y mujeres con Diabetes, contribuye a mejorar su calidad de vida, dignificando y cualificando el cuidado espiritual, como lo manifiesta la Carta de los Derechos del Hombre (el derecho a una vida y muerte dignas, a la alimentación, a la salud, al cuidado digno), y la Constitución Política de Colombia (33) que encarga al Estado, a la sociedad y a la familia de la protección y la asistencia de las personas mayores, y en términos generales, de mejorar la calidad de vida, tanto individual–personal como familiar, de nuestro adulto mayor (34).

Este estudio fortalecerá el desarrollo de la línea de investigación sobre Espiritualidad para la Universidad de La Sabana, contribuyendo al desarrollo de la función social del Alma Mater, y aportando a la humanización del cuidado, aportando el conocimiento científico para la formación en este tipo de ayuda. De la misma manera, permite contribuir con los procesos de calidad y mejoramiento continuo para la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de

Pamplona, como punto de partida para satisfacer las necesidades espirituales de sus usuarios, y como prioridad para la enseñanza de los cuidadores e implementación de programas de cuidados espirituales, los cuales al fortalecer este aspecto, repercutirán en la vivencia de la enfermedad y en la disminución de los costos de la atención por complicaciones.

En la revisión documental de espiritualidad, se encontraron algunos estudios sobre bienestar espiritual, y perspectiva espiritual, pero no se encontró ninguno con abordaje cuantitativo que demostrara diferencia entre hombres y mujeres sobre la perspectiva espiritual, por lo tanto, esta investigación contribuirá al desarrollo del conocimiento en las creencias y comportamientos espirituales como punto de partida para fundamentar el cuidado espiritual de enfermería en el área asistencial y comunitaria.

1.3 Formulación del problema

¿Cuál es la diferencia, en la perspectiva espiritual, entre hombres y mujeres con Diabetes Mellitus mayores de 40 años que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona?

1.4 Objetivo general

Comparar la perspectiva espiritual entre hombres y mujeres, mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

1.5 Objetivos específicos

- Describir las variables sociodemográficas de los hombres y las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de de Pamplona.
- Comparar las creencias espirituales de los hombres y las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de de Pamplona.
- Comparar los comportamientos espirituales de los hombres y las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de de Pamplona.

1.6 Definición de conceptos

1.6.1 Espiritualidad

Espiritualidad se refiere a la predisposición para encontrar significados en la vida a través de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo, que trasciende el yo y lo fortalece. *Esta interrelación con un Ser Superior, se manifiesta en creencias y comportamientos espirituales de la persona, que fortalecen su interrelación, expresadas a través indicadores de espiritualidad como: las experiencias, la interacción espiritual, el sentido de la cercanía con un ser superior, el significado en la vida, la oración, la lectura, la contemplación* (Pamela Reed, 1991) (17):

1.6.2 Perspectiva Espiritual

Representa un modo de definir la capacidad de un individuo de encontrar significados en una situación de vida específica a través del conocimiento de sí

mismo, a un sentido de conexión con un Ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo, su conexión con la oración o una deidad. La congruencia de valores, los sentimientos, las creencias con los comportamientos están implicadas en la espiritualidad, estas surgen desde dentro de la persona, desde su intelecto y están influenciados por su conducta. Así, se identifica en el grado de desarrollo de creencias y comportamientos espirituales, medido en dos dimensiones, actividades espirituales y aspectos espirituales, categorizados por Reed en la Escala de Perspectiva Espiritual (17):

1.6.2.1 Comportamientos Espirituales

Son las actividades de este tipo que son practicadas por la persona, tales como, la meditación y la oración privada **(17)**.

1.6.2.2 Creencias Espirituales

Son aspectos, acuerdos o desacuerdos, en relación con diferentes matices espirituales como el perdón o la cercanía con Dios **(17)**.

1.6.2.3 Diabetes Mellitus

Se entiende por Diabetes Mellitus a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglicemia crónica, con alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas que resultan como consecuencia del defecto en la secreción o en la acción de la insulina **(1)**.

1.6.2.4 Adulto

La adultez según Erikson, es la etapa de vigor físico, y de estabilidad relativa (no crecimiento, no declinación por edad), donde el individuo que alcanza su completo desarrollo y continúa la búsqueda de identidad, como la parte más importante de la vida, bajo la influencia de la sociedad como una fuerza positiva que le ayuda a moldear el desarrollo de la personalidad **(34, 35)**.

1.7 Variables

1.7.1 Variable Independiente: Hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

1.7.2 Variable Dependiente: Perspectiva espiritual

1.7.3 Operacionalización de la Variable dependiente:

Análisis de la variables				
Variable	Conceptualización de la variable	Variables o dimensiones	Indicadores	Índice de medida
Perspectiva Espiritual	-Conocimiento de sí mismo	Comportamientos		Frecuencia de actividades
	-Sentido de conexión con un Ser de naturaleza superior		1. Menciona asuntos espirituales cuando habla con su familia y amigos	1= Nunca
			2. Comparte los problemas con otros	2= Menos de una vez al año
			3. Lecturas de material espiritual	3= Más o menos una vez al año
	-Existencia de un propósito supremo superior (Reed)	Creencias	4. Reza en privado	4= Más o menos una vez al mes 5= Más o menos una vez a la semana 6= Más o menos una vez al día
				Acuerdos o desacuerdos en relación con diferentes aspectos espirituales
			1. Una parte importante de su creencia espiritual se Trata de obtener perdón	1= Extremadamente en desacuerdo
			2. En cada día de su vida trata de obtener guía espiritual al tomar decisiones	2= Desacuerdo
			3. Sus creencias espirituales son parte importante de su vida	3= Desacuerdo más que en acuerdo
			4. Frecuente mente se siente muy cerca de Dios o de un "Poder" más Grande en momentos importantes de su vida diaria	4= De acuerdo más que en desacuerdo
	5. Sus creencias espirituales han afectado su vida	5= De acuerdo		
	6. Sus creencias espirituales son	6= Extremadamente de acuerdo		

1.8 Hipótesis

1.8.1 Hipótesis alterna

La perspectiva espiritual de las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la ESEHSJD de Pamplona es diferente a la de los hombres mayores de 40 años.

1.8.2 Hipótesis nula

La perspectiva espiritual de las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la ESEHSJD de Pamplona es igual a la de los hombres mayores de 40 años.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Espiritualidad

2.1.1 Abordajes del concepto de espiritualidad

La Espiritualidad es una fuerza unificadora que trasciende al individuo y lo motiva hacia la búsqueda de un significado-, relacionándolo con el Mundo y con un Ser Superior (31); se define como una interconexión con Dios que le permite a un Ser humano trascender las circunstancias, dándole propósito y significado a su vida (36). Es un componente subjetivo, intangible y multidimensional, inherente a la esencia del ser humano, para la búsqueda de su significado y el de sí mismo, así como de su finalidad como existencia; se contempla como una energía o impulso que mueve al Ser y se manifiesta de acuerdo con el sistema de creencias y valores personales (28, 30, 37, 38, 39), e implica "búsqueda de sentido a la vida".

Vale aclarar que Espiritualidad y Religiosidad son conceptos diferentes, que a menudo se utilizan indistintamente; lo espiritual es individual y personal, mientras que la religión se relaciona con un fenómeno social y cultural (40). Se trata de una entidad organizada con rituales y comportamientos acerca de un poder superior o Dios. Para ciertos individuos es posible relacionar la Espiritualidad con la Religión, mientras, para otros, como para un ateo, no lo es (41).

La Espiritualidad según Emblen (1992) (42), y Odnall (1995) (43) ha sido definida de muchas maneras por diferentes disciplinas, con variaciones significativas dentro de las mismas. Así mismo, en los modelos teóricos de la práctica de enfermería, no se ha identificado una terminología única, se ha abordado definiéndola desde diversos puntos de vista, como el metafísico y existencial, de Watson (1988) y Roy (1988). Sin embargo, Barnum (1996), Ellison (1983), Emblen (1992), Goddard (1995), Macrae (1995) Mansen (1993), Roy (1988), Stoll (1989), Watson (1988) (citados por Vance) enumeran tres elementos o conceptos se tejen constantemente: (a) una interconexión con Dios, (b) el propósito y el sentido de la vida, y (c) la capacidad de trascender uno mismo (36). A su vez, Reed la describe como la inclinación por encontrar significado en la vida, por medio de un sentido de interrelación con Algo mayor, que trasciende al yo y lo fortalece; esta interrelación puede ser experimentada en forma intrapersonal, interpersonal o transpersonal (41). Reed en 1991, conceptualiza la espiritualidad describiendo la capacidad de un ser humano para encontrar significados, a través de, un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo (44).

2.1.2 Dimensión espiritual

Gallastelli, enuncio que la dimensión espiritual y la religiosa o el dolor moral, están íntimamente relacionadas y son incluyentes, pero no necesariamente coinciden

entre sí, ya que mientras la 'dimensión religiosa' comprende la disposición y vivencia de la persona en su relación con Dios, dentro del grupo al que pertenece como creyente, en sintonía con modos concretos de expresar la fe; la 'dimensión espiritual', es más amplia, abarca el mundo de los valores y pregunta por el sentido último de las cosas, de las experiencias, de todo lo que está o no está resuelto en el corazón de cada uno. Es así como los laicos ofertan cuidados paliativos, basados en las necesidades del espíritu del enfermo terminal, convirtiéndolos en una sesión terapéutica, donde se mantiene una visión de esperanza del creyente, ayudados de convicciones que le aproximan a su mundo, como la religión, el encuentro rutinario, el 'buen sentido del humor', el tocar, el poner una mano sobre la suya o sobre su hombro (45).

La perspectiva espiritual según Reed incluye el punto de vista personal de la relación con un ser Superior, expresada en la congruencia de las creencias y los comportamientos espirituales (44, 46). Reed, investigó sobre Espiritualidad y el bienestar de los enfermos terminales adultos (1987), con la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS, 1986), diseñada en base a la modificación de la Escala de Perspectiva Religiosa (RPS) (17).

2.1.3 Creencia espiritual

Las creencias religiosas o espirituales según Reed, se expresan como valores, sentimientos, que surgen de su interior, ayudan al individuo a vivir y aceptar los momentos importantes o de enfermedad, el sentido de significado en la vida, la contemplación, el sentido de proximidad a un ser superior, las interacciones o conexiones con otros (44, 46).

La creencia espiritual es la que está basada en un Poder Superior, una fuerza creativa que busca el crecimiento moral o intelectual; según Stoll (citado por Caro) (1989) (47), es “un concepto bidimensional, entre lo trascendente, Dios o un Ser Superior que guía la vida de la persona, y lo que se relaciona con su yo, el entorno y las demás personas”. Es decir, es el estado de funcionalidad del espíritu en lo personal, lo interpersonal y lo universal. Por lo tanto, la interrelación de esas dos dimensiones conlleva a la necesidad espiritual, que es “aquello que siente la persona para mantener, aumentar o recuperar creencias, la fe o llevar a cabo obligaciones religiosas, con el fin de llenar vacíos en su interior”. Así mismo, las creencias espirituales y religiosas, ayudan a los individuos a movilizarse hacia altos niveles de bienestar, sirven de guía a los aspectos del diario vivir, son fuente de soporte y fortaleza interior que promueven al individuo hacia un óptimo nivel de bienestar, ayudan a resolver conflictos internos; indiferentemente de estar o no influenciado por el aspecto religioso, le ayuda a la solución de conflictos en su vida.

La identificación de la Necesidad Espiritual en la mayoría de las personas, según Shelly y Fish (citado por Caro), se orienta hacia la búsqueda de un propósito o significado: necesidad de amar, de relacionarse y de perdonar, trascendiendo las condiciones, modos y estilos de vida de las personas, sus actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte. Por lo tanto, la Espiritualidad brota de una experiencia personal, referenciando el sentido de vida en las personas, su plenitud abarca a todo el sujeto y está presente en sus actitudes, comportamientos y relaciones (47).

2.1.4 Manifestaciones de la espiritualidad

Los comportamientos espirituales según Reed, son las conductas que expresan las creencias espirituales, manifestadas como la oración, la lectura y otras experiencias espirituales que reflejen interacción o la conciencia (44, 46)

La espiritualidad según Treolar (2000) (citado por Koenig) como medicina complementaria tiene una amplia variedad de bases teológicas y culturales; incluye manifestaciones de práctica religiosa como la oración (38) y el ayudar a otros. Dichas manifestaciones demuestran un efecto benéfico, con satisfacción por la interacción y de utilidad para enfermeras y clientes (22).

Históricamente, la mayoría de religiones incluyen, como manifestaciones de la espiritualidad, diversas técnicas como las cognitivo-conductuales y las enfocadas a una deidad. Las primeras son usadas para ayudar a las personas creyentes a impulsar su crecimiento y desarrollo interior, para afrontar mejor las dificultades de la vida. Incluyen: ayunar, repetir versículos, visualización, oración, peregrinación y muchos otros comportamientos; cambian el modo de pensar, sentir y comportarse de las personas. Por otra parte, las técnicas transpersonales, como la segunda, buscan consuelo y 'tratamiento' de las aflicciones atribuyéndolas al enfado de un Dios, los malos espíritus o maldiciones, acudiendo a sacerdotes y otros mentores (religiosos y espirituales), para aplacar o conseguir el favor de diversas deidades, y continuar el desarrollo espiritual individual. Es así como rezar, peregrinar y dar ofrendas, incluyendo los sacrificios de animales (y, hasta hace poco, sacrificios humanos) son algunas de sus técnicas comunes.

A continuación, se describen tres clases de técnicas de comportamientos espirituales: Rezar, la Peregrinar, y dar ofrendas (48); Rezar ánima a los clientes a situar el origen de sus cambios fuera de sí mismos. De esta manera, se conoce cómo y para qué reza el paciente, abarcando sus creencias y sus certezas espirituales; Peregrinar, refleja la influencia mental, pues después de subir

escalones, ir a un lugar santo, de consultas y clínicas terapéuticas, las personas cambian, incluso sin tener alguna lesión orgánica o física; y ofrendar, aumentan la esperanza, impacta los pensamientos, sentimientos y la conducta, conectan con la comunidad que los practica; el acto de encender una vela, dar una limosna en la iglesia, o dejar flores ante un altar, es decir, hacer una ofrenda, confirma la creencia en algo que va más allá de sí mismo.

2.1.5 Beneficios de la espiritualidad para la salud

Los profesionales de enfermería deben explorar en los pacientes respetuosa y activamente el contenido de los sistemas de creencias, en religión y [E](#)spiritualidad; ya que, según Gusi, la Religión tiene gran importancia en las visiones sobre la salud y la enfermedad, en los rituales de nacimiento y muerte (49). De igual forma, Machado (1996) (Citado por Gussi) refiere que puede intervenir en el proceso salud-enfermedad mental, alcanzando connotaciones de integración o desintegración (49), Ferreira (2005) (Citado por Gussi) refiere que si la fe y la oración son terapéuticas favorecen la salud (49). Por otra parte, Ross y col. (1997) (citado por Sánchez) refieren que la espiritualidad es parte integral de la salud y ha sido relacionada con el bienestar espiritual y con un afrontamiento positivo de las dificultades de la vida (20), y produce beneficios mejorando la salud mental, el bienestar, la calidad de vida en cuanto a prevención, recuperación o enfrentamiento a la enfermedad (50) aguda o crónica, y la habilidad para afrontar el duelo y el estrés de la misma, según (Reed (1992) y Peri (1995) (citados por Peri) (41). De esta manera, la Espiritualidad, a través de sus diferentes manifestaciones, puede ser visualizada, bajo diferentes circunstancias, como una estrategia de afrontamiento y adaptación que permite interpretar la situación vivenciada, incluyendo, en su estructuración y manifestación, experiencias de vida y formas particulares de manejar la información procedente del entorno personal,

en forma dinámica consigo misma, con los demás y con un Ser Superior, como expresión única, íntima y personal, encontrándole significado a la vida, y dándole sentido al sufrimiento como parte de ésta (51).

Además, para los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas o en fase terminal, que tienen como objetivo aliviar los síntomas de sufrimiento físico, psíquico, mental y espiritual (52), han sido utilizadas las técnicas de medicina tradicional como la meditación y el yoga, entre otras, y han aumentado el bienestar espiritual, interactuando con el cuerpo, ayudando a tranquilizar el espíritu y la mente (22); usualmente, las creencias religiosas o espirituales ayudan a los individuos a aceptar sus enfermedades y a planificar su futuro; y la religión ayuda a fortalecerse durante la vida y en el proceso de la muerte (38). Por otra parte, el sexo, la edad, la educación y el estado civil han mostrado estar en una correlación positivamente significativa con los niveles más altos de bienestar espiritual, siendo mayor en las mujeres, donde se tienen niveles elevados de fortaleza relacionada con la salud en adultos mayores de 65 años (22).

2.1.6 Perspectiva espiritual

La Enfermería, en los dos últimos decenios, se ha interesado en investigar la dimensión y la perspectiva espirituales, demostrando que se requiere incorporar este modelo de cuidado, basado en las necesidades y respuestas biopsicosociales y espirituales, durante la vivencia del proceso salud-enfermedad, en el ámbito de práctica comunitaria y clínica. En este contexto, el paciente hospitalizado está más receptivo a este tipo de cuidado al ser física y emocionalmente vulnerable; de esta manera, los temas de esta atención le permiten a Enfermería dar esperanza y establecer conexión con el sujeto de cuidado, al demostrarle preocupación o mediante el intercambio de experiencias comunes, y/o creencias similares. Allí es

donde el cuidador agrupa los temas de 'atención espiritual' en la religión, la fe y las reflexiones espirituales interiores, fuentes de cuidado espiritual, de esperanza y conexión, así como antecedentes espirituales, creencias, experiencias espirituales, comportamientos espirituales (53) y sus efectos en el final de la vida (54).

Sin embargo, La Espiritualidad se puede medir por medio de la Perspectiva Espiritual, entendida como la capacidad de un individuo de encontrar significados a través de su unión con un Ser Superior, manifestadas por medio de las creencias y las comportamientos de este tipo, las cuales pueden ser medidas con la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), de Pamela G. Reed, que se refiere a un conocimiento de sí mismo, a un sentido de conexión con un Ser de naturaleza superior o a la existencia de un Propósito Supremo; esta fue probada en 200 pacientes con enfermedades crónicas, Pollock, (1990) demostró que las personas con Diabetes Mellitus eran más fuertes que aquellas con artritis reumatoide, esclerosis múltiple, hipertensión (17) .

2.1.7 Atributos de espiritualidad

Para identificar las necesidades espirituales del paciente, el profesional de Enfermería, debe reconocer la similitud y las diferencias entre los conceptos de espiritualidad, esperanza, aceptación y autotranscendencia, sus usos y atributos. Un primer atributo de la primera, es que implica una relación o conexión con otras personas, con la naturaleza, con Dios o con una fuerza Superior, que es unificadora e integra la parte física, emocional y espiritual del ser humano, dándole la fuerza necesaria para participar de su cuidado y mejorar, permitiéndole aceptar que no está solo y que existe alguien o algo que le ayudará en el proceso de sanación o en el progreso de su salud física o bienestar. Un segundo atributo es la

creencia de que existe una fuerza Superior al ser humano, que es intangible, y afirma la existencia de la Vida, permitiéndole tener esperanza y encontrar más allá las oportunidades disponibles que le ayudarán a obtener mejoría en su salud, alcanzando un nivel óptimo de bienestar. Un tercero, es que la espiritualidad es una energía constante y dinámica, la cual hace que el cliente vaya en busca de bienestar, propósito y significado de la vida, haciendo que se supere más allá de la realidad material (43).

2.1.8 Conceptos asociados a la espiritualidad

La Espiritualidad, la Fe y Religión son entidades separadas, aunque se usen indistintamente. La Espiritualidad es la creencia o la relación con un poder Superior, Fuerza creativa, Ser divino o Fuente infinita de energía; mientras la Fe es una forma de vida, de compromiso con algo o alguien; y la Religión es el sistema organizado de culto, donde existen creencias y comportamientos que satisfacen las necesidades espirituales (55)

Otros conceptos asociados a Espiritualidad son: Esperanza, Aceptación y Autotrascendencia. El no conocer lo que el futuro determinará crea incomodidad e incertidumbre, pero el individuo, basado en sus conocimientos y acciones, mira el futuro con Esperanza positiva, enfoca el factor tiempo proyectándose hacia el futuro, proveyendo al individuo de energía para la búsqueda. Haase (1992) refiere que el establecer metas sirve como fuerza motivadora para alcanzar la meta o resultado esperado (56). Además, el concepto de Aceptación implica que el individuo está satisfecho con él mismo y con otras personas y/o acepta situaciones pasadas y presentes: Esto lo lleva a tener paz y sentido de sanación. Por otro lado, la Autotrascendencia provee la búsqueda de significado y propósito de la vida, al ser la experiencia de una extensión introspectiva del sentir interés por otras personas; buscar más allá del sí-mismo. Existen varios factores que están

presentes tanto en el concepto de Espiritualidad, como en el de Esperanza, Aceptación y Autotrascendencia: la energía, el sentimiento, la relación con otra persona y consigo mismo.

El proceso de aceptación y los aspectos de trascendencia del individuo pueden resultar en un sentimiento de conexión o de relación con la espiritualidad, en el que este concepto puede ser utilizado para describir otros principios del ser humano que pueden ser una forma de definir cómo se sienten los individuos y las diferentes formas de identificar experiencias y sentimientos de las personas; estos pueden ser, o bien una interrelación armoniosa, una fuerza interior, o bien tener conocimiento, el hacer, el ser, el bienestar espiritual, la trascendencia, la salud espiritual y las estrategias para lidiar espiritualmente.

2.1.9 La espiritualidad como dimensión del cuidado de Enfermería

En el desarrollo de la práctica profesional de Enfermería existen diferentes perspectivas de cuidado desde la Espiritualidad. El enfoque fenomenológico (57), influido por los prejuicios personales, los comportamientos intersubjetivos y las diferencias culturales (58), y el interaccionista simbólico interpretativo, el cual retoma el holismo comprensivo, integrando el cuerpo, la mente y el espíritu para alcanzar la sanidad; en éste, la Espiritualidad hace parte de una importante práctica de cuidado (50), que pretende incluir los diversos orígenes culturales y religiosos (36); e implica la responsabilidad ética de cuidar basada en las necesidades subjetivas establecidas en una relación humana de confianza (59), caracterizada por el dar de sí, la presencia, la escucha, el respeto, el apoyo de valores, creencias, y conexiones importantes(37). Por lo tanto, desde el holismo, se proponen tres metas: fomentar la integridad de los pacientes, promover los vínculos interpersonales, respetar y aumentar la búsqueda personal del significado (60).

Sin embargo, aunque el cuidado espiritual sea antiguo en su práctica, no lo es en cuanto a su validación; es apoyado teóricamente de distintas disciplinas (61) y .tiene profundas raíces religiosas (49). Es Florence Nightingale quien resalta la importancia de la espiritualidad en el cuidado holístico -con el pensamiento-:"las leyes de la ciencia son las leyes de Dios que el hombre ha develado", y la formulación de ideas de diversos filósofos, según Dourado, (1957) (49), refirieren que "la espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona" (28), en el cual cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su entereza interior (62), que se estructura por medio del "fortalecimiento de valores espirituales a expensas de la mortificación" (49).

Algunas teóricos de la Enfermería hablan sobre las necesidades espirituales (por ejemplo, Nightingale, Neuman, Leininger, Roy, y Watson), mientras que otros hablan indirectamente de la cuestión (por ejemplo, Newman). Según esto, el abordaje del concepto varía según la visión de los modelos y teorías, desde los que no le abordan, como King, Orem, Orlando, Peplau, Pelletier; pasando por los que le tienen implícito, como un sub-concepto, que es el caso de Andrews, Johnson, Leininger, Levine, Rogers, Roy (63); hasta las que lo consideran eje central, Neuman, Newman, Rizzo Parse, Watson (64) y Reed (67).

En el modelo de Betty Neuman, el sistema cliente/cliente, éste es representado como un núcleo o estructura básica de recursos de energía protegido por anillos concéntricos, -mecanismos de protección-, que le rodean con cinco variables interrelacionadas: fisiológicas, psicológicos, socio-cultural, de desarrollo, y espiritual. En este contexto el espíritu humano es una 'semilla' con potencial de catalización de energía por el Espíritu Santo desde Dios, y por los acontecimientos de la vida, produciéndose, en cualquier momento de la vida, conciencia espiritual en el pensamiento (64).

En el de la salud de Margaret Newman (influenciado por Martha Rogers), la Enfermería contacta sus propios patrones ayudando a los clientes a reconocer “la salud como expansión de la conciencia”, permitiéndole al “ser” desarrollar la capacidad del sistema para interactuar con el medio ambiente en el espacio y en el tiempo, implicando una trascendencia en la vida y ascendiendo a la “dimensión espiritual”, el nivel más alto de la conciencia (65).

En la Teoría de la Evolución Humana de Rosemarie Rizzo Parse (influenciada por Martha Rogers), la Enfermería, como una de las Ciencias Humanas, se interesa en el proceso Hombre (humano)–Universo-Salud, inseparable e irreducible, vivenciando con las personas el descubrimiento de los atributos de la espiritualidad en el significado y el valor de la experiencia del individuo en las situaciones (66).

En la Teoría de la Autotrascendencia de Reed, la espiritualidad se deriva del desarrollo del contexto del Mundo; los supuestos acerca de la auto naturaleza trascendente de los seres humanos, implican diversas formas de conectividad para el desarrollo humano integral, la salud; también admite la naturaleza empírica y multidimensional de la espiritualidad, así como el examen de las múltiples expresiones de conexión intrapersonal, interpersonal, y transpersonal en relación con la salud humana y el bienestar (67).

Jean Watson, se destaca con el desarrollo de investigación con enfoque fenomenológico, donde, la Filosofía y Ciencia del Cuidado, se basa en la dimensión espiritual y existencial, de las personas, en la cual el espíritu (alma, ser interior o espiritual) es una fuerza interior que amplía sus capacidades al permitir que una persona trascienda potencializando la sanación, expandiendo la conciencia; enfermera y paciente son copartícipes, vivencien una relación de ayuda, confianza y auto-sanación, lo que influye en el bienestar mental y espiritual,

e integra las creencias socioculturales (entorno interno) centrándose en fundamentos filosóficos: formación de un sistema de valores humanístico-altruista; inculcación de la fe, la esperanza y el cultivo de la sensibilidad, para uno mismo y para los demás (68).

La enfermera y el dador de cuidado, vuelven el cuidado parte de su propia historia de vida, (Watson 1999) necesitando de presencia auténtica y de estar al tanto de su propio conocimiento en la ocasión o el momento de cuidado (foco en el espacio y el tiempo), el cual es creado con otra persona (Watson 1988b, 1999), donde se busca proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior. El “cuidado transpersonal”, (Watson, 1999), en una transacción humana-humano, con vivencia de sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. Este se da cuando “permite la presencia del espíritu de ambos –después el evento del momento expande los límites de apertura y tiene la habilidad de expandir las capacidades humanas”; alcanzando conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente, donde se conectan el que cuida y el cuidado, en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la transcendencia espiritual de sufrimiento (Watson, 2001) (69, 70).

La relación de cuidado transpersonal, va más allá del ego y se irradia a lo espiritual, incluso al cosmos, las preocupaciones y conexiones que aprovechan las posibilidades de curación y los potenciales (Watson, 2001) Fawcett. El cuidado transpersonal tiene tres dimensiones: el yo, campo fenomenológico y la intersubjetividad; donde el yo es la unidad transpersonal-mente-cuerpo-espíritu, un espíritu corpóreo y consagrado (Watson, 1996). El yo es un concepto

coherente compuesto por percepciones de las características del "yo" o "mí" y la percepción de la relación del "yo" o "mí" a otros y diversos aspectos de la vida, junto con valores atribuirse a estas percepciones. El mismo abarca el ser tal como es, el yo ideal que la persona le gustaría ser, el yo-mí y el "yo espiritual", que es sinónimo del más alto sentido de sí mismo (Watson, 1985, 1996) (71).

El eje espiritual del cuidado, puede ser abordado por los 10 factores de cuidado de Watson: formación de un sistema humano-altruista de valores, inculcación de la Fé-esperanza, cultivación de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, desarrollo de una relación de ayuda-confianza, promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, uso sistemático del método científico de la solución de problemas para la toma de decisiones, promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal, provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas (72).

El desarrollo de este trabajo se identifica con el desarrollo investigativo del Modelo de Adaptación de Calixta Roy, quien redefinió los conceptos de estímulos focales, contextuales y residuales desarrollados por Helson, los cuales, provocan una respuesta positiva o negativa en las personas, quienes son vistas como un todo, son sistemas holísticos y adaptables, compuestas por seis subsistemas: El regulador, relacionador y los cuatro modos de adaptación, que se relacionan entre sí para formar un complejo sistema cuyo propósito es la adaptación, vista como el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno.

Para Roy los modos de adaptación son: a) El Modo fisiológico y físico de adaptación, se relaciona con los "procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos", donde la necesidad básica

del modo de adaptación físico es la integridad operativa, y del modo fisiológico es la integridad fisiológica: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección. b) El Modo de Adaptación del Autoconcepto de Grupo, se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, en el cual, la necesidad básica del modo de adaptación de la autoestima del individuo, es la integridad física y espiritual, el saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo. Sus componentes son : 1) el yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo, y 2) el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser. El modo del autoconcepto de identidad de grupo refleja “cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. El modo del autoconcepto de identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que tiene del grupo, el entorno social y la cultura”. La necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad. c) El Modo de Adaptación de función de rol, “es uno de los dos modos de adaptación social, y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar”. d) El Modo de Adaptación de la Interdependencia, que se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento (73).

En el Modelo de Adaptación de Roy, la persona se describe como un "conjunto compuesto de partes que funcionan como una unidad para algún propósito" donde la espiritualidad es un estímulo contextual, y uno de sus aspectos es la moral-ético-espiritual de si mismo, relacionada al darse autorespuesta al "¿En qué creo?". Así mismo, el sentido de autonomía es directamente relacionado con una ética de las propias creencias y un sistema propio de valores, y el auto-concepto, es el aspecto de la persona que da al individuo el sentido de quien es él o ella, lo cual le da la energía mental necesaria para experimentar un sentido personal de la unidad, abarcando las sub-áreas del yo físico y el yo personal (74).

Whittemore y Roy plantearon una teoría de rango medio específica de la enfermedad crónica "adapting" o adaptación a la Diabetes Mellitus, como una adaptación al Modelo de Roy, en la que se sintetizan los conceptos de diabetes, autogestión, integración, salud-enfermedad como parte de la evidencia empírica, aumentando la especificidad de la aplicación práctica de la enfermería (75). La "adapting" es un proceso dinámico perpetuo, continuo, que consiste en tres distintos procesos, aunque interrelacionados, de estabilización, integración y salud dentro de la enfermedad, se dan continuamente influenciados por estímulos, factores personales y ambientales, además de la percepción individual de la experiencia de la enfermedad y la participación en conductas promotoras de salud. Este proceso tiene variaciones dependientes del ciclo vital de la enfermedad y la persona, en donde el vivir con una enfermedad crónica se ha descrito como una trayectoria incierta que requiere un ajuste y diferentes modos de respuesta en el tiempo, en el que los estímulos relacionados con la enfermedad crónica, el contexto y la persona, están cambiando continuamente, lo que posteriormente influye en la percepción, comportamiento, y las respuestas de adaptación; mientras todos los conceptos siguientes parecen mostrar una relación lineal, en realidad. Así, las respuestas de adaptación en el Modelo modificado son la estabilización y la integración. La estabilización consiste en las respuestas adaptativas fisiológicas a la enfermedad crónica, incluyendo la prevención de

complicaciones; y la integración, o las respuestas adaptativas psicosociales, involucran integrar el manejo de la enfermedad crónica con los roles y actividades del diario vivir, integrando la experiencia de la enfermedad crónica con el concepto de sí mismo y la identidad personal, e integrar el cambio personal y los cambios del estilo de vida en las relaciones personales. La salud dentro de la enfermedad es la unión de la integración y la estabilización dentro de la persona en una experiencia de vida significativa donde se maximice el potencial de salud y la plenitud se hace real. La salud dentro de la enfermedad es un proceso cada vez más dinámico que se experimenta a la luz de la variabilidad fisiológica y psicosocial.

Riffo Luengo y Salazar Molina (2008) proponen la aplicación del proceso de enfermería según el Modelo de Adaptación de Roy en el abordaje del cuidado de enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus, valorando los cuatro modos de adaptación y la espiritualidad como estímulo Contextual, identificando y manipulando las conductas y estímulos relacionados con las respuestas adaptativas de estos pacientes, también sugieren planificar las intervenciones biopsicosociales requeridas para manejar los estímulos en base a la taxonomía NNN con los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), validando las intervenciones en la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), evaluadas por la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). En la aplicación práctica se destaca el estudio de Lazcano y Salazar (1999) (citado por Riffo Luengo y Salazar Molina) demostraron que el estrés percibido influyó negativamente en el afrontamiento y adaptación psicosocial (ambas $p < ,001$), pero no en la adaptación fisiológica en pacientes con DMT2, y el estudio de Orta (2001) (citado por Riffo Luengo y Salazar Molina) ofrece una aplicación del modelo en el Proceso de Atención de Enfermería a una situación clínica de Diabetes Mellitus (76).

El proyecto de Perez y Veloza (2010), enuncian que la interacción dinámica entre la persona y el medio ambiente genera una situación única en donde están presentes pensamientos, sentimientos y comportamientos que expresan la interpretación y el manejo que en forma particular se le da a esta, donde, el Modelo Conceptual de Adaptación de Roy considera a la persona como un sistema adaptativo en continua interacción con un medio ambiente cambiante, en donde el subsistema cognitivo juega un papel preponderante al permitir identificar estrategias de afrontamiento para controlar el estrés y así promover la adaptación. Con el fin de comprender el subsistema cognitivo, Roy (2004), desarrolló la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación y con ella el instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” (CAPS); en el año 2006 se llevó a cabo una investigación metodológica del instrumento en su versión en español (ESCAPS), con el fin de determinar la validez facial y la confiabilidad.

Con relación a este medio ambiente cambiante, la vivencia de la enfermedad crónica se constituye en un estímulo que desencadena la presencia de una serie de habilidades personales de tipo cognitivo para controlar el estrés que se genera y así lograr la adaptación. Así, la espiritualidad puede constituirse en estrategia de afrontamiento, en donde a partir del sentir, pensar y actuar, la persona busca lograr la adaptación, evidenciada a través de expresiones humanas que se traducen en actitudes ante la situación que se experimenta, que puede ser validada en investigación utilizando los instrumentos, “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy, en su versión en español (ESCAPS) y la “Escala de perspectiva espiritual” de Pamela Reed (SPS), en pacientes que vivencien situaciones de enfermedad crónica (cáncer, insuficiencia renal crónica o diabetes) permiten identificar los procesos de afrontamiento y adaptación orientados por la espiritualidad, como parte de la integralidad del ser humano, como posible estrategia de afrontamiento para la adaptación, de tal

manera que enriquece y fortalecen la disciplina de enfermería y el desarrollo del Modelo de Adaptación de Roy (77).

El profesional de enfermería debe conocer las necesidades, creencias y comportamientos espirituales, ya que el cuidado transpersonal se proyecta más allá de los modos de adaptación de Roy, donde la percepción de la persona como un todo permitirá acceder al cuidado del cuerpo, la mente y el espíritu. Por lo tanto, el conocer los diferentes usos del concepto ayudará al profesional de Enfermería a identificar las necesidades del cliente en este aspecto y, de la misma forma, a brindar el cuidado integrado que necesita, al mismo tiempo que le permitirá guiarlo en la identificación de estos usos y favorecerá el fomento del desarrollo espiritual, el cual, le permitirá a obtener o alcanzar un estado óptimo de bienestar.

Una necesidad espiritual es mantener, aumentar o recuperar creencias y fe, y de cumplir las obligaciones religiosas. Las enfermeras identifican y dan respuesta a las necesidades de cuidados espirituales de muchos pacientes al ser conscientes de sus antecedentes de creencias religiosas o espirituales, las cuales le ayudan a enfrentar los procesos de hospitalización, que le aíslan de sus comunidades religiosas y medios alternativos; estas creencias incluso pueden entrar en conflicto con las decisiones médicas; además, tienen un impacto en la salud mental y física de los pacientes, afectando su atención y apoyo en la comunidad.

Para este fin, Stoll (1988) sugiere, como guía para recolectar los datos sobre creencias y comportamientos espirituales, cuatro áreas: el concepto que tiene la persona sobre Dios o una deidad; la fuente de esperanza y fortaleza de la persona; el significado de los comportamientos religiosos y los rituales para la persona y la relación que el individuo percibe entre su estado de salud y su sistema de creencias. Según Shelly y Fish, hay ciertas necesidades espirituales

que son comunes a todos los seres humanos y subyacen a todas las religiones, como la necesidad de encontrar un sentido y una finalidad en la vida y la de amor y vínculos afectivos (55). Sin embargo, el paciente es quien define las suyas propias y, a partir de éstas, se debe diseñar la asistencia, tanto emocional como espiritual (78) con intervenciones como la oración, la compasión y la información sobre recursos de apoyo (p. Ej., los capellanes) (38). Espeland, (1999), por su parte, defiende que estas necesidades y el mantenimiento de este bienestar son componentes importantes del Ser humano con frecuencia desatendidos en el cuidado holístico (40).

Las enfermeras que prestan cuidado espiritual deben dedicar tiempo para conocer e identificar el abordaje de estas necesidades (36), establecer relaciones basadas en la bondad, el respeto de silencios y creencias; también deben desarrollar habilidades como la presencia de espíritu, el tacto, la capacidad para sintonizar con el mundo anímico del paciente y para hacer que se exprese sin necesidad de abrumarle, según Gallastegui Achúcaro (citado por Johnston); aunque los sujetos de cuidado desean idealmente que la enfermera comparta la misma religión o tenga una experiencia similar de vida, no obstante, los pacientes pueden ser receptivos a la atención espiritual de una enfermera cuya vida y experiencias espirituales sean diferentes de las suyas (79). Sin embargo, Las que se consideran muy espirituales y religiosas no son necesariamente los mejores proveedores de este tipo de atención (36).

La intervención de la Enfermería en cuidados espirituales, incluye el abordar la angustia espiritual (49, 80) dar esperanza, el no predicar, proporcionarle momentos de privacidad interior al paciente, estar con él y buscar entenderle; por lo tanto, se le debe hablar, escuchar, acompañarlo a orar, meditar y leerle libros religiosos o de naturaleza mística; incluso, hablarle al paciente acerca del papel de la religión y Dios en su vida, como una estrategia de intervención importante (60).

Por otra parte, se puede admitir que en diferentes contextos se utilizan como espirituales los cuidados de acompañamiento, consejería, psicoterapia y los sistemas psicoterapéuticos; cuando el acompañamiento espiritual sea realizado por Enfermería, o por los cuidadores, se puede involucrar la compasión, la presencia, la escucha, el fomento de una esperanza realista, y abordar los sentimientos acerca de la muerte (81); adicionalmente, puede incluir las conversaciones sobre Dios. Mientras la consejería requiere un adiestramiento en educación, religión, y busca resolver problemas concretos mediante toma de decisiones informadas, y la psicoterapia requiere técnicas y procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, comportamientos simbólicos basados en teorías científicas, los sistemas psicoterapéuticos funcionan como instituciones (religiones) y dispositivos sociales (grupos de autoayuda) que se incorporan en los sistemas de creencias y de patrones de conducta y se presentan como estilos de vida (60). Es importante resaltar que, dentro de este cuidado, se debe abordar el de las personas diabéticas como un campo por construir para la Enfermería.

2.2 Diabetes Mellitus

Según Contreras, Cortes, y Karam (2001), la hiperglicemia, en personas con Diabetes Mellitus, conduce a complicaciones con lesiones vasculares, afecta a grandes y pequeños vasos, produce macro y microangiopatías, además de lesiones neuropáticas, nefróticas e inmunológicas, que, en conjunto, son causa de muerte, limitación funcional e incluso alteraciones neurológicas como estados de desorientación e inconsciencia, en los estados de hiperglicemia o hipoglicemia, o acidosis metabólica, entre otros (82, 83). Todos estos factores contribuyen a disminuir la calidad de vida, y afectan social y psicológicamente al diabético, lo cual comporta un mayor costo para los servicios proveedores de salud, además del ausentismo laboral, la incapacidad y las limitaciones vitales para los pacientes (84). Para estos, la Asociación Americana de Diabetes ADA, establece Normas de

Cuidado (*Standards of Medical Care for Diabetes*) cuya meta es mantener los niveles de glicemia dentro del rango normal para evitar complicaciones, basándose en información y educación sobre el autocuidado diario: dieta, consumo de medicamentos, actividad física, además de la realización de los exámenes de niveles de glucosa en sangre (glicemia y hemoglobina glucosilada A1C), de la presión sanguínea, del colesterol, triglicéridos, creatinina y otros (85).

Etiológicamente, la Diabetes se clasifica como Diabetes Mellitus tipo 1 o insulino dependiente, de comienzo sintomático abrupto, con riesgos altos de un pronto coma cetoacidótico (7), y la tipo2 o resistente a la insulina, con déficit en su secreción, que al ser asintomática, en su mayoría es diagnosticada mediante una glucemia en ayunas o una curva de tolerancia a la glucosa que indica si presenta los factores de riesgo positivos, como el sobrepeso (80% lo tienen) u obesidad (1). Estas personas tienen bajas tasas de adherencia al tratamiento, manejan altos niveles de estrés y, junto a los estilos de afrontamiento, se debe asociar la adherencia al mismo (86). Por lo tanto, el cuidado holístico de este paciente, debe disponer de intervenciones centradas en el desarrollo de una educación orientada hacia el autocuidado y en las actividades de la vida diaria, con el apoyo de las redes sociales (87), así como abordar los aspectos culturales y físicos de la enfermedad, incluyendo pruebas diagnósticas (14). Cuando se tienen en cuenta los aspectos emocionales se contemplan las necesidades, creencias y comportamientos espirituales estableciendo diagnósticos e intervenciones espirituales de forma independiente, se favorece el proceso de resolución de la enfermedad, desde los diferentes espacios de cuidado donde la enfermera ejerce liderazgo. Estos pueden abarcar desde los Centros de Urgencias atendidos por enfermería (Reino Unido) (88); hasta la atención primaria en el ámbito de cuidado directo domiciliario (89), incluidos en programas de cuidado o salud en casa (Home-care) dirigidos a cubrir las necesidades y adquirir autonomía; también están los servicios de hospitalización a domicilio, ofertados como complemento de las medidas terapéuticas, que incluyen un equipo especializado del centro

hospitalario con medios técnicos suficientes (13). Sin embargo, hay que resaltar la necesidad de cambios y mejoras en el funcionamiento de los equipos en estas modalidades de trabajo, los cuales dependen del empoderamiento de los profesionales de enfermería en los cuidados de las personas diabéticas, especialmente en los espirituales, donde hay mucho por construir.

2.3 Adulto

Según Erikson, el adulto busca su identidad por medio de la interacción del Ello, el Ego, y el Súperego. El *Id* (Ello) es una fuente inconsciente de motivos y deseos, que satisface el principio del placer; el Ego (Yo) representa la razón o el sentido común, obtiene placer dentro de la realidad equilibrando la personalidad; el Superyó (Súperego) envuelve la conciencia como instancia moral e incorpora los sistemas de valores, normas, reglas, deberes y prohibiciones aprobados por la sociedad. Su Teoría del Desarrollo Psicosocial divide el ciclo vital en nueve etapas; al tiempo la adultez se divide en tres, y Levinson, a su vez, considera las crisis y la longevidad dentro de éstas (**34, 35**): Adulto joven (17-40 años), intermedio (40-65) y mayor (65 en adelante)

2.3.1 El adulto joven (17-40 años)

Etapa denominada Intimidad vs Aislamiento (edad adulta temprana), cuando la persona busca comprometerse con otros; si no tiene éxito puede sufrir sentimientos de aislamiento y de introspección. Como virtud se vive el amor.

2.3.2 El adulto intermedio (40-65 años)

Se considera como etapa de transición; la edad adulta intermedia (40 a 45 años) refleja la crisis de la mitad de la vida, en la que el individuo busca un cambio orientado hacia el significado de su existencia, y la adopción de roles adultos estables, el alcance de metas y sueños relacionados con las ocupaciones, la familia y el matrimonio; se incluye, también, el crecimiento personal o espiritual y, en especial las mujeres, priorizan la familia.

Esta edad, cuando los adultos maduros están preocupados por establecer y guiar a la nueva generación, es la etapa denominada Creatividad vs Ensimismamiento; en caso de no lograrlo, se sienten empobrecidos personalmente. Como virtud se vive la preocupación por Otro. En esta Etapa, por lo general, la mujer se ha centrado en su familia, sus hijos y su casa, libera su parte “masculina”, reingresa al campo laboral, inicia estudios o se dedica a actividades comunitarias. Mientras el hombre, que hasta aquí se ha centrado en el campo laboral, se ve obligado a buscar nuevos incentivos; generalmente, se vuelca hacia su familia. Aparece su lado “femenino”, expresa sentimientos y emociones.

En la transición a la edad adulta tardía, de los 60 a los 65 años, **el individuo realiza una revisión de los aspectos buenos o malos de su vida, aprehende el sentido final de su vida y su significado.**

2.3.3 Adulto mayor (65 años en adelante)

En esta etapa, denominada Integridad vs Desesperación (vejez), se alcanza el sentido de aceptación de la propia vida, lo cual permite, a la vez, la de la muerte; en caso contrario, se cae en la desesperación. La sabiduría se vive como virtud. Esta etapa se desarrolla con mayor dolor y desesperación para los hombres que para las mujeres, debido a la pérdida del rol que ha definido su vida: se queda 'sin nada que hacer', pues ha estructurado el día, y su vida social alrededor de su

trabajo, en el que soporta su estatus y su ser útil a la sociedad. La mujer, en cambio, ha mantenido sus roles en la casa con los hijos y nietos.

Finalmente, se vivencia la etapa de la Senectud, (80 años hasta la muerte): es una etapa final de la Aduldez mayor cuando se acepta y prepara para la muerte; por lo general, se retoma la Esperanza y la Fe.

3 DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta el diseño del estudio de la población, muestreo, muestra, criterios de inclusión, instrumentos de medición, confiabilidad de los instrumentos, procedimiento de recolección de la información, análisis de datos y las consideraciones éticas.

3.1 Tipo de estudio

El estudio fue de tipo cuantitativo, comparativo y transversal.

Con el abordaje cuantitativo se enfoca desde un esquema deductivo y lógico, formulando preguntas e hipótesis de investigación por corroborarse mediante el análisis estadístico de un cuestionario estructurado (90), la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) de Pamela Reed, determinando el nivel de perspectiva espiritual de los pacientes diabéticos, según lo plantea el instrumento.

Con el comparativo, se pretende establecer la diferencia de perspectiva espiritual, creencias y comportamientos entre hombres y mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, asistentes a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona. La comparación se realizó teniendo en cuenta el sexo, la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, la frecuencia de creencias o actividades espirituales (acuerdos o desacuerdos) y las comportamientos o comportamientos en aspectos espirituales de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS).

Se estableció, además, un corte transversal, ya que se realizó la medición de los datos en un momento único en el tiempo (91), durante el segundo trimestre del 2009.

3.2 Área de Estudio

El estudio se realizó en la Empresa Social del Estado San Juan de Dios (ESE HSJD) de Pamplona, que pertenece a la Regional del Oriente, clasificada como una Institución Prestadora de Servicios (IPS) de mediana complejidad (II Nivel tipo A), en el Servicio de Urgencias, Hospitalización y Consulta externa general y de especialista, al cual acuden usuarios de la provincia de Pamplona, a controles por medicina interna, identificados en el Sistema de Identificación de Beneficiarios, (SISBEN) y afiliados al Régimen Subsidiado o Contributivo, que se encuentran en la categoría I, II y III de cuidado de enfermería. Esto incluye desde cuidados mínimos (por cuanto gran parte pueden ser proporcionados por sí mismos o por sus familiares), hasta cuidados dependientes, ya que la edad o el estado de la patología impide o dificulta que el paciente participe activamente (92); con una proyección de egreso semestral en hospitalización anual por Diabetes Mellitus descompensada de 54 pacientes, y un promedio estancia de tres a seis días (37).

3.3 Población

La población de estudio la conformaron los hombres y mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus que son atendidos en la Empresa Social del Estado San Juan de Dios (ESE HSJD) de Pamplona, durante el segundo semestre del 2009.

3.4 Muestra

El tamaño de la muestra se calculó con base en los resultados de la prueba piloto, obteniéndose dos grupos conformados según sexo, con 35 hombres y 35 mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, atendidos en la Empresa Social del Estado San Juan de Dios (ESE HSJD) de Pamplona.

3.5 Tipo de Muestreo

El Muestreo realizado en este estudio fue de tipo Aleatorio simple, No probabilístico, No Intencional.

De tipo aleatorio, ya que no hubo intervención del investigador en la elección de los pacientes. Solamente se ingresó al estudio el paciente que llegaba a ser atendido en los servicios de la Institución mencionada, cumplía con los criterios de inclusión y aceptaba participar voluntariamente.

No probabilístico, ya que no se podía calcular la probabilidad de que un paciente formara parte de la muestra, además, los sujetos voluntarios se daban por disponibilidad y conveniencia, ya que la población disponible no representaba al universo.

No intencional, los pacientes se escogieron al azar, según orden de llegada de los pacientes a la consulta.

3.6 Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y mujeres diabéticos mayores de 40 años que eran atendidos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

- Pacientes hombres y mujeres diabéticos mayores de 40 años con al menos 15 puntos en la escala de Glasgow, y sin dificultades de comunicación.
- Pacientes que deciden participar libremente, previa firma del Consentimiento informado.

3.7 Criterios de Exclusión

- Pacientes hombres y mujeres diabéticos menores de 40 años que eran atendidos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- Pacientes hombres y mujeres diabéticos mayores de 40 años que tenían menos de 15 puntos en escala de Glasgow, y que tenían dificultad para la comunicación.

3.8 Instrumentos

3.8.1 Escala de Glasgow

Se midió la orientación como capacidad del sujeto de entender, pensar, sentir emociones y apreciar información sensorial acerca de sí mismo y lo que lo rodea, la cual se evaluó aplicando una guía de preguntas sencillas para mirar la orientación en el tiempo, lugar y el espacio (93). Además, se valoró objetivamente el estado del nivel de conciencia según la escala del Instituto nacional de salud de USA, "INDEX COMA" (1970), denominada *Escala de Glasgow* de Teasdale y Jennett (1974), usada como un método de evaluación sencillo e indispensable, usada generalmente para registrar la mejoría en trauma y/o en alteraciones neurológicas (94, 95) en que se hace una aproximación de conciencia. Es una escala que va desde tres hasta quince puntos, donde se valora, principalmente:

Apertura ocular: ojos abiertos: espontáneamente (4), A la voz (3), Al dolor (2), No responde (1). *Respuesta motora*, Mejor respuesta: Cumple órdenes (6), Localiza el dolor (5), Solo retira (4), Flexión anormal (3), Extensión anormal (2), No responde (1) *Respuesta verbal* mejor respuesta: Orientado (5), Confuso (4), Lenguaje o Palabras inapropiadas (3), Sonidos incomprensibles (2), No responde (1).

3.8.2 Instrumento de Medición

Se utilizó la *Escala de perspectiva espiritual* (SPS) de la doctora Pamela Reed, constituido por diez ítems que miden las creencias y comportamientos espirituales de la persona, y una *Escala Likert* de seis puntos, con un rango total de entre 10 y 60. Las cuatro primeras preguntas hacen referencia a la frecuencia de actividades espirituales que son practicadas por la persona (meditación y oración privada), para estas, la escala Likert tiene un puntaje así: (1) corresponde a nunca, (2) menos de una sola vez al año, (3) más o menos una vez al año, (4) más o menos una vez al mes, (5) más o menos una vez a la semana y (6) corresponde a más o menos una vez al día. Las seis últimas preguntas hacen referencia a los acuerdos o desacuerdos relacionados con diferentes aspectos espirituales (el perdón o la cercanía con Dios); esta *Escala* tiene este puntaje: (1) corresponde a extremadamente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) en desacuerdo más que de acuerdo, (4) de acuerdo más que en desacuerdo, (5) de acuerdo y (6) corresponde a extremadamente de acuerdo (Ver ANEXO 5) **(44, 46)**.

3.8.2.1 Pruebas psicométricas del instrumento

La SPS ha sido utilizada en diversos estudios, en los cuales se contemplan indicadores como: oración, sentido de significado en la vida, lectura y contemplación, sentido de cercanía con un Ser Superior, interacción con otros, y otras experiencias en las que se refleja esta interacción. Esta *Escala* ha sido utilizada secuencialmente en siete estudios por cuatro diferentes grupos de

investigadores; entre los que se destacan el de Reed, quien utiliza su instrumento con pacientes adultos con enfermedad Terminal; J. Gray (1997), utiliza el instrumento en mujeres VIH positivas; Tuck y Col (2001), determina la validez externa y concurrente de la escala (96).

Respecto a la confiabilidad, posee consistencia interna mediante un *Alfa de Cronbach* de 0.90, un promedio de correlación entre ítems de 0.54 – 0.60. El rango de promedio de correlación entre ítems fue de 0.57 – 0.68 a través de grupos con una no correlación entre ítems por debajo de 0.41. Así mismo, Reed examinó la validez de constructo, a través del estudio en donde 165 mujeres reportaron fortaleza religiosa asociada con altos puntajes, en relación con el instrumento SPS (96).

Se comprobó la validez discriminante a partir del estudio de Reed en 1987, con tres grupos de pacientes (300 sujetos de estudio); primer grupo (99): adultos hospitalizados con enfermedad terminal, segundo (99): pacientes hospitalizados sin enfermedad terminal, y tercero (99): pacientes sanos no hospitalizados, revelando diferencias significativas entre los pacientes con enfermedad terminal y los otros dos grupos (97).

En 1986 la doctora Pamela Reed utiliza el instrumento *Escala de Perspectiva Religiosa* (RPS) y la SPS, mediante el desarrollo de entrevistas en profundidad con 114 sujetos adultos, 57 con enfermedad Terminal y 57 saludables. En 1987 refina el instrumento al aplicarlo en adultos con enfermedad terminal y modifica su nombre, Escala de Perspectiva Espiritual; amplía su conceptualización mediante la adición de indicadores de espiritualidad, como oración, sentido de significado en la vida, lectura y contemplación, sentido de cercanía con un Ser Superior, interacción con otros, y experiencias adicionales, las cuales reflejan este tipo de interacción. En este sentido, la espiritualidad es entendida como una visión personal y de

comportamiento que expresa un sentido de relación y de dimensión trascendental con Alguien Superior (98).

El instrumento SPS cuenta con validez interna y de contenido, al representar la medición la perspectiva espiritual; y con validez de criterio, al medir el instrumento comparándolo con criterios externos.

En Colombia, se han realizado dos estudios aplicando la *Escala* de la doctora Pamela Reed; el primero, en la Universidad de Antioquia sobre Resiliencia, Espiritualidad, Aflicción y Tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas; la SPS mostró una consistencia interna de 0.8 (32); el segundo, en la Universidad del Valle sobre Resiliencia, Espiritualidad y Distrés en mujeres maltratadas; en este estudio la *Escala* arrojó un *Alfa de Cronbach* de 0.90 en general, 0.87 para la subescala de comportamientos espirituales y 0.79 para la de creencias espirituales (31).

3.8.3 Métodos de recolección y análisis de datos

3.8.3.1 Recolección de la información

- Se formalizó la aprobación del proyecto con el Comité de Ética de la Universidad de La Sabana.
- Se realizó la presentación del Proyecto de investigación a la Gerencia, al Comité técnico-científico, y al Comité de ética de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, para su respectiva autorización.
- Se solicitó la autorización de Pamela Reed para la utilización del instrumento Escala de Perspectiva Espiritual SPS (Anexo 1).
- Se efectuó una prueba piloto, donde, previa explicación y diligenciamiento del consentimiento informado (Anexo 2), se evaluó el estado de conciencia con la escala de Glasgow (Anexo 3) participando quienes obtuvieron 15 puntos, se utilizó la ficha de datos sociodemográficos (Anexo 4) y el instrumento de la

autora Reed, *Escala de Perspectiva Espiritual*, SPS (Anexo 5).

- Se cumplió con la captación de los pacientes diabéticos mayores de 40 años en los servicios de Consulta externa: consulta de paciente crónico, y consulta médica general y especializada de Medicina Interna, servicio de urgencias y hospitalización de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- La recolección de los datos se realizó en la pre-consulta, Servicios de consulta externa: consulta de paciente crónico, consulta médica general y especializada de Medicina Interna, en los servicios de urgencias y hospitalización de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, durante un mes, garantizando un mejor acercamiento con el paciente y mayores posibilidades de adquirir una información idónea, sin interrumpir los procedimientos clínicos y administrativos.
- Para la recolección de la información se utilizó el instrumento Escala de Perspectiva Espiritual SPS diseñado por la doctora Reed (Anexo 5). Durante ella se aplicó una ficha sociodemográfica para obtener información secundaria (Anexo 4), y realizar la caracterización de los pacientes. La aplicación del instrumento se realiza en forma dirigida por la investigadora.
- Finalizada la recolección de información, se digitó inicialmente en una base de datos de Excel, y se procedió a realizar el respectivo análisis estadístico en el programa SPSS V10.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación cumplió con los parámetros de la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las normas éticas para la investigación en salud. Ya que no se efectúa ninguna intervención o modificación intencionada de las variables: biológicas, fisiológicas, sicólogas o sociales del

individuo la presente es una investigación sin riesgo. Así mismo, se cumple con los principios éticos de La Declaración de Helsinki (99), para las investigaciones en seres humanos; además, el estudio no generará contaminación, ni tendrá implicaciones ambientales.

También se contó con el aval del Comité de Ética de la Maestría en Enfermería de la Universidad de La Sabana, con la autorización del Comité Técnico-científico y el Comité de Ética de la institución Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, de los usuarios participantes en la investigación. También se solicitó autorización para la utilización del instrumento Escala de Perspectiva Espiritual SPS de Pamela Reed (Anexo 1).

En este estudio se garantizaron los siguientes principios éticos:

- Todas las personas que formaron parte del proyecto de investigación tuvieron participación voluntaria, con la protección de los participantes sustentada por la firma del Consentimiento informado del proyecto de investigación (Anexo 2). El Consentimiento informado consiste en una decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y, después de considerarla, ha llegado a una decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación ni a influencias o incentivos indebidos. Se basa en el principio que señala que los individuos competentes tienen derecho a decidir libremente sobre su participación en una investigación. Protege la libertad de elección del individuo y respeta su autonomía. Los investigadores solicitan el consentimiento mediante la información, repetición y explicación a los potenciales sujetos, respondiendo a sus preguntas a medida que surgen y asegurando que cada individuo entiende todos los procedimientos. Con esto, los investigadores manifiestan respeto por la dignidad y autonomía de las personas (100).

- Se observó la relación riesgo/beneficio; estimando que la presente investigación no encierra riesgos: al utilizar una técnica documental, los sujetos participantes no sufrirán daños, ni serán explotados; debido al número de preguntas, puede producir incomodidad, pero puede ser manifestado por el paciente para realizar un receso antes de reanudar el proceso. Así mismo, cuando se detecten efectos adversos se debe informar de estos a todos los sujetos sobre los que se realiza la investigación.
- No maleficencia, pues no se realizó ningún procedimiento que pueda hacerle daño a los usuarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- El principio de beneficencia, se aplicó al obtener información sobre la perspectiva espiritual que tiene el usuario diabético de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, sin ocasionar ningún tipo de daño.
- Para garantizar la confidencialidad de la información obtenida, los instrumentos se identificaron con el número de la historia, la información sólo fue conocida por la investigadora y su uso será exclusivamente con fines investigativos y no podrá ser utilizada por otras instituciones sin previo consentimiento de las partes.
- La investigación cumple con el principio de justicia, ya que respetó el trato justo y la privacidad al ser seleccionados los ítems de respuesta de forma espontánea y libre.
- Para preservar el principio de autonomía en el estudio, se tuvo en cuenta el respeto por las personas, igual que por sus respuestas.

3.10 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto consistió en aplicar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra de la investigación, cuando se sometió a prueba las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados. Esta permitió analizar la claridad de las instrucciones y la formulación adecuada de los ítems del instrumento. Además, se realizó el análisis cualitativo del instrumento, se evaluó el lenguaje y la redacción, se recogió la opinión de los participantes respecto del instrumento y el contexto de aplicación, así como la comprensión, tiempo de aplicación, ambigüedades, términos complejos o redacción confusa (90).

3.10.1 Objetivos de la prueba piloto:

Los objetivos de la prueba piloto fueron:

- Determinar la realización de la captación y el abordaje de los pacientes.
- Establecer el tiempo para diligenciar el consentimiento informado, la aplicación de la ficha sociodemográfica y del instrumento Escala de Perspectiva Espiritual de Reed SPS.
- Determinar el manejo de la información en una base de datos, que permitirá realizar el análisis de resultados, los cuales servirán de fuente para calcular la muestra de investigación.
- Evaluar la logística utilizada en el desarrollo de la prueba, espacio, silletería, papelería, etc.

3.10.2 Ejecución de la prueba piloto

3.10.2.1 Características de los informantes

Hombres y mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus asistentes a consulta en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, durante un mes.

3.10.2.2 Tamaño de la muestra

La muestra de la prueba piloto se conformó por las personas que cumplían los criterios de inclusión, que fueron atendidos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, durante un mes (octubre de 2009).

3.10.2.3 Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y mujeres diabéticos mayores de 40 años que fueron atendidos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- Pacientes hombres y mujeres diabéticos mayores de 40 años, con escala de Glasgow 15/15, sin dificultad para la comunicación.

3.10.2.4 Criterios de Exclusión

- Pacientes hombres y mujeres diabéticos menores de 40 años que fueron atendidos en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- Pacientes hombres y mujeres diabéticos mayores de 40 años con escala de Glasgow menor de 15/15, con dificultad para la comunicación.

3.10.2.5 Descripción de escenario donde se desarrolló la prueba piloto

Los servicios de consulta externa: consulta de paciente crónico, consulta médica general y especializada de Medicina Interna, en los servicios de urgencias y hospitalización, de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

3.10.2.6 Instrumentos.

Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed, *Escala de Glasgow*, y *Ficha de datos sociodemográficos*.

3.10.2.7 Procedimiento en la recolección de la información:

Los pasos por desarrollar durante la prueba piloto fueron los siguientes:

3.10.2.8 Captación de pacientes

La captación de los pacientes la realizó la Investigadora en los diferentes servicios donde eran atendidos los pacientes diabéticos de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

3.10.2.9 Aplicación del consentimiento informado

Se garantizó el cumplimiento de la Confidencialidad y la Privacidad, y se efectuaron las aclaraciones respecto a la investigación a través del Consentimiento informado, el cual se entregó y/o leyó para su aceptación y firma.

3.10.2.10 Diligenciamiento del instrumento

Previa explicación y aplicación de la *Escala de Glasgow*, se firmó el Consentimiento informado, se diligenció la Ficha de caracterización y la Escala de Perspectiva Espiritual SPS en forma dirigida: debido a las características del instrumento, el investigador realizó las preguntas, haciendo las aclaraciones pertinentes, sin inducir las respuestas.

3.10.2.11 Tabulación de la prueba piloto

Los datos obtenidos de la prueba piloto, de la ficha sociodemográfica, y la escala de Perspectiva Espiritual SPS, se registraron diariamente, según las instrucciones de la autora Pamela Reed, en una base Excel, para realizar el posterior análisis estadístico.

3.10.2.12 Análisis estadístico de la prueba

El análisis estadístico se hizo por medio de análisis de **varianza ANOVA**, pruebas no paramétricas: **chi cuadrado**, que permitieron realizar el contraste de hipótesis, y la comparación de las medias de los datos de las diferentes variables, determinando los niveles de significado estadístico; y el coeficiente de correlación, que permitió establecer la relación lineal entre las variables cuantitativas en forma independiente de la escala de medida de las variables.

3.10.3 Determinación del tamaño de la muestra

Se realizaron cálculos de las estadísticas básicas, promedios, desviaciones estándar, y correlaciones, para cada uno de los 10 ítems, y para las creencias y los comportamientos, con el objeto de aportar los elementos básicos para el cálculo del tamaño de la muestra.

3.10.4 Análisis estadístico de la muestra

Para efectos de comparación entre sexos y entre tiempo diagnóstico de la enfermedad, por cada ítem, por creencias espirituales y por comportamientos espirituales, se utilizó el **análisis de varianza ANOVA tradicional o no paramétrico**, según la naturaleza observada de los datos.

3.11 Resultados de la prueba piloto

3.11.1 Características de los informantes:

Los informantes captados fueron hombres y mujeres mayores de 45 años con Diabetes Mellitus asistentes a consulta de control en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, durante un mes.

3.11.2 Tamaño de la muestra

Se conformó por 30 personas (18 hombres, 12 mujeres), que cumplían los criterios de inclusión, durante un mes (4 semanas, 28 de septiembre al 28 de octubre del 2009).

3.11.3 Descripción de escenario donde se desarrolló la prueba piloto

Los servicios de consulta externa de paciente crónico, consulta médica general y especializada de Medicina Interna, en el servicio de urgencias y hospitalización de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

3.11.4 Instrumentos utilizados.

- *Escala de Glasgow*, como criterio de exclusión.
- *Escala de Perspectiva Espiritual* de Pamela Reed y *Ficha de datos sociodemográficos*.

3.11.5 Procedimiento seguido para la recolección de la información:

Los pasos desarrollados durante la prueba piloto fueron los siguientes:

3.11.5.1 Captación de pacientes

Los pacientes fueron captados al ser atendidos en los Servicios de Consulta externa de paciente crónico, Consulta médica general y especializada de Medicina Interna y en el Servicio de Urgencias y Hospitalización de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

3.11.5.2 *Aplicación del consentimiento informado*

Se firmó el Consentimiento informado previa lectura, explicación, y realización de las aclaraciones respecto de la investigación. Las personas que no sabían firmar se les pone la huella como constancia.

3.11.5.3 *Diligenciamiento del instrumento*

Una vez firmado el consentimiento informado, se realizó el diligenciamiento de la Ficha de caracterización y de la Escala de Perspectiva Espiritual SPS, en forma dirigida; por las características del instrumento, el investigador preguntó y efectuó las aclaraciones pertinentes, sin inducir las respuestas.

3.11.5.4 *Tabulación de la prueba piloto*

Los datos obtenidos de la ficha sociodemográfica y para la escala de Perspectiva Espiritual SPS, fueron registrados, diariamente, según las instrucciones de la autora Pamela Reed, en una base Excel 2007, para realizar el posterior cálculo en SPSS versión 10.0 para Windows, y se elaboró su análisis estadístico.

3.11.5.5 *Análisis estadístico de la prueba piloto*

El análisis estadístico se llevó a cabo por medio de análisis de varianza ANOVA, pruebas no paramétricas: *chi* cuadrado, que permitirá realizar el contraste de hipótesis, y la comparación de las medias de los datos de las diferentes variables, determinando los niveles de significación estadística; y el coeficiente de correlación, que permitió establecer la relación lineal entre las variables cuantitativas, en forma independiente de la escala de medida de las variables.

3.11.6 Determinación del tamaño de la muestra

Se hizo el cálculo de las estadísticas básicas, promedios, desviaciones estándar, y correlaciones para cada uno de los 10 ítems, y para las creencias y los comportamientos, con el objeto de aportar los elementos básicos para el cálculo del tamaño de la muestra.

El objetivo del trabajo es comparar el nivel de espiritualidad de los pacientes diabéticos entre sexos, entre otros criterios. Por tanto, el tamaño de muestra debe entenderse, en este contexto, como el tamaño mínimo del grupo de comparación (101).

Los elementos requeridos para este propósito y sus valores asumidos son:

- Probabilidad de error tipo I, $\alpha = 0,01$
- Probabilidad de error tipo II, $\beta = 0,05$
- $f(\alpha, \beta) = 17,8$
- Diferencia $\mu_1 - \mu_2 = 5$
- Variación de puntaje de espiritualidad en la muestra piloto: 23,2368

Con estas condiciones, el tamaño de cada grupo debe ser de al menos 34 pacientes. En consecuencia, el tamaño de muestra para efectos comparativos es de al menos 68 pacientes.

Este tamaño de muestra fue calculado mediante la expresión $n = 2\sigma^2 f(\alpha, \beta) / (\mu_1 - \mu_2)^2$

El valor de $f(\alpha, \beta) = 17,8$ se extrae de la tabla adjunta con base en las condiciones establecidas.

Tabla de Probabilidades				
Probabilidad de error tipo I	Probabilidad de error tipo II			
	0,05	0,1	0,2	0,5
0,1	10,8	8,6	6,2	2,7
0,05	13,0	10,5	7,9	3,8
0,02	15,8	13	10	5,4
0,01	17,8	14,9	11,7	6,6
Fuente: Estadística				

3.12 Análisis estadístico de datos

El análisis de datos, se realizó a través del paquete estadístico SPSS-10 (siglas en inglés del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)); se obtuvo frecuencias, porcentajes, medias de tendencia central, y asociaciones. Se utilizó el análisis de varianza ANOVA tradicional o no paramétrico, según la naturaleza observada de los datos y se aplicó la prueba de Man Whitney para efectos de comparación entre sexos, y entre tiempo diagnóstico de la enfermedad, por cada ítem, por creencias espirituales y por comportamientos espirituales.

4 CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Los datos fueron procesados estadísticamente utilizando el paquete Excel para Microsoft Office 2007 y el paquete estadístico SPSS v 10.0 para Windows.

La muestra estuvo constituida por 35 hombres y 35 mujeres; se utilizó la estadística descriptiva principalmente promedios y distribución de frecuencias.

Para describir las características sociodemográficos, se utilizó una encuesta que contiene aspectos como edad, estado civil, zona y lugar de residencia, escolaridad, ocupación, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y complicaciones asociadas, comportamientos religiosos, sistema de seguridad social y tipo de Diabetes. Se llevó a cabo el análisis descriptivo de medidas de tendencia central y de dispersión de las variables cuantitativas, y análisis de frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Para la prueba de comparación de grupos, como las muestras son independientes, se utilizó la prueba **U de Mann-Whitney**, al poderse ordenar en escala ordinal las mediciones (cuando los valores tienden a una variable continua, pero no tienen una distribución normal).

Se trabajó con un nivel de significancia de $\alpha = 0,01$; entendida como la máxima probabilidad aplicada para correr riesgos de cometer un error de tipo I, y un error tipo II, $\beta = 0,05$

Para el análisis se siguieron las indicaciones de la Dra Reed (44, 46). Para la interpretación se tomaron los niveles establecidos por la Dra. María del Refugio Zavala y colaboradores en su estudio sobre bienestar espiritual en pacientes diabéticos (30).

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.2.1 Datos sociodemográficos

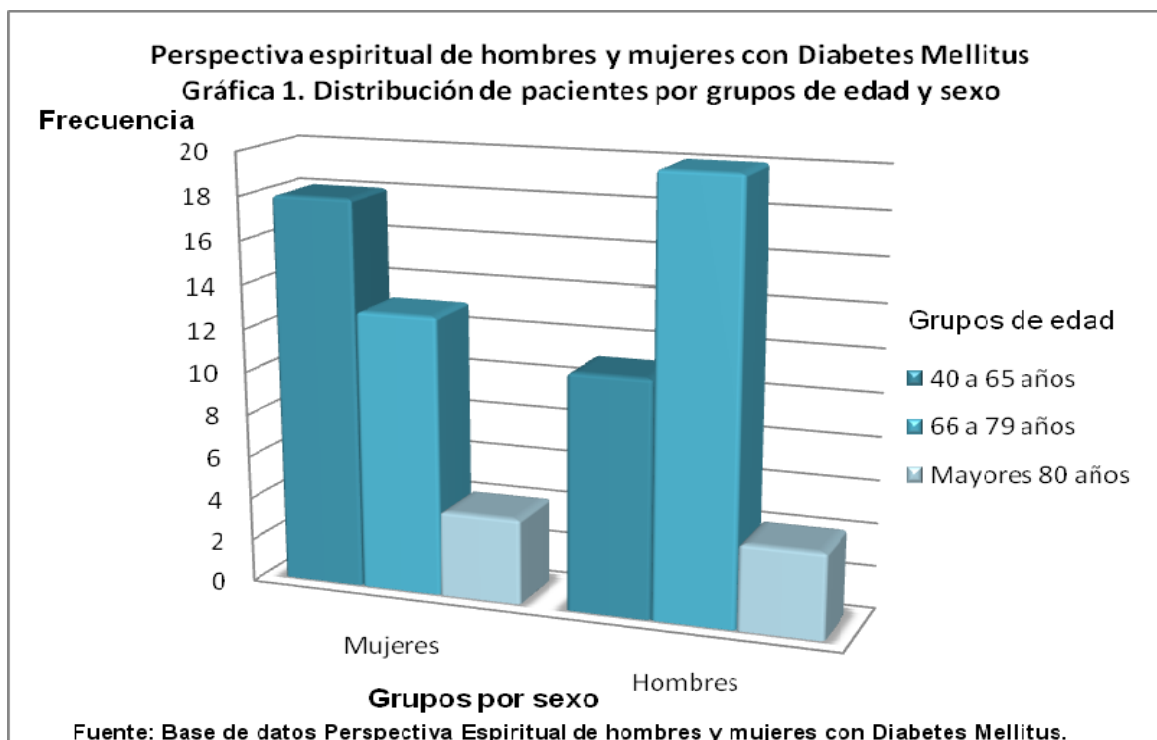
4.2.1.1 Edad:

De acuerdo con la clasificación de la edad, propuesta por Erickson (34, 35), como se observa en la tabla 1, en la página siguiente, el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres con edades comprendidas entre 40 y 65 años que corresponde a Adultez intermedia, mientras que el mayor porcentaje en los hombres se presenta en las edades comprendidas entre 66 a 79, que corresponde a la tardía.

En esta investigación, el promedio de edad para las mujeres fue de 67 años, y 68 para los hombres, con una desviación estándar de 11,32 años para las mujeres y de 10,58 años para los hombres; una mediana de 65 para las mujeres, y de 69 para los hombres; y con una moda de 64 años para las mujeres y 67 años para los hombres.

Tabla 1. Distribución de pacientes por grupos de edad y sexo				
Grupo de edad	Sexo			
	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adulthood Intermedia: 40 a 65 años	18	51,43	11	31,43
Adulthood Tardía: 66 a 79 años	13	37,14	20	57,14
Senectud: Mayores de 80 años	4	11,43	4	11,43
Total	35	100	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes

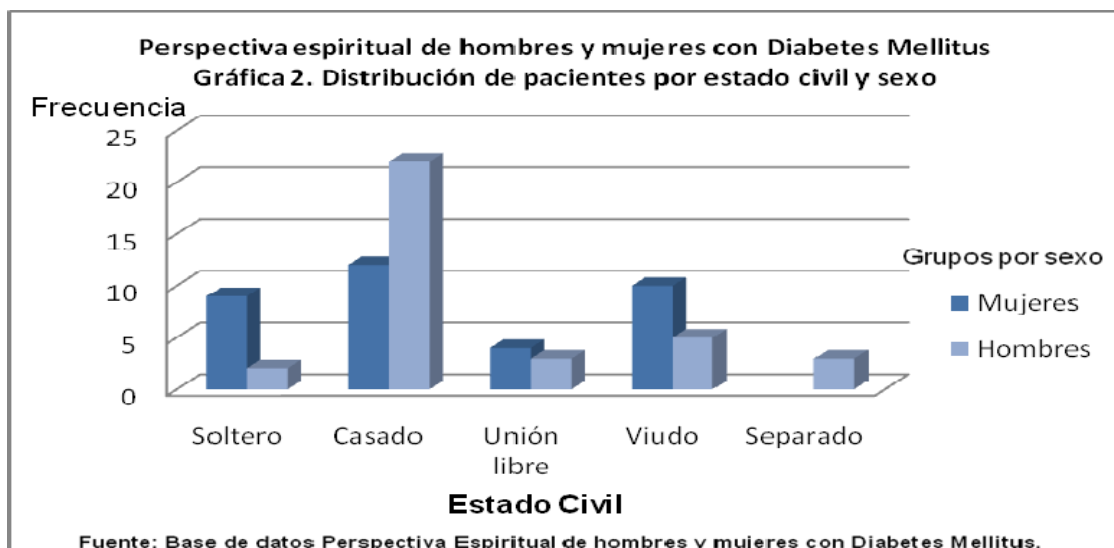


4.2.1.2 Estado civil

De la información en la tabla 2 se deriva que el estado civil *casado* presenta mayor frecuencia para ambos grupos, con un 34.26% para las mujeres y un 62.86% para los hombres; los viudos constituyen el segundo grupo en frecuencia en la distribución, con un 28,57% para las mujeres y con un 14.29%, para los hombres. No se encontraron mujeres separadas, mientras que en el grupo de los hombres se encontró el 8.57%.

Estado civil	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	25,71	2	5,71
Casado	12	34,26	22	62,86
Unión libre	4	11,43	3	8,57
Viudo	10	28,6	5	14,29
Separado	0	0	3	8,57
Total	35	100	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres

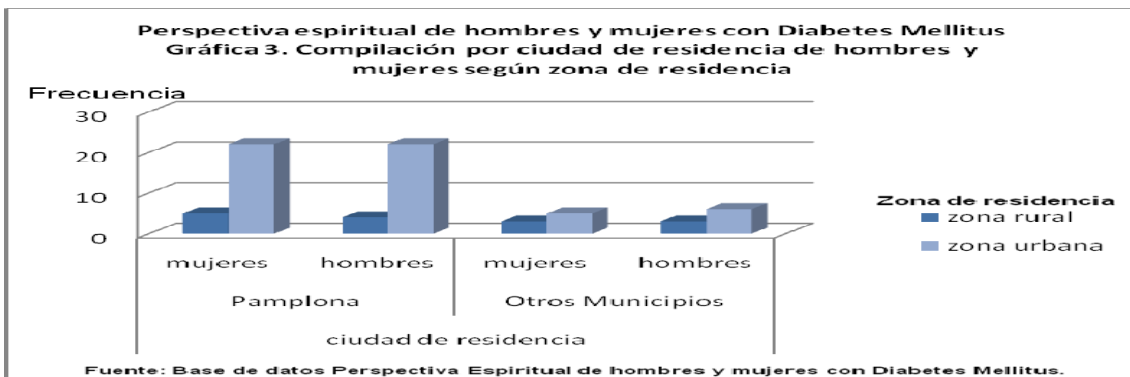


4.2.1.3 Zona y ciudad de residencia:

En relación con la zona y ciudad de residencia de los pacientes diabéticos de la muestra, se observa en la tabla 3, que la mayoría de ambos grupos reside en el área urbana con un 77,14% para el grupo de mujeres y con un 80% para el grupo de hombres; la mayoría vive en el municipio de Pamplona con un 77,14% de las mujeres y el 74,29% de los hombres; el restante reside en otros municipios, cuya cobertura de servicios de Segundo Nivel de atención está a cargo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, incluyendo los municipios de la provincia: Pamplonita, Labateca, Toledo, Cécota, Chitagá, Mutiscua, Silos, y los municipios de Chinácota y Fortul (Arauca).

Ciudad de residencia	Mujeres				Hombres			
	zona rural		zona urbana		zona rural		zona urbana	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Pamplona	5	14,29	22	62,86	4	11,43	22	62,86
Otros Municipios	3	8,57	5	14,28	3	8,57	6	17,14
Total	8	22,86	27	77,14	7	20	28	80

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.



4.2.1.4 Escolaridad

La escolaridad de los pacientes diabéticos de la muestra, en ambos grupos, tiende a ser baja. En la tabla 4 se observa que la mayoría ha cursado primaria incompleta con un 40% para las mujeres y un 37,14 % para los hombres; seguido de los que no tienen ninguna escolaridad e incluso no saben leer ni escribir, con un 28,57% para las mujeres y un 20% para los hombres. Es de resaltar que tan sólo el 2,86% de los hombres y mujeres diabéticos alcanzan el bachillerato completo en cada grupo. Así mismo, únicamente el 11,44% de los hombres tienen educación superior posgradual, mientras en las mujeres no se registra.

Escolaridad	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	10	28,57	7	20
Primaria incompleta	14	40	13	37,14
Primaria completa	6	17,14	5	14,28
Bachillerato incompleto	4	11,43	5	14,28
Bachillerato completo	1	2,86	1	2,86
Posgradual	0	0	4	11,44
TOTAL	35	100	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes

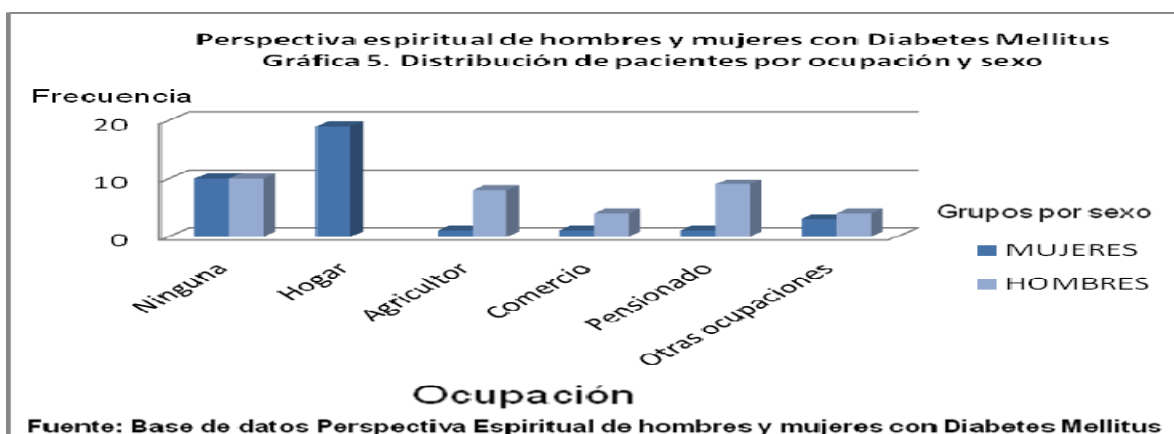


4.2.1.5 Ocupación

En relación con la ocupación de los pacientes diabéticos de la muestra atendida en el Hospital San Juan de Dios, en la tabla 5 se observa, en el grupo de las mujeres, el desarrollo del rol tradicional de dedicación al hogar con un 54,28%; seguido de un 28,57% de personas en ambos grupos que no tienen ninguna. Por otra parte, el 25,71% de los hombres son pensionados, mientras de las mujeres tan sólo el 2,86%; así mismo, el 22,87% de los hombres se dedican a la agricultura, mientras únicamente el 2,86% de las mujeres tienen este oficio. La minoría de los grupos está dedicada a otras ocupaciones: el 11,43% de los hombres labora en la docencia, la construcción, la música, la jardinería; mientras el 8,57% del de las mujeres se dedica a la artesanía, el cuidado de niños y a los oficios varios.

Ocupación	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	10	28,57	10	28,57
Hogar	19	54,28	0	0
Agricultor	1	2,86	8	22,87
Comercio	1	2,86	4	11,43
Pensionado (jubilado)	1	2,86	9	25,7
Otras ocupaciones	3	8,57	4	11,43
Totales	35	100	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.



4.2.1.6 Tiempo de diagnóstico de la enfermedad y complicaciones asociadas

El tiempo de diagnóstico en los pacientes de la muestra oscila entre cero y cuarenta años, como se aprecia en la tabla 6. El grupo con mayor porcentaje lo ocupan las mujeres con cero a diez años de diagnóstico con un 74,28%, y con una moda de 2 años; mientras que los hombres con 11 a 20 años con un 48,56% y con una moda de 20 años.

Así mismo, en esta investigación, en el grupo de mujeres los años de diagnóstico de Diabetes Mellitus promedio es de 8,84 años, mientras en los hombres es de 12,21, encontrándose una desviación estándar de 9,34 años para las mujeres y de 8,22 para el grupo de los hombres. La mediana del período de diagnóstico es de 5 años para las mujeres y de 12 años para el grupo de los hombres.

En relación con las complicaciones asociadas, se denota que en ambos grupos tan sólo el 11,43% de cada uno tiene diagnóstico de sin complicaciones, mientras el resto presenta la aparición de hipertensión arterial, neuropatía y retinopatía diabética durante los primeros diez años de la enfermedad, como se refiere en la gráfica 6.

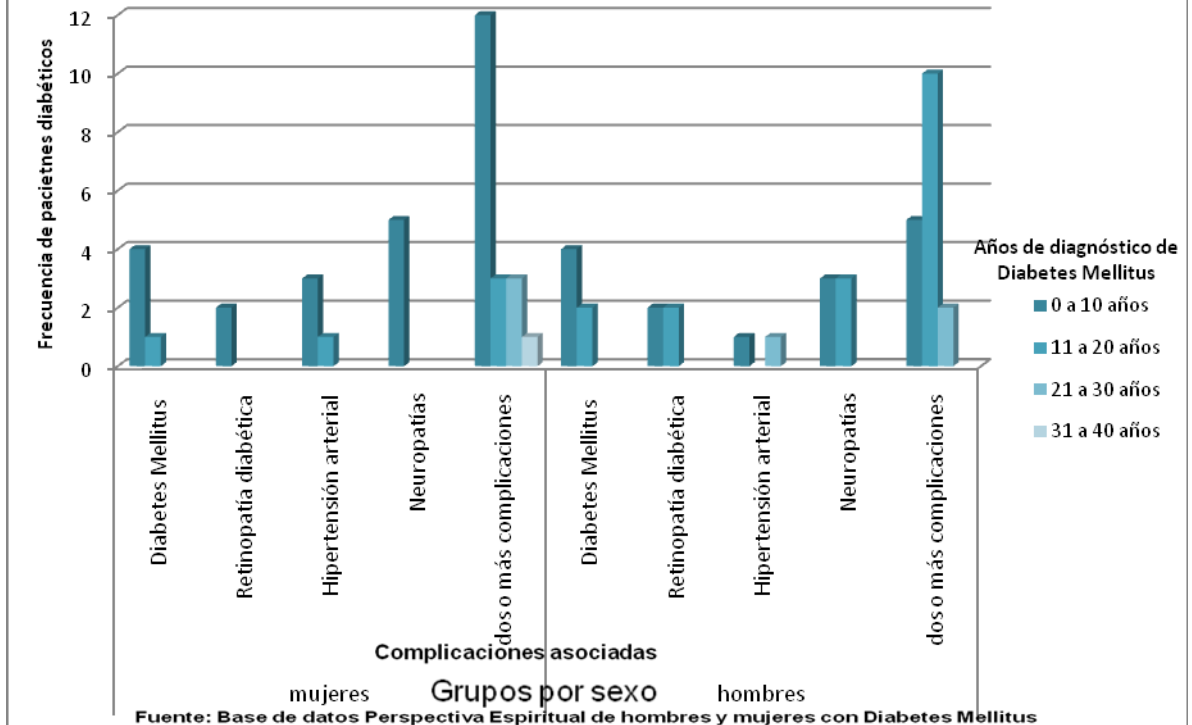
Por otra parte, al analizar en general los grupos predomina, el tener más de dos complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus, con un 54,28% para las mujeres y un 48,57% para los hombres, seguidos de las neuropatías con un 14,29% en las mujeres y un 17,64% en los hombres.

Tabla 6. Compilación por años de diagnóstico de mujeres y hombres con Diabetes Mellitus según complicaciones asociadas.

SEXO	Tiempo de diagnóstico en años	Complicaciones asociadas									
		Diabetes Mellitus sin complicaciones		Retinopatía diabética		Hipertensión arterial		Neuropatías		Dos o más complicaciones	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	0 a 10 años	4	11,43	2	5,71	3	8,57	5	14,29	12	34,28
	11 a 20 años	1	2,86	0	0	1	2,86	0	0	3	8,57
	21 a 30 años	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8,57
	31 a 40 años	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,86
	Totales	5	14,29	2	5,71	4	11,43	5	14,29	19	54,28
Hombres	0 a 10 años	4	11,44	2	5,71	1	2,86	3	8,57	5	14,29
	11 a 20 años	2	5,71	2	5,71	0	0	3	8,57	10	28,57
	21 a 30 años	0	0	0	0	1	2,86	0	0	2	5,71
	31 a 40 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Totales	6	17,15	4	11,42	2	5,72	6	17,14	17	48,57

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

Perspectiva espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus
 Gráfica 6. Compilación por años de diagnóstico de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus según complicaciones asociadas.



4.2.1.7 Práctica religiosa

Como se refleja en la tabla 7, predomina la práctica religiosa católica con 100% para las mujeres y un 80% para los hombres; mientras el 14,29% de los hombres entrevistados realiza otro tipo de comportamientos como la religión cristiana, adventista, testigo de Jehová y el grupo gnóstico; tan sólo el 5,71% no tiene adherencia a ninguna.

Práctica religiosa	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Católica	35	100	28	80
Otra	0	0	5	14,29
Ninguna	0	0	2	5,71
Total	35	100	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

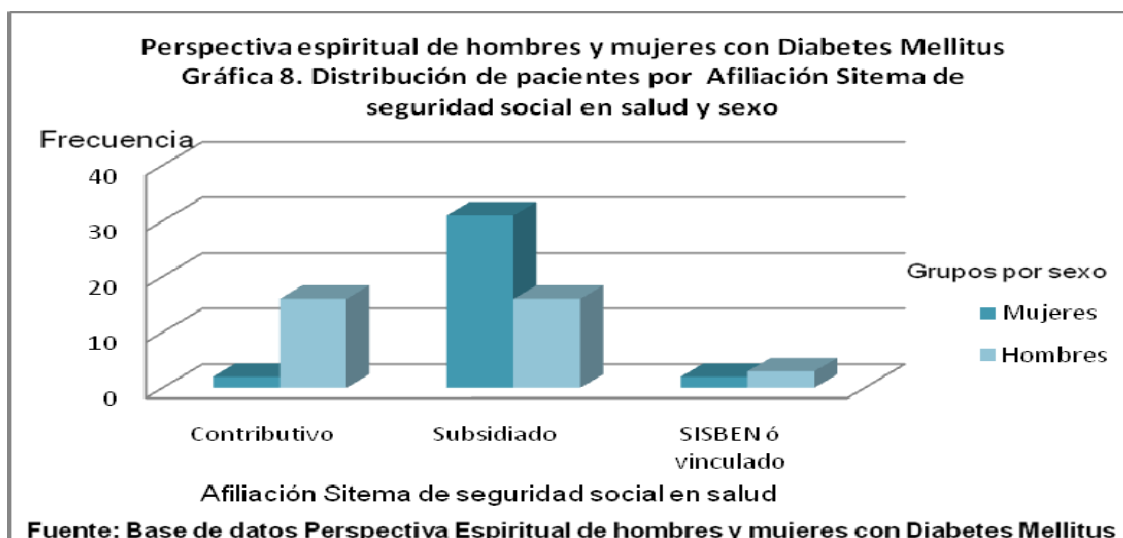


4.2.1.8 Sistema General de Seguridad Social

Como se observa en la tabla 8, en el grupo de mujeres el mayor porcentaje lo ocupa el régimen subsidiado con un 88,57%, seguidos en igualdad del contributivo y el vinculado con un 5,71% cada uno, mientras que en el grupo de hombres se presenta igualdad entre el régimen contributivo y subsidiado con un 45,71% cada uno, tan sólo el 8,57% de este grupo pertenece a los vinculados.

Régimen de seguridad social	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Contributivo	2	5,71	16	45,71
Subsidiado	31	88,57	16	45,71
Vinculado	2	5,71	3	8,57
Totales	35	100	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

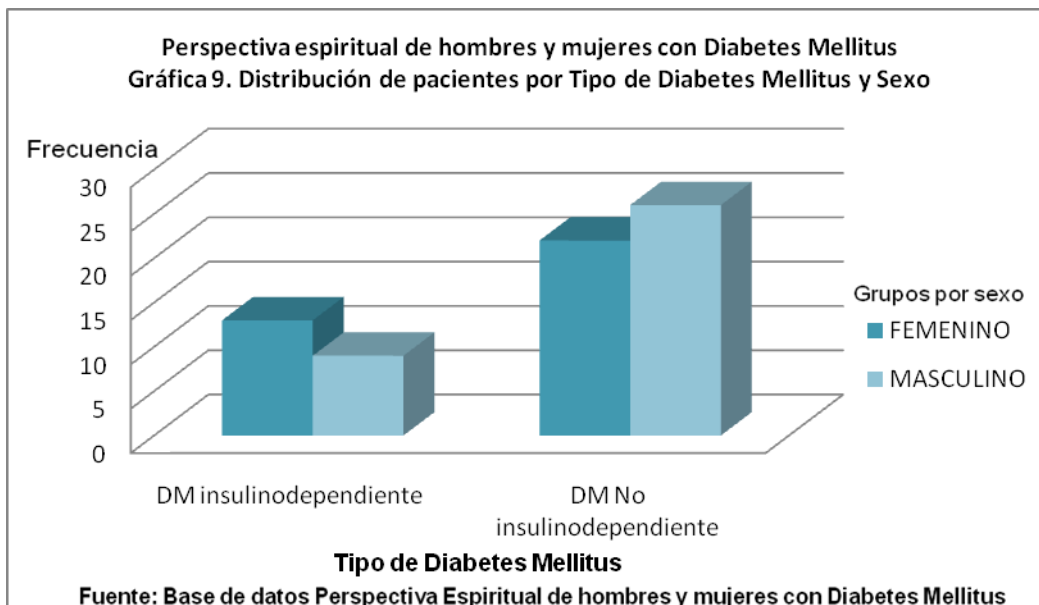


4.2.1.9 Tipo de Diabetes

En la muestra de la investigación de Perspectiva espiritual, la Diabetes no insulino dependiente ocupa el mayor porcentaje para ambos grupos, con un 62,86% para las mujeres y un 74,29% para el grupo de los hombres, como lo muestra la tabla 9.

Tipo de Diabetes	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
DM insulino dependiente	13	37,14	9	25,71
DM No insulino dependiente	22	62,86	26	74,29
Totales	35	100	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes



4.2.2 Instrumento Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)

4.2.2.1 Comportamientos espirituales

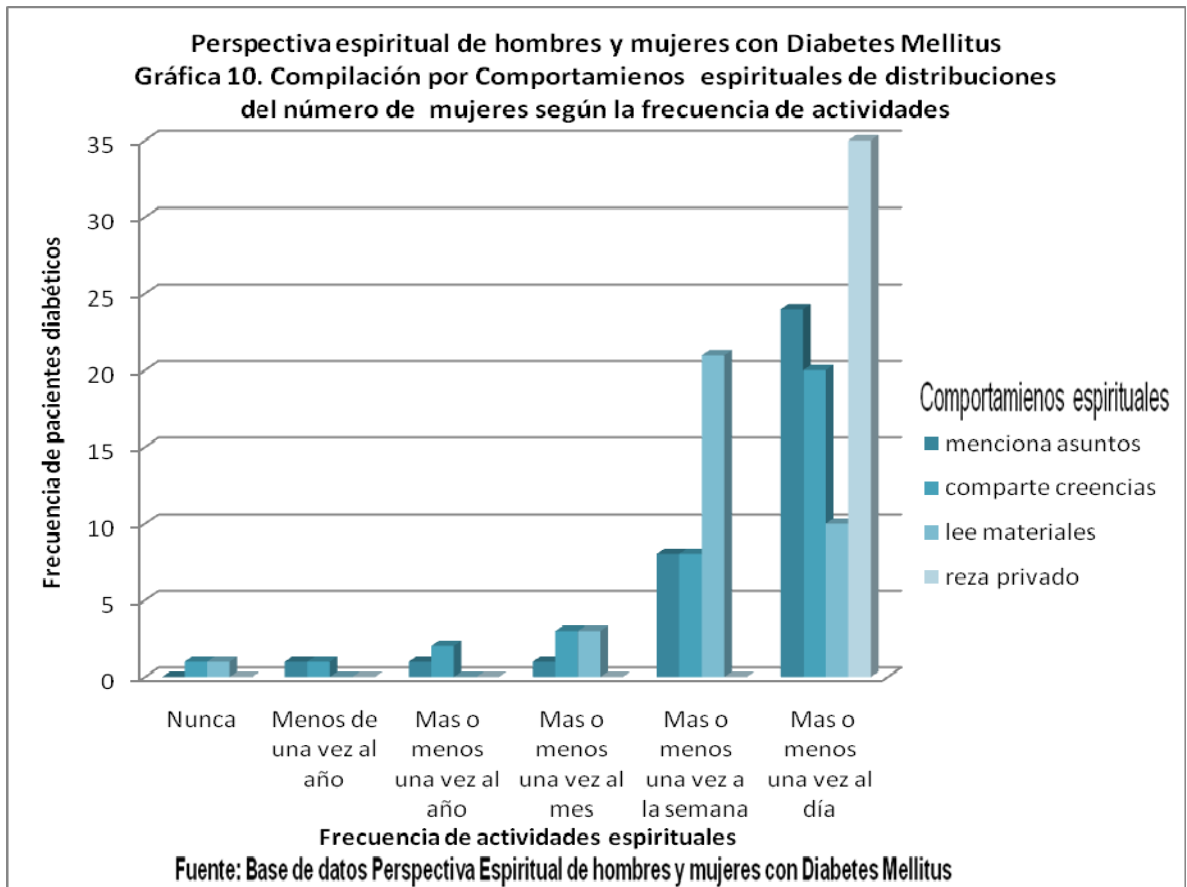
La tabla 10 presenta los comportamientos espirituales de las mujeres diabéticas. En las que tienden a ser realizadas cotidianamente, se observa que el 68,57% de las mujeres, cuando hablan cada día con su familia o sus amigos, mencionan asuntos espirituales; el 57,14% refieren que, habitualmente, comparten con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales y la totalidad de las mujeres manifiesta rezar diariamente en privado. Con menos frecuencia en su realización, pero mayoritariamente, el 60% de las mujeres señala leer una vez a la semana materiales de apoyo espiritual.

Los valores de los comportamientos espirituales de las mujeres varían de 15 a 24 puntos, con un promedio de 21,77, con una desviación estándar de 2,33, una mediana de 22, y una moda de 23.

Tabla 10. Compilación por prácticas espirituales de distribuciones del número de mujeres según la frecuencia de actividades

PRÁCTICAS ESPIRITUALES	Nunca		Menos de una vez al año		Mas o menos una vez al año		Mas o menos una vez al mes		Mas o menos una vez a la semana		Mas o menos una vez al día		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cuando está hablando con su familia o sus amigos. Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	0	0	1	2,86	1	2,86	1	2,86	8	22,86	24	68,56	35	100
Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	1	2,86	1	2,86	2	5,71	3	8,57	8	22,86	20	57,14	35	100
Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	1	2,86	0	0	0	0	3	8,57	21	60	10	28,57	35	100
Cuántas veces reza usted en privado?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	100	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.



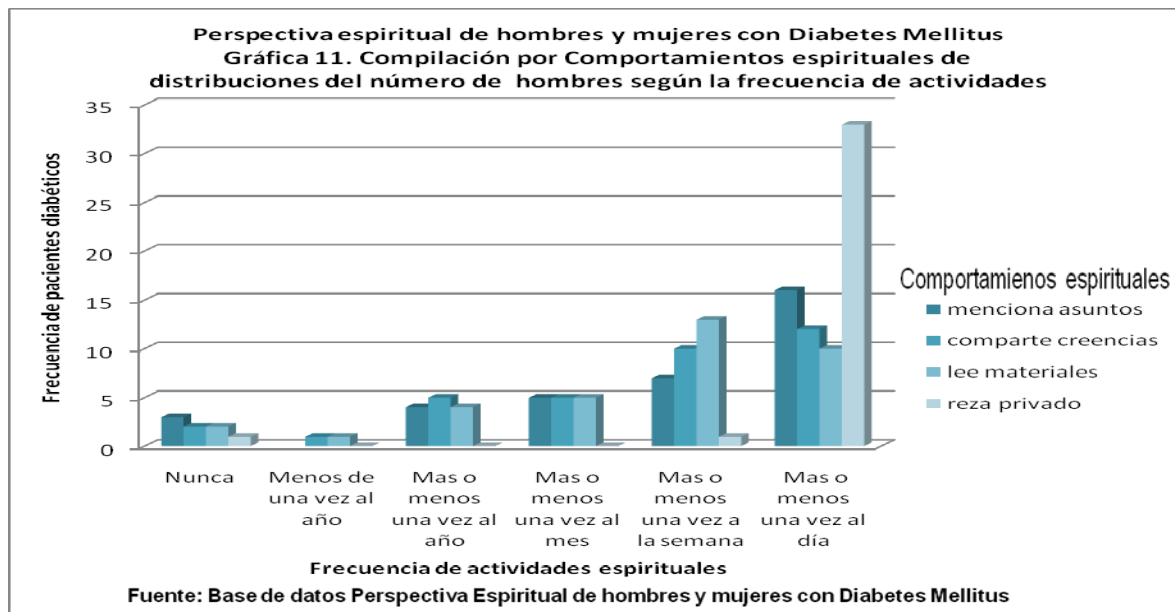
De manera semejante, como lo muestra la tabla 11, los comportamientos espirituales de los hombres diabéticos tienden, igualmente, a ser realizadas a diario: el 45,71% de los hombres menciona cada día asuntos espirituales cuando habla con su familia o sus amigos, el 34,28% de los hombres refieren compartir cotidianamente con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales y 94,28% de los hombres manifiestan rezar diariamente en privado. Con menos frecuencia, pero mayoritariamente, el 37,14% de los hombres señala leer una vez a la semana materiales de apoyo espiritual.

Los valores de los comportamientos espirituales de los hombres varían de 9 a 24 puntos, con un promedio de 19,77, con una desviación estándar de 2,33, una mediana de 22, y una moda de 23.

Tabla 11. Compilación por prácticas espirituales de distribuciones del número de hombres según la frecuencia de actividades

PRÁCTICAS ESPIRITUALES	Nunca		Menos de una vez al año		Mas o menos una vez al año		Mas o menos una vez al mes		Mas o menos una vez a la semana		Mas o menos una vez al día		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cuando está hablando con su familia o sus amigos. Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	3	8,57	0	0	4	11,43	5	14,29	7	20	16	46	35	100
Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	2	5,71	1	2,86	5	14,29	5	14,29	10	28,57	12	34	35	100
Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual	2	5,71	1	2,86	4	11,43	5	14,29	13	37,14	10	29	35	100
Cuántas veces reza usted en privado?	1	2,86	0	0	0	0	0	0	1	2,86	33	94	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.



4.2.2.2 Comparación de los comportamientos espirituales de mujeres y hombres diabéticos

En cuanto a mencionar asuntos espirituales cuando habla con su familia o amigos, se destacan el grupo de las mujeres, quienes mayoritariamente realizan esta práctica en forma diaria con un 68,56%, y semanal con un 22,86%, muy por encima de los hombres con un 45,71% diaria y 20% semanal. Por otra parte, la minoría de la población efectúa la práctica de mencionar asuntos espirituales cuando habla con su familia o amigos en forma mensual con una participación del 14,29% en los hombres, y sólo el 2,86% de las mujeres. Seguida esta práctica de la anual en los hombres, que es del 11,43%, mientras en las mujeres sólo es el 2,86%. Por otra parte, las mujeres que llevan a cabo esta práctica menos de una vez al año son el 2,86%, mientras el 8,57% de los hombres nunca menciona asuntos espirituales cuando habla con su familia o amigos.

El comportamiento de compartir con otros de acuerdo con las creencias espirituales es realizado diariamente por la mayoría de los pacientes diabéticos, con un 57,14% de las mujeres y un 34,28% de los hombres. Consecutivamente, le

siguen quienes manifestaron compartir con otros de acuerdo con las creencias espirituales una vez a la semana, con el 28,57% de los hombres y el 22,86% de las mujeres.

Por otra parte, el 14,29% de los hombres manifestaron más o menos una vez al año compartir con otros de acuerdo con las creencias espirituales, mientras sólo el 5,71% de las mujeres lo hace. Además, el 14,29% de los hombres expresaron que más o menos una vez al mes comparten con otros de acuerdo con las creencias espirituales, mientras sólo el 8,57 % de las mujeres lo hace.

Minoritariamente, el 5,71% de los hombres manifestó nunca realizar el comportamiento diario de compartir con otros de acuerdo con las creencias espirituales, mientras sólo el 2,86% de las mujeres lo manifestaron. Seguidamente, encontramos el 2,86% de los hombres y las mujeres, quienes manifestaron compartir con otros de acuerdo con las creencias espirituales, menos de una vez al año.

Pertinente a la lectura de materiales de *algo* espiritual, mayoritariamente, el 60% de las mujeres manifestaron la práctica una vez a la semana, mientras sólo el 37,14% de los hombres lo hace. Seguido del grupo de hombres y mujeres que realizan la lectura diaria con un 28,57% en cada grupo.

En orden de práctica, el 14,29% de los hombres manifestaron más o menos una vez al mes leer materiales de algo espiritual, mientras sólo el 8,57 de las mujeres lo hace. Por otra parte, el 11,43% de los hombres manifestaron más o menos una vez al año leer materiales de *algo* espiritual.

Minoritariamente, el 5,71% de los hombres manifestó nunca leer materiales de algo espiritual, mientras sólo el 2,86% de las mujeres lo manifestaron por retinopatía diabética y no tener quién les leyera. Solamente, el 2,86% de los hombres señalaron que menos de una vez al año leen materiales de algo espiritual.

El 100% de los mujeres dijo que más o menos una vez al día rezan en privado. El 94,28% de los hombres expresó que más o menos una vez al día rezan en privado. Sólo el 2,86% manifestó que más o menos una vez a la semana rezan en privado, mientras que solo el 2,86% nunca lo hace en privado.

4.2.2.2.1 Creencias espirituales

En la muestra de la investigación, se obtuvo que, en ambos grupos, predominan los acuerdos con las creencias espirituales:

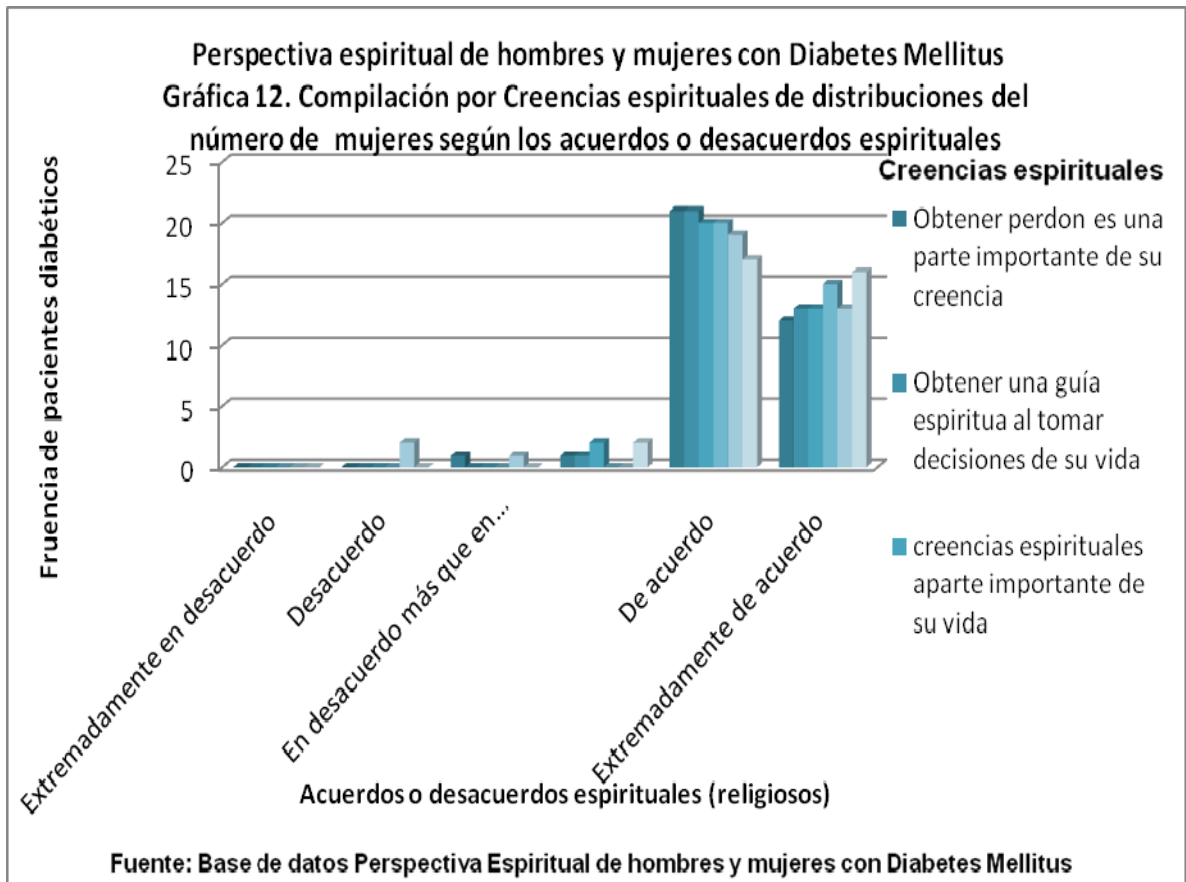
Las de las mujeres diabéticas, como se observa en la tabla 12, tienden a estar de acuerdo con sus creencias: el 60% de las mujeres diabéticas está de acuerdo con que tratar de obtener perdón es una parte importante. De la misma manera, el 60% de las mujeres está de acuerdo en obtener una guía de este tipo para tomar las decisiones en cada día de su vida. El 57,14% de las mujeres aseguran que son una parte importante de su vida; el 57,14% de las mujeres pacientes diabéticos está de acuerdo en que frecuentemente, en momentos importantes de su vida diaria, se siente muy cerca de Dios o de un 'Poder' más grande; el 54,28% de las mujeres diabéticas está de acuerdo en que sus creencias han afectado su vida; con menos frecuencia en su aceptación, pero mayoritariamente, el 48,57% de las mujeres diabéticas apoya el hecho de que son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tienen sobre el significado de la vida.

Los valores de las creencias espirituales de las mujeres varían de 24 a 36 puntos, con un promedio de 31,89 puntos, con una desviación estándar de 3,25, con una mediana y una moda de 30.

Tabla 12. Compilación por creencias espirituales de distribuciones del número de mujeres según los acuerdos o desacuerdos espirituales (religiosos)

CREENCIAS ESPIRITUALES	ACUERDOS O DESACUERDOS CON RELACIÓN A DIFERENTES ASPECTOS ESPIRITUALES (RELIGIOSOS)													
	Extremadamente en desacuerdo		Desacuerdo		En desacuerdo más que en acuerdo		De acuerdo más que en desacuerdo		De acuerdo		Extremadamente de acuerdo		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Trata de obtener perdón en una parte importante de su creencia espiritual	0	0	0	0	1	2,86	1	2,86	21	60	12	34,28	35	100
Trata de obtener guía espiritual al tomar las decisiones en cada día de su vida	0	0	0	0	0	0	1	2,86	21	60	13	37,14	35	100
Sus creencias espirituales son un aparte importante de su vida	0	0	0	0	0	0	2	5,72	20	57,14	13	37,14	35	100
Frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un “poder” mas Grande en momentos importantes de su vida diaria	0	0	0	0	0	0	0	0	20	57,14	15	42,86	35	100
Sus creencias espirituales han afectado su vida	0	0	2	5,72	1	2,86	0	0	19	54,28	13	37,14	35	100
Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida	0	0	0	0	0	0	2	5,72	17	48,57	16	45,71	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.



De igual forma, las de los hombres diabéticos, como se observa en la tabla 13, tienden a estar de acuerdo con sus creencias: el 54,28% de los hombres diabéticos está de acuerdo en que tratar de obtener perdón es una parte importante; el 57,14% de los hombres está de acuerdo en obtener guía espiritual al tomar las decisiones en cada día de su vida; el 54,28% de los hombres diabéticos están de acuerdo en son una parte importante de su vida; el 51,42% de los hombres, pacientes diabéticos está de acuerdo en que frecuentemente, en momentos importantes de su vida diaria, se siente muy cerca de Dios o de un 'Poder' más grande; minoritariamente, el 45,71% de los hombres diabéticos asegura que sus creencias espirituales han afectado su vida; y el 62,86% de los hombres diabéticos está de acuerdo en que sus creencias espirituales son

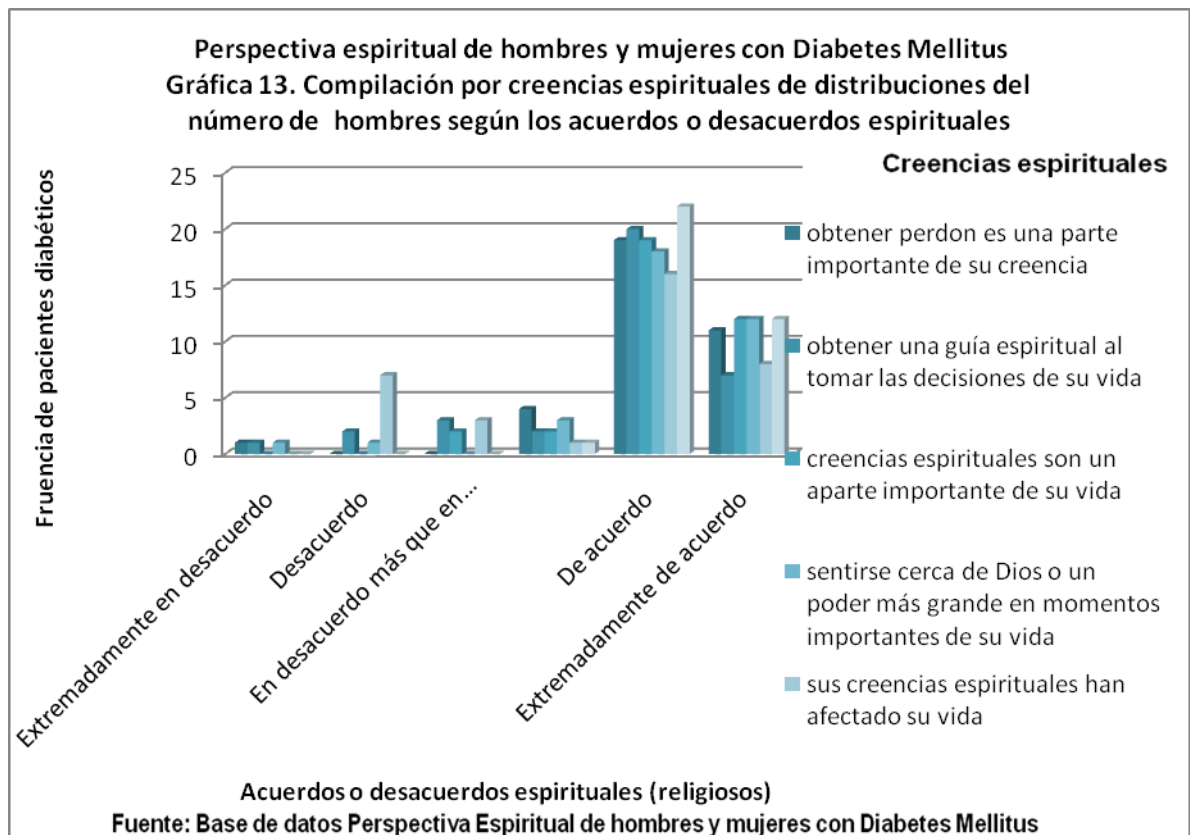
especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tienen sobre el significado de la vida.

Los valores de las creencias espirituales de los hombres varían de 17 a 36 puntos, con un promedio de 29,74, con una desviación estándar de 4,65, con una mediana y una moda de 30.

Tabla 13. Compilación por creencias espirituales de distribuciones del número de hombres según los acuerdos o desacuerdos espirituales (religiosos)

CREENCIAS ESPIRITUALES	ACUERDOS O DESACUERDOS CON RELACIÓN A DIFERENTES ASPECTOS ESPIRITUALES (RELIGIOSOS)													
	Extremadamente en desacuerdo		Desacuerdo		En desacuerdo más que en acuerdo		De acuerdo más que en desacuerdo		De acuerdo		Extremadamente de acuerdo		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Trata de obtener perdón en una parte importante de su creencia espiritual	1	2,86	0	0	0	0	4	11,42	19	54,28	11	31,44	35	100
Trata de obtener guía espiritual al tomar las decisiones en cada día de su vida	1	2,86	2	5,72	3	8,57	2	5,71	20	57,14	7	20	35	100
Sus creencias espirituales son un aparte importante de su vida	0	0	0	0	2	5,72	2	5,72	19	54,28	12	34,28	35	100
Frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un “poder” mas Grande en momentos importantes de su vida diaria	1	2,86	1	2,86	0	0	3	8,58	18	51,42	12	34,28	35	100
Sus creencias espirituales han afectado su vida	0	0	7	20	3	8,57	1	2,86	16	45,71	8	22,86	35	100
Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida	0	0	0	0	0	0	1	2,86	22	62,86	12	34,28	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.



4.2.2.3 Comparación de las creencias espirituales de mujeres y hombres diabéticos

Referente a tratar de obtener perdón como parte importante de su creencia espiritual, mayoritariamente están de acuerdo con esta creencia el 60% de las mujeres y el 54,28% de los hombres. Seguidamente, están extremadamente de acuerdo con esta creencia el 34,28% de las mujeres y el 31,44% de los hombres. Por otra parte, minoritariamente están de acuerdo más que en desacuerdo de que tratar de obtener perdón es una parte importante de su creencia, el 11,42% de los hombres y solo el 2,86% de las mujeres. Seguido del 2,86% de las mujeres que

está en desacuerdo y el 2,86 de los hombres que está extremadamente en desacuerdo.

Concerniente al tratar de obtener una guía espiritual para tomar decisiones cada día de su vida, mayoritariamente, está de acuerdo con esta creencia el 60% de las mujeres, y el 57,14% de los hombres; mientras el 37,14% de las mujeres y el 20% de los hombres están extremadamente de acuerdo. A continuación, están de acuerdo, más que en desacuerdo, el 5,71 de los hombres, y el 2,86 % de las mujeres. Minoritariamente, en relación con esta creencia, predominan los desacuerdos en los hombres con: en desacuerdo más que en acuerdo el 8,57%; en desacuerdo 5,72%; De acuerdo más que en desacuerdo, 5,71. Extremadamente en desacuerdo 2,86%.

Pertinente a las creencias espirituales como una parte importante de su vida los diabéticos respondieron en su mayoría estar extremadamente de acuerdo, 37,14% mujeres y 34,28% hombres; seguidamente, están de acuerdo 54,28% de los hombres y el 5,72% de las mujeres. Por otra parte, están de acuerdo más que en desacuerdo el 57,14% de mujeres y el 5,72% de los hombres. Minoritariamente están en desacuerdo más que en acuerdo el 20%de mujeres y el 5,72% de los hombres.

En relación a si frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un 'Poder' más grande en momentos importantes de su vida diaria, el 57,14% de las mujeres y el 51,42% está de acuerdo; el 42,86% de las mujeres y 34,28% de los hombres están extremadamente de acuerdo; el 8,58% está de acuerdo más que en desacuerdo; el 2,86% está en desacuerdo y el 2,86% está extremadamente en desacuerdo.

Acerca de si las creencias espirituales han afectado su vida, predominó en el grupo el 54,28% de las mujeres y el 45,71 de los hombres que está de acuerdo con esta creencia; seguidas del 37,14% de las mujeres y el 22,86% de los hombres que está en extremadamente de acuerdo. Minoritariamente el 2,86 de las mujeres y el 8,57% de los hombres está en desacuerdo más que en acuerdo con

esta creencia, y en extremadamente en desacuerdo esta el 20% de los hombres, y tan solo el 5,72% de las mujeres; apenas el 2,86% de los hombres está de acuerdo más que en desacuerdo.

En referencia a las creencias espirituales como especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida, los pacientes diabéticos respondieron con un 62,86% de hombres y un 48,57% mujeres que están de acuerdo con esta creencia; 45,71% mujeres y el 34,28% de los hombres que están extremadamente de acuerdo; el 5,72% mujeres y 2,86% de los hombres que están de acuerdo más que en desacuerdo.

4.2.2.4 Nivel de perspectiva espiritual

Se tomaron los niveles establecidos por la Dra. María del Refugio Zavala y colaboradores en su estudio sobre bienestar espiritual en pacientes diabéticos (30), en el cual presenta los siguientes niveles: de 10-30 puntos se clasifica como nivel bajo de espiritualidad, de 31-45 puntos como nivel moderado y de 46-60 puntos como nivel alto, pues en el instructivo que presenta la Dra. Pamela Reed no hay indicaciones de cómo se pueden establecer estos niveles.

Los hallazgos de los dos grupos se presentan a continuación:

En la tabla 14 se observa que **el mayor porcentaje de los participantes obtuvo un nivel de perspectiva espiritual alto, con un 91,43% para las mujeres diabéticas y un 77,14% para los hombres diabéticos.** Así mismo, en el nivel de perspectiva moderado encontramos el 8,57% de las mujeres y el 20% de los hombres. Por otra parte, en el nivel de perspectiva bajo hallamos únicamente al 2,86% del grupo de los hombres diabéticos.

En esta investigación, los valores de nivel de perspectiva espiritual de los pacientes diabéticos variaron de 26 a 60 puntos. En el nivel de perspectiva espiritual alto se encuentra ubicado el promedio, la mediana y la moda de ambos grupos; sin embargo, es mayor el promedio de las mujeres con 53,65 puntos, que el promedio de los hombres con 49,51 puntos; con una desviación estándar de

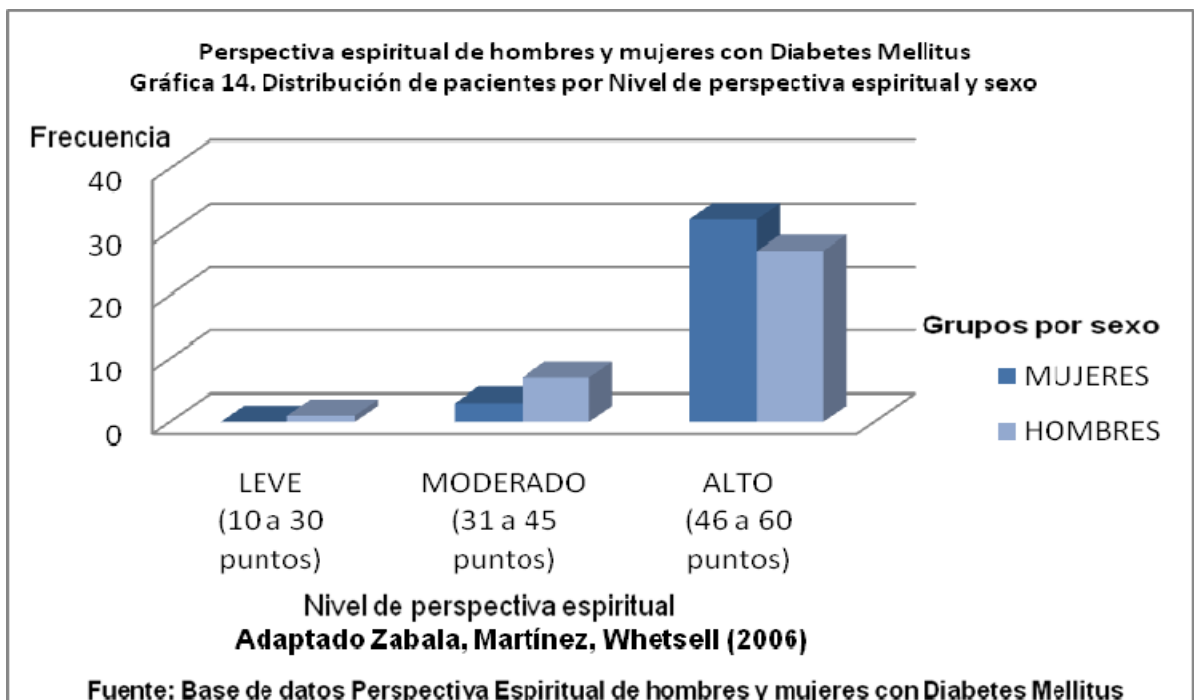
4,75 para las mujeres y de 7,66 para los hombres; con una mediana de 54 para las mujeres y de 51 para los hombres, y con una moda de 52 para las mujeres y 55 para los hombres.

Tabla 14. Distribución de pacientes por nivel de perspectiva espiritual y Sexo

Nivel perspectiva	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Leve: 10 a 30 puntos	0	0	1	2,86
Moderado: 31 a 45 puntos	3	8,57	7	20
Alto: 46 a 60 puntos	32	91,43	27	77,14
Totales	35	100	35	100

Niveles de perspectiva Espiritual: Leve: 10-30, Moderado: 31-45; Alto: 46-60; adaptado de Zabala, Martínez, Whetsell

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.



4.2.3 Análisis de la VARIANZA ANOVA

Si se asume un **comportamiento Gaussiano**, el **análisis ANOVA** revela **diferencias significativas ($p < 0,01$)**, en el nivel de espiritualidad medio entre hombres y mujeres, lo cual viene a apoyar la hipótesis que se plantea en esta investigación: “*La perspectiva espiritual de las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, es diferente a la de los hombres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona*”, como se refiere en la tabla 15. El cuadro de ANOVA reporta un valor $p = 0,00832$, lo cual indica una diferencia altamente significativa entre los promedios de espiritualidad

Tabla 15. Tabla de ANOVA de un factor: sexo y perspectiva					
Tabla de ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Medio cuadrado	F	Valor p
perspectiva * SEXO intergrupos (combinadas)	300,357143	1	300,3571	7,387714	0,00832
perspectiva * SEXO intragrupos	2764,62857	68	40,6563		
Total	3064,98571	69			

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

a) Pruebas no paramétricas:

Con el fin de obviar el supuesto riguroso del comportamiento acampanado se acudió a una prueba no paramétrica. La *Prueba de Mann-Whitney*, como se observa en la tabla 17, ratifica la conclusión estadística anterior y, en consecuencia, respalda la hipótesis de trabajo ($p 0,02$). Como se observa, el rango medio correspondiente a las observaciones procedentes de la muestra de mujeres es mayor al correspondiente a las observaciones de la muestra de hombres y, en consecuencia, hay diferencias significativas entre las puntuaciones asignadas por estos dos colectivos.

Tabla 16. <i>Prueba de Mann-Whitney</i>				
	SEXO	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos perspectiva	Mujeres	35	41,14	1440
	Hombres	35	29,86	1045
	Total	70		
Estadísticos de contraste - Variable de agrupación: SEXO				Perspective
U de Mann-Whitney				415
W de Wilcoxon				1045
Z				-2,325
Sig. asintót. (bilateral)				0,02

El valor del estadístico U es 415 aproximando su distribución de probabilidad a la normal obtenemos un valor estandarizado Z igual a -2,325, concluyendo que, la probabilidad del valor de U con respecto al promedio es 0,02; por lo tanto, le corresponde una probabilidad menor que el nivel de significación 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo (tabla de probabilidades asociadas en valores extremos como los de 2 en la distribución normal), rechazándose los niveles de significación habituales. Consecuentemente, se acepta la hipótesis de que *la perspectiva espiritual de las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, es mayor a la de los hombres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.*

Con el fin de valorar su plausibilidad, que contempló este trabajo y directriz del mismo, se planteó un sistema de hipótesis estadísticas, cuya *hipótesis nula* conjetura que el nivel de espiritualidad medio *no* manifiesta diferencias acentuadas entre mujeres y hombres diabéticos. Con el objeto de explorar evidencias cuantitativas a favor o en contra de la de la investigación se cotejó la *nula* frente a la *alterna* que, justamente, interpreta, en lenguaje estadístico, la hipótesis del trabajo. Sinópticamente, si μ_1 representa el promedio poblacional de espiritualidad de los hombres y μ_2 representa promedio poblacional de espiritualidad de las mujeres, la hipótesis *nula* se contrasta dentro del sistema:

$H_0: \mu_1 = \mu_2$ frente a $H_0: \mu_1 \neq \mu_2$

El medio para sintetizar las evidencias cuantitativas derivadas de la información acopiada, es en principio el Análisis de varianza; en su defecto una prueba no paramétrica equivalente.

4.2.4 Discusión

La presente investigación se fundamentó en el concepto de la Espiritualidad como un componente de la naturaleza humana, referido como el conocimiento de sí mismo en el sentido de una conexión con un Ser de naturaleza Superior o a la existencia de un propósito Supremo, es expresada a través de la perspectiva espiritual vivenciada mediante las creencias y comportamientos espirituales (17).

La Espiritualidad es una estrategia de apoyo en la vivencia de la Diabetes Mellitus, que, al ser valorada por medio de la Escala de Perspectiva Espiritual SPS de Reed, permitió clasificar a la gran mayoría de la muestra de esta investigación en un nivel alto de perspectiva espiritual, siendo positivo para el afrontamiento de la enfermedad, lo cual se corrobora con los estudios en adultos mayores de Reed (1992), quien refiere que, a medida que se aumenta la espiritualidad, se aumenta la fortaleza relacionada a la salud; y con el estudio de Dávila (2004), que enunció que la fortaleza alimentada por la espiritualidad fomenta la adaptación a los problemas de la vida cotidiana y a las enfermedades crónicas (102), donde se puede incluir la Diabetes. Por lo tanto, en los diabéticos la Espiritualidad ofrece un sentido de vida, dando poder al individuo, donde Whetsell y colaboradores demostraron que a niveles más altos de bienestar (perspectiva) espiritual se tienen igualmente niveles elevados de la fortaleza relacionada con la salud, significando que la cercanía con Dios muestra el camino para lograr la adaptación ante los retos del envejecimiento, con la percepción del ambiente como fuente de oportunidades y no de obstáculos (22). Además, en la vivencia con Diabetes

Mellitus, Dios es un agente de causalidad por “voluntad o castigo por los excesos”; así como de control y curación, ya que "para Dios no hay imposibles" (24).

En esta investigación se comprobó que la Perspectiva Espiritual de las mujeres es diferente a la de los hombres mayores de cuarenta años con Diabetes Mellitus que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Sin embargo, fue más alto el nivel para las mujeres en relación con los hombres con Diabetes mayores de 40 años; lo que coincide con lo referido en la literatura, donde la espiritualidad representa un recurso de la mujer para el afrontamiento efectivo, ya que, al parecer, las mujeres tienden, más que los hombres, a acercarse a Dios (102), donde además las variables sexo e ingreso tienen un efecto significativo sobre el nivel de espiritualidad.

Al revisar los comportamientos espirituales en los diabéticos mayores de 40 años, en este estudio se encontró que el grupo de mujeres tiene un puntaje promedio más alto, que el grupo de los hombres, con 21,77 y 19,77 puntos respectivamente. Al respecto, dentro de los comportamientos espirituales de los pacientes con Diabetes Mellitus, se referenció en la literatura el uso frecuente de fórmulas místicas, antes de realizar algunas acciones que se consideran de riesgo o peligrosas; y una forma protectora en el momento de la toma de los medicamentos: "en nombre de Dios... ni el veneno mata", como consecuencia de la representación negativa de los efectos de los medicamentos sobre las personas, ya que "alivian una cosa pero enferman de otra" (24).

En la investigación se reportó que el nivel promedio de creencias espirituales es mayor en las mujeres en relación con el grupo de hombres con 31,89 puntos y 29,74, respectivamente. Esto se puede explicar por lo reportado en la investigación de Torres (2005), donde se encontró que las mujeres presentan un papel de exigencia activa que se establece a través de los rezos y las peticiones específicas de ayuda; mientras que la representación de los hombres es más pasivo, en el cual sólo basta tener fe y creer en Dios, para ser sujetos depositarios de ayuda. Así, las mujeres manifiestan una forma de relación con Dios más

estrecha y de confianza, al grado que hacen peticiones de ayuda específica, mientras que por parte **de los hombres** existe una distancia de respeto. Por otra parte, en las creencias espirituales de los pacientes, se enfoca a la Voluntad de Dios no como una causa directa del padecimiento, sino como una forma de indicar que Él dejó que así sucedieran las cosas y ahora corresponde a ellos tomar un papel activo en relación con la atención de su enfermedad. Sin embargo, algunas personas representan su padecimiento como una forma de castigo por excesos cometidos, lo cual deja entrever a la enfermedad como una consecuencia a las transgresiones (24).

Al ser la espiritualidad una estrategia de afrontamiento positiva para la Diabetes, es necesario establecer, dentro de las intervenciones de enfermería, actividades que permitan fortalecer todas estos comportamientos, y en especial, ofertar espacios para hablar con la familia o amigos sobre estos asuntos, dado que el estudio encontró que el 8,57% de los hombres y el 2,86% de las mujeres no lo hacen. En el estudio se percibió, además, que el 2,86% de las mujeres nunca leen materiales espirituales a causa de la retinopatía diabética, pues no tienen quien se la realice. Así mismo, se hace importante fortalecer las creencias espirituales, en especial en los hombres diabéticos, ya que, los investigados estuvieron en extremo desacuerdo al considerar como importantes, dentro de sus creencias, el obtener perdón, guía espiritual para tomar las decisiones en cada día de su vida, y, frecuentemente, en momentos importantes de su vida diaria, sentirse muy cerca de Dios o de un 'Poder' más grande (el 2,86% de los hombres diabéticos para cada creencia). Mientras en las creencias de las mujeres estuvieron en desacuerdo que sus creencias espirituales hayan afectado su vida 5,72%.

En cuanto al estado civil, en esta investigación predominó el de *casado* para mujeres con un 34.26% y para los hombres con un 62.86%, similar a otras investigaciones (30, 102).

En la muestra de estudio se destacó el porcentaje de las mujeres en el rango de edad de la adultez intermedia, 40 a 65 años, lo cual coincide con otras

investigaciones (30). En esta etapa, según Erickson, las mujeres se interesan en especial por la familia, pero, además, buscan un cambio orientado hacia el significado de su vida, incluyendo aspectos relacionados con el crecimiento personal o espiritual, resaltando que entre los 60 y 65 años se aprende el sentido final de su vida y de lo que significa (34, 35). A diferencia de otras investigaciones (30), resalta el porcentaje de hombres de la muestra en la edad de la adultez tardía 66 a 79 años; según Erickson, las personas mayores alcanzan ahora el sentido de aceptación de la propia vida, lo cual permite la de la muerte, en especial en la senectud (80 años hasta la muerte), cuando 'la jubilación' genera un cambio en los roles de los hombres (34, 35), y la espiritualidad, al parecer, ayuda en su afrontamiento.

En esta investigación predomina la práctica religiosa católica con 100% para las mujeres y un 80% para los hombres, similar a otras investigaciones (30, 102), lo cual es importante ya que, culturalmente, desde lo religioso, la espiritualidad tiene un efecto positivo en el estilo de vida de los individuos, ya que influye positivamente en el afrontamiento de la Diabetes Mellitus, y en el estilo de vida, pues se ha encontrado que el crecimiento de la ansiedad es inversamente proporcional al de la Espiritualidad (22), en especial si los pacientes consideran que la fe les da la fuerza para sobrellevar su estado de salud hasta que Dios se los permita (30).

La baja escolaridad de los pacientes diabéticos en la investigación de Zabala en México (30); es una situación muy similar a esta investigación, donde la mayoría de pacientes ha cursado primaria incompleta, 40% para las mujeres y un 37,14 % para los hombres; seguido de los que no tienen ninguna escolaridad o incluso no saben leer, ni escribir, 28,57% para las mujeres y un 20% para los hombres, por encima de lo encontrado en México. En nuestro caso el nivel de perspectiva más bajo fue el leve, obtenido por un hombre (2,86%) con 26 puntos, el cual tiene nivel de escolaridad post gradual en ciencias puras, lo cual obliga a interrogarse si la

escolaridad y su fundamentación están relacionadas con la espiritualidad, o si no lo están, como se encontró en el estudio de Dávila (102).

Un dato demográfico pertinente para resaltar es el porcentaje de pacientes hombres y mujeres diabéticos que presentan complicaciones (88,57% en ambos grupos), como la aparición de hipertensión arterial, neuropatía y retinopatía diabética, durante los primeros diez años de la enfermedad, incluso por encima del estudio de Zabala (30). En relación con estas complicaciones se hace necesaria una buena educación nutricional en Diabetes, ya que se relacionan con la administración de la alimentación, sea por descuidos (mal pasarse, comer a deshoras) o por el consumo excesivo de alimentos que deben ser controlados (principalmente grasas y dulces). Además, la alimentación inadecuada o excesiva se representa como una forma de abuso, desmán o pecado de gula, ya que el consumo abundante de alimentos debería estar limitado a las licencias sociales que establece la cultura, como serían las fiestas tradicionales (Navidades por ejemplo) y las celebraciones familiares (24).

5 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

- La perspectiva espiritual de las mujeres es diferente a la de los hombres mayores de cuarenta años con Diabetes Mellitus que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona. *Las diferencias en los niveles de perspectiva espiritual entre los dos grupos son estadísticamente significativas lo cual, confirma la hipótesis alterna, en la cual se plantea que existen diferencias en la perspectiva espiritual de los hombres y las mujeres.*
- El nivel de perspectiva espiritual fue mas alto para las mujeres (53,65 puntos promedio) en relación a los hombres (49,51 puntos promedio) con diabetes mayores de cuarenta años que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- En la investigación el nivel de perspectiva mas bajo fue el leve, obtenido por un hombre (2,86% del total del grupo de hombres) con 26 puntos.
- Al revisar los comportamientos espirituales en los diabéticos mayores de 40 años se encontró que el grupo de mujeres tiene un puntaje promedio más alto, que el grupo de los hombres, con 21,77 y 19,77 puntos respectivamente, confirmando así la hipótesis planteada.
- Al revisar las creencias espirituales en los diabéticos mayores de 40 años se encontró que el grupo de mujeres tienen un puntaje promedio mayor en relación al grupo de hombres con 31,89 puntos y 29,74 puntos respectivamente, confirmando así la hipótesis planteada.

6 CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

- **En los currículos de enfermería, se debe fortalecer el Cuidado de Espiritual Enfermería con un abordaje holístico**, desde la práctica diaria clínica y comunitaria; ya que, promover el bienestar espiritual, ayuda al paciente a afrontar los procesos de cambio físico y psicosocial de la cronicidad de este tipo de patologías, donde las estrategias educativas de la Enfermera deben fortalecer las creencias y los comportamientos espirituales, el autocuidado del paciente, con el apoyo de su familia, para mejorar su calidad de vida.
- **Realizar estudios adicionales con muestras de características similares y/o distintas, utilizando la Escala de Perspectiva Espiritual, SPS, de Pamela Reed**, con el fin de identificar los factores implicados en la vivencia de la espiritualidad, para que las personas encuentren sentido de su existencia en función de su perspectiva espiritual expresada en creencias y comportamientos espirituales.
- Si enfermería reconoce que existe diferencia entre la perspectiva espiritual de hombres y mujeres, **debe incorporar en su práctica cuidados espirituales** en forma específica y diferente a cada grupo, valorando las creencias y los comportamientos espirituales con la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) de Reed
- **La investigación en espiritualidad debe fortalecerse generando conocimiento propio para la Enfermería**, con elementos teórico-prácticos que aumenten la calidad del cuidado acordes con las necesidades y valores socioculturales de la población; es necesario realizar un acercamiento

cualitativo para conocer las creencias y comportamientos espirituales de los pacientes diabéticos y crónicos en el contexto colombiano, retomando el significado de su vivencia y de la espiritualidad.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Protección Social. Resolución número 00412 de 2000, *Guía de atención de la diabetes tipo II*. Bogotá: 2002. [Citado 2008 octubre 3] En línea: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntdiabetesII.htm>
2. Díez BL. Consideraciones acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2. En *Invest. educ. enferm* [revista en la Internet]. 2006 Mar 24 (1): 13-4. [Citado 2008 Abril 24] En línea: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000100001&lng=ea
3. Guzmán Pérez MI. Control glicérico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería* .Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín: 2005, 13 (1): 9-13.
4. Instituto Departamental de Salud del Norte de Santander, INSALUD. *Boletín Epidemiológico*, Cúcuta: 2001, 3:17
5. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 00412 de 2000. *Norma técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años*. [Publicación en la Internet]. Bogotá: 2002. [Citado 2008 Octubre 1]. En línea: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo16062DocumentNo4072.PDF>

6. Ministerio de Protección Social, Módulo: *Análisis de Situación de Enfermedades No transmisibles Seleccionadas*, 2006: indicadores trazadores, [Publicación en la Internet]. Bogotá: 2006, 12-18. [Citado 2008 Octubre 25] En línea: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15417DocumentNo2662.PDF>.

7. Ministerio de Protección Social. Resolución número 00412 de 2000. Últimas Normas. *Guía de atención de la diabetes tipo I*. Servicio de Salud Colombia, [Publicación en la Internet]. Bogotá: 2002. [Citado 2008 Octubre 12] En línea: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntdiabetesI.htm>.

8. Becerra Bulla F. Tendencias actuales en la valoración antropométrica del anciano. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, [Revista en la Internet]. Bogotá: 2006 54 (4). [Citado 2008 Octubre 12] En línea: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v54n4/v54n4pdf/v54n4a07.pdf>

9. Grupo Diabetes SAMFyC 1996-1998, *Diabetes en el anciano*. [Publicación en la Internet]. Revisado: 18-2-98 [Citado 2008 Octubre 12] En línea: <http://www.cica.es/~samfyc/diabanc.htm>

10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Proyecciones Norte de Santander, *Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 anualizadas por Sexo y Edad*. [Publicación en la Internet] 2008 [Citado 2008 Octubre 3] 2008. En línea: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=497&Itemid=995

11. Rodríguez WF. *Perfil epidemiológico: Consolidado de Morbilidad, y consulta. Estadística 2006, 2007*. Departamento de Información e informática. Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Pamplona: 2008.
12. Vinaccia S, Orozco LM. *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*. Perspectivas en Psicología [revista en la Internet]. Universidad de San Buenaventura, Medellín: 2005, ISSN: 1794-9998 [Citado 2008 Octubre 12]; 1 (2): 125–37. En línea: http://www.usta.edu.co/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_1.pdf
13. Poveda R. *Generalidades sobre el paciente crónico*. [Publicación en la Internet]. [Consultado el 13 de septiembre del 2008]. En línea: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_1.htm
14. Jiménez S, Contreras F, Fouilloux, et al. *Intervención de Enfermería en el Cuidado del Paciente Diabético*. RFM. [online] 2001 Marzo [Citado 2008 Octubre 1]; 24 (1): 33-41. En línea: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0798-0469.
15. Federación Diabetológica Colombiana, *Diabetes: control & Prevención*. [Publicación en la Internet]. [Citado 2008 Agosto 25] 1 (1): 1. En línea: <http://www.fdc.org.co/Periodico/vol1pag1.html>
16. Wensley M. *Espiritualidad en la enfermería*. [Publicación en la Internet]. [Citado 2009 Septiembre 28] En línea: <http://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1995/a04.html&ei=lifESrXYB5Wn8Ab8rfw4&sa=X&oi>

=translate&resnum=1&ct=result&ved=0CA0Q7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Dconcept%2Bspirituality%2Bin%2Bnursing%26hl%3Des

17. Reed Pamela G. Developmental resources and depression in the elderly. *Nurs Res* 1986; 35: 368-374.

18. Barrera Ortiz L, Galvis López CR, Moreno Fergusson ME, Pinto Afanador N, Pinzón Rocha ML, Romero González E, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. In *Invest. Educ. Enferm* [serial on the Internet]. 2006 Mar; [cited 2008 Apr 25]; 24 (1): 36-46. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000100004&lng=en.

19. Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en la Enfermería. En *AQUICHAN* [serial on the Internet]. Chía: 2004 Mar [cited 2008 Apr 25]; 4 (4): 6-9. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74140402.pdf>

20. Sánchez Herrera B. Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del Programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. En *Av. Enferm.* [serial on the Internet]. 2008 July [Cited 2008 Apr 25]; 26 (1): 65-74. En línea: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100007&lng=en.

21. Sánchez Herrera B. Comparación entre el bienestar espiritual de personas con vih/sida y el de personas aparentemente sanas. En *Actualizaciones en Enfermería*

[Revista en la Internet] Marzo 2008. [cited 2008 Apr 25]; 11 (1): 9-14. En línea: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermevol11012008/Traboriginalesco mparaci%C3%B3nentreelbienestarespiritual.htm>.

22. Wethsell MV, Frederickson K, Aguilera P, Maya JL. Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. En *AQUICHÁN* [serial on the Internet]. 2005 Oct. [Cited 2008 Apr. 25]; 5 (1): 72-85. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100008&lng=en.

23. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS-OMS). *Diabetes en la Región de las Américas*, OPS: *Fact Sheet: Cancer in Latin America and the Caribbean*, [Publicación en la Internet] 2008 [cited 2008 Nov. 25] En línea: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=405&Itemid=1

24. Torres-López T, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet] 2005 Feb [Cited 2009 Sep. 09]; 21 (1): 101-110. En línea: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000100012&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100012.

25. Navarro Puerto, Mercedes. *Espiritualidad y Teología*. Universidad Pontificia de Salamanca [serial on the Internet] [Citado 2008 Octubre 12]; 2-84. En línea: <http://www.iglesiaviva.org/222/222-13-MERCEDES.pdf>.

26. Mondragón Kalb, S. *La psicoterapia y la espiritualidad aplicadas en mujeres después de los cuarenta años: una investigación cualitativa*. Instituto Mexicano de la Pareja. Tesis Doctor en Psicoterapia de pareja. Atlantic International University. [serial on line] [Consultado 2008 Octubre 12] México, D.F. 2003. En línea: http://www.ametep.com.mx/investigaciones_psicoterapia.htm
27. Uribe Rodríguez, AF, Valderrama L, Durán Vallejo DM, Galeano Monroy C, Gamboa K, López S. Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. Universidad Católica de Colombia En *Acta Colombiana de Psicología*, [Revista en la Internet] 2008 junio, [Citado 2008 Octubre 12]; 11 (001): 119-26. Bogotá: 2008. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/798/79811112.pdf>
28. Hampton J, Weinert C. An Exploration of Spirituality in Rural Women With Chronic Illness. In *Holistic Nursing Practice*: [serial on line] 2006 January/February [Cited 29 May 2008]; 20 (1): 27-33. En línea: http://journals.lww.com/hnpjjournal/Abstract/2006/01000/An_Exploration_of_Spirituality_in_Rural_Women_With.7.aspx
29. Kelley N, Gail D Mkus, R Tappen, D Chyun, H G Koenig. Relationships of Religion and Spirituality to Glycemic Control in Black Women With Type 2 Diabetes. *Nurs Res*. [serial on line] 2008 Sep-Oct [cited 2008 Sep 24]; 57 (5): 331-9. In: Proquest Nursing & Allied Health Source [database on the Internet] Available from: <http://www.proquest.com/>; Document ID: 1557681271.
30. Zavala MR, Vázquez Martínez O, V. Wethsell M. Bienestar Espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. En *AQUICHÁN* [serial on the Internet]. 2006 Oct [cited 2008 Sep. 3] 6 (1): 7-21. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100002&lng=en.

31. Canaval GE, González GE, González MC, Sánchez MO. *Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja*. Universidad del Valle. Cali, ISSN 1657-9534 *Revista Colombia médica*. [Revista on line] 2007 Octubre-Diciembre [Citado 2008 Septiembre 8] 38 (4,2), 2007. En línea: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4sup2/html%20v38n4s2/v38n4s2a8.html>

32. Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. En *Rev Salud Publica* [Revista online] 2005 Noviembre [citado 2008 Septiembre 09]; 7: 281-92. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/422/42270304.pdf>

33. Congreso de la República de Colombia. *Constitución Política de Colombia, Artículo 46*. Bogotá: 1993.

34. Vega JL, Bueno B. *Psicología evolutiva y de la educación. Desarrollo del adulto y del envejecimiento*. Madrid: Síntesis psicológica; 1996. p. 258-65.

35. Lefrancois Guy R. *El ciclo de la vida*. Universidad de Atlanta. México: Thomsom, 2005; 6ª edic. p. 465-67.

36. Vance DL. *Nurses' Attitudes Towards Spirituality and Patient Care*. MedSurg Nursing [serial on line] 2001 Oct [cited 2008 September 10]; Available from:

http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_5_10/ai_n18612484/?tag=content;col1

37. Miner-Williams, D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. ROYAUME-UNI Blackwell, Oxford, (Revue). In *Journal of Clinical Nursin* [serial on line], 1992 [cited 2008 September 10] 15 (7): 811-821. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17857549>

38. Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. Philadelphia – London: Templeton Foundation Press, 2007, 2nd edition. [serial on line] [Cited 2008 September 15]; Available from: http://www.templetonpress.org/pdf/Spirituality_Patient_2007.pdf.

39. Tayil, R A. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. [serial on line] 2002 Sep [Cited 2008 May 29]; 39 (5): 500-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12175360>

40. Espeland, K. (1999). Achieving spiritual wellness: using reflective questions. In *J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1999 Jul; 37 (7): 36-40.

41. Peri, TA. Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A Nursing Intervention. In *Holist Nurs Pract*. [serial on line] 1995 Oct [Cited 29 May 2008]; 10 (1): 68-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593369>

42. EMBLEN JD. (1992). *Religion and spirituality* defined according to current use in nursing literature. *Journal of Professional Nursing*, 8 (1): 41-47

43. Oldnall AS. On the absence of spirituality in nursing theories and models. In *Journal of advanced Nursing* [serial on line] 1995 [cited 2008 Oct 25] 21: 417-18. Available from: www.hnpjjournal.com/pt/re/hnp/selectreference.htm?jsessionid...667243907!181195629!8091

44. REED PG. Spirituality and mental health in older adults. Extant knowledge for nursing. *Fam Community Health* 1991; 14: 14-25.

45. Gallastegui Achúcaro MC. La espiritualidad en la fase terminal. Papel de la enfermería. En: Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E. *Cuidados Paliativos en Enfermería*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos [Publicación on line] San Sebastián – España: 2003. p. 227-239 [cited 2008 Oct 25] En línea: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/svcp-cuidadosenfermeria-01.pdf>

46. Reed PG. Self transcendence and mental health in older adults. *Journal of Nursing Research* 1989; 11(2): 143-63.

47. Caro de Pallares, S. *Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda*. Universidad del Norte de Barranquilla. *Salud Uninorte* [Publicación on line] 2004 enero-junio [Citado 2008 Mayo 6] 18: 3-7. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/817/81701802.pdf>

48. Felices de la Fuente A (Traductor) El papel de la espiritualidad. Barcelona. En: *Revista de Toxicomanías*. [Publicación on line] 2007 [citado 2008 Octubre 20] 51: 22-5. En línea: <http://www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/Ret51.2.pdf>

49. Gussi MA, Dytz Jane LG. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2008 Nov 16]; 61 (3): 337-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300017&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672008000300017.

50. Coyle J. Nursing Theory and Concept Development or Aanalysis Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health, in *Journal of Advanced Nursing* [Published Online] 2002 Mar 6 [cited 2008 Abr 26] 37 (6): 589-97. Available from: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118952635/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0#relatedArticles>

51. Pérez, B. (relator) *La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería*. Universidad de La Sabana, 2008 mayo 13 in PA - EEAN Sala 02 [Publicación Online] *Pesquisando en enfermagem* [consultado el 23 de septiembre de 2008] En línea: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=416&cf=2>.

52. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Interfaces. Acta Bioethica* [Publicación Online] 2006 [citado 2008 Septiembre 23] 12 (2): 231-242. En línea: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>

53. Conco D. *Spiritual care: Recipients' perspectives* [Ph.D. dissertation]. United States -- South Carolina: University of South Carolina; 1993 In: *ProQuest Nursing & Allied Health Source* [database on the Internet] [cited 2008 Oct 29] Available from: <http://www.proquest.com/>; Publication Number: AAT 9321947.

54. Austin LJ. Spiritual Assessment: A Chaplain's Perspective. In *The Journal of Science and Healing*, [Published Online] Elsevier; November 2006 [cited 2008 September 23] 2 (6). Available from: <http://www.nursingconsult.com.murzim.unisabana.edu.co/das/journal/view/105507430-2/N/16720781?ec=true&ja=640773&PAGE=1.html&sid=751414857&source=&summaryresults=true&SEQNO=2>

55. Kozier B, Erb G, Olivieri R. *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica*. Madrid: Mac Graw Hill, 1993, 2a edición p. 830.

56. Haase JE, Britt T, Coward DD, Leidy NK, Penn PE. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self-transcendence. In *Image. J Nurs Sch*. 1992 Summer; 24 (2): 141-7.

57. Reed, PG. *Nursing Time: Research, Practice, and Theory Dimensions*. College of Nursing, University of Arizona, Tucson, Arizona, Nursing Science Quarterly [Published Online] 2008 DOI: 10.1177/0894318408320152, [cited 2008 october 22] 21(3): 222-3 Available from: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/21/3/222>

58. Reed, PG. Commentary on "Spiritual Care Perspectives of Danish Registered Nurses": Spiritual Care as Nursing Care- In *Journal of Holistic Nursing* [Published Online] Springfield: 2008 Mar [cited 2008 october 22] 26 (1): 15 Available from: <http://proquest.umi.com.murzim.unisabana.edu.co/pqdweb?index=1&did=1462455881&SrchMode=3&sid=2&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1225251894&clientId=46718&aid=3>

59. Lowenberg JS. The nurse-client relationship in a stress management clinic. In *Holistic Nursing Practice* [Published Online] Frederick: 2003 Mar/Apr [cited 2008 october 22] 17 (2): 99-111. Available from: <http://proquest.umi.com.murzim.unisabana.edu.co/pqdweb?index=9&did=1502960121&SrchMode=3&sid=1&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1225249989&clientId=46718&aid=3>

60. Rivera Ledesma A, Montero López LM. Ejercicio clínico y espiritualidad .Universidad de Murcia. En *Redalyc, Anales de psicología* [Publicación Online], Murcia: 2007 junio [Citado 2008 septiembre 24] 23 (1): 125-36 En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16723116.pdf>

61. Delgado Ch. Meeting Clients'. In *Spiritual Needs Nursing Clinics of North America*. [Publicación Online] Elsevier : June 2007 [Cited 2008 sept 24]; 42 (2): 279-93. Available from: <http://www.nursingconsult.com.murzim.unisabana.edu.co/das/journal/view/105558771-8/N/19608272?ja=585221&PAGE=1.html&sid=751718256&source=MI&SEQNO=18>

62. Macrae J. Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. In *Image, Journal of Nursing Scholarship* [Publicación Online] 1995 Jan [Cited 2008 Sept 24]; 27 (1): 8-10. Available from:<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119967116/abstract>

63. Martsof DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. In *J Adv Nurs*. [Publicación Online] 1998 Feb [Cited 2008 Sept 24]; 27 (2): 294-303, Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9515639?dopt=Abstract>

64. Neuman B. The Neuman Systems Model Lange, Norwalk [Publicación Online] 2nd ed. Connecticut: Appleton; 1989. [Cited 2008 Sept 24] Available from: <http://library.stitch.edu/research/subjects/health/nursingTheorists/neuman.html>
65. Newman, Margaret A. Health as Expanding Consciousness National League for Nursing Press [Published Online] 2nd Ed. New York: 1994 [Cited 2008 Sept 24] Available from: <http://www.healthasexpandingconsciousness.org/home/>
66. Rizzo Parse R. Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. *Nursing Science Quarterly* [Published Online] 1990 DOI: 10.1177/089431849000300106 [Cited 22 de sept 2008] 3 (1): 9-17. Available from: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/short/3/1/9>
67. Reed PG. Un nuevo paradigma para la investigación de la espiritualidad en la enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad de Arizona, Tucson. En *Relacionado, Articles nursing investigación* [Publicación Online] [citado 2009 febrero 24]; En línea: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/114082507/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
68. Watson MJ. New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly* [Published Online] 1988 [Cited 2008 Sept 22]; 1 (4), 175-81 Available from: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/1/4/175>
69. Watson J. Caring Science Ten Caritas Processes. Transpersonal Caring and the Caring Moment Defined. Watson Caring Science Institute [Publicación Online]

2010. [Cited 2010 Sept 22]; Available from:
http://www.watsoncaringscience.org/j_watson/theory.html

70. Watson Jean. Caring Science Ten Caritas Processes. The Implications of Caring Theory. Watson Caring Science Institute. [Publicación Online] 2010. [Cited 2010 Sept 22]; Available from:
http://www.watsoncaringscience.org/caring_science/theory.html

71. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. Second edition, Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005; (16) 560-5

72. Brykczynski KA. Patricia Benner: De principiante a experta: excelencia y dominio de la Práctica clínica En: Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 5 edic. Madrid: Mosby, El sevier; 2003, (11), p. 147-55.

73. Phillips KD. Sor Calixta Roy: El modelo de adaptación. Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. 5 edic. Modelos y teorías de enfermería, Mosby, El sevier, Madrid: 2003, (17) p. 270-289.

74. ROY C, ANDREWS HA; Essentials of the Roy adaptation model. In The Roy Adaptation Model: the Definitive Statement. Connecticut: Appleton; Lange, Norwalk, 1991,p.3-25.

75. Whittemore R, Roy C. Adapting to Diabetes Mellitus: A Theory Synthesis Nurs Sci Q [Publicación Online] 2002 October [Cited 2010 Sept 22] (15) 311-317, Available from: <http://nsq.sagepub.com/content/15/4/311.abstract>

76. Riffo Luengo, S. Salazar Molina, A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus. *Enfermería Global* [Publicación Online] 2008 Octubre [citado 2008 Junio 15] (14) 1, Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36101/34601>

77. PEREZ B, VELOZA M. Procesos de afrontamiento y adaptación orientados por la espiritualidad. CVLAC de Colciencias [Publicación Online] [Citado 2010 Sept 22] Disponible en: http://201.234.78.173:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000321982

78. Beca infante JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad profesional de la salud. Fundación INDEX. En *Revista Ética de los cuidados* [Publicación Online] 2008 Enero/junio [citado 2008 Junio 15] (1): 1. En línea: <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/index.php?storytopic=8&start=10>

79. Johnston Taylor E. Client perspectives about nurse requisites for spiritual caregiving. Elsevier In *Applied Nursing Research* [Publicación Online] 2007 February, [cited 2008 Sep 23]; 20 (1): 44-6. Available from: <http://www.nursingconsult.com.murzim.unisabana.edu.co/das/journal/view/105471494-2/N/16833250?ec=true&ja=566654&PAGE=1.html&sid=751212220&source=EM&summaryresults=true&SEQNO=1>

80. NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006*. Madrid: El Sevier, 2005. p. 201-2.

81. Thompson, JM, McFarland GK, Hirsch LE, Tucker SM. *Spiritual distress*. Mosby's clinical nursing 5th Ed. St. Louis: Mosby. Nursing consult [Published Online] 2002 [cited 2008 Sep 24] Available from: http://www.nursingconsult.com.murzim.unisabana.edu.co/das/book/105558771-4/view/1043/484.html/4-u1.0-B0-323-01195-0..50030-5--cesec597_8284?sid=751414856&SEQNO=1&bookft=true&bookftset=1&bbSearchType=single

82. Gómez Gala AL, González Casado I, et al. *Tratamiento de la cetoacidosis diabética*. Grupo de trabajo de diabetes. Sociedad Española de endocrinología y pediatría [Publicación Online] 2009 [Citado 2009 Agosto 1] En línea: http://www.seep.es/privado/gdiabetes/Tratamiento_CAD_SEEP.pdf

83. Bandera Verdier P. *El coma en la urgencia*. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga: Campus Universitario Teatinos; [Publicación Online] 2009 [Citado 2009 diciembre 1] Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/coma.pdf>

84. Jiménez S, Contreras F, Fouilloux C, et al. Intervención de Enfermería en el Cuidado del Paciente Diabético. Caracas RFM. En *Rev. Fac. Med.* [Published online] 2001 Ene.-jun [citado 2008 Octubre 01]; 24 (1): 33-41. En línea: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0798-0469.

85. American Diabetes Association. American College of Cardiology, Preventivo Cardiovascular Nurses Association. *Cómo obtener el mejor cuidado para su diabetes. Guía 2* [Publicación online] 2008 [cited 2008 Oct. 01]. En línea: <http://www.diabetes.org/uedocuments/02.sp.VeryBestCare.pdf>

86. Ortiz Parada, M. Estrés, *Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1*. Terapia psicológica, Dialnet, Unidad de la Rioja. ISSN 0716-6184 [Publicación online] 2006 [Citado 2008 Octubre 1] 24 (2): 139-48. En línea: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2321625>
87. Horrocks Sue A E, Salisbury Ch. Systematic practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. In *Review of whether nurse* BMJ [Published online] 2002 April 6; [Cited 2008 October 12]; 324: 819-23. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7341/819>
88. Salisbury Ch, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. In *British Journal of General Practice*, [Published online] 2002 January [cited 2008 Oct 01] 53: 53-9. Available from: <http://eprints.whiterose.ac.uk/600/1/munroj10.pdf>
89. Faeda A, Leon C, G Rosales Martins Ponce de. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. En *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet] 2006 Dec [cited 2010 Apr 26]; 59 (6): 818-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600019&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672006000600019.
90. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. Tercera ed. Chile: Mac Graw Hill; 2003. (23), p. 306-7.
91. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en las ciencias de la salud: Principios y métodos*. Sexta ed. México: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana; 1999.

92. Giraldo Molina, CI. Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería, Medellín. En *Invest. educ. enferm* [Publicación online] 2000 Marzo [Citado 2009 Noviembre 11] 18 (1): 4968-9. En línea: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=396729&indexSearch=ID>

93. Llanio Navarro R. Perdomo González G. *Propedéutica Clínica y semiología médica*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. ISBN 959-7132-87-5 Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2003. 1: p.147-8.

94. González Guevara L, Vallejo Sánchez M, Moreno Turbay F. *Grado cognoscitivo del personal de enfermería del servicio de neurocirugía y áreas relativas de la Escala de Glasgow en pacientes con patología endocraneal diversa entre el personal de enfermería del Servicio de Neurocirugía y Áreas relativas*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Escuela Superior de Enfermería, Curso complementario a nivel de Licenciatura, C. E. S. A. [Publicación online] 2009 [citado 2009 Diciembre 1] En línea: <http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-enfermeria.htm>

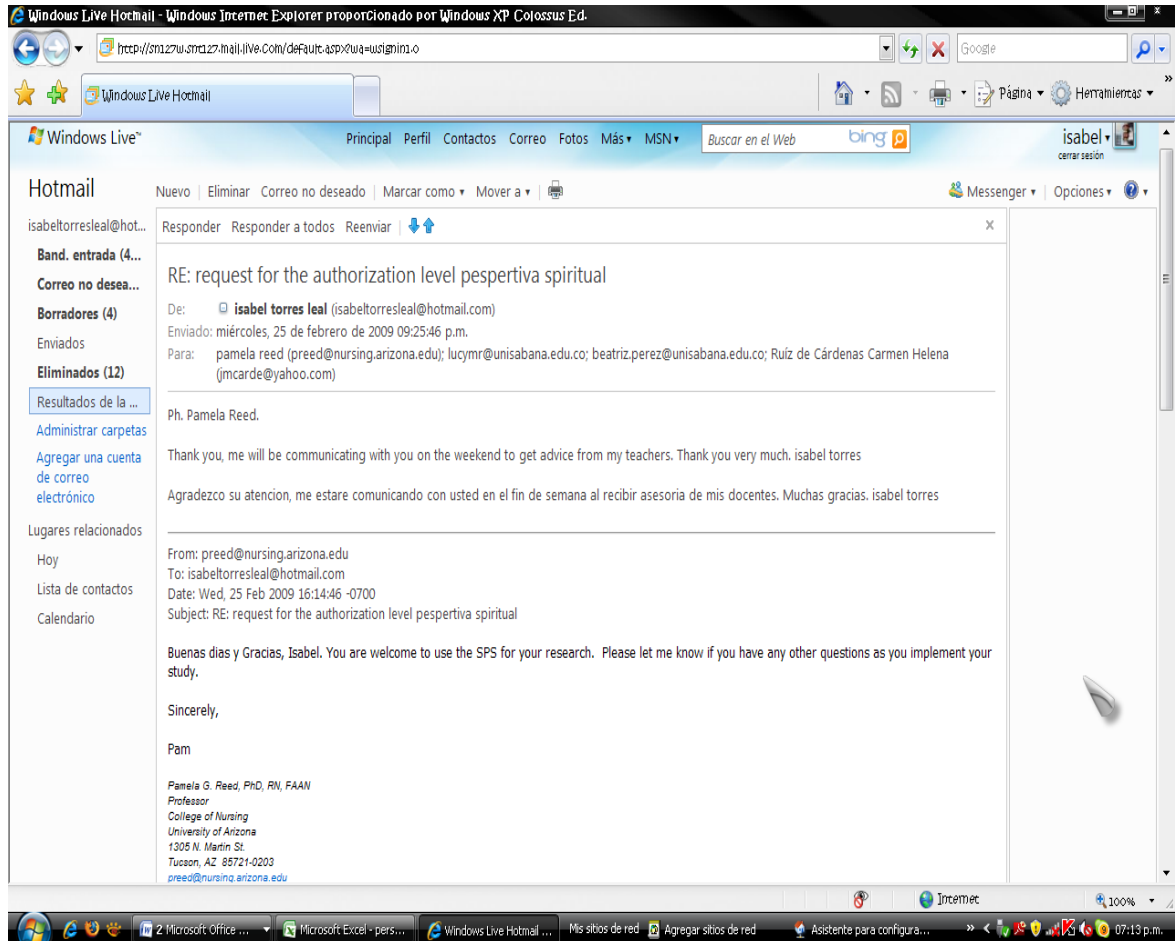
95. Smeltzer, Suzanne C; Bare, Brenda G; Bruner, Sudarth. *Enfermería Médico quirúrgica*, 6ª Edición, Castellano. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000. (2): p. 1699-701.

96. Pennington Grimsley L. *The relationship between spirituality and quality live in HIV positive persons*. A dissertation about requirement for the degree of Doctor of Science in Nursing. Birmingham, Alabama; 2003. p. 33.

97. Kennelly L. *Symptom, Distress, spirituality, and hope among persons with recurrent cancer*. Submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in the School of Education. New York University; 2001. p. 55.
98. Reed, PG. Developmental resources and depresión in the elderly. In *Nursing Research* [Published online] 1986 [cited 2008 Oct 01]; 35: 368-74. Available from: http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1986/11000/Developmental_Resources_and_Depression_in_the.14.aspx
99. Organización de Estados Iberoamericanos *DECLARACION DE HELSINKI*. Puntos 20 al 22. [Publicación online] 1964 [citado 2008 Octubre 01]. En línea <http://www.oei.es/noticias/spip.php?article4215>.
100. CIOMS MS. *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Traducción de la edición original en inglés realizada por el Programa Regional de Bioética OPS/OMS [Publicación online] 2003 Mayo [Citado 2008 Octubre 01] Disponible en: www.cioms.ch/frame_spanish_text.htm
101. Rosa, AJ de la. *Bioestadística*. ISBN 978-970-729-306-9. Segunda edición México: Manual moderno; 2008. p. 162–3.
102. Dávila Mendoza, SJ. *Relación entre los niveles de Espiritualidad y Fortaleza en ancianos mexicanos*. [Tesis Maestría, ed. electrónica]. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de enfermería. Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria. México: Enero, 2004. [Citado 2009 Diciembre 12]. En línea: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149846.pdf>

8 ANEXOS

8.1 Autorización Pamela Reed



8.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado(a) con la cc _____, manifiesto que libremente he decidido participar en la investigación cuyo Objetivo es comparar la perspectiva espiritual (creencias y comportamientos espirituales) entre hombres y mujeres mayores de 40 años con DIABETES MELLITUS que son atendidos en la ESEHSJD de Pamplona.

He concedido de forma libre y voluntaria esta entrevista, por ello aun después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir dar la entrevista por terminada cuando así lo considere necesario. Se me ha informado que las preguntas a mis respuestas se harán con carácter confidencial, es decir, no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de esta investigación apareceré identificada en forma alguna, solamente llevaré un código para el control.

De la misma manera, se me ha informado que tanto si participo o no lo hago, o si rehúso a contestar alguna pregunta, no se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia podamos requerir de la institución donde me prestan el servicio de salud, por lo tanto, me puedo retirar en el momento que desee.

Entiendo que no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación, ni remuneración económica.

Es importante que la información que yo brinde corresponda a la realidad, que guarde silencio acerca de esta prueba, del instrumento y de mi experiencia de participar en ella. Así mismo, Se me ha informado que no correré riesgos y, de ser identificado lo contrario, mi participación será suspendida inmediatamente.

Manifiesto que se me ha leído el contenido de esta hoja de consentimiento, he escuchado la explicación dada por el investigador, sé que es importante para cualificar el cuidado de enfermería y se me han aclarado los objetivos del estudio, sus métodos y la utilidad de sus resultados.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de este proyecto y estas han sido contestadas a mi satisfacción y he decidido participar por voluntad propia. Para obtener más información de la investigación y aclarar dudas, usted puede comunicarse con la investigadora enfermera Isabel Torres Leal, estudiante de la Maestría en enfermería con énfasis en investigación de la Universidad de la Sabana, a quien podré realizar preguntas directamente, o al celular 3103121433, o al email: isabeltorresleal@hotmail.com

He leído el contenido de esta Hoja de Consentimiento, y en constancia firmo.

Nombre del participante _____

Firma _____

Fecha _____

Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio, y en constancia firmo.

Nombre del investigador: Isabel Torres Leal Firma: _____.

C.C. 60.261.041 de Pamplona

8.3 ESCALA DE GLASGOW

Escala coma Glasgow Puntaje: ____ / 15					
Apertura de ojos		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Puntuación: ojos abiertos		Puntuación: mejor respuesta		Puntuación: mejor respuesta	
4	espontáneamente	6	Cumple órdenes	5	Orientado
3	A la voz	5	Localiza el dolor	4	Confuso
2	Al dolor	4	Sólo retira	3	Lenguaje o Palabras inapropiadas
1	No responde	3	Flexión anormal	2	Sonidos incomprensibles
		2	Extensión anormal	1	No responde
		1	No responde		
Orientación: Evalúe las respuestas correctas a las preguntas siguientes:					
	Persona.		Lugar (Espacio)		Tiempo
	¿Cuál es su nombre?		¿Dónde está usted ahora?		¿Cuál es la fecha (día, mes, año)?
	¿Qué edad tiene?		¿Cuál es el nombre de esta ciudad?		¿Qué hora del día es (mañana, tarde, noche)?

8.4 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

FICHA VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
VARIABLE	INDICE DE MEDIDA
1) Encuesta	#
2) Documento de identificación	_____ Número de identificación
3) Sexo del paciente	1. <input type="checkbox"/> Femenino 2. <input type="checkbox"/> Masculino
4) Edad del paciente	_____ años cumplidos
5) Estado civil del paciente	1. <input type="checkbox"/> Soltero 2. <input type="checkbox"/> Casado 3. <input type="checkbox"/> Unión libre 4. <input type="checkbox"/> Viudo 5. <input type="checkbox"/> Separado
6) ciudad de residencia	1- Pamplona 2- Otra Ciudad de residencia _____
8) Zona de residencia	1. <input type="checkbox"/> Rural 2. <input type="checkbox"/> Urbana
9) Escolaridad del paciente (último grado de escolaridad cursado)	1. <input type="checkbox"/> Preescolar 2. <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 3. <input type="checkbox"/> Primaria completa 4. <input type="checkbox"/> Bachillerato completo 5. <input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto 6. <input type="checkbox"/> Técnica 7. <input type="checkbox"/> Universitaria 8. <input type="checkbox"/> Posgrado 9. <input type="checkbox"/> Ninguna
10) Ocupación	0. <input type="checkbox"/> Ninguna 1. <input type="checkbox"/> Hogar 2. <input type="checkbox"/> Agricultor 3. <input type="checkbox"/> Comercio 4. <input type="checkbox"/> Pensionado (jubilado) 5. <input type="checkbox"/> Docente 6. <input type="checkbox"/> Conductor 7. <input type="checkbox"/> Oficios varios 8. <input type="checkbox"/> Vigilancia 9. <input type="checkbox"/> Construcción 10. Otr
11) Tiempo de diagnóstico de la enfermedad: ¿Cuánto tiempo hace que tiene la enfermedad?	_____ años
12) Práctica religiosa	1. <input type="checkbox"/> Católica 2. <input type="checkbox"/> Cristiana 3. <input type="checkbox"/> Adventista 4. <input type="checkbox"/> Ninguna 5. Otra Especifique _____
13) Tipo Afiliación SGSS	0. <input type="checkbox"/> Ninguno 1. <input type="checkbox"/> Contributivo 2. <input type="checkbox"/> Subsidiado 3. <input type="checkbox"/> Vinculados 4. <input type="checkbox"/> Particular
14) Tipo Diabetes Mellitus	1. <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Insulinodependiente 2. <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus NO Insulinodependiente
15) Diabetes Mellitus con complicaciones	0. <input type="checkbox"/> No complicaciones 1. <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética 2. <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica 3. <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial 4. <input type="checkbox"/> Secuelas Accidente cerebrovascular 5. <input type="checkbox"/> Neuropatía diabética (pie) 6. Otras Cuales _____

8.5 INSTRUMENTO “ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL” (SPS)

ESCALA PERSPECTIVA ESPIRITUAL (SPS) DE PAMELA REED						
COMPORTAMIENTOS ESPIRITUALES	FRECUENCIA DE ACTIVIDADES					
	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos. Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?						
2. Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?						
4. Cuántas veces reza usted en privado?						
CREENCIAS ESPIRITUALES	ACUERDOS O DESACUERDOS EN RELACIÓN CON DIFERENTES ASPECTOS ESPIRITUALES (RELIGIOSOS)					
	1	2	3	4	5	6
	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. Trata de obtener perdón en una parte importante de su creencia espiritual						
6. Trata de obtener guía espiritual al tomar las decisiones en cada día de su vida						
7. Sus creencias espirituales son un aparte importante de su vida						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un “poder” más Grande en momentos importantes de su vida diaria						
9. Sus creencias espirituales han afectado su vida						
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida						

Fuente: Escala de Perspectiva Espiritual - Pamela Reed

PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS

ISABEL TORRES LEAL*

*Maestría en Enfermería Universidad de la Sabana. Enfermera Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Docente EFORSALUD Pamplona, Docente Departamento de Enfermería Universidad de Pamplona. Ciudadela Universidad de Pamplona, Facultad de Salud, Km 1 vía Bucaramanga, Pamplona. Email: isabeltorresleal@hotmail.com, isabeltorres@unipamplona.edu.co.

RESUMEN

Este estudio comparó las creencias y comportamientos espirituales en hombres (n=35) y mujeres (n=35), mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, medidos con la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed. Se realizó muestreo aleatorio simple, no probabilístico en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, excluyendo pacientes con alteraciones: Orientación y Conciencia (Escala de Glasgow), analizando los datos en Excel-Windows, SPSS10.0.

Se confirmó la diferencia del nivel de perspectiva espiritual (H_a) entre el puntaje promedio de mujeres (53,65) y hombres (49,51). Igualmente, en el nivel de creencias y comportamientos espirituales (ANOVA $p=0,00832$, Mann-Whitney $p=0,02$). Se invita a fortalecer el estudio de la espiritualidad, los comportamientos y creencias espirituales.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, espiritualidad, cuidado de enfermería (fuente: DeSC, BIREME).

ABSTRACT

This study compared the spiritual beliefs and behaviors in men (n = 35) and women (n = 35), over 40 years with diabetes mellitus, as measured by the Spiritual Perspective Scale

Reed. Simple random sampling was performed, not probabilistic in San Juan de Dios Hospital in Pamplona, excluding those patients with: Guidance and Awareness Scale (Glasgow), analyzing the data in Excel, Windows, SPSS10.0.

We confirmed the differences in levels of spiritual perspective (Ha) between women's average score (53.65) and men (49.51). Similarly, the level of spiritual beliefs and behaviors (ANOVA $p = 0.00832$, Mann-Whitney $p = 0.02$). Are invited to strengthen the study of spirituality, spiritual beliefs and behaviors.

Keywords: Diabetes Mellitus, spirituality, nursing care (source: DeSC, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Los pacientes diabéticos son seres activos y trascendentes que viven y tienen la capacidad de crecer en el cuidado (1), la espiritualidad mejora el sentir, pensar y actuar de los individuos e incluye las necesidades y creencias que se convierten en factores protectores para asumir la situación con menor sufrimiento y adaptación. La adaptación de vivir con Diabetes constituye un factor estresor que afecta al desarrollo físico, psicosocial y espiritual, deja secuelas físicas, dolor, limitación, sentimiento de pérdida o afrontamiento de la muerte, y dependencia del cuidador, que finalmente, comprometen la independencia, la capacidad laboral, las relaciones personales, y familiares, así como el ajuste a nuevas demandas que la sociedad y el medio imponen (2).

Por esta situación, surgió la inquietud de realizar una investigación que permitiera dar respuesta a la pregunta planteada ¿Cuál es la diferencia, en la perspectiva espiritual, entre hombres y mujeres con Diabetes Mellitus mayores de 40 años que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona?, en el contexto de Pamplona, Norte de Santander, para lo cual se utilizó el instrumento de Pamela Reed para medir la Perspectiva Espiritual. La situación investigada contribuyó al desarrollo del conocimiento

de las creencias y comportamientos espirituales como punto de partida y de cuidado espiritual de enfermería en el área asistencial y comunitaria, facilitando una base para la implementación de programas con perspectiva de género, de cuidados espirituales, al comprobar la hipótesis alterna planteada en relación a que, la perspectiva espiritual en las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus es diferente a la de los hombres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus.

MARCO TEÓRICO

Abordajes del concepto de espiritualidad

La Espiritualidad es una fuerza unificadora que trasciende al individuo y lo motiva hacia la búsqueda de un significado, relacionándolo con el Mundo y con un Ser Superior (3); se define como una interconexión con Dios quien le da propósito y significado a la vida (4).

A su vez, Reed (1991), conceptualiza la espiritualidad como la capacidad de un ser humano para encontrar significados en la vida, a través de un sentido de interrelación de naturaleza superior de un propósito supremo, superior a uno mismo (5). Congruente con las creencias y los comportamientos espirituales (5, 6), expresados por los valores y sentimientos, que surgen del interior ayudando al individuo a vivir y aceptar los momentos de enfermedad, el significado en la vida, y las interacciones o conexiones con otros (5, 6).

Manifestaciones de la espiritualidad

Los comportamientos espirituales según Reed, son las conductas que expresan las creencias espirituales, manifestadas como la oración, la lectura y otras experiencias espirituales que reflejen interacción o la conciencia (5, 6)

Técnicas de comportamientos espirituales

Se pueden describir tres técnicas como son: Rezar, Peregrinar, y dar ofrendas (7); Rezar ánima a los clientes a situar el origen de sus cambios fuera de sí mismos; Peregrinar; refleja la influencia mental, después de ir a un lugar santo, Ofrendar; aumenta la esperanza, e impacta los pensamientos, sentimientos y la conducta, como el acto de encender una vela.

Beneficios de la espiritualidad para la salud

La Espiritualidad, puede ser vista como una estrategia de afrontamiento y adaptación que interpreta la situación vivenciada, incluyendo, en su estructuración y manifestación, experiencias de vida y formas particulares de manejar la información procedente del entorno personal, en forma dinámica consigo mismo, con los demás y con un Ser Superior (8). Para los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas o en fase terminal, tiene como objetivo aliviar los síntomas de sufrimiento físico, psíquico, mental y espiritual (9).

Atributos de espiritualidad

El primer atributo de la espiritualidad implica una relación con otras personas, con la naturaleza, con Dios o con una fuerza Superior, que integre la parte física, emocional y espiritual del ser humano. Un segundo atributo es la creencia de que existe una fuerza Superior al ser humano, que afirma la existencia de la Vida, y el tercero, es una energía constante y dinámica, la cual hace que el cliente vaya en busca de bienestar, propósito y significado de la vida (10).

La espiritualidad como dimensión del cuidado de Enfermería

Desde la práctica de Enfermería existen diferentes perspectivas de cuidado de la Espiritualidad. El enfoque fenomenológico (11), influido por los prejuicios personales, los comportamientos intersubjetivos y las diferencias culturales (12); el interaccionista

simbólico interpretativo, integra el cuerpo, la mente y el espíritu para alcanzar la sanidad (13), incluyendo los diversos orígenes culturales y religiosos (4), e implica la responsabilidad ética de cuidar basada en las necesidades subjetivas establecidas en una relación humana de confianza (14), caracterizada por el dar de sí, la presencia, la escucha, el respeto, el apoyo de valores, creencias, y conexiones importantes (15).

En el Modelo de Adaptación de Calixta Roy, “la espiritualidad” provoca una respuesta negativa o positiva “la adaptación” ante cambios en el entorno, se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, en el cual, el yo de la persona, está formado por la constancia, los valores, expectativas, la moral, la ética y la espiritualidad del ser (16), que se relacionan al darse autorespuesta al “¿En qué creo?”. Así mismo, el sentido de autonomía es directamente relacionado con una ética de las creencias y un sistema propio de valores, y de auto-concepto (da el sentido de quien es él o ella) (17). Con la teoría de “adapting” a la Diabetes Mellitus de Whittemore y Roy, se sintetizan los conceptos de diabetes, autogestión, integración, y salud en un proceso dinámico, continuo y perpetuo influenciado por estímulos, factores personales, ambientales, percepción individual de la experiencia de la enfermedad y la participación de conductas promotoras de salud (18).

Stoll (1988) sugiere como guía para recolectar los datos sobre creencias y comportamientos espirituales cuatro áreas: el concepto que tiene la persona sobre Dios; la fuente de esperanza y fortaleza de la persona; el significado de los comportamientos religiosos y los rituales y la relación que el individuo percibe entre su estado de salud y su sistema de creencias (19).

Hay ciertas necesidades espirituales que son comunes a todos los seres humanos, como la necesidad de encontrar un sentido y una finalidad en la vida y la de amor y vínculos afectivos (20). A partir de estas, la intervención de la Enfermería en cuidados espirituales,

incluye evaluar dedicar tiempo a la persona para el abordaje de las necesidades espirituales (4), escuchar la angustia espiritual (21, 22), dar esperanza, estar con él, buscar entenderle, hablarle, acompañarlo a orar, meditar, leerle libros religiosos o de naturaleza mística; hablarle acerca del papel de la religión y Dios en su vida (23), e incluso abordar los sentimientos acerca de la muerte (24).

Desarrollo espiritual del adulto

En la etapa de Adulto joven (17-40 años), e intermedio (40-65) se incluye y manifiesta el crecimiento personal o espiritual, en especial el de las mujeres, quienes priorizan la familia; el adulto mayor (65 en adelante),(vejez), aprehende el sentido final de su vida y alcanza el sentido de aceptación de la propia vida, y de la muerte; vivida con mayor dolor y desesperación para los hombres por la pérdida del rol de su vida al “jubilarse”. Finalmente, se vivencia la etapa de la Senectud, (80 años hasta la muerte), en la cual se acepta y prepara para la muerte; por lo general, se retoma la Esperanza y la Fe (25, 26).

ESTUDIOS RELACIONADOS

Un estudio cualitativo realizado en México destacó el papel de Dios en la representación del paciente diabético, referenciando diferencias entre hombres y mujeres diabéticos, en donde, las mujeres manifiestan una forma de relación con Dios de forma estrecha a través de los rezos y las peticiones precisas de ayuda específica, mientras, que por parte de los hombres existe una distancia de respeto, con un rol más pasivo, como sujetos depositarios de ayuda, en el cual sólo basta tener fe y creer (27). No obstante, Hampton – Weinert (2006) refieren que la espiritualidad es un potente mecanismo de afrontamiento que se puede utilizar en la adaptación a la Diabetes, y en la gestión de los factores de estrés de una

enfermedad crónica, donde, las mujeres se refugian en la oración, la fe, el verso, la búsqueda de significado, la trascendencia, y la familia (28).

El estudio de Riffo Luengo y Salazar Molina (2008) basados en el Modelo de Adaptación de Roy, aplica el Proceso de Atención de Enfermería en el abordaje del cuidado de pacientes con Diabetes Mellitus, por lo cual proponen valorar los cuatro modos de adaptación y la espiritualidad como estímulo contextual, manipulando e identificando las conductas y estímulos relacionados con las respuestas adaptativas de estos pacientes, planificando las intervenciones biopsicosociales con los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), validando las intervenciones en la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), evaluadas por la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) (29).

Kelley y cols (2008), demostraron que al abordar la religión y la espiritualidad se mejora fisiológicamente el control de la glicemia (GC) (30), y Zabala y cols demostraron que a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad, con mayor predominio de lo religioso donde la fe les da la fuerza para sobrellevar su estado de salud. (31).

En Colombia, algunos estudios de espiritualidad han aplicado la *Escala* de Perspectiva Espiritual de la Doctora Pamela Reed (32, 33), encontrando que la espiritualidad se relaciona negativamente con el total de síntomas de aflicción, donde la resiliencia contribuye en la reducción de la profundidad del distres y de un número de síntomas reportados (32), igualmente se demostró que la resiliencia y la espiritualidad ayudan a resolver conflictos (33). Actualmente, el proyecto de Pérez y Veloza (2010), utiliza la “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” (ESCAPS versión en español) de Callista Roy (2006) para identificar los procesos de afrontamiento y adaptación

orientados por la espiritualidad, como posible estrategia de afrontamiento en la vivencia de la enfermedad crónica (34).

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo de correlación de corte transversal (35), en donde se busca la relación de la Perspectiva espiritual entre hombres y mujeres, mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, IPS de Nivel II tipo A (36).

La muestra se conformó por dos grupos cada uno con 35 pacientes, uno de sexo masculino y el otro de sexo femenino, se determinó mediante la técnica de muestreo Aleatorio simple, No probabilístico, No Intencional (37, 38) con criterios de inclusión como: ser diabético mayor de 40 años atendido en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, con al menos 15 puntos en la escala de Glasgow, sin dificultades en la orientación y la comunicación (39, 40, 41), y que decidía participar libremente, previa firma del consentimiento, y el cumplimiento de las normas éticas como la autorización de la autora para la utilización del instrumento, y de las instituciones implicadas (42, 43).

La recolección de los datos se utilizó una celda sociodemográfica (edad, género, afiliación al sistema de seguridad social en salud, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, zona, municipio de procedencia, tipo de diabetes, sus complicaciones, años de evolución y vivencia con el diagnóstico de la Diabetes Mellitus), igualmente se aplicó el cuestionario estructurado (37), *Escala de perspectiva espiritual* (SPS) de la doctora Pamela Reed, constituida por diez ítems que miden las creencias y comportamientos espirituales de la persona, y una *Escala Likert* de seis puntos, con un rango total de entre 10 y 60 (5, 6).

Respecto a la confiabilidad de la escala, posee consistencia interna mediante un *Alfa de Cronbach* de 0.90, un promedio de correlación entre ítems de 0.54 – 0.60. El rango de

promedio de correlación entre ítems fue de 0.57 – 0.68 a través de grupos con una no correlación entre ítems por debajo de 0.41. Así mismo, Reed examinó la validez de constructo, a través del estudio en donde 165 mujeres reportaron fortaleza religiosa asociada con altos puntajes, en relación con el instrumento SPS (44).

La información se recolectó en forma dirigida por la investigadora en un tiempo de tres meses, y se procesó mediante el paquete estadístico SPSS versión 10; para su análisis se utilizó la estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central, frecuencias, proporciones; además se realizó el análisis de varianza de ANOVA y para la prueba de comparación de grupos, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney ($\alpha = 0,01$; $\beta = 0,05$). Para el análisis e interpretación se siguieron las indicaciones de la Dra. Reed (5, 6), además de los niveles establecidos por la Dra. María del Refugio Zavala y colaboradores (31).

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos mostraron que el mayor porcentaje de mujeres diabéticas esta en las edades comprendidas entre 40 y 65 años, mientras que en los hombres se presenta en las edades comprendidas entre 66 a 79, La mayoría de los participantes saben leer y escribir (71,43% de las mujeres y el 80% de los hombres); y de estos se encontró con primaria incompleta con un 40% para las mujeres y un 37,14 % para los hombres.

El 28,57 de hombres y mujeres entrevistados refieren ninguna ocupación; las mujeres con diabetes, se dedican al hogar en un 54,28%; en los pensionados se encuentra al 25,7% de los hombres, con un 2,86% de las mujeres. El estado civil reporta que el 34.26% de las mujeres son casadas con relación a los hombres con un 62.86%. El 88,57% de las mujeres y el 45,71% de los hombres tienen como se afiliación al Sistema de Seguridad Social en

Salud Subsidiado. Predomina la práctica religiosa católica con el 100% para las mujeres y un 80% para los hombres.

El 62,86% de las mujeres y el 74,29% de los hombres tienen Diabetes no insulino dependiente, de los cuales, el 54,28% de las mujeres y el 48,57% de los hombres presentan más de dos complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus (hipertensión arterial, neuropatía o retinopatía diabética). Es de resaltar que del total de los entrevistados, tan sólo el 14,29% de las mujeres y el 17,15% de los hombres tenían Diabetes Mellitus sin complicaciones.

En la tabla 1, se comparan los comportamientos espirituales de mujeres y hombres diabéticos mayores de 40 años. Al indagar sobre si habla de asuntos espirituales con su familia o amigos, se destacan el grupo de mujeres, que lo hace en forma diaria con un 68,56%, muy por encima de los hombres con un 45,71%. El compartir diariamente con otros las creencias espirituales es representado en un 57,14% por las mujeres en relación con los hombres en un 34,28%. Pertinente a la lectura de materiales de *algo* espiritual, el 60% de las mujeres manifestaron la práctica una vez a la semana, con relación al 37,14% de los hombres. El 100% de los mujeres dijo que más o menos una vez al día rezan en privado, mientras que solo el 94,28% de los hombres aseguran hacer esta práctica.

Tabla 1. Compilación por comportamientos espirituales de distribuciones del número de mujeres y hombres según la frecuencia de actividades

SEXO	COMPORTAMIENTOS ESPIRITUALES	Frecuencia de prácticas													
		Nunca (1)		Menos de una vez al año (2)		Mas o menos una vez al año		Mas o menos una vez al mes (4)		Mas o menos una vez a la		Mas o menos una vez al día		Totales	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUJERES	Cuando está hablando con su familia o sus amigos. Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	0	0	1	2,86	1	2,9	1	2,86	8	22,9	24	69	35	100
	Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	1	2,9	1	2,86	2	5,7	3	8,57	8	22,9	20	57	35	100
	Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	1	2,9	0	0	0	0	3	8,57	21	60	10	29	35	100
	Cuántas veces reza usted en privado?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	100	35	100
HOMBRES	Cuando está hablando con su familia o sus amigos. Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	3	8,6	0	0	4	11	5	14,3	7	20	16	46	35	100
	Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	2	5,7	1	2,86	5	14	5	14,3	10	28,6	12	34	35	100
	Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	2	5,7	1	2,86	4	11	5	14,3	13	37,1	10	29	35	100
	Cuántas veces reza usted en privado?	1	2,9	0	0	0	0	0	0	1	2,86	33	94	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

En la tabla 2 se observa, respecto a las creencias espirituales de las mujeres y hombres diabéticos, se obtuvo que en ambos grupos, predominan los acuerdos con las creencias espirituales, evidenciado en la obtención del perdón como parte importante de su creencia espiritual resultados del 60% en las mujeres y el 54,28% de los hombres. Concerniente al tratar de obtener una guía espiritual para tomar decisiones cada día de su vida, el 60% de las mujeres opinan estar de acuerdo diferente con la respuesta de los hombres con el 57,14%. Pertinente a las creencias espirituales como una parte importante de su vida, las mujeres respondieron estar extremadamente de acuerdo, con un 37,14% mujeres y los hombres con un 34,28%. En relación a si frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un 'Poder' más grande en momentos importantes de su vida diaria, el 57,14% de las

mujeres y el 51,42% está de acuerdo; a la pregunta si las creencias espirituales han afectado su vida, el 54,28% de las mujeres refirió estar de acuerdo con esto en comparación con el 45,71 de los hombres. En referencia a si las creencias espirituales como responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida, la respuesta fue de un 62,86% de hombres y un 48,57% mujeres.

Tabla 2. Compilación por creencias espirituales de distribuciones del número de mujeres y hombres según los acuerdos o desacuerdos espirituales (religiosos)

SEXO	CREENCIAS ESPIRITUALES	ACUERDOS O DESACUERDOS CON RELACIÓN A DIFERENTES ASPECTOS ESPIRITUALES (RELIGIOSOS)													
		Extremadamente en desacuerdo (1)		Desacuerdo (2)		En desacuerdo más que en acuerdo (3)		De acuerdo más que en desacuerdo (4)		De acuerdo (5)		Extremadamente de acuerdo (6)		Totales	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUJERES	Trata de obtener perdón en una parte importante de su creencia espiritual?	0	0	0	0	1	2,86	1	2,86	21	60	12	34,28	35	100
	Trata de obtener guía espiritual al tomar las decisiones en cada día de su vida?	0	0	0	0	0	0	1	2,86	21	60	13	37,14	35	100
	Sus creencias espirituales son un aparte importante de su vida?	0	0	0	0	0	0	2	5,72	20	57,14	13	37,14	35	100
	Frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un “poder” mas Grande en momentos importantes de su vida diaria?	0	0	0	0	0	0	0	0	20	57,14	15	42,86	35	100
	Sus creencias espirituales han afectado su vida?	0	0	2	5,72	1	2,86	0	0	19	54,28	13	37,14	35	100
	Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida?	0	0	0	0	0	0	2	5,72	17	48,57	16	45,71	35	100
HOMBRES	Trata de obtener perdón en una parte importante de su creencia espiritual?	1	2,86	0	0	0	0	4	11,4	19	54,28	11	31,44	35	100
	Trata de obtener guía espiritual al tomar las decisiones en cada día de su vida?	1	2,86	2	5,72	3	8,57	2	5,71	20	57,14	7	20	35	100
	Sus creencias espirituales son un aparte importante de su vida?	0	0	0	0	2	5,72	2	5,72	19	54,28	12	34,28	35	100
	Frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un “poder” mas Grande en momentos importantes de su vida diaria?	1	2,86	1	2,86	0	0	3	8,58	18	51,42	12	34,28	35	100
	Sus creencias espirituales han afectado su vida?	0	0	7	20	3	8,57	1	2,86	16	45,71	8	22,86	35	100
	Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida?	0	0	0	0	0	0	1	2,86	22	62,86	12	34,28	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

Se encontró un nivel de Perspectiva Espiritual alto (26 a 60 puntos) en el 91,43% de las mujeres diabéticas y en un 77,14% de los hombres diabéticos, como lo muestra la tabla 3.

Nivel de Perspectiva Espiritual*	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Leve: 10 a 30 puntos	0	0	1	2,86
Moderado: 31 a 45 puntos	3	8,57	7	20
Alto: 46 a 60 puntos	32	91,43	27	77,14
Totales	35	100	35	100

* Adaptado Zabala, Martínez, Whetsell

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus

La varianza de ANOVA (tabla 4) revela diferencias significativas ($p < 0,01$), con un valor $p = 0,00832$, lo cual indica una diferencia altamente significativa entre los promedios de espiritualidad. Lo cual, apoya la hipótesis de la investigación: *“La perspectiva espiritual de las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, es diferente a la de los hombres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.*

Tabla de ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	Valor p
perspectiva * GÉNERO Inter-grupos (Combinadas)	300,357143	1	300,35714	7,387714	0,00832
perspectiva * GÉNERO Intra-grupos	2764,62857	68	40,6563		
Total	3064,98571	69			

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

Esta conclusión se ratifica en *La Prueba no paramétrica de Mann-Whitney* (tabla 5), que respalda la hipótesis de trabajo ($p 0,02$) en el rango medio, correspondiente a las observaciones procedentes de la muestra de mujeres. Así mismo, el valor del estadístico U con respecto al promedio es 0,02; por lo tanto, la probabilidad es menor que el nivel de significación 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo.

Rangos perspective				Estadísticos de contraste	Variable de agrupación: GÉNERO	Perspective
GÉNERO	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney		415
Mujeres	35	41,14	1440	W de Wilcoxon		1045
Hombres	35	29,86	1045	Z		-2,325
Total	70			Sig. asintót. (bilateral)		0,02

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

DISCUSIÓN

La presente investigación se fundamentó en el concepto de la Espiritualidad referido como el conocimiento de sí mismo en el sentido de una conexión con un Ser de naturaleza Superior o a la existencia de un propósito Supremo, expresada a través de la perspectiva espiritual vivenciada mediante las creencias y comportamientos espirituales (45).

La Espiritualidad es una estrategia de apoyo en la vivencia de la Diabetes Mellitus, que, al ser valorada por medio de la Escala de Perspectiva Espiritual SPS de Reed, permitió clasificar la muestra de esta investigación en un nivel alto de perspectiva espiritual, siendo positivo para el afrontamiento de la enfermedad, lo cual se corrobora con los estudios en adultos mayores de Reed (1992), quien refiere que, a medida que se aumenta la espiritualidad, se aumenta la fortaleza relacionada a la salud; y con el estudio de Dávila (2004), que enunció que la fortaleza alimentada por la espiritualidad fomenta la adaptación a los problemas de la vida cotidiana ya las enfermedades crónicas (46), donde se puede incluir la Diabetes. Por lo tanto, en los diabéticos la Espiritualidad ofrece un sentido de vida, dando poder al individuo, coherente con Whetsell y colaboradores, quienes demostraron que a niveles más altos de bienestar espiritual se tienen igualmente niveles elevados de la fortaleza relacionada con la salud, significando que la cercanía con Dios muestra el camino para lograr la adaptación ante los retos del envejecimiento, con la percepción del ambiente como fuente de oportunidades y no de obstáculos (47). Además, en la vivencia con Diabetes Mellitus, Dios es un agente de causalidad por “voluntad o castigo por los excesos”; así como de control y curación (27).

En esta investigación se comprobó que la Perspectiva Espiritual de las mujeres es diferente a la de los hombres con Diabetes Mellitus, confirmando que en las mujeres es más alto el nivel en relación con los hombres, lo que coincide con lo referido en la literatura, donde la

espiritualidad representa un recurso de la mujer para el afrontamiento efectivo, ya que, al parecer, las mujeres tienden más que los hombres, a acercarse a Dios (46).

Al revisar los comportamientos espirituales en los diabéticos mayores de 40 años, el grupo de mujeres tiene un puntaje promedio más alto, que el grupo de los hombres, manifestado como dice la literatura en el uso frecuente de fórmulas místicas, antes de realizar algunas acciones que se consideran de riesgo o peligrosas; y una forma protectora en el momento de la toma de los medicamentos: "en nombre de Dios... ni el veneno mata" (27). Igualmente, se encontró que el nivel promedio de creencias espirituales es mayor en las mujeres en relación con el grupo de hombres, situación que se puede explicar por lo reportado en la investigación de Torres (2005), donde se halló que las mujeres presentan un papel de exigencia activa que se establece a través de los rezos y las peticiones específicas de ayuda; mientras que la representación de los hombres es más pasivo, en la cual sólo basta tener fe y creer en Dios, para ser sujetos depositarios de ayuda. Así, las mujeres manifiestan una forma de relación con Dios más estrecha y de confianza, al grado que hacen peticiones de ayuda específica, mientras que por parte de los hombres existe una distancia de respeto. Por otra parte, las creencias espirituales de los pacientes, se enfoca a la Voluntad de Dios no como una causa directa del padecimiento, sino como una forma de indicar que Él dejó que así sucedieran las cosas y ahora corresponde a ellos tomar un papel activo en relación con la atención de su enfermedad. Sin embargo, algunas personas representan su padecimiento como una forma de castigo por excesos cometidos, lo cual deja entrever a la enfermedad como una consecuencia a las transgresiones (27).

Al ser la espiritualidad una estrategia de afrontamiento positiva para la Diabetes, las intervenciones de enfermería, deben permitir , ofertar espacios para hablar con la familia o amigos sobre estos asuntos relacionados con la espiritualidad, además de fortalecer los

valores y creencias en hombres y mujeres y en especial en los hombres diabéticos, ya que, los investigados estuvieron en extremo desacuerdo al considerar como importantes, dentro de sus creencias, el obtener perdón, guía espiritual para tomar las decisiones en cada día de su vida, y, frecuentemente, en momentos importantes de su vida diaria, sentirse muy cerca de Dios o de un 'Poder' más grande .

En la muestra de estudio se destacó el porcentaje de las mujeres en el rango de edad de la adultez intermedia, 40 a 65 años, lo cual coincide con otras investigaciones (31). En esta etapa, según Erickson, las mujeres buscan un cambio orientado hacia el significado de su vida, incluyendo aspectos relacionados con el crecimiento personal o espiritual, resaltando que entre los 60 y 65 años se aprende el sentido final de su vida y de lo que significa (25, 26). A diferencia de otras investigaciones (31), resalta el porcentaje de hombres en la edad de la adultez tardía 66 a 79 años; donde las personas mayores alcanzan ahora el sentido de aceptación de la vida, y de la muerte, en especial en la senectud (80 años hasta la muerte), cuando “la jubilación” genera un cambio en los roles de los hombres (25, 26), y la espiritualidad, al parecer, ayuda en su afrontamiento.

En esta investigación predomina la práctica religiosa católica con 100% para las mujeres y un 80% para los hombres, similar a otras investigaciones (31, 46), lo cual es importante ya que, culturalmente, desde lo religioso, la espiritualidad tiene un efecto positivo en el estilo de vida de los individuos, ya que influye en el afrontamiento de la Diabetes Mellitus, pues se ha encontrado que el crecimiento de la ansiedad es inversamente proporcional al de la Espiritualidad (48), en especial si los pacientes consideran que la fe les da la fuerza para sobrellevar su estado de salud hasta que Dios se los permita (31).

Al relacionar los resultados de la investigación, con los de Zabala en México (31); se reporta una situación similar en lo que respecta a la baja escolaridad de los pacientes

situación que obliga a interrogarse si la escolaridad y su fundamentación están relacionadas con la espiritualidad, o si no lo están, como se encontró en el estudio de Dávila (46).

CONCLUSIONES

La perspectiva espiritual de las mujeres es diferente a la de los hombres mayores de cuarenta años con Diabetes Mellitus que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona. *Las diferencias en los niveles de perspectiva espiritual entre los dos grupos son estadísticamente significativas lo cual, confirma la hipótesis alterna, en la cual se plantea que existen diferencias en la perspectiva espiritual de los hombres y las mujeres.*

Al revisar los comportamientos espirituales en los diabéticos mayores de 40 años se encontró que el grupo de mujeres tiene un puntaje promedio más alto, que el grupo de los hombres, confirmando así la hipótesis planteada. Así mismo, al revisar las creencias espirituales en los diabéticos mayores de 40 años se encontró que el grupo de mujeres tienen un puntaje promedio mayor en relación al grupo de hombres puntos respectivamente, confirmando así la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

En los currículos de enfermería, se debe fortalecer el Cuidado de Espiritual Enfermería con un abordaje holístico, desde la práctica diaria clínica y comunitaria; ya que, promover el bienestar espiritual, ayuda al paciente a afrontar los procesos de cambio físico y psicosocial de la cronicidad de este tipo de patologías, por lo que las estrategias educativas de la Enfermera deben fortalecer las creencias y los comportamientos espirituales, el autocuidado del paciente, con el apoyo de su familia, para mejorar su calidad de vida. Así mismo, **realizar estudios adicionales con muestras de características similares y/o distintas, utilizando la Escala de Perspectiva Espiritual,**

SPS, de Pamela Reed, con el fin de identificar los factores implicados en la vivencia de la espiritualidad, para que las personas encuentren sentido de su existencia en función de su perspectiva espiritual expresada en creencias y comportamientos espirituales.

Si enfermería reconoce que existe diferencia entre la perspectiva espiritual de hombres y mujeres, **debe incorporar en su práctica cuidados espirituales** en forma específica y diferente a cada grupo, valorando las creencias y los comportamientos espirituales con la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) de Reed.

La investigación en espiritualidad debe fortalecerse generando conocimiento propio para la Enfermería, con elementos teórico-prácticos que aumenten la calidad del cuidado acordes con las necesidades y valores socioculturales de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera Ortiz L, Galvis López CR, Moreno Fergusson ME, Pinto Afanador N, Pinzón Rocha ML, Romero González E, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. In *Invest. Educ. Enferm* [serial on the Internet]. 2006 Mar; [cited 2008 Apr 25]; 24 (1): 36-46. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-53072006000100004&lng>

1.1 =en.

2 Díez BL. Consideraciones acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2. En *Invest. educ. enferm* [revista en la Internet]. 2006 Mar 24 (1): 13-4. [Citado 2008 Abril 24] En línea:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-3072006000100001&lng=ea>

- 3 Canaval GE, González GE, González MC, Sánchez MO. *Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja*. Universidad del Valle. Cali, ISSN 1657-9534 *Revista Colombia médica*. [Revista on line] 2007 Octubre-Diciembre [Citado 2008 Septiembre 8] 38 (4,2), 2007. En línea: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4sup2/html%20v38n4s2/v38n4s2a8.html>
- 4 Vance DL. *Nurses' Attitudes Towards Spirituality and Patient Care*. MedSurg Nursing [serial on line] 2001 Oct [cited 2008 September 10]; Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_5_10/ai_n18612484/?tag=content;coll
- 5 Reed PG. Spirituality and mental health in older adults. Extant knowledge for nursing. *Fam Community Health* 1991; 14: 14-25
- 6 Reed PG. Self transcendence and mental health in older adults. *Journal of Nursing Research* 1989; 11(2): 143-63.
- 7 Felices de la Fuente A (Traductor) El papel de la espiritualidad. Barcelona. En: *Revista de Toxicomanías*. [Publicación on line] 2007 [citado 2008 Octubre 20] 51: 22-5. En línea: <http://www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/Ret51.2.pdf>
- 8 Pérez, B. (relator) *La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería*. Universidad de La Sabana, 2008 mayo 13 in PA - EEAN Sala 02 [Publicación Online] *Pesquisando en enfermagem* [consultado el 23 de septiembre de 2008] En línea: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=416&cf=2>
- 9 Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Interfaces*. *Acta Bioethica* [Publicación Online] 2006 [citado 2008 Septiembre 23] 12 (2): 231-242. En línea: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>
- 10 Oldnall AS. On the absence of spirituality in nursing theories and models. In *Journal of advanced Nursing* [serial on line] 1995 [cited 2008 Oct 25] 21: 417-18.

Available

from:

www.hnpjjournal.com/pt/re/hnp/selectreference.htm;jsessionid...667243907!181195629!80

91

11 Reed, PG. *Nursing Time: Research, Practice, and Theory Dimensions*. College of Nursing, University of Arizona, Tucson, Arizona, *Nursing Science Quarterly* [Published Online]2008 DOI: 10.1177/0894318408320152, [cited 2008 october 22] 21(3): 222-3 Available from: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/21/3/222>

12 Reed, PG. Commentary on "Spiritual Care Perspectives of Danish Registered Nurses": Spiritual Care as Nursing Care- In *Journal of Holistic Nursing* [Published Online] Springfield: 2008 Mar [cited 2008 october 22]26 (1): 15 Available from:<http://proquest.umi.com.murzim.unisabana.edu.co/pqdweb?index=1&did=1462455881&SrchMode=3&sid=2&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1225251894&clientId=46718&aid=3>

13 Coyle J. Nursing Theory and Concept Development or Analysis Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health, in *Journal of Advanced Nursing* [Published Online] 2002 Mar 6 [cited 2008 Abr 26] 37 (6): 589-97. Available from: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118952635/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0#relatedArticles>

14 Gallastegui Achúcaro MC. La espiritualidad en la fase terminal. Papel de la enfermería. En: Astudillo W, Orbezo A, Latiegi A, Urdaneta E. *Cuidados Paliativos en Enfermería*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos [Publicación on line] San Sebastián – España: 2003.p. 227-239 [cited 2008 Oct. 25]En línea: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/svcp-cuidadosenfermeria-01.pdf>

15 Phillips KD. Sor Calixta Roy: El modelo de adaptación. Marriner-Tomey A, Raile Allgood M. 5 edic. Modelos y teorías de enfermería, Mosby, El Sevier, Madrid: 2003, (17) p. 270-289.

16 Roy C, Andrews HA; Essentials of the Roy adaptation model. In The Roy Adaptation Model: the Definitive Statement. Connecticut: Appleton; Lange, Norwalk, 1991,p.3-25.

17 Whittemore R, Roy C. Adapting to Diabetes Mellitus: A Theory Synthesis NursSci Q [Publicación Online] 2002 October [Cited 2010 Sept 22] (15) 311-317, Available from: <http://nsq.sagepub.com/content/15/4/311.abstract>

18 Gussi MA, Dytz Jane LG. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2008 Nov 16]; 61 (3): 337-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72008000300017&lng

18.1 =en. doi: 10.1590/S0034-71672008000300017.

19 Stoll, R., "Guidelines for Spiritual Assessment", *American Journal of Nursing*, 1979, Sep., pp. 1574-77. Citado por Sánchez Herrera, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería Aquichan [en línea] Chía: 2004, 4 (octubre) : [fecha de consulta: 25 de abril de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74140402>> ISSN 1657-5997

20 Kozier B. Erb G. Olivieri R. *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica*. Madrid: Mac Graw Hill, 1993, 2a edición p. 830.

- 21 NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006*. Madrid: El Sevier, 2005. p. 201-2.
- 22 Rivera Ledesma A, Montero López LM. Ejercicio clínico y espiritualidad. Universidad de Murcia. En *Redalyc, Anales de psicología* [Publicación Online], Murcia: 2007 junio [Citado 2008 septiembre 24] 23 (1): 125-36 En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16723116.pdf>
- 23 Thompson, JM, McFarland GK, Hirsch LE, Tucker SM. *Spiritual distress*. Mosby's clinical nursing 5th Ed. St. Louis: Mosby. Nursing consult [Published Online] 2002 [cited 2008 Sep 24] Available from: http://www.nursingconsult.com.murzim.unisabana.edu.co/das/book/105558771-4/view/1043/484.html/4-u1.0-B0-323-01195-0..50030-5--cesec597_8284?sid=751414856&SEQNO=1&bookft=true&bookfts et=1&bbSearchType=single
- 24 Thompson, JM, McFarland GK, Hirsch LE, Tucker SM. *Spiritual distress*. Mosby's clinical nursing 5th Ed. St. Louis: Mosby. Nursing consult [Published Online] 2002 [cited 2008 Sep 24] Available from: http://www.nursingconsult.com.murzim.unisabana.edu.co/das/book/105558771-4/view/1043/484.html/4-u1.0-B0-323-01195-0..50030-5--cesec597_8284?sid=751414856&SEQNO=1&bookft=true&bookftset=1&bbSearchType=single
- 25 Vega JL, Bueno B. *Psicología evolutiva y de la educación. Desarrollo del adulto y del envejecimiento*. Madrid: Síntesis psicológica; 1996. p. 258-65.
- 26 Lefrancois Guy R. *El ciclo de la vida*. Universidad de Atlanta. México: Thomsom, 2005; 6ª edic. p. 465-67.

27 Torres-López T, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad.SaúdePública* [serial on the Internet] 2005 Febe [Cited 2009 Sep. 09]; 21 (1): 101-110. En línea:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000100012&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100012.

28 Hampton J, Weinert C. An Exploration of Spirituality in Rural Women With Chronic Illness. In *Holistic Nursing Practice*: [serial on line] 2006 January/February [Cited 2929 May 2008]; 20 (1): 27-33. En línea:

http://journals.lww.com/hnpjjournal/Abstract/2006/01000/An_Exploration_of_Spirituality_in_Rural_Women_With.7.aspx

29 Riffo Luengo, S. Salazar Molina, A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus. *Enfermería Global* [Publicación Online] 2008 Octubre [citado 2008 Junio 15] (14) 1, Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36101/34601>

30 Kelley N, Gail D Mkus, R Tappen, D Chyun, H G Koenig. Relationships of Religion and Spirituality to Glycemic Control in Black Women With Type 2 Diabetes. *Nurs Res.*[serial on line] 2008 Sep-Oct [cited 2008 Sep 24]; 57 (5): 331-9. In: Proquest Nursing & Allied Health Source [database on the Internet] Available from: <http://www.proquest.com/>; Document ID: 1557681271.

31 Zavala MR, Vázquez Martínez O, V. Wethsell M. Bienestar Espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. En *AQUICHÁN* [serial on the Internet].2006 Oct [cited 2008 Sep. 3] 6 (1): 7-21. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-

[59972006000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100002&lng=en).

32 Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. En *Rev Salud Publica* [Revista online] 2005 Noviembre [citado 2008 Septiembre 09]; 7: 281-92. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/422/42270304.pdf>

33 Canaval GE, González GE, González MC, Sánchez MO. *Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja*. Universidad del Valle. Cali, ISSN 1657-9534 *Revista Colombia médica*. [Revista on line] 2007 Octubre-Diciembre [Citado 2008 Septiembre 8] 38 (4,2), 2007. En línea: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4sup2/html%20v38n4s2/v38n4s2a8.html>

34 Pérez B, Veloza M. Procesos de afrontamiento y adaptación orientados por la espiritualidad. CVLAC de Colciencias [Publicación Online] [Citado 2010 Sept 22] Disponible en: http://201.234.78.173:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000321982

35 Polit D, Hungler B. *Investigación científica en las ciencias de la salud: Principios y métodos*. Sexta ed. México: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana; 1999.

36 Giraldo Molina, CI. Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería, Medellín. En *Invest. educ. enferm* [Publicación online] 2000 Marzo [Citado 2009 Noviembre 11] 18 (1): 4968-9. En línea: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396729&indexSearch=ID>

- 37 Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. Tercera ed. Chile: Mac Graw Hill; 2003. (23), p. 306-7.
- 38 Rosa, AJ de la. *Bioestadística*. ISBN 978-970-729-306-9. Segunda edición México: Manual moderno; 2008. p. 162-3.
- 39 Llanio Navarro R. Perdomo González G. *Propedéutica Clínica y semiología médica*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. ISBN 959-7132-87-5 Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2003. 1: p.147-8.
- 40 González Guevara L, Vallejo Sánchez M, Moreno Turbay F. *Grado cognoscitivo del personal de enfermería del servicio de neurocirugía y áreas relativas de la Escala de Glasgow en pacientes con patología endocraneal diversa entre el personal de enfermería del Servicio de Neurocirugía y Áreas relativas*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Escuela Superior de Enfermería, Curso complementario a nivel de Licenciatura, C. E. S. A. [Publicación online] 2009 [citado 2009 Diciembre 1] En línea: <http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-enfermeria.htm>
- 41 Smeltzer, Suzanne C; Bare, Brenda G; Bruner, Sudarth. *Enfermería Médico quirúrgica*, 6ª Edición, Castellano. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000. (2): p. 1699-701.
- 42 Organización de Estados Iberoamericanos *DECLARACION DE HELSINKI*. Puntos 20 al 22. [Publicación online] 1964 [citado 2008 Octubre 01]. En línea <http://www.oei.es/noticias/spip.php?article4215>.
- 43 CIOMS MS. *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Traducción de la edición original en inglés realizada por el Programa Regional de Bioética OPS/OMS [Publicación online] 2003 Mayo [Citado 2008 Octubre 01] Disponible en: www.cioms.ch/frame_spanish_text.htm

44 Pennington Grimsley L. *The relationship between spirituality and quality live in HIV positive persons*. A dissertation about requirement for the degree of Doctor of Science in Nursing. Birmingham, Alabama; 2003. p. 33.

45 Reed Pamela G. Developmental resources and depression in the elderly. *Nurs Res* 1986; 35: 368-374.

46 Dávila Mendoza, SJ. *Relación entre los niveles de Espiritualidad y Fortaleza en ancianos mexicanos*. [Tesis Maestría, ed. electrónica]. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de enfermería. Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria. México: Enero, 2004. [Citado 2009 Diciembre 12]. En línea: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149846.pdf>

47 Wethsell MV, Frederickson K, Aguilera P, Maya JL. Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. En *AQUICHÁN* [serial on the Internet]. 2005 Oct. [Cited 2008 Apr. 25]; 5 (1): 72-85. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100008&lng=en.

48 Grupo Diabetes SAMFyC 1996-1998, *Diabetes en el anciano*. [Publicación en la Internet]. Revisado: 18-2-98 [Citado 2008 Octubre 12] En línea: <http://www.cica.es/~samfyc/diabanc.htm>

PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS

ISABEL TORRES LEAL*

*Maestría en Enfermería Universidad de la Sabana. Enfermera Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Docente EFORSALUD Pamplona, Docente Departamento de Enfermería Universidad de Pamplona. Ciudadela Universidad de Pamplona, Facultad de Salud, Km 1 vía Bucaramanga, Pamplona. Email: isabeltorresleal@hotmail.com, isabeltorres@unipamplona.edu.co.

RESUMEN

Este estudio comparó las creencias y comportamientos espirituales en hombres (n=35) y mujeres (n=35), mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, medidos con la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed. Se realizó muestreo aleatorio simple, no probabilístico en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, excluyendo pacientes con alteraciones: Orientación y Conciencia (Escala de Glasgow), analizando los datos en Excel-Windows, SPSS10.0.

Se confirmó la diferencia del nivel de perspectiva espiritual (H_a) entre el puntaje promedio de mujeres (53,65) y hombres (49,51). Igualmente, en el nivel de creencias y comportamientos espirituales (ANOVA $p=0,00832$, Mann-Whitney $p=0,02$). Se invita a fortalecer el estudio de la espiritualidad, los comportamientos y creencias espirituales.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, espiritualidad, cuidado de enfermería (fuente: DeSC, BIREME).

ABSTRACT

This study compared the spiritual beliefs and behaviors in men (n = 35) and women (n = 35), over 40 years with diabetes mellitus, as measured by the Spiritual Perspective Scale

Reed. Simple random sampling was performed, not probabilistic in San Juan de Dios Hospital in Pamplona, excluding those patients with: Guidance and Awareness Scale (Glasgow), analyzing the data in Excel, Windows, SPSS10.0.

We confirmed the differences in levels of spiritual perspective (Ha) between women's average score (53.65) and men (49.51). Similarly, the level of spiritual beliefs and behaviors (ANOVA $p = 0.00832$, Mann-Whitney $p = 0.02$). Are invited to strengthen the study of spirituality, spiritual beliefs and behaviors.

Keywords: Diabetes Mellitus, spirituality, nursing care (source: DeSC, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Los pacientes diabéticos son seres activos y trascendentes que viven y tienen la capacidad de crecer en el cuidado (1), la espiritualidad mejora el sentir, pensar y actuar de los individuos e incluye las necesidades y creencias que se convierten en factores protectores para asumir la situación con menor sufrimiento y adaptación. La adaptación de vivir con Diabetes constituye un factor estresor que afecta al desarrollo físico, psicosocial y espiritual, deja secuelas físicas, dolor, limitación, sentimiento de pérdida o afrontamiento de la muerte, y dependencia del cuidador, que finalmente, comprometen la independencia, la capacidad laboral, las relaciones personales, y familiares, así como el ajuste a nuevas demandas que la sociedad y el medio imponen (2).

Por esta situación, surgió la inquietud de realizar una investigación que permitiera dar respuesta a la pregunta planteada ¿Cuál es la diferencia, en la perspectiva espiritual, entre hombres y mujeres con Diabetes Mellitus mayores de 40 años que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona?, en el contexto de Pamplona, Norte de Santander, para lo cual se utilizó el instrumento de Pamela Reed para medir la Perspectiva Espiritual. La situación investigada contribuyó al desarrollo del conocimiento

de las creencias y comportamientos espirituales como punto de partida y de cuidado espiritual de enfermería en el área asistencial y comunitaria, facilitando una base para la implementación de programas con perspectiva de género, de cuidados espirituales, al comprobar la hipótesis alterna planteada en relación a que, la perspectiva espiritual en las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus es diferente a la de los hombres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus.

MARCO TEÓRICO

Abordajes del concepto de espiritualidad

La Espiritualidad es una fuerza unificadora que trasciende al individuo y lo motiva hacia la búsqueda de un significado, relacionándolo con el Mundo y con un Ser Superior (3); se define como una interconexión con Dios quien le da propósito y significado a la vida (4).

A su vez, Reed (1991), conceptualiza la espiritualidad como la capacidad de un ser humano para encontrar significados en la vida, a través de un sentido de interrelación de naturaleza superior de un propósito supremo, superior a uno mismo (5). Congruente con las creencias y los comportamientos espirituales (5, 6), expresados por los valores y sentimientos, que surgen del interior ayudando al individuo a vivir y aceptar los momentos de enfermedad, el significado en la vida, y las interacciones o conexiones con otros (5, 6).

Manifestaciones de la espiritualidad

Los comportamientos espirituales según Reed, son las conductas que expresan las creencias espirituales, manifestadas como la oración, la lectura y otras experiencias espirituales que reflejen interacción o la conciencia (5, 6)

Técnicas de comportamientos espirituales

Se pueden describir tres técnicas como son: Rezar, Peregrinar, y dar ofrendas (7); Rezar ánima a los clientes a situar el origen de sus cambios fuera de sí mismos; Peregrinar; refleja la influencia mental, después de ir a un lugar santo, Ofrendar; aumenta la esperanza, e impacta los pensamientos, sentimientos y la conducta, como el acto de encender una vela.

Beneficios de la espiritualidad para la salud

La Espiritualidad, puede ser vista como una estrategia de afrontamiento y adaptación que interpreta la situación vivenciada, incluyendo, en su estructuración y manifestación, experiencias de vida y formas particulares de manejar la información procedente del entorno personal, en forma dinámica consigo mismo, con los demás y con un Ser Superior (8). Para los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas o en fase terminal, tiene como objetivo aliviar los síntomas de sufrimiento físico, psíquico, mental y espiritual (9).

Atributos de espiritualidad

El primer atributo de la espiritualidad implica una relación con otras personas, con la naturaleza, con Dios o con una fuerza Superior, que integre la parte física, emocional y espiritual del ser humano. Un segundo atributo es la creencia de que existe una fuerza Superior al ser humano, que afirma la existencia de la Vida, y el tercero, es una energía constante y dinámica, la cual hace que el cliente vaya en busca de bienestar, propósito y significado de la vida (10).

La espiritualidad como dimensión del cuidado de Enfermería

Desde la práctica de Enfermería existen diferentes perspectivas de cuidado de la Espiritualidad. El enfoque fenomenológico (11), influido por los prejuicios personales, los comportamientos intersubjetivos y las diferencias culturales (12); el interaccionista

simbólico interpretativo, integra el cuerpo, la mente y el espíritu para alcanzar la sanidad (13), incluyendo los diversos orígenes culturales y religiosos (4), e implica la responsabilidad ética de cuidar basada en las necesidades subjetivas establecidas en una relación humana de confianza (14), caracterizada por el dar de sí, la presencia, la escucha, el respeto, el apoyo de valores, creencias, y conexiones importantes (15).

En el Modelo de Adaptación de Calixta Roy, “la espiritualidad” provoca una respuesta negativa o positiva “la adaptación” ante cambios en el entorno, se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, en el cual, el yo de la persona, está formado por la constancia, los valores, expectativas, la moral, la ética y la espiritualidad del ser (16), que se relacionan al darse autorespuesta al “¿En qué creo?”. Así mismo, el sentido de autonomía es directamente relacionado con una ética de las creencias y un sistema propio de valores, y de auto-concepto (da el sentido de quien es él o ella) (17). Con la teoría de “adapting” a la Diabetes Mellitus de Whittemore y Roy, se sintetizan los conceptos de diabetes, autogestión, integración, y salud en un proceso dinámico, continuo y perpetuo influenciado por estímulos, factores personales, ambientales, percepción individual de la experiencia de la enfermedad y la participación de conductas promotoras de salud (18).

Stoll (1988) sugiere como guía para recolectar los datos sobre creencias y comportamientos espirituales cuatro áreas: el concepto que tiene la persona sobre Dios; la fuente de esperanza y fortaleza de la persona; el significado de los comportamientos religiosos y los rituales y la relación que el individuo percibe entre su estado de salud y su sistema de creencias (19).

Hay ciertas necesidades espirituales que son comunes a todos los seres humanos, como la necesidad de encontrar un sentido y una finalidad en la vida y la de amor y vínculos afectivos (20). A partir de estas, la intervención de la Enfermería en cuidados espirituales,

incluye evaluar dedicar tiempo a la persona para el abordaje de las necesidades espirituales (4), escuchar la angustia espiritual (21, 22), dar esperanza, estar con él, buscar entenderle, hablarle, acompañarlo a orar, meditar, leerle libros religiosos o de naturaleza mística; hablarle acerca del papel de la religión y Dios en su vida (23), e incluso abordar los sentimientos acerca de la muerte (24).

Desarrollo espiritual del adulto

En la etapa de Adulto joven (17-40 años), e intermedio (40-65) se incluye y manifiesta el crecimiento personal o espiritual, en especial el de las mujeres, quienes priorizan la familia; el adulto mayor (65 en adelante),(vejez), aprehende el sentido final de su vida y alcanza el sentido de aceptación de la propia vida, y de la muerte; vivida con mayor dolor y desesperación para los hombres por la pérdida del rol de su vida al “jubilarse”. Finalmente, se vivencia la etapa de la Senectud, (80 años hasta la muerte), en la cual se acepta y prepara para la muerte; por lo general, se retoma la Esperanza y la Fe (25, 26).

ESTUDIOS RELACIONADOS

Un estudio cualitativo realizado en México destacó el papel de Dios en la representación del paciente diabético, referenciando diferencias entre hombres y mujeres diabéticos, en donde, las mujeres manifiestan una forma de relación con Dios de forma estrecha a través de los rezos y las peticiones precisas de ayuda específica, mientras, que por parte de los hombres existe una distancia de respeto, con un rol más pasivo, como sujetos depositarios de ayuda, en el cual sólo basta tener fe y creer (27). No obstante, Hampton – Weinert (2006) refieren que la espiritualidad es un potente mecanismo de afrontamiento que se puede utilizar en la adaptación a la Diabetes, y en la gestión de los factores de estrés de una

enfermedad crónica, donde, las mujeres se refugian en la oración, la fe, el verso, la búsqueda de significado, la trascendencia, y la familia (28).

El estudio de Riffo Luengo y Salazar Molina (2008) basados en el Modelo de Adaptación de Roy, aplica el Proceso de Atención de Enfermería en el abordaje del cuidado de pacientes con Diabetes Mellitus, por lo cual proponen valorar los cuatro modos de adaptación y la espiritualidad como estímulo contextual, manipulando e identificando las conductas y estímulos relacionados con las respuestas adaptativas de estos pacientes, planificando las intervenciones biopsicosociales con los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), validando las intervenciones en la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), evaluadas por la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) (29).

Kelley y cols (2008), demostraron que al abordar la religión y la espiritualidad se mejora fisiológicamente el control de la glicemia (GC) (30), y Zabala y cols demostraron que a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad, con mayor predominio de lo religioso donde la fe les da la fuerza para sobrellevar su estado de salud. (31).

En Colombia, algunos estudios de espiritualidad han aplicado la *Escala* de Perspectiva Espiritual de la Doctora Pamela Reed (32, 33), encontrando que la espiritualidad se relaciona negativamente con el total de síntomas de aflicción, donde la resiliencia contribuye en la reducción de la profundidad del distres y de un número de síntomas reportados (32), igualmente se demostró que la resiliencia y la espiritualidad ayudan a resolver conflictos (33). Actualmente, el proyecto de Pérez y Veloza (2010), utiliza la “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” (ESCAPS versión en español) de Callista Roy (2006) para identificar los procesos de afrontamiento y adaptación

orientados por la espiritualidad, como posible estrategia de afrontamiento en la vivencia de la enfermedad crónica (34).

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo de correlación de corte transversal (35), en donde se busca la relación de la Perspectiva espiritual entre hombres y mujeres, mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, IPS de Nivel II tipo A (36).

La muestra se conformó por dos grupos cada uno con 35 pacientes, uno de sexo masculino y el otro de sexo femenino, se determinó mediante la técnica de muestreo Aleatorio simple, No probabilístico, No Intencional (37, 38) con criterios de inclusión como: ser diabético mayor de 40 años atendido en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, con al menos 15 puntos en la escala de Glasgow, sin dificultades en la orientación y la comunicación (39, 40, 41), y que decidía participar libremente, previa firma del consentimiento, y el cumplimiento de las normas éticas como la autorización de la autora para la utilización del instrumento, y de las instituciones implicadas (42, 43).

La recolección de los datos se utilizó una celda sociodemográfica (edad, género, afiliación al sistema de seguridad social en salud, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, zona, municipio de procedencia, tipo de diabetes, sus complicaciones, años de evolución y vivencia con el diagnóstico de la Diabetes Mellitus), igualmente se aplicó el cuestionario estructurado (37), *Escala de perspectiva espiritual* (SPS) de la doctora Pamela Reed, constituida por diez ítems que miden las creencias y comportamientos espirituales de la persona, y una *Escala Likert* de seis puntos, con un rango total de entre 10 y 60 (5, 6).

Respecto a la confiabilidad de la escala, posee consistencia interna mediante un *Alfa de Cronbach* de 0.90, un promedio de correlación entre ítems de 0.54 – 0.60. El rango de

promedio de correlación entre ítems fue de 0.57 – 0.68 a través de grupos con una no correlación entre ítems por debajo de 0.41. Así mismo, Reed examinó la validez de constructo, a través del estudio en donde 165 mujeres reportaron fortaleza religiosa asociada con altos puntajes, en relación con el instrumento SPS (44).

La información se recolectó en forma dirigida por la investigadora en un tiempo de tres meses, y se procesó mediante el paquete estadístico SPSS versión 10; para su análisis se utilizó la estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central, frecuencias, proporciones; además se realizó el análisis de varianza de ANOVA y para la prueba de comparación de grupos, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney ($\alpha = 0,01$; $\beta = 0,05$). Para el análisis e interpretación se siguieron las indicaciones de la Dra. Reed (5, 6), además de los niveles establecidos por la Dra. María del Refugio Zavala y colaboradores (31).

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos mostraron que el mayor porcentaje de mujeres diabéticas esta en las edades comprendidas entre 40 y 65 años, mientras que en los hombres se presenta en las edades comprendidas entre 66 a 79, La mayoría de los participantes saben leer y escribir (71,43% de las mujeres y el 80% de los hombres); y de estos se encontró con primaria incompleta con un 40% para las mujeres y un 37,14 % para los hombres.

El 28,57 de hombres y mujeres entrevistados refieren ninguna ocupación; las mujeres con diabetes, se dedican al hogar en un 54,28%; en los pensionados se encuentra al 25,7% de los hombres, con un 2,86% de las mujeres. El estado civil reporta que el 34.26% de las mujeres son casadas con relación a los hombres con un 62.86%. El 88,57% de las mujeres y el 45,71% de los hombres tienen como se afiliación al Sistema de Seguridad Social en

Salud Subsidiado. Predomina la práctica religiosa católica con el 100% para las mujeres y un 80% para los hombres.

El 62,86% de las mujeres y el 74,29% de los hombres tienen Diabetes no insulino dependiente, de los cuales, el 54,28% de las mujeres y el 48,57% de los hombres presentan más de dos complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus (hipertensión arterial, neuropatía o retinopatía diabética). Es de resaltar que del total de los entrevistados, tan sólo el 14,29% de las mujeres y el 17,15% de los hombres tenían Diabetes Mellitus sin complicaciones.

En la tabla 1, se comparan los comportamientos espirituales de mujeres y hombres diabéticos mayores de 40 años. Al indagar sobre si habla de asuntos espirituales con su familia o amigos, se destacan el grupo de mujeres, que lo hace en forma diaria con un 68,56%, muy por encima de los hombres con un 45,71%. El compartir diariamente con otros las creencias espirituales es representado en un 57,14% por las mujeres en relación con los hombres en un 34,28%. Pertinente a la lectura de materiales de *algo* espiritual, el 60% de las mujeres manifestaron la práctica una vez a la semana, con relación al 37,14% de los hombres. El 100% de los mujeres dijo que más o menos una vez al día rezan en privado, mientras que solo el 94,28% de los hombres aseguran hacer esta práctica.

Tabla 1. Compilación por comportamientos espirituales de distribuciones del número de mujeres y hombres según la frecuencia de actividades

SEXO	COMPORTAMIENTOS ESPIRITUALES	Frecuencia de prácticas													
		Nunca (1)		Menos de una vez al año (2)		Mas o menos una vez al año		Mas o menos una vez al mes (4)		Mas o menos una vez a la		Mas o menos una vez al día		Totales	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUJERES	Cuando está hablando con su familia o sus amigos. Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	0	0	1	2,86	1	2,9	1	2,86	8	22,9	24	69	35	100
	Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	1	2,9	1	2,86	2	5,7	3	8,57	8	22,9	20	57	35	100
	Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	1	2,9	0	0	0	0	3	8,57	21	60	10	29	35	100
	Cuántas veces reza usted en privado?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	100	35	100
HOMBRES	Cuando está hablando con su familia o sus amigos. Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	3	8,6	0	0	4	11	5	14,3	7	20	16	46	35	100
	Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	2	5,7	1	2,86	5	14	5	14,3	10	28,6	12	34	35	100
	Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	2	5,7	1	2,86	4	11	5	14,3	13	37,1	10	29	35	100
	Cuántas veces reza usted en privado?	1	2,9	0	0	0	0	0	0	1	2,86	33	94	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

En la tabla 2 se observa, respecto a las creencias espirituales de las mujeres y hombres diabéticos, se obtuvo que en ambos grupos, predominan los acuerdos con las creencias espirituales, evidenciado en la obtención del perdón como parte importante de su creencia espiritual resultados del 60% en las mujeres y el 54,28% de los hombres. Concerniente al tratar de obtener una guía espiritual para tomar decisiones cada día de su vida, el 60% de las mujeres opinan estar de acuerdo diferente con la respuesta de los hombres con el 57,14%. Pertinente a las creencias espirituales como una parte importante de su vida, las mujeres respondieron estar extremadamente de acuerdo, con un 37,14% mujeres y los hombres con un 34,28%. En relación a si frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un 'Poder' más grande en momentos importantes de su vida diaria, el 57,14% de las

mujeres y el 51,42% está de acuerdo; a la pregunta si las creencias espirituales han afectado su vida, el 54,28% de las mujeres refirió estar de acuerdo con esto en comparación con el 45,71 de los hombres. En referencia a si las creencias espirituales como responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida, la respuesta fue de un 62,86% de hombres y un 48,57% mujeres.

Tabla 2. Compilación por creencias espirituales de distribuciones del número de mujeres y hombres según los acuerdos o desacuerdos espirituales (religiosos)

SEXO	CREENCIAS ESPIRITUALES	ACUERDOS O DESACUERDOS CON RELACIÓN A DIFERENTES ASPECTOS ESPIRITUALES (RELIGIOSOS)													
		Extremadamente en desacuerdo (1)		Desacuerdo (2)		En desacuerdo más que en acuerdo (3)		De acuerdo más que en desacuerdo (4)		De acuerdo (5)		Extremadamente de acuerdo (6)		Totales	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MUJERES	Trata de obtener perdón en una parte importante de su creencia espiritual?	0	0	0	0	1	2,86	1	2,86	21	60	12	34,28	35	100
	Trata de obtener guía espiritual al tomar las decisiones en cada día de su vida?	0	0	0	0	0	0	1	2,86	21	60	13	37,14	35	100
	Sus creencias espirituales son un aparte importante de su vida?	0	0	0	0	0	0	2	5,72	20	57,14	13	37,14	35	100
	Frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un “poder” mas Grande en momentos importantes de su vida diaria?	0	0	0	0	0	0	0	0	20	57,14	15	42,86	35	100
	Sus creencias espirituales han afectado su vida?	0	0	2	5,72	1	2,86	0	0	19	54,28	13	37,14	35	100
	Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida?	0	0	0	0	0	0	2	5,72	17	48,57	16	45,71	35	100
HOMBRES	Trata de obtener perdón en una parte importante de su creencia espiritual?	1	2,86	0	0	0	0	4	11,4	19	54,28	11	31,44	35	100
	Trata de obtener guía espiritual al tomar las decisiones en cada día de su vida?	1	2,86	2	5,72	3	8,57	2	5,71	20	57,14	7	20	35	100
	Sus creencias espirituales son un aparte importante de su vida?	0	0	0	0	2	5,72	2	5,72	19	54,28	12	34,28	35	100
	Frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un “poder” mas Grande en momentos importantes de su vida diaria?	1	2,86	1	2,86	0	0	3	8,58	18	51,42	12	34,28	35	100
	Sus creencias espirituales han afectado su vida?	0	0	7	20	3	8,57	1	2,86	16	45,71	8	22,86	35	100
	Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida?	0	0	0	0	0	0	1	2,86	22	62,86	12	34,28	35	100

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

Se encontró un nivel de Perspectiva Espiritual alto (26 a 60 puntos) en el 91,43% de las mujeres diabéticas y en un 77,14% de los hombres diabéticos, como lo muestra la tabla 3.

Nivel de Perspectiva Espiritual*	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Leve: 10 a 30 puntos	0	0	1	2,86
Moderado: 31 a 45 puntos	3	8,57	7	20
Alto: 46 a 60 puntos	32	91,43	27	77,14
Totales	35	100	35	100

* Adaptado Zabala, Martínez, W hetsell

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus

La varianza de ANOVA (tabla 4) revela diferencias significativas ($p < 0,01$), con un valor $p = 0,00832$, lo cual indica una diferencia altamente significativa entre los promedios de espiritualidad. Lo cual, apoya la hipótesis de la investigación: *“La perspectiva espiritual de las mujeres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, es diferente a la de los hombres mayores de 40 años con Diabetes Mellitus que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona.*

Tabla de ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F	Valor p
perspectiva * GÉNERO Inter-grupos (Combinadas)	300,357143	1	300,35714	7,387714	0,00832
perspectiva * GÉNERO Intra-grupos	2764,62857	68	40,6563		
Total	3064,98571	69			

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

Esta conclusión se ratifica en *La Prueba no paramétrica de Mann-Whitney* (tabla 5), que respalda la hipótesis de trabajo ($p 0,02$) en el rango medio, correspondiente a las observaciones procedentes de la muestra de mujeres. Así mismo, el valor del estadístico U con respecto al promedio es 0,02; por lo tanto, la probabilidad es menor que el nivel de significación 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo.

Rangos perspective				Estadísticos de contraste	Variable de agrupación: GÉNERO	Perspective
GÉNERO	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney		415
Mujeres	35	41,14	1440	W de Wilcoxon		1045
Hombres	35	29,86	1045	Z		-2,325
Total	70			Sig. asintót. (bilateral)		0,02

Fuente: Base de datos Perspectiva Espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.

DISCUSIÓN

La presente investigación se fundamentó en el concepto de la Espiritualidad referido como el conocimiento de sí mismo en el sentido de una conexión con un Ser de naturaleza Superior o a la existencia de un propósito Supremo, expresada a través de la perspectiva espiritual vivenciada mediante las creencias y comportamientos espirituales (45).

La Espiritualidad es una estrategia de apoyo en la vivencia de la Diabetes Mellitus, que, al ser valorada por medio de la Escala de Perspectiva Espiritual SPS de Reed, permitió clasificar la muestra de esta investigación en un nivel alto de perspectiva espiritual, siendo positivo para el afrontamiento de la enfermedad, lo cual se corrobora con los estudios en adultos mayores de Reed (1992), quien refiere que, a medida que se aumenta la espiritualidad, se aumenta la fortaleza relacionada a la salud; y con el estudio de Dávila (2004), que enunció que la fortaleza alimentada por la espiritualidad fomenta la adaptación a los problemas de la vida cotidiana ya las enfermedades crónicas (46), donde se puede incluir la Diabetes. Por lo tanto, en los diabéticos la Espiritualidad ofrece un sentido de vida, dando poder al individuo, coherente con Whetsell y colaboradores, quienes demostraron que a niveles más altos de bienestar espiritual se tienen igualmente niveles elevados de la fortaleza relacionada con la salud, significando que la cercanía con Dios muestra el camino para lograr la adaptación ante los retos del envejecimiento, con la percepción del ambiente como fuente de oportunidades y no de obstáculos (47). Además, en la vivencia con Diabetes Mellitus, Dios es un agente de causalidad por “voluntad o castigo por los excesos”; así como de control y curación (27).

En esta investigación se comprobó que la Perspectiva Espiritual de las mujeres es diferente a la de los hombres con Diabetes Mellitus, confirmando que en las mujeres es más alto el nivel en relación con los hombres, lo que coincide con lo referido en la literatura, donde la

espiritualidad representa un recurso de la mujer para el afrontamiento efectivo, ya que, al parecer, las mujeres tienden más que los hombres, a acercarse a Dios (46).

Al revisar los comportamientos espirituales en los diabéticos mayores de 40 años, el grupo de mujeres tiene un puntaje promedio más alto, que el grupo de los hombres, manifestado como dice la literatura en el uso frecuente de fórmulas místicas, antes de realizar algunas acciones que se consideran de riesgo o peligrosas; y una forma protectora en el momento de la toma de los medicamentos: "en nombre de Dios... ni el veneno mata" (27). Igualmente, se encontró que el nivel promedio de creencias espirituales es mayor en las mujeres en relación con el grupo de hombres, situación que se puede explicar por lo reportado en la investigación de Torres (2005), donde se halló que las mujeres presentan un papel de exigencia activa que se establece a través de los rezos y las peticiones específicas de ayuda; mientras que la representación de los hombres es más pasivo, en la cual sólo basta tener fe y creer en Dios, para ser sujetos depositarios de ayuda. Así, las mujeres manifiestan una forma de relación con Dios más estrecha y de confianza, al grado que hacen peticiones de ayuda específica, mientras que por parte de los hombres existe una distancia de respeto. Por otra parte, las creencias espirituales de los pacientes, se enfoca a la Voluntad de Dios no como una causa directa del padecimiento, sino como una forma de indicar que Él dejó que así sucedieran las cosas y ahora corresponde a ellos tomar un papel activo en relación con la atención de su enfermedad. Sin embargo, algunas personas representan su padecimiento como una forma de castigo por excesos cometidos, lo cual deja entrever a la enfermedad como una consecuencia a las transgresiones (27).

Al ser la espiritualidad una estrategia de afrontamiento positiva para la Diabetes, las intervenciones de enfermería, deben permitir , ofertar espacios para hablar con la familia o amigos sobre estos asuntos relacionados con la espiritualidad, además de fortalecer los

valores y creencias en hombres y mujeres y en especial en los hombres diabéticos, ya que, los investigados estuvieron en extremo desacuerdo al considerar como importantes, dentro de sus creencias, el obtener perdón, guía espiritual para tomar las decisiones en cada día de su vida, y, frecuentemente, en momentos importantes de su vida diaria, sentirse muy cerca de Dios o de un 'Poder' más grande .

En la muestra de estudio se destacó el porcentaje de las mujeres en el rango de edad de la adultez intermedia, 40 a 65 años, lo cual coincide con otras investigaciones (31). En esta etapa, según Erickson, las mujeres buscan un cambio orientado hacia el significado de su vida, incluyendo aspectos relacionados con el crecimiento personal o espiritual, resaltando que entre los 60 y 65 años se aprende el sentido final de su vida y de lo que significa (25, 26). A diferencia de otras investigaciones (31), resalta el porcentaje de hombres en la edad de la adultez tardía 66 a 79 años; donde las personas mayores alcanzan ahora el sentido de aceptación de la vida, y de la muerte, en especial en la senectud (80 años hasta la muerte), cuando “la jubilación” genera un cambio en los roles de los hombres (25, 26), y la espiritualidad, al parecer, ayuda en su afrontamiento.

En esta investigación predomina la práctica religiosa católica con 100% para las mujeres y un 80% para los hombres, similar a otras investigaciones (31, 46), lo cual es importante ya que, culturalmente, desde lo religioso, la espiritualidad tiene un efecto positivo en el estilo de vida de los individuos, ya que influye en el afrontamiento de la Diabetes Mellitus, pues se ha encontrado que el crecimiento de la ansiedad es inversamente proporcional al de la Espiritualidad (48), en especial si los pacientes consideran que la fe les da la fuerza para sobrellevar su estado de salud hasta que Dios se los permita (31).

Al relacionar los resultados de la investigación, con los de Zabala en México (31); se reporta una situación similar en lo que respecta a la baja escolaridad de los pacientes

situación que obliga a interrogarse si la escolaridad y su fundamentación están relacionadas con la espiritualidad, o si no lo están, como se encontró en el estudio de Dávila (46).

CONCLUSIONES

La perspectiva espiritual de las mujeres es diferente a la de los hombres mayores de cuarenta años con Diabetes Mellitus que asisten a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona. *Las diferencias en los niveles de perspectiva espiritual entre los dos grupos son estadísticamente significativas lo cual, confirma la hipótesis alterna, en la cual se plantea que existen diferencias en la perspectiva espiritual de los hombres y las mujeres.*

Al revisar los comportamientos espirituales en los diabéticos mayores de 40 años se encontró que el grupo de mujeres tiene un puntaje promedio más alto, que el grupo de los hombres, confirmando así la hipótesis planteada. Así mismo, al revisar las creencias espirituales en los diabéticos mayores de 40 años se encontró que el grupo de mujeres tienen un puntaje promedio mayor en relación al grupo de hombres puntos respectivamente, confirmando así la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

En los currículos de enfermería, se debe fortalecer el Cuidado de Espiritual Enfermería con un abordaje holístico, desde la práctica diaria clínica y comunitaria; ya que, promover el bienestar espiritual, ayuda al paciente a afrontar los procesos de cambio físico y psicosocial de la cronicidad de este tipo de patologías, por lo que las estrategias educativas de la Enfermera deben fortalecer las creencias y los comportamientos espirituales, el autocuidado del paciente, con el apoyo de su familia, para mejorar su calidad de vida. Así mismo, **realizar estudios adicionales con muestras de características similares y/o distintas, utilizando la Escala de Perspectiva Espiritual,**

SPS, de Pamela Reed, con el fin de identificar los factores implicados en la vivencia de la espiritualidad, para que las personas encuentren sentido de su existencia en función de su perspectiva espiritual expresada en creencias y comportamientos espirituales.

Si enfermería reconoce que existe diferencia entre la perspectiva espiritual de hombres y mujeres, **debe incorporar en su práctica cuidados espirituales** en forma específica y diferente a cada grupo, valorando las creencias y los comportamientos espirituales con la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) de Reed.

La investigación en espiritualidad debe fortalecerse generando conocimiento propio para la Enfermería, con elementos teórico-prácticos que aumenten la calidad del cuidado acordes con las necesidades y valores socioculturales de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera Ortiz L, Galvis López CR, Moreno Fergusson ME, Pinto Afanador N, Pinzón Rocha ML, Romero González E, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. In *Invest. Educ. Enferm* [serial on the Internet]. 2006 Mar; [cited 2008 Apr 25]; 24 (1): 36-46. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-53072006000100004&lng](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-53072006000100004&lng=en)

1.1 [=en](#).

2 Díez BL. Consideraciones acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2. En *Invest. educ. enferm* [revista en la Internet]. 2006 Mar 24 (1): 13-4. [Citado 2008 Abril 24] En línea:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-3072006000100001&lng=ea>

- 3 Canaval GE, González GE, González MC, Sánchez MO. *Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja*. Universidad del Valle. Cali, ISSN 1657-9534 *Revista Colombia médica*. [Revista on line] 2007 Octubre-Diciembre [Citado 2008 Septiembre 8] 38 (4,2), 2007. En línea: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4sup2/html%20v38n4s2/v38n4s2a8.html>
- 4 Vance DL. *Nurses' Attitudes Towards Spirituality and Patient Care*. MedSurg Nursing [serial on line] 2001 Oct [cited 2008 September 10]; Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_5_10/ai_n18612484/?tag=content;coll
- 5 Reed PG. Spirituality and mental health in older adults. Extant knowledge for nursing. *Fam Community Health* 1991; 14: 14-25
- 6 Reed PG. Self transcendence and mental health in older adults. *Journal of Nursing Research* 1989; 11(2): 143-63.
- 7 Felices de la Fuente A (Traductor) El papel de la espiritualidad. Barcelona. En: *Revista de Toxicomanías*. [Publicación on line] 2007 [citado 2008 Octubre 20] 51: 22-5. En línea: <http://www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/Ret51.2.pdf>
- 8 Pérez, B. (relator) *La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería*. Universidad de La Sabana, 2008 mayo 13 in PA - EEAN Sala 02 [Publicación Online] *Pesquisando en enfermagem* [consultado el 23 de septiembre de 2008] En línea: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=416&cf=2>
- 9 Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Interfaces*. *Acta Bioethica* [Publicación Online] 2006 [citado 2008 Septiembre 23] 12 (2): 231-242. En línea: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art12.pdf>
- 10 Oldnall AS. On the absence of spirituality in nursing theories and models. In *Journal of advanced Nursing* [serial on line] 1995 [cited 2008 Oct 25] 21: 417-18.

Available

from:

www.hnpjjournal.com/pt/re/hnp/selectreference.htm;jsessionid...667243907!181195629!80

91

11 Reed, PG. *Nursing Time: Research, Practice, and Theory Dimensions*. College of Nursing, University of Arizona, Tucson, Arizona, *Nursing Science Quarterly* [Published Online]2008 DOI: 10.1177/0894318408320152, [cited 2008 october 22] 21(3): 222-3 Available from: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/21/3/222>

12 Reed, PG. Commentary on "Spiritual Care Perspectives of Danish Registered Nurses": Spiritual Care as Nursing Care- In *Journal of Holistic Nursing* [Published Online] Springfield: 2008 Mar [cited 2008 october 22]26 (1): 15 Available from:<http://proquest.umi.com.murzim.unisabana.edu.co/pqdweb?index=1&did=1462455881&SrchMode=3&sid=2&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1225251894&clientId=46718&aid=3>

13 Coyle J. Nursing Theory and Concept Development or Analysis Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health, in *Journal of Advanced Nursing* [Published Online] 2002 Mar 6 [cited 2008 Abr 26] 37 (6): 589-97. Available from: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118952635/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0#relatedArticles>

14 Gallastegui Achúcaro MC. La espiritualidad en la fase terminal. Papel de la enfermería. En: Astudillo W, Orbezo A, Latiegi A, Urdaneta E. *Cuidados Paliativos en Enfermería*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos [Publicación on line] San Sebastián – España: 2003.p. 227-239 [cited 2008 Oct. 25]En línea: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/svcp-cuidadosenfermeria-01.pdf>

15 Phillips KD. Sor Calixta Roy: El modelo de adaptación. Marriner-Tomey A, Raile Allgood M. 5 edic. Modelos y teorías de enfermería, Mosby, El Sevier, Madrid: 2003, (17) p. 270-289.

16 Roy C, Andrews HA; Essentials of the Roy adaptation model. In The Roy Adaptation Model: the Definitive Statement. Connecticut: Appleton; Lange, Norwalk, 1991,p.3-25.

17 Whittemore R, Roy C. Adapting to Diabetes Mellitus: A Theory Synthesis NursSci Q [Publicación Online] 2002 October [Cited 2010 Sept 22] (15) 311-317, Available from: <http://nsq.sagepub.com/content/15/4/311.abstract>

18 Gussi MA, Dytz Jane LG. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2008 Nov 16]; 61 (3): 337-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72008000300017&lng

18.1 =en. doi: 10.1590/S0034-71672008000300017.

19 Stoll, R., "Guidelines for Spiritual Assessment", *American Journal of Nursing*, 1979, Sep., pp. 1574-77. Citado por Sánchez Herrera, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería Aquichan [en línea] Chía: 2004, 4 (octubre) : [fecha de consulta: 25 de abril de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74140402>> ISSN 1657-5997

20 Kozier B. Erb G. Olivieri R. *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica*. Madrid: Mac Graw Hill, 1993, 2a edición p. 830.

- 21 NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006*. Madrid: El Sevier, 2005. p. 201-2.
- 22 Rivera Ledesma A, Montero López LM. Ejercicio clínico y espiritualidad. Universidad de Murcia. En *Redalyc, Anales de psicología* [Publicación Online], Murcia: 2007 junio [Citado 2008 septiembre 24] 23 (1): 125-36 En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16723116.pdf>
- 23 Thompson, JM, McFarland GK, Hirsch LE, Tucker SM. *Spiritual distress*. Mosby's clinical nursing 5th Ed. St. Louis: Mosby. Nursing consult [Published Online] 2002 [cited 2008 Sep 24] Available from: http://www.nursingconsult.com.murzim.unisabana.edu.co/das/book/105558771-4/view/1043/484.html/4-u1.0-B0-323-01195-0..50030-5--cesec597_8284?sid=751414856&SEQNO=1&bookft=true&bookfts et=1&bbSearchType=single
- 24 Thompson, JM, McFarland GK, Hirsch LE, Tucker SM. *Spiritual distress*. Mosby's clinical nursing 5th Ed. St. Louis: Mosby. Nursing consult [Published Online] 2002 [cited 2008 Sep 24] Available from: http://www.nursingconsult.com.murzim.unisabana.edu.co/das/book/105558771-4/view/1043/484.html/4-u1.0-B0-323-01195-0..50030-5--cesec597_8284?sid=751414856&SEQNO=1&bookft=true&bookftset=1&bbSearchType=single
- 25 Vega JL, Bueno B. *Psicología evolutiva y de la educación. Desarrollo del adulto y del envejecimiento*. Madrid: Síntesis psicológica; 1996. p. 258-65.
- 26 Lefrancois Guy R. *El ciclo de la vida*. Universidad de Atlanta. México: Thomsom, 2005; 6ª edic. p. 465-67.

27 Torres-López T, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad.SaúdePública* [serial on the Internet] 2005 Febe [Cited 2009 Sep. 09]; 21 (1): 101-110. En línea:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000100012&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100012.

28 Hampton J, Weinert C. An Exploration of Spirituality in Rural Women With Chronic Illness. In *Holistic Nursing Practice*: [serial on line] 2006 January/February [Cited 2929 May 2008]; 20 (1): 27-33. En línea:

http://journals.lww.com/hnpjjournal/Abstract/2006/01000/An_Exploration_of_Spirituality_in_Rural_Women_With.7.aspx

29 Riffo Luengo, S. Salazar Molina, A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus. *Enfermería Global* [Publicación Online] 2008 Octubre [citado 2008 Junio 15] (14) 1, Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36101/34601>

30 Kelley N, Gail D Mkus, R Tappen, D Chyun, H G Koenig. Relationships of Religion and Spirituality to Glycemic Control in Black Women With Type 2 Diabetes. *Nurs Res.*[serial on line] 2008 Sep-Oct [cited 2008 Sep 24]; 57 (5): 331-9. In: Proquest Nursing & Allied Health Source [database on the Internet] Available from: <http://www.proquest.com/>; Document ID: 1557681271.

31 Zavala MR, Vázquez Martínez O, V. Wethsell M. Bienestar Espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. En *AQUICHÁN* [serial on the Internet].2006 Oct [cited 2008 Sep. 3] 6 (1): 7-21. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-

[59972006000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100002&lng=en).

32 Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. En *Rev Salud Publica* [Revista online] 2005 Noviembre [citado 2008 Septiembre 09]; 7: 281-92. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/422/42270304.pdf>

33 Canaval GE, González GE, González MC, Sánchez MO. *Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja*. Universidad del Valle. Cali, ISSN 1657-9534 *Revista Colombia médica*. [Revista on line] 2007 Octubre-Diciembre [Citado 2008 Septiembre 8] 38 (4,2), 2007. En línea: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No4sup2/html%20v38n4s2/v38n4s2a8.html>

34 Pérez B, Veloza M. Procesos de afrontamiento y adaptación orientados por la espiritualidad. CVLAC de Colciencias [Publicación Online] [Citado 2010 Sept 22] Disponible en: http://201.234.78.173:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000321982

35 Polit D, Hungler B. *Investigación científica en las ciencias de la salud: Principios y métodos*. Sexta ed. México: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana; 1999.

36 Giraldo Molina, CI. Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería, Medellín. En *Invest. educ. enferm* [Publicación online] 2000 Marzo [Citado 2009 Noviembre 11] 18 (1): 4968-9. En línea: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396729&indexSearch=ID>

- 37 Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. Tercera ed. Chile: Mac Graw Hill; 2003. (23), p. 306-7.
- 38 Rosa, AJ de la. *Bioestadística*. ISBN 978-970-729-306-9. Segunda edición México: Manual moderno; 2008. p. 162-3.
- 39 Llanio Navarro R. Perdomo González G. *Propedéutica Clínica y semiología médica*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. ISBN 959-7132-87-5 Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2003. 1: p.147-8.
- 40 González Guevara L, Vallejo Sánchez M, Moreno Turbay F. *Grado cognoscitivo del personal de enfermería del servicio de neurocirugía y áreas relativas de la Escala de Glasgow en pacientes con patología endocraneal diversa entre el personal de enfermería del Servicio de Neurocirugía y Áreas relativas*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Escuela Superior de Enfermería, Curso complementario a nivel de Licenciatura, C. E. S. A. [Publicación online] 2009 [citado 2009 Diciembre 1] En línea: <http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-enfermeria.htm>
- 41 Smeltzer, Suzanne C; Bare, Brenda G; Bruner, Sudarth. *Enfermería Médico quirúrgica*, 6ª Edición, Castellano. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000. (2): p. 1699-701.
- 42 Organización de Estados Iberoamericanos *DECLARACION DE HELSINKI*. Puntos 20 al 22. [Publicación online] 1964 [citado 2008 Octubre 01]. En línea <http://www.oei.es/noticias/spip.php?article4215>.
- 43 CIOMS MS. *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Traducción de la edición original en inglés realizada por el Programa Regional de Bioética OPS/OMS [Publicación online] 2003 Mayo [Citado 2008 Octubre 01] Disponible en: www.cioms.ch/frame_spanish_text.htm

44 Pennington Grimsley L. *The relationship between spirituality and quality live in HIV positive persons*. A dissertation about requirement for the degree of Doctor of Science in Nursing. Birmingham, Alabama; 2003. p. 33.

45 Reed Pamela G. Developmental resources and depression in the elderly. *Nurs Res* 1986; 35: 368-374.

46 Dávila Mendoza, SJ. *Relación entre los niveles de Espiritualidad y Fortaleza en ancianos mexicanos*. [Tesis Maestría, ed. electrónica]. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de enfermería. Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria. México: Enero, 2004. [Citado 2009 Diciembre 12]. En línea: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149846.pdf>

47 Wethsell MV, Frederickson K, Aguilera P, Maya JL. Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. En *AQUICHÁN* [serial on the Internet]. 2005 Oct. [Cited 2008 Apr. 25]; 5 (1): 72-85. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100008&lng=en.

48 Grupo Diabetes SAMFyC 1996-1998, *Diabetes en el anciano*. [Publicación en la Internet]. Revisado: 18-2-98 [Citado 2008 Octubre 12] En línea: <http://www.cica.es/~samfyc/diabanc.htm>