

Martha V. Whetsell¹,
Keville Frederickson²,
Paulina Aguilera³,
Juan Luis Maya⁴

Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores

RESUMEN

Este estudio investigó la relación entre niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionada con la salud en una población mexicana de adultos mayores de 65 años. El proyecto se basó en el Modelo de Adaptación de Roy, el Modelo de Pollock (fortaleza relacionada con la salud) y el de Reed (bienestar espiritual). El diseño fue descriptivo correlacional, la muestra fue probabilística y se hizo al azar. La muestra ($n=160$) tuvo un nivel de significancia de 0,05 para una diferencia media de 1,6, un efecto de tamaño y potencia de 80. Los instrumentos fueron la Escala de Fortaleza Relacionada con la Salud, y la de Bienestar Espiritual, y presentaron un Alfa de 0,801 y 0,973 respectivamente. Se utilizó la Regresión Lineal Múltiple para investigar el efecto de las variables demográficas sobre el bienestar espiritual. La edad media de los sujetos fue de 73,9 ($DE=4,3$), el 62,5% fueron mujeres. El coeficiente de correlación entre el bienestar espiritual y la fortaleza relacionada con la salud fue significativo, los niveles más altos de bienestar espiritual tienen niveles igualmente elevados de fortaleza relacionada con la salud. El sexo, la edad, la educación y el estado civil mostraron una relación positiva con los niveles de bienestar espiritual ($p<,005$). Las mujeres mostraron un nivel mayor de bienestar espiritual que los hombres.

PALABRAS CLAVE

Adultos mayores, nivel de bienestar espiritual, fortaleza relacionada con salud.

ABSTRACT

This study investigated the relationship between the levels of Spiritual Well-being and the levels of Health Related Hardiness in Mexican population of adults 65 years and older. The framework was based on the Roy adaptation model, Pollock's, Health Related Hardiness and Spiritual Well-being of Reed. The design was descriptive correlational, the sampling was probabilistic random. The sample ($n=160$) had a level of significance of 0.05 for a mean difference of medium 1.6, a size effect and a potency of 80. The instruments were the Health Related Hardiness Scale, with an Alpha of 0.801 and the Spiritual Well Being with an Alpha of 0.973. Multiple Linear Regression was used to investigate the effect of the demographic variables on the Spiritual Well-being. The mean age of the subjects was of 73.9 ($DE=4.3$) 62.5% were females. The Correlation Coefficient between Spiritual Well-being and Health Related Hardiness was $r = .684 p < .05$, meaning that higher levels of Spiritual Well-being have higher levels of Health Related Hardiness. Sex, age, education, and marital status showed a positive correlation with the levels of Spiritual Well Being ($p < .005$). The women showed a higher level of Spiritual Well-being than the males.

KEY WORDS

Elderly persons, level of spiritual well-being, health related hardiness.

1 RN, ARNP, PhD; profesora, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. marwhet@att.net.mx

2 RN, EdD; FAAN; profesora y directora de programas de posgrado, Facultad de Enfermería, Lehman College, Universidad Autónoma de Nueva York, Bronx, EE. UU. tomassons@aol.com

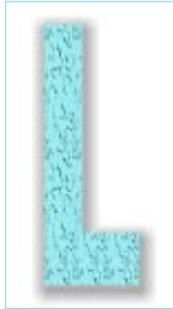
3 Profesora de tiempo completo, Campus Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. paguiler@aut.edu.mx

4 Enfermero e investigador, Instituto Mexicano de Seguro Social UMF No. 28, México. pueriles@gmail.com

Recibido: 26 de julio de 2005

Aprobado: 16 de agosto de 2005

INTRODUCCIÓN



a población de personas de edad avanzada en América Latina, y especialmente en México, está aumentando en forma rápida. El censo de 2000 reportó un crecimiento explosivo en la población mexicana. Actualmente hay 6 millones de personas de edad avanzada que viven en este país (65 años y mayores), y se reporta que diariamente 491 personas han entrado a formar parte de este grupo; la proyección actual es que para el año 2050, ésta será de 17 millones de personas. Además, se ha calculado que en América Latina el 43% de las personas con edad avanzada y las mujeres que están viviendo en las zonas urbanas hoy en día afrontan un estrés muy alto, por estar sufriendo la pérdida de miembros de la familia debido a la inestabilidad política, la guerrilla, las enfermedades crónicas y los problemas económicos. El envejecimiento en México representa una carga extra, ya que los cambios socioculturales modifican la estructura familiar, la cual no cuenta con medios y condiciones aptos para los mayores de edad. La capacidad de esta población para adaptarse a estos problemas se basará en la habilidad para evitar la institucionalización y hospitalización, con el fin de tener una buena calidad de vida (1).

Selye, en su libro *The Stress of Life*, hace énfasis en que no son los estímulos estresantes en sí mismos, sino la reacción a dichos estímulos, lo que tiene un efecto negativo en nuestros cuerpos (2). En las últimas cuatro décadas, al tratar de descubrir la manera cómo la mente puede ayudar a una persona a comprender el origen de su estrés y así reducirlo, los investigadores han buscado en las fuentes de la medicina tradicional que han sido utilizadas en la curación. Dichas técnicas, como la meditación y el yoga, entre otras, han ayudado a tranquilizar el espíritu y la mente, han aumentado el bienestar espiritual e interactúan con el cuerpo para su curación. Basados en las premisas anteriores, estos investigadores creen que el bienestar espiritual podría representar un papel muy importante en la promoción de la salud del individuo.

En 1859 Nightingale creyó en el componente espiritual de la vida humana (3). Watson opinó que la espiritualidad era un aspecto esencial que influía en las condiciones emocionales y físicas de la persona (4). Reed y Peri están de acuerdo en que existe una conexión entre una espiritualidad fuerte y una mejoría en la salud mental, con la habilidad para afrontar el estrés de una enfermedad y el duelo (5, 6). Carson y Green encontraron que la espiritualidad estaba positivamente unida con la fortaleza en víctimas de VIH (7).

El concepto de fortaleza, como lo define Kobasa, sugiere una “constelación de características de la personalidad que funcionan como un medio de resistencia ante los eventos desencadenantes del estrés de la vida” (8, 9). La estructura de la personalidad está formada por tres características principales: “control, reto y compromiso”; las tres, que son una combinación del conocimiento, la emoción y la acción, son ideales tanto para sobrevivir, como para enriquecer el desarrollo de la vida.

Pollock fue la primera en introducir una escala de fortaleza relacionada con la Salud (Health Related Hardiness Scale-HRHS, en la disciplina de enfermería). Pollock probó la HRHS en estudiantes de enfermería graduados usando una encuesta de 48 preguntas (10). Con base en los resultados iniciales, se agregaron tres preguntas para un total de 51. Se computarizó un índice de interés que indicó que por lo menos era necesario tener octavo grado de educa-

ción para esta escala (11). En 1990, Pollock probó la escala en 200 pacientes con enfermedades crónicas tales como la esclerosis múltiple, hipertensión, artritis reumatoide y diabetes mellitus. El resultado del estudio mostró que las personas con diabetes mellitus eran más fuertes que aquellas con artritis (10). Éste es otro factor importante que tiene una influencia en la calidad de vida de hombres y mujeres de edad avanzada.

Revisión de literatura y marco teórico

Considerando el número de personas de edad avanzada en América Latina, es importante tener en cuenta la forma de dar apoyo y cuidado adecuado a estos hombres y mujeres, para asegurar una mayor calidad y dignidad en sus vidas. Con este ideal en mente, los conceptos de bienestar espiritual y fortaleza relacionada con la salud han sido investigados como factores especialmente favorables para un envejecimiento exitoso.

La creencia de que hay una conexión entre el cuerpo y la mente no es nueva, pero ha recibido mayor atención a medida que los investigadores en salud estudian los síntomas psicósomáticos; las uniones entre la mente y el sistema inmune; esta medicina mente-cuerpo nos permite considerar la interconexión posible de bienestar espiritual y fortaleza relacionada con la salud y cómo éstas contribuyen a la salud de los mayores y la calidad de sus vidas (12).

Convertirse en anciano puede significar muchas cosas para cada individuo, ya que contiene varios factores: la carga genética, el ambiente en que se vive, los factores físicos, sociales, económicos y emocionales, entre otros (13). Sin embargo, volverse anciano es incuestionablemente un proceso de cambio constante e irreversible. La salud física, la pérdida de

los seres queridos, el retiro forzoso, la situación económica y el grado de independencia en todas las áreas, son elementos fundamentales para tener en cuenta cuando se mide el bienestar de las personas de edad avanzada.

Como se mencionó, de acuerdo con Selye, lo que afecta esencialmente la vida de cualquier persona y determina su calidad no son tanto los factores de estrés en sí mismos sino la forma como la persona reacciona ante éste, y su habilidad para adaptarse al cambio (2).

Selye definió el estrés como una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda hecha a éste, bien sea una amenaza, un reto o cambios que requieren adaptación. Él pensó en la conexión del cuerpo y la mente en la reacción al estrés y subrayó la habilidad para reaccionar ante el estímulo como responsable del deseo de una salud duradera (2). También aseveró que gran parte del envejecimiento fisiológico (opuesto al cronológico), resulta del uso y abuso del cuerpo, y consideró que la espiritualidad, en la medida en que induce una actitud relajada hacia lo que sucede y cuando sucede, puede resultar en una reacción favorable. Estas reacciones, a su vez, permiten que la fortaleza sea un canal de bienestar espiritual que hace que el individuo no fije su atención en los factores negativos desencadenantes del estrés —tal como el causado por la preocupación que en sí misma es un factor desencadenante del estrés autoimpuesto— (2), aliviándolo.

Considerando que la gente de edad avanzada a menudo está bajo estrés debido a que ha sufrido serias pérdidas, está sola o enferma, tiene sentido pensar, como lo hace Selye, que lo que marca la diferencia en la calidad de vida es la forma en la cual ellos reaccionan y se adaptan a estos cambios mayores, los cuales pueden depender o estar influenciados por su sistema de creencias y valores.

Considerando que la gente de edad avanzada a menudo está bajo estrés debido a que ha sufrido serias pérdidas, está sola o enferma, tiene sentido pensar, como lo hace Selye, que lo que marca la diferencia en la calidad de vida es la forma en la cual ellos reaccionan y se adaptan a estos cambios mayores, los cuales pueden depender o estar influenciados por su sistema de creencias y valores.

Existe también una fortaleza personal. Frankl ha sugerido la relación entre la espiritualidad y las reacciones positivas a los factores desencadenantes del estrés (14). Este autor considera la habilidad para encontrar un significado existencial y espiritual a la vida a pesar de los factores importantes que desencadenan el estrés, como un indicador de la habilidad para permanecer mental y físicamente sano a pesar de las situaciones de conflicto. Carson y Green estudiaron esta relación en individuos con VIH y SIDA, y encontraron también una relación importante (7). Si esta relación entre la espiritualidad y una reacción positiva a los factores desencadenantes del estrés fuera encontrada entre la gente de edad avanzada, entonces estimular el bienestar espiritual sería un medio viable para hacer de la fortaleza la habilidad que conserve la salud a pesar de la presencia de factores desencadenantes del estrés.

Definición de fortaleza

La palabra fortaleza parece originarse en el campo agrícola. Fortaleza, literalmente, significa “ser capaz de resistir a las condiciones adversas del clima” (15). El término se usó a fin de describir la calidad de la cosecha para superar las condiciones desfavorables del clima.

Kobasa adaptó la definición de fortaleza en 1979 para incluir la personalidad que actúa como un *buffer* contra el estrés que afecta el cuerpo (9). Webster define la fortaleza en relación con los seres humanos, como la condición de resistir la fatiga o la capacidad de tolerancia y sufrimiento (16).

Estudios anteriores que consideraron el concepto de fortaleza en lo relativo a la salud, aparecieron de nuevo después del popular término de estrés y el estudio de la enfermedad, a finales de 1970. La psicóloga Susan Kobasa explica por qué algunas personas permanecen sanas cuando

están en prisión, mientras otras no, lo que demuestra una personalidad fuerte (9). Al conceptualizar la fortaleza, Kobasa pudo trabajar sobre el fenómeno de la psicología existencial y sobre los trabajos de Hans Selye.

El modelo de Selye de la respuesta general a la adaptación (GAS, por sus siglas en inglés) establece que “los eventos positivos y negativos, los menores y los graves, evocan esfuerzos de adaptación incompletos tanto en el tipo como en la duración, disminuyen la resistencia del cuerpo y aumentan la probabilidad de la enfermedad” (2). Kobasa, y sobre todo Selye, reconocieron que algunos organismos humanos están “constituidos de tal forma que manejan el estrés sin riesgo” (17-19).

Kobasa y Selye entienden las conexiones de la mediación del estrés y de la enfermedad como “la forma específica en la cual cada individuo reacciona al estrés” (2, 9). Basándose en el enunciado anterior, Kobasa desarrolló la teoría de la fortaleza.

Más tarde Pollock, una enfermera, refinó los conceptos de Kobasa sobre control, compromiso y retos para que fueran más específicos sobre el tema de la salud. Ella definió el control como “el manejo de la autoconfianza necesaria para interpretar y valorar los elementos que producen estrés”. Esto significa que no todo el estrés es prevenible (11).

El compromiso es para el individuo que está motivado y tiene interés en promover su salud, haciéndole la competencia a los factores que producen estrés. Las personas comprometidas son aquellas que tienen una visión positiva hacia la salud (11).

El reto, que es el último concepto de Pollock, se refiere a un estímulo emocionante y no a una amenaza. La gente que se siente positiva con los cambios los percibe como

El compromiso es para el individuo que está motivado y tiene interés en promover su salud, haciéndole la competencia a los factores que producen estrés. Las personas comprometidas son aquellas que tienen una visión positiva hacia la salud.

crecimiento. Los individuos expresan confianza en sí mismos al ser capaces de afrontar los factores que producen estrés. Los retos relacionados con la salud reflejan una actitud de total confianza hacia la forma de afrontar los cambios (11).

Conceptos sobre la fortaleza

La teoría de sentido de coherencia (SOC) se relaciona con el concepto de fortaleza. De acuerdo con esto, "SOC es un elemento importante del estrés/distrés continuo de la salud" (20, 21). Esta teoría tiene tres componentes: 1) comprensión, 2) manejo, 3) significado. Las personas que tienen un SOC fuerte cuentan con un puntaje alto en los tres componentes (21).

Comprensión es "el alcance que tiene una persona para percibir el estímulo, derivado del ambiente interno o externo, dándole sentido cognitivo". La persona con un SOC alto verá que los factores que producen estrés son predecibles y explicables (21-24).

El manejo en la teoría SOC se refiere a la percepción de recursos adecuados para afrontar las necesidades producidas por el estrés o el estímulo (21-24). La persona con un incentivo alto de manejo no se sentirá amenazada por los elementos que producen estrés. Cuando éstos se presentan, la persona es capaz de afrontar la situación.

El último componente de la teoría SOC es el significado. Éste identifica la importancia de estar implicado "como participante en el proceso de moldear el destino y las experiencias diarias" (21). Este componente es similar al compromiso de Kobasa, quien lo describe como "involucrarse profundamente consigo mismo" (9). El concepto de Kobasa sobre la fortaleza y el componente de SOC están muy entrelazados. Las dos teorías tienen aspectos similares y diferentes (25).

Lee amplía el concepto de fortaleza para incluir cuatro componentes de la personalidad: resistencia, fuerza, audacia y control. De los cuatro, uno se refiere a los tres componentes de Kobasa. El primer componente es la resistencia, que es la firmeza fisiológica y psicológica para continuar. El segundo es la fortaleza, que significa la habilidad para resistir el estrés, la fuerza y las penas. El tercer componente es la audacia, que implica coraje, interés y valentía. El último componente es el control, que es la habilidad de tener autoridad (26).

Pollock desarrolló la primera escala fortaleza relacionada con la salud (HRHS, por sus siglas en inglés) (11). Este instrumento se usó para medir la fortaleza personal en individuos que presentaban problemas de salud existentes o potenciales. La escala inicial de HRHS tenía 48 reactivos con una escala de Likert de 6 puntos, compuesta a su vez de tres categorías: "control, reto y compromiso" (27). La mayor diferencia entre la definición de fortaleza de Kobasa y la de Pollock, es que la segunda está relacionada específicamente con la salud (11, 28).

Fortaleza, mujeres y hombres de edad avanzada

Mangani estudió la relación entre fortaleza, autopercepción de salud y actividad entre adultos mayores con actividades independientes (29). Su muestra estaba formada por 115 individuos, entre hombres y mujeres mayores no institucionalizados, con edades entre 60 y 90 años, que vivían en el área de Nueva York. La edad promedio fue de 71,89, el moda 74, y la media 72. Había 85, número que coincidía con la tasa para la edad del grupo en dicha área de Nueva York. Estas mujeres recibieron los 36 reactivos abreviados de la escala de fortaleza, una valoración de salud dada por

Comprensión es "el alcance que tiene una persona para percibir el estímulo, derivado del ambiente interno o externo, dándole sentido cognitivo".

La persona con un sentido de coherencia alto verá que los factores que producen estrés son predecibles y explicables.

cada una de ellas y una sobre actividad. Los resultados obtenidos apoyaron la hipótesis de que los adultos mayores con niveles más altos de actividad tenían niveles más altos de fortaleza. Estos resultados también mostraron que aquéllos con una cifra alta en los dos instrumentos, tenían un nivel de actividad más alto que aquéllos con una cifra alta en un solo instrumento (19).

Es interesante notar que cuando se analizan los datos de control, compromiso y reto, los dos primeros están correlacionados con niveles más altos de actividad, mientras que el reto no lo está. Magnani postuló que el reto puede ser menos importante para los mayores de edad que para los jóvenes (29).

Predicción de fortaleza

Si la fortaleza es un factor importante para determinar si una persona maneja efectivamente el estrés (adaptándose), entonces es importante entender sus antecedentes. Kobasa cree que la fortaleza en el individuo está influenciada por varias experiencias de su niñez, tales como recibir aprobación y admiración por lo que se hace, estímulo y apoyo por tener la capacidad de utilizar símbolos, imaginación y juicio, y tener modelos que defienden la fortaleza (17-19, 30, 31).

Antonovsky defiende una teoría de orientación "salutogénica", que es similar a la fortaleza (21). Cree que la personalidad salutogénica tiene la habilidad de permanecer física y psicológicamente saludable a pesar de tener factores significativos que desencadenen estrés. Sus tres elementos—significado, comprensión y flexibilidad— corresponden al control, compromiso y reto de Kobasa. Sin embargo, no son conceptos idénticos.

El significado y el compromiso son muy similares, ya que los dos reflejan la visión

de la vida como algo que tiene sentido y valor personal. La flexibilidad y el control se refieren a los recursos disponibles para ayudar a afrontar los cambios en la vida, y al sentimiento de su influencia en los eventos de ésta. La mayor diferencia está entre el reto y la comprensión, donde el primero se refiere a considerar el cambio como algo esperado y bueno, y el segundo a la percepción del estímulo como algo que tiene sentido.

Antonovsky opina que el componente más importante de una personalidad salutogénica es el sentido de coherencia o una creencia básica de que el ambiente interno y externo son predecibles y/o explicables, y que las cosas saldrán tan bien como razonablemente se puede esperar. Antonovsky y Kobasa creen que sus elementos están moldeados por las experiencias caracterizadas por la participación en la configuración de los resultados, el éxito y el fracaso, y la consistencia (31).

Frankl, un psiquiatra que estuvo preso en los campos de concentración nazis, consideró el deseo de dar significado como un ingrediente esencial de una vida sana. Él creyó que el significado de la vida podría encontrarse creando algo, experimentando algo, encontrando a alguien, o teniendo una relación consciente con el sufrimiento. Opinó que la clave para ser capaz de manejar la propia vida en forma satisfactoria y exitosa era descubrir lo que hace que ésta tenga significado. Una vez se descubre y se entiende este aspecto, se puede vivir en armonía (14). Esto permitirá enfrentar el sufrimiento y las dificultades con tolerancia.

Espiritualidad

La investigación sobre saneamiento holístico ha hecho énfasis en la importancia de establecer los aspectos espirituales como esenciales para la curación de enfermedades y el manejo de la salud. Los pro-

Kobasa cree que la fortaleza en el individuo está influenciada por varias experiencias de su niñez, tales como recibir aprobación y admiración por lo que se hace, estímulo y apoyo por tener la capacidad de utilizar símbolos, imaginación y juicio, y tener modelos que defienden la fortaleza.

fesionales médicos han tratado de comprender el concepto de bienestar espiritual y su relación con la salud para la adaptación a la enfermedad y al proceso de envejecimiento. Enfermería, por ejemplo, como una disciplina holística, ha entendido la importancia de la espiritualidad en el proceso de curación.

Emblen analizó las definiciones de bienestar espiritual en la literatura de enfermería (32). Éstas parten de considerar la espiritualidad como un principio vivificante en la vida (33, 34) haciendo énfasis en una relación trascendental con Dios u otros seres inmatrimales (35). Emblen concluyó que la falta de una definición unificada sobre espiritualidad para enfermería obstaculiza la investigación y el desarrollo de intervenciones espirituales por parte de las enfermeras.

Burkhardt usó la palabra “espiritualidad” como un concepto que connota un proceso y como tal es más útil para enfermería. Ella definió espiritualidad como “el misterio revelado por medio de una interconexión armoniosa que nace de la fortaleza íntima” (36). En el intento por definir espiritualidad. Reed, quien hizo varios estudios de investigación clínica sobre la relación del bienestar espiritual y la salud, describe la espiritualidad como la inclinación por encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece. Esta interrelación puede ser experimentada en forma intrapersonal, interpersonal o transpersonal (5, 37-40).

Goddard, usando un análisis filosófico del concepto, propone una definición de espiritualidad como una energía integradora que es capaz de producir armonía interna y holística, que combina cuerpo, mente y espíritu. Algunos atributos de la espiritualidad que Goddard identifica son la corporeidad, la vitalidad y la fortaleza (41). En 1981, la Conferencia de la Casa Blanca sobre Envejecimiento recomendó

que la investigación sobre este tema incluyera la relación entre los aspectos religiosos, el bienestar espiritual, la longevidad y la calidad de vida de la gente de edad avanzada. Varios estudios de enfermería han investigado esta relación.

Hungelman llevó a cabo un estudio cualitativo para determinar los componentes del bienestar espiritual (42) utilizando una teoría fundamental; 31 participantes con edades entre 65 y 85 años fueron entrevistados y se observaron durante 150 horas. El estudio tuvo tres categorías relativas al vínculo: 1) a otro último; 2) a otros y la naturaleza; a sí mismo, y 3) en relación con el tiempo; percepción y aceptación del pasado, presente y futuro de cada uno. La teoría que unificó todo lo anterior fue la interconexión armónica. Este estudio preparó el camino del método para explorar el bienestar espiritual.

Trice llevó a cabo un estudio cualitativo para entender qué experiencias vitales tenían significado para las personas ancianas (43). Los participantes fueron 9 mujeres y 2 hombres con edades entre 65 y 87 años. A cada participante se le pidió que describiera las experiencias y los sentimientos que daban significado a su vida. Los temas comunes que resultaron estaban conectados con las experiencias relacionadas con la preocupación por otros. Esto coincide con un sentido de bienestar espiritual, y el significado y la habilidad para relacionarse con otros de forma trascendente. Otro hallazgo fue la satisfacción que recibieron los participantes al compartir estas experiencias.

Williams informa sobre visitas a siete personas ancianas con el fin de discutir si la espiritualidad los ha ayudado a ellos y a sus cuidadores (44). Estos temas se recolectaron anecdóticamente en su artículo. No se reportó un método para el análisis cualitativo, por lo tanto, los resultados son menos confiables. La espiritualidad se manifiesta como hacer oración, ayudar a

Burkhardt usó la palabra “espiritualidad” como un concepto que connota un proceso y como tal es más útil para enfermería.

Ella definió espiritualidad como “el misterio revelado por medio de una interconexión armoniosa que nace de la fortaleza íntima”.

otros, siendo reportada como útil para todos los participantes; éstos expresaron satisfacción con la interacción y sugirieron que discusiones similares entre las enfermeras y los clientes podrían tener un efecto benéfico en los dos grupos.

Reed estudió la autotrascendencia y la salud mental en individuos con edades entre 80 y 100 años. Una muestra de 55 personas ancianas que estaban viviendo en la comunidad, con edades entre 80 y 97, participaron en el estudio (5). Se utilizó la escala de autotrascendencia (STS, por sus siglas en inglés), compuesta por 15 ítems para medir una visión más amplia de sí mismo en experiencias interpersonales, intrapersonales y temporales. La prueba de fiabilidad del instrumento fue de 95.

Se utilizó una entrevista semiestructurada que permitió a los participantes describir su enfoque en cosas diferentes a ellos mismos, las perspectivas sobre sus cambios físicos y las perspectivas de su pasado, presente y futuro. La salud mental se midió con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, y la Escala de Sintomatología de Salud Mental. El análisis matriz de la entrevista cualitativa obtuvo cuatro categorías: 1) generalidad: ayuda a otros y participación de la familia; 2) introyección: aprendizaje a través de los años y pasatiempos, viajes y trabajo en el hogar; 3) integración temporal: sentimientos sobre el pasado, presente y futuro; 4) trascendencia del cuerpo. Las correlaciones entre el STS y las dos medidas de salud mental fueron significativas. Esto fue respaldado en el análisis de la matriz.

Se aplicó la escala de perspectiva espiritual (SPS, por sus siglas en inglés) de Reed (1997), y el índice de experiencias espirituales en la versión del autotest, y Inspirit-R9 (45).

En este estudio se desarrolló la intervención de enfermería para el Inventario

de Cuidado Espiritual (NISCI) a fin de medir la importancia de las intervenciones de enfermería.

Se encontró una correlación positiva entre el STS, el SPS y el Inspirit: los ítems preferidos en el NISCI fueron aquellos dirigidos hacia una actitud de cuidado, respeto por las creencias religiosas, ayuda a sentirse esperanzado, escucha, y dar privacidad a la actividad espiritual. Los menos preferidos fueron las intervenciones, que incluyeron rezar con la persona y discutir ideas sobre Dios. Este fue un hallazgo interesante que según Bauer y Barron podría estar relacionado con el sentimiento de que el papel de la enfermera no es participar con el individuo en aspectos privados de su vida (46).

Espiritualidad y salud relacionada con fortaleza

Carson y Green estudiaron la relación entre la espiritualidad y la fortaleza en un grupo de 100 personas VIH positivas o que tenían diagnóstico de sida (7). Se les aplicó la escala del bienestar espiritual (47) y la encuesta de los puntos de vista personales, desarrollada por Kobasa y colaboradores en el Instituto de Fortaleza (48). Hubo una correlación positiva entre fortaleza y bienestar espiritual, encontrando que el bienestar espiritual predice la fortaleza y sugiere que la enfermera debe promover y estimular la espiritualidad entre personas VIH positivas como una forma de promover el bienestar.

Materiales y métodos

Esta investigación se guió por el Modelo de Adaptación de Roy. En este estudio el estímulo focal es el envejecimiento, que afecta a la persona en sus cuatro modalidades. Los cambios psicológicos de la edad incluyen la pérdida sensorial, la dis-

Goddard, usando un análisis filosófico del concepto, propone una definición de espiritualidad como una energía integradora que es capaz de producir armonía interna y holística, que combina cuerpo, mente y espíritu. Algunos atributos de la espiritualidad que Goddard identifica son la corporeidad, la vitalidad y la fortaleza.

minución de la lubricación de las membranas mucosas y la pérdida de la densidad de los huesos.

La función del rol incluye cambios o pérdida de los roles ocupacionales y familiares. La interdependencia está amenazada por la muerte o por la enfermedad de la pareja o de los amigos, y los cambios geográficos. El autoconcepto está afectado por la edad. Algunos estímulos focales, tales como una enfermedad aguda o la pobreza, pueden afectar a la persona directamente. Otros estímulos focales del envejecimiento son inevitables, por lo tanto, la ayuda a la adaptación debe estar enfocada a la identificación de los estímulos contextuales positivos.

La presente investigación es la primera fase de un programa de estudios que evaluarán la hipótesis de que la salud relacionada con la fortaleza y el bienestar espiritual representan factores importantes en la adaptación al envejecimiento.

Diseño y muestra

Se utilizó un diseño de estudio descriptivo correlacional. La muestra estaba

conformada por 160 adultos, mujeres y hombres, con edades entre 60 y 85 años, que vivían en una zona urbana de México. A todos se les pidió que contestaran tres cuestionarios, la escala de fortaleza relacionada con salud, la escala de bienestar espiritual y la encuesta demográfica. El criterio para excluir sujetos fue que no tuvieron demencia.

El acercamiento a los participantes se hizo en forma individual o colectiva. Se les dio una explicación del estudio y se les preguntó si estaban interesados en participar. A los que estaban interesados se les pidió firmar una carta de consentimiento informado y se les dijo que podían retirarse del estudio cuando quisieran.

Análisis de datos

Después de obtener la información, ésta fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 13 (49). El análisis de datos se realizó en dos etapas: en la primera se obtuvieron estadísticas porcentuales y descriptivas, además del coeficiente de Alpha de Cronbach de los instrumentos. Se aplicó la prueba de

Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de las variables, previo a ello se obtuvieron los índices de los instrumentos. Posteriormente, en la segunda etapa, se realizaron estadísticas no paramétricas debido a que los datos no mostraron normalidad en su distribución: se realizó correlación binaria.

Resultados

Los datos que se muestran a continuación corresponden a características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

El cuadro 1 muestra que la mayoría de la población en estudio está en una edad que oscila entre 71 y 74 años de edad y que la mayor proporción la ocupa el sexo femenino.

El cuadro 2 indica que los participantes tienen una mayor educación en primaria. La mayor proporción respecto a religión corresponde a la católica. Un poco más del 60% se encuentran actualmente casados.

CUADRO 1. Características sociodemográficas de la población en estudio (edad y sexo)

Grupos de edad	N	%
65-70	25	15,6
71-74	96	60,0
75-85	39	24,4
Sexo	N	%
Masculino	60	37,5
Femenino	100	62,5

n=160

Edad Media 73,9 DE 4,3 Min 65 Max 85 Mediana 74,0

CUADRO 2. Características sociodemográficas de la población en estudio (educación, religión y estado civil)

Escolaridad	N	%
Primaria	100	62,5
Media superior	18	11,3
Universidad	2	1,3
Sin educación	40	25,0
Religión		
Católico	143	89,4
Otro	17	10,6
Estado civil		
Casado	104	65,
Soltero	56	35,0

n=160

Confiabilidad de los instrumentos

El cuadro 3 muestra que los dos instrumentos obtuvieron una consistencia interna aceptable.

Matriz de correlación

En el cuadro 4 se observa que la espiritualidad se relaciona positivamente con fortaleza, sexo, edad, educación y religión, y de forma negativa con estado civil y salario. También se observa que la fortaleza se relaciona de forma positiva con espiritualidad, sexo, edad, educación y religión así como de forma negativa con estado civil.

Discusión

Este estudio mostró una relación positiva entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud en una población de personas en edad avanzada que vivían en la zona urbana de la república mexicana. Esta relación coincide con los estudios mencionados en la literatura que mostraron cómo la fortaleza relacionada con la salud y el bienestar espiritual, actuando en conjunto, tuvieron efectos positivos en los individuos que estaban afrontando diferentes situaciones con estrés (Pollock, Kobasa, Maddi y Khan, Reed). El análisis de esta relación puede ayudar a comprender mejor el impacto que tienen estas dos características de la per-

sonalidad en la vida de los ancianos y puede ser usado para guiar el desarrollo de intervenciones de enfermería.

Los análisis de la relación entre los factores demográficos y los del bienestar espiritual son importantes. Esto puede sugerir que las circunstancias de vida no tienen un efecto negativo en sus prácticas espirituales. La calidad de vida de los ancianos en México —y probablemente en América Latina— es multidimensional, ya que son multiculturales. Los caminos para obtener una óptima calidad de vida durante el envejecimiento se basan en la percepción e intervención en la salud física y psicológica del anciano. En este estudio se ha discutido que la salud relacionada con la

CUADRO 3. Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach
Cuestionario de espiritualidad	10	0,973
Cuestionario de fortaleza (SHRHS)	34	0,801
Total	44	0,916

n=160

CUADRO 4. Correlación de Spearman de las variables espiritualidad, fortaleza, sexo, edad, educación, religión, estado civil y salario.

Correlación de variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Espiritualidad	1.000							
2. Fortaleza	.684 .000	1.000						
3. Sexo	.657 .000	.617 .000	1.000					
4. Edad	.265 .001	.310 .000	.584 .000	1.000				
5. Educación	.312 .000	.457 .000	.195 .013	.304 .000	1.000			
6. Religión	-.188 .017	-.197 .013	-.278 .000	-.181 .022	.028 .724	1.000		
7. Estado civil	-.405 .000	-.362 .000	-.677 .000	-.768 .000	-.158 .045	.172 .029	1.000	
8. Salario	-.227 .004	-.100 .211	-.470 .000	-.666 .000	-.301 .000	.073 .363	.456 .000	1.000

fortaleza y el bienestar espiritual son dimensiones significativas que ayudan a mantener saludables a los ancianos. Dado que no es posible dar una definición de bienestar espiritual que satisfaga a todos, es importante educarlos en el desarrollo de una fortaleza relacionada con su salud y bienestar espiritual a fin de mejorar sus vidas, lo cual significa básicamente estimularlos para que desarrollen actitudes de autocuidado y cuidado a otros.

Implicaciones teóricas y conexiones

Este estudio confirma que la fortaleza relacionada con la salud y el bienestar espiritual se pueden clasificar como estímulos contextuales positivos. La presencia de la fortaleza relacionada con la salud es una característica significativa que contribuye al bienestar de los ancianos, y a la adaptación a los cambios de la vejez. Entre más alto sea el nivel de fortaleza relacionada con la salud que posea el anciano, más podrá cuidar de sí mismo. También, niveles altos de bienestar espiritual para esta población significan que la cercanía con Dios muestra el camino para lograr la adaptación ante los retos del envejecimiento (percepción del ambiente como fuente de oportunidades y no de obstáculos).

Implicaciones para enfermería

Los resultados de este estudio también tienen implicaciones para la práctica, la educación y la investigación.

Práctica de enfermería

Para la práctica de enfermería gerontológica, la fortaleza relacionada con la

salud y el bienestar espiritual parecen ser dimensiones significativas que ayudan a la adaptación al cambio que se produce durante la transición de adultos mayores a ancianos. El cuestionario de la fortaleza relacionada con la salud parece ser un instrumento apropiado para la medición de este concepto en la población mexicana. Ejemplo: si se descubre que un individuo tiene niveles bajos de fortaleza relacionada con la salud, las intervenciones específicas de enfermería pueden ser utilizadas con la finalidad de incrementar su fortaleza relacionada con la salud. Pollock propuso que una instrucción basada en el concepto de fortaleza puede promover el cuidado óptimo de la salud o la adaptación a enfermedades crónicas. En este aspecto el rol de enfermería está dirigido en identificar o apoyar al anciano a desarrollar prácticas de salud apropiadas para obtener una fortaleza de salud que lo ayude a mantener una adaptación positiva frente a la situación en la que se encuentra.

Para la población de ancianos mexicanos, el bienestar espiritual, o cercanía con Dios, muestra el camino para predecir la adaptación a los retos del envejecimiento. En este sentido, el rol de enfermería es facilitar apoyo para que esta población pueda mantener sus prácticas religiosas.

Educación en enfermería

Los resultados de este estudio tienen implicaciones para la educación de ancianos y cuidadores de la salud. La educación en enfermería se debe enfocar en desarrollar estrategias para enseñar a los ancianos cómo mantenerse independientes no obstante las limitaciones que poseen. Enseñándoles cómo mantenerse saludables, se puede generar una población que no dependa excesivamente de cuidados hospitalarios y, por ende, conlleve menores

costos y mayores beneficios a la sociedad, la comunidad y las instituciones de salud (50).

Con la creación de nuevos programas de maestría y doctorado en enfermería, en los últimos años nuestra ciencia ha cambiado radicalmente en Latinoamérica. La forma de educar a nuevas generaciones para el futuro debe estar basada en la investigación científica del conocimiento propio de enfermería, a fin de desarrollar programas de educación que respondan a las necesidades de nuestras sociedades y de nuestro tiempo.

Investigación en enfermería

Existen en América Latina áreas muy fértiles para investigaciones en fortaleza relacionada con la salud y bienestar espiritual, como problemas de enfermedades crónicas, cáncer en poblaciones femeninas, obesidad, enfermedades cardiovasculares, sobrevivientes de abuso y rapto, entre otras. Es necesario realizar estas investigaciones para conocer y aprender cómo estas poblaciones sobreviven y se recuperan. Los resultados nos enseñarán cómo desarrollar intervenciones basadas en la fortaleza relacionada con la salud y el bienestar espiritual para ayudar a nuestros clientes a adaptarse a los cambios necesarios para confrontar sus condiciones.

La contribución de los conceptos de la fortaleza relacionada con la salud y el bienestar espiritual es y ha sido un importante hallazgo para nuestra ciencia. La importancia del entendimiento de estas características de la personalidad (reto, control, compromiso) nos ayudará a entender cómo funcionan en un medio de resistencia a los efectos de los múltiples problemas que confrontan a los ancianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz S. Envejecen en México 491 personas al día. *Reforma* 2002:8A.
2. Selye H. *The stress of life*. New York McGraw Hill; 1975.
3. Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. London; 1859.
4. Watson J. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1985.
5. Reed PG. Self-transcendence and mental health in older adults. *Nursing Research* 1991;4(3):5-11.
6. Peri TA. Promoting spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome: A Nursing Intervention. *Holistic Nursing Practice* 1995;10(1):68-76.
7. Carson VB, Green H. Spiritual well-being: a predictor of hardiness in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *J Prof Nurs* 1992;8(4):209-220.
8. Bigbee JL. Hardiness: a new perspective in health promotion. *Nurse Practitioner* 1985;10(11):51-56.
9. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979;37:1-11.
10. Pollock SE. Adaptation to chronic illness: physiological and psychosocial adaptation. *Nursing Research* 1986;35(2):90-95.
11. Pollock SE, Duffy ME. The health related hardiness scale: development and psychometric analysis. *Nursing Research* 1990;39(4):218-222.
12. Achterberg S. NIH, n.d. 1992.SUU.
13. Ors MA, Laguna PA. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. Retrieved march 21; 2002.
14. Frankl VE. *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press; 1984.
15. Low J. The concept of hardiness: A brief but critical commentary. *Journal of Advanced Nursing* 1996;24:588-590.
16. Charlton L, Lut WD. *Webster's New World Thesaurus*; 2005.
17. Kobasa SC. Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982;42(4):707-717.
18. Kobasa SC, Maddi SR, Courington S. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior* 1982;22:368-378.
19. Kobasa SC, Maddi SR, Puccetti MC. Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine* 1982;5(4):391-404.
20. Antonovsky A. *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
21. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc; 1987.
22. Brown JS, McCreedy M. The hale elderly: health behavior and its correlates. *Research in Nursing and Health* 1986;9:317-329.
23. Branch LG, Jette AM. Personal health practices and mortality among the elder. *American Journal of Public Health* 1984;74:1126-1129.
24. Allred KD, Smith TW. The hardy personality: cognitive and physiological responses to evaluative threat. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;56:257-266.
25. Sullivan GC. Towards clarification of convergent concepts: Sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:1772-1778.
26. Lee HJ. Analysis of concept: Hardiness. *Oncology Nursing Forum* 1983;10(4):32-35.
27. Pollock SE, Christian BJ, Sands D. Responses Chronic illness: Analysis of psychological and physiological adaptation. *Nursing Research* 1990;39:300-304.
28. Rhodewalt F, Zone JB. Appraisal of life change, depression and illness in hardy and non-hardy women. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;56:81-88.

29. Magnani LE. Hardiness, self-perceived health, and activity among independently functioning older adults. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Journal* 1990;4(3):171-184.
30. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982;42(1):168-177.
31. Schlosser MB. Stress, coping, hardiness, and health-protective behavior. *Dissertation Abstracts International* 1986;46,11:4028-B.
32. Emblen JD. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *J Prof Nurs* 1992;8 (1):41-47.
33. Dickinson SC. The search for spiritual meaning. *Am J Nurs* 1975;75(10):1789-1794.
34. Dombeck M, Karl J. Spiritual issues in mental health care. *Journal of Religion and Health* 1987;26:183-197.
35. Stoll RI. The essence of spirituality. In: V.B Carson, ed. *Spiritual Dimensions of Nursing Practice* 1989;4-23.
36. Burkhardt MA. Spirituality: An Analysis of the Concept. *Holistic Nursing Practitioner* 1989;3(3):69-77.
37. Reed PG. Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research* 1986;35:368-374.
38. Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health* 1992;15:349-357.
39. Reed PG. Self transcendence and mental health in older adults. *Journal of Nursing Research* 1989;11(2):143-163.
40. Reed PG. Spirituality and well-being in terminally-ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health* 1987;10:335-344.
41. Goddard NC. Spirituality as integrative energy: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22:808-815.
42. Hungelmann J, Kenkel-Ross E, Klassen L, Stollenwerk RM. Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *Journal of Religion and Health* 1985;24:147-153.
43. Trice LB. Meaningful life experiences to the elderly. *Journal of Nursing Scholarship* 1990;22(4):248-251.
44. Williams ME. Spirituality of the elderly. *Perspectives*; 1991:8-10.
45. Kass JD, Friedman R, Lesserman J, Zuttermeister PC, Benson H. Health outcomes and a new index of spiritual experience (Inspirit). *Journal Study of Religion* 1991;30:203-211.
46. Bauer T, Barran C. Nursing Interventions for Spiritual Care: preferences of the community-based elderly. *Holistic Nursing* 1995;13(3):268-269.
47. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 1983;11 (4):330-340.
48. Kobasa SC, Maddi SR, Puccetti MC, Zola MA. Effectiveness of hardiness, exercise, and social support as resources against illness. *Journal of Psychomatic Research* 1985;29 (5):525-533.
49. SPSS. *Statistical Package for the Social Sciences Versión 13*;2003.
50. Resnick B. Motivating older adults to engage in self-care. *Patient Care for the Nurse Practitioner* 2001;4(9):13-19.