

**“Nivel de espiritualidad en personas de 60 años o más,  
en tratamiento de hemodiálisis crónica”**

Seminario de tesis para optar al grado:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

**Tesistas:**

Graciela Guajardo Galaz  
Daniela Lefinao Salazar  
Karen Michea Valdovinos  
Javiera Olagaray Nordio  
Victoria Olivares Duque  
Camila Osorio Muñoz  
Camila Quero Aros  
María Pía Sánchez Fuentes  
María José Zagal Ríos

**Docentes Asesoras:**

Johana Vidal Ortega  
Paola Puebla Santibáñez

Viña del Mar, 2017

**I. AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a nuestra profesora guía Johana Vidal Ortega, enfermera docente de la Universidad de Valparaíso, quien nos brindó su ayuda para llevar a cabo esta investigación.

A la enfermera Pamela Reed, por permitirnos utilizar su instrumento titulado “Escala de Perspectiva Espiritual” y por facilitarlo en español. Además agradecer por su teoría, la cual constituye la base de nuestro proyecto.

Al Hospital Dr. Gustavo Fricke por aceptar nuestra investigación, especialmente al personal de la Unidad de Diálisis por permitirnos llevar a cabo el estudio y utilizar sus espacios para la aplicación de este.

A Sandra Rodríguez Sepúlveda, Paulina Gundelach González, Carolina Ruiz-Tagle Pérez y Cibeles González Nahuelquin, docentes de la Universidad de Valparaíso, por revisar, corregir y validar el Instrumento de medición de variables biosociodemográficas.

A la Doctora en Enfermería Profesora Angélica Mosqueda Díaz, por brindar desinteresadamente su ayuda y colaboración en este proyecto.

A nuestra compañera María Pía Sánchez Fuentes por su dedicación y realización de todo el análisis estadístico de esta investigación.

A nuestras familias y amigos, por su apoyo constante e incondicional durante este proceso.

Finalmente, a todas las personas atendidas en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke que accedieron a participar voluntariamente, ya que sin ellas no hubiese sido posible realizar esta investigación.

## **CAPÍTULO 1 Pág. INTRODUCCIÓN**

1.1 Introducción 1 1.2 Pregunta de investigación 4 1.3 Objetivos 4

1.3.1 Objetivo general 4 1.3.2 Objetivos específicos 4

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO REFERENCIAL**

2.1 Marco empírico 5 2.1.1 Adulto mayor, envejecimiento y factores biosociodemográficos

5 2.1.1.1 Situación demográfica del Adulto mayor en Chile. 5 2.1.1.2 Envejecimiento y factores biosociodemográficos 5

2.1.1.2.1 Factores biológicos 5 2.1.1.2.2 Factores psicosociales 6 2.1.1.2.3 Factores demográficos 7 2.1.2 Insuficiencia Renal y envejecimiento 8 2.1.2.1 Epidemiología 8

2.1.2.2 Cambios fisiológicos en el adulto mayor con Insuficiencia Renal 10 2.1.3 Hemodiálisis 12

2.1.3.1 Cambios psicoemocionales en el adulto mayor en hemodiálisis 15 2.1.4 Espiritualidad 17 2.1.4.1 Definición 17 2.1.4.2 Dimensión espiritual 19 2.1.4.3 La autotranscendencia y la Insuficiencia Renal Crónica 21 2.1.4.4 Cuidado espiritual 23

2.2 Marco Teórico 26 2.2.1 Teoría de la Autotranscendencia de Pamela Reed 26 2.2.2 Escala de Perspectiva de Espiritualidad de Pamela Reed 29 2.2.3 Definición conceptual y operacionalización de variables 31 2.2.3.1 Variables de espiritualidad 31 2.2.3.2 Variables biosociodemográficas 32

III

## **CAPÍTULO 3**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

3.1 Diseño de la investigación 35 3.2 Población en estudio 35 3.3 Selección de la población: criterios de inclusión y exclusión 35 3.4 Descripción de los instrumentos 36 3.5

Procedimiento de recolección de datos 38 3.6 Prueba piloto del instrumento 38 3.7

Procesamiento y análisis de los datos 39 3.8 Consideraciones éticas 39 **CAPÍTULO 4**

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1 Caracterización biosociodemográfica de la población en estudio 42 4.2 Niveles de espiritualidad 48 4.2.1 Prácticas Espirituales 48 4.2.2 Creencias Espirituales 50

4.2.3 Resultado global del Nivel de Espiritualidad 54 4.3 Relación entre el Nivel Espiritual y factores biosociodemográficos 54 **CAPÍTULO 5**

IV

## **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

5.1 Discusión 61

5.1.1 Características biosociodemográficas 61 5.1.2 Prácticas y creencias espirituales 64  
5.1.3 Nivel de espiritualidad 68 5.1.4 Nivel de espiritualidad según algunos factores biosociodemográficos 69

5.2 Limitaciones 71 5.3 Conclusiones 71 5.4 Sugerencias 74

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 75 ANEXOS 83**

### III.1 FIGURAS

**Figura 1.** Acepciones de la espiritualidad según Sessana, Finell y Jezewski 20 **Figura 2.**  
Resumen Modelo de la Teoría de Autotrascendencia Reed 29

### III.2 TABLAS

**Tabla N°1** Distribución de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, según edad y género. 42 **Tabla N°2.** Distribución de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. G. Fricke de Viña del Mar, según ocupación.

**Tabla N°3.** Distribución de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis

con quién vive y la presencia de redes de apoyo. 44

**Tabla N°4.** Distribución de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. G. Fricke de Viña del Mar, según dificultad en el traslado al centro de Diálisis desde su hogar y tiempo que demora el trayecto. 45

**Tabla N°5.** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según grupo etario. 55

**Tabla N°6** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según género. 56

**Tabla N°7** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según tiempo en tratamiento. 57

**Tabla N°8** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según

redes de apoyo (familia y/o amigos). tiempo de traslado desde su hogar al centro

**Tabla N°9** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según 58

### de Diálisis. 59 **III.3 GRÁFICOS**

**Gráfico N°1** Número y porcentajes de adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. G. Fricke de Viña del Mar, según enfermedades crónicas no transmisibles de las que son portadores. 46 **Gráfico N°2** Distribución de enfermedades crónicas no transmisibles, según género. 46 **Gráfico N°3** Distribución porcentual de adultos mayores que se atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, según Tiempo de Tratamiento en Hemodiálisis. 47 **Gráfico N°4** Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Conversar con familia o amistades sobre temas espirituales*. 48 **Gráfico N°5** Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Compartir con otros los problemas y alegrías de vivir De acuerdo a sus creencias espirituales* 49 **Gráfico N°6** Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Leer material relacionado con temas espirituales*. 49

**Gráfico N°7** Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Orar, rezar o meditar en privado*. 50

**Gráfico N°8** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia *“El perdón es parte importante de mi espiritualidad”*. 51

**Gráfico N°9** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia *“Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir”*. 51

**Gráfico N°10** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia *“Mi espiritualidad es una*

*parte significativa de mi vida*". 52

**Gráfico N°11** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia "*Frecuentemente me siento cerca de Dios o de un poder superior al orar, al adorar en público o en momentos importantes en mi diario vivir*". 52

**Gráfico N°12** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia "*Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida*". 53

**Gráfico N°13** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia "*Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida*". 53

**Gráfico N°14** Frecuencia en número y porcentaje de los niveles obtenidos en la Escala de Perspectiva Espiritual. 54

**Gráfico N°15** Nivel de espiritualidad según grupo etario. 55 **Gráfico N°16** Nivel de Espiritualidad según género de la población de estudio. 56

**Gráfico N°17** Nivel de espiritualidad de los adultos mayores según su tiempo en tratamiento. 57

**Gráfico N°18** Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según la presencia de redes de apoyo. 58

**Gráfico N°19** Nivel de Espiritualidad según tiempo de traslado de los adultos mayores. 59

VIII

### III.4 ANEXOS

**Anexo N°1.** Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) en Inglés. 83 **Anexo N°2.** Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) en Español. 86 **Anexo N°3.** Instrumento de variables biosociodemográficas. 88 **Anexo N°4.** Mail de aprobación para utilización de Instrumento de

Pamela Reed. 92 **Anexo N°5.** Compromiso Formal Hospital Dr. Gustavo Fricke. 93 **Anexo N°6.** Minimental abreviado (MMSE). 98 **Anexo N°7.** Escala de

Depresión Geriátrica (Yesavage). 99 **Anexo N°8**. Carta de compromiso de atención Centro de Atención

Psicológica (CAPSI UV). 100 **Anexo N°9**. Flujograma de contención emocional. 101 **Anexo N°10**. Acta de Aprobación de Facultad de Medicina Universidad de

Valparaíso. 102 **Anexo N°11**. Acta de Consentimiento Informado. 104 **Anexo N°12**. Consentimiento Informado. 105

IX

#### **IV. RESUMEN**

La presente investigación tiene como objetivo general determinar el nivel de espiritualidad en personas de 60 años o más, en tratamiento de hemodiálisis crónica atendidas en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke según algunos factores biosociodemográficos.

Corresponde a una investigación cuantitativa, de tipo no experimental, transversal, de análisis descriptivo, con una población de 20 personas adultas mayores portadoras de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke, realizada en diciembre del año 2016. Los datos se recolectaron mediante dos instrumentos: Instrumento de medición de variables biosociodemográficas y Escala de Perspectiva Espiritual.

La estadística descriptiva arrojó como resultado un Nivel Alto de Espiritualidad (90%) en la



población en estudio, seguido por un Nivel Moderado (5%) y un Nivel Bajo (5%). En relación a las prácticas espirituales realizadas, la más frecuente fue *“Orar, rezar o meditar en privado diariamente”*, con un 75%. En cuanto a creencias espirituales, aquella con mayor grado De acuerdo fue *“Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir”*, con un 100%. Se destaca que el nivel de espiritualidad asciende con la edad, llegando a un peak entre los 70 y 75 años. La población que ha estado en tratamiento entre 0-6 meses mantiene un nivel alto de espiritualidad; posterior al año se evidencia un leve descenso en éste. Además, se observa que el nivel espiritual es directamente proporcional al apoyo familiar.

Según los resultados, se concluye que la enfermería como disciplina experta en cuidados, no puede olvidar la dimensión espiritual del hombre a través de su ser, saber y saber hacer, enfatizando en la importancia de la necesidad espiritual de las personas, permitiendo así otorgar una atención integral, humana y de calidad.

Palabras Clave: Envejecimiento, Anciano, Diálisis Renal, Espiritualidad, Enfermeros.

X

## V. ABSTRACT

The present research has as general objective to determine the level of spirituality in people aged 60 years and older, under treatment of chronic hemodialysis treated in the Dialysis Unit of Dr. Gustavo Fricke Hospital according to some biosociodemographic factors.

Corresponds to a quantitative, non-experimental, cross-sectional, of descriptive analysis research, with a population of 20 elderly adults with chronic renal failure on hemodialysis treatment in the Dialysis Unit of the Dr. Gustavo Fricke Hospital during December of 2016. Data were collected through two instruments: Measuring Instrument of Biosociodemographic variables and Spiritual Perspective Scale (SPS).

The results of stats says the study population have a high Spirituality level (90%), followed by a Moderate level (5%) and Low level (5%). Regarding to spiritual practices performed, the most frequent was *“Pray or meditate daily in private”* with 75%. As for spiritual beliefs, one of

highest degree of agreement was "I seek spiritual guidance in the decisions I make in my daily life", with 100%. It stands out that the level of spirituality ascends with the age reaching a peak between the 70 and 75 years. The population that has been in treatment between 0-6 months maintains a high level of spirituality; after the year a slight decline is evident. Also, it's observed that the spiritual level is directly proportional to the family support.

According to the results, it's concluded that nursing as an expert discipline in care, can't forget the spiritual dimension of man through his being, knowing and doing, emphasizing the importance of the spiritual need of people, allowing an integral, human and quality care.

Key Words: Aging, Elderly, Renal Dialysis, Spirituality, Nurses.

XI

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.1 INTRODUCCIÓN**

El proceso de envejecimiento que enfrenta Chile puede remontar sus comienzos a los años 90, desde esa década hasta ahora este proceso se ha desarrollado de manera acelerada y sin precedentes. Según los resultados entregados por la encuesta CASEN (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional) del año 2013, el número de personas de 60 años o más representa un total de 16,7% (2.885.157 personas) de la población nacional (1).

Según la encuesta CASEN del año 2013, la cantidad de adultos mayores registrada en la región de Valparaíso es de 18.3%, cifra que se traduce en 328.332 personas (2). A nivel regional, el índice de envejecimiento de la población de Valparaíso es de 87,8 (1).

Frente a este cambio demográfico, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) sostiene que el envejecimiento tendrá un fuerte impacto en el país por lo que se deberá fomentar la protección de la salud funcional de las personas mayores, además de mejorar sus niveles de

integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad (3); todo esto puede ser logrado mediante el refuerzo de las intervenciones que están dirigidas a este grupo etario, además del trabajo en conjunto de toda la sociedad, teniendo siempre como finalidad la de contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto mayor y permitir su avance de una mejor manera (4) .

En el quinquenio 2005-2010, las personas tenían una esperanza de vida de 82,8 años, sin embargo se proyecta que esta cifra aumente a 85,6 años para el año 2050 (5). También existen estimaciones que la población adulta de 60 años y más, se duplicará en un período no superior a 26 años, lo que demuestra el peso cada vez más importante que irá teniendo este grupo etario en la sociedad chilena (3).

Es importante destacar que los adultos mayores son un grupo más vulnerable de presentar gran cantidad de enfermedades tanto agudas como crónicas, esto se debe a diversos factores entre los

1

que se destacan la disminución de su sistema inmune, los estilos de vida durante sus años de adultez y el desgaste orgánico debido al paso del tiempo (6).

Una de las patologías cuya prevalencia se incrementa con la edad es la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), esto se debe a que con el pasar de los años, la tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe) va en declinación. Así, un desgaste y/o falla en la función renal se convierte en un problema relevante y muy común que aqueja a gran parte de la población perteneciente a la clasificación de adulto mayor (7).

Las personas que presentan Insuficiencia Renal Crónica en etapa terminal son sometidas a un tratamiento llamado hemodiálisis para lograr mejorar su expectativa de vida; esta sustitución renal, una vez iniciada, acompañará al usuario hasta el final de su vida, a menos que exista un trasplante renal que se lleve a cabo con éxito. A lo largo del proceso de hemodiálisis, la persona debe estar sometida de manera frecuente a diversas intervenciones, las cuales podrán ser tediosas e incluso estar basadas en el dolor. Debido a lo anterior, la mayoría de estas personas deben modificar sus actividades de la vida diaria pudiendo incluso alejarse completamente de las rutinas a las que estaban acostumbradas. Las limitaciones de la IRC pueden crear en algunas personas un deterioro de la vida laboral y social, factor que se considera de riesgo para la aparición de diversas crisis que podrían afectar directamente a la persona, pudiendo incluso llevarla hasta la hospitalización (8).

Por otro lado, parte de las modificaciones que se presentan en la vida de las personas con esta patología son los cambios fisiológicos y emocionales que se comienzan a experimentar; conocer cuáles son estos y los momentos de posible aparición, permiten una mejor preparación del equipo de salud a cargo de la atención, teniendo más y mejores herramientas para enfrentar de mejor manera la situación, todo esto con el único fin de lograr entregar una correcta contención y soporte a la persona que enfrenta la enfermedad (9).

En lo referente al enfrentamiento de la enfermedad, es de suma importancia considerar como factor la espiritualidad y las creencias espirituales que presentan las personas que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis. Existen diversos estudios donde los resultados sugieren que considerar y evaluar el grado de bienestar espiritual en los usuarios puede ser de gran utilidad en

2

el desempeño de sus cuidados, ya que este puede influir en la actitud de la persona al momento de enfrentar la pérdida de salud, por lo tanto, preocuparse de la espiritualidad de la persona atendida será de gran importancia para el enfrentamiento tanto de la enfermedad, así como también para su posterior tratamiento (9).

El concepto de espiritualidad hace referencia al vínculo entre el ser humano y Dios o una divinidad. La religión suele ser el nexo que permite desarrollar esta relación, pero no es necesario que una persona se deba adherir a una religión determinada o seguir a una institución religiosa para desarrollar la espiritualidad. El vínculo entre el hombre y Dios o una divinidad puede ser personal e íntimo, sin manifestaciones exteriores ni rituales (9).

En el campo de enfermería, la espiritualidad es un tema que fue abordado profundamente por Pamela G. Reed quien se interesó en los campos de investigación del bienestar y el envejecimiento. Se considera una pionera en la investigación de la espiritualidad en enfermería, logrando desarrollar dos instrumentos de investigación, los cuales son: la Escala de Perspectiva Espiritual y la Escala de Autotrascendencia (10). A través de la investigación y reformulación de diversas teorías, que no corresponden al campo de la enfermería pero que fueron enfocadas a él, desarrolla la teoría de la autotrascendencia, la cual se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de que se produzca un desarrollo continuo para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento (10).

Para realizar un avance en el campo de conocimiento y buscando ser un aporte en la actualización de las investigaciones realizadas en base a los tópicos desarrollados, es que se

considera relevante determinar el nivel de espiritualidad en personas de 60 años o más, en tratamiento de hemodiálisis crónica atendidas en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke y a través de sus resultados ampliar la información que existe, entregando directrices a los profesionales de salud que los orienten en el desarrollo de sus planes de cuidados considerando el plano espiritual.

3

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el nivel de espiritualidad en personas de 60 años o más, en tratamiento de hemodiálisis crónica, atendidas en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña del Mar, según algunos factores biosociodemográficos, durante Diciembre del año 2016?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el nivel de espiritualidad en personas de 60 años o más, en tratamiento de hemodiálisis crónica, atendidas en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de la ciudad de Viña el Mar, según algunos factores biosociodemográficos durante Diciembre del año 2016.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los factores biosociodemográficos de la población en estudio.
- Identificar las prácticas espirituales que tiene la población en estudio.
- Identificar las creencias para la población en estudio.
- Determinar el nivel de espiritualidad según algunos factores biológicos.
- Determinar el nivel de espiritualidad según algunos factores sociales.
- Determinar el nivel de espiritualidad según algunos factores demográficos.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1 MARCO EMPÍRICO**

##### **2.1.1 ADULTO MAYOR, ENVEJECIMIENTO Y FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS**

###### **2.1.1.1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR EN CHILE.**

En Chile, el 16,7 % de la población tiene 60 años o más, destacando entre las regiones con mayor porcentaje la región de los Ríos, El Maule y en tercer lugar la región de Valparaíso con una cifra de 18.3%; de esta cifra el 44% son hombres y el 56% mujeres (1).

Actualmente Chile se encuentra en una transición al envejecimiento demográfico de su población, es decir, un aumento de personas adultas mayores, definiendo a estas como personas de 60 años o más (11). En Chile, el índice de envejecimiento desde el año 2006 al año 2013 es de 80 adultos por cada 100 niños menores de 15 años, mientras que en la V región la cifra aumenta sobre la media nacional a 87.8 adultos mayores por 100 niños menores de 15 años (1).

La relevancia del envejecimiento de la población se debe a los impactos múltiples hacia la sociedad en ámbitos de educación, salud, economía, políticas, entre otras (11).

###### **2.1.1.2. ENVEJECIMIENTO Y FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS**

###### **2.1.1.2.1 FACTORES BIOLÓGICOS**

El envejecimiento es un conjunto de cambios graduales, irreversibles en la estructura y función

de un organismo a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte (12).

Los cambios fisiológicos en adultos mayores se evidencian principalmente en la disminución de sistemas sensoriales y orgánicos; todos los sistemas del organismo envejecen alterando su función y pudiendo, en consecuencia, provocar enfermedades que pueden ser de tipo aguda o

5

crónica, dentro de estas últimas se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT's) (12).

El envejecimiento se caracteriza también por la aparición de diversos estados de salud complejos que suelen presentarse sólo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas, los denominados síndromes geriátricos. La mayoría de las veces estos son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión (13).

En Chile, según la Encuesta de Calidad de Vida (año 2013) realizada a los adultos mayores, los problemas de salud que más manifestaron son: hipertensión arterial con un 64,5%, colesterol alto con un 35%, artritis con un 33,1% y diabetes o azúcar elevada con un 26,7% (14).

Dentro de las principales causas de mortalidad del adulto mayor en Chile se encuentran: enfermedades cardiovasculares (474,4 x 1000 hab), enfermedades isquémicas al corazón (380,8 x 1000 hab), demencia y enfermedades de Alzheimer (240,4 x1000 hab), dejando las enfermedades del sistema urinario en octavo lugar con 173,2 x mil hab. (15).

#### **2.1.1.2.2 FACTORES PSICOSOCIALES**

El envejecimiento fisiológico de una persona va de la mano con cambios sociales, psicológicos y psicoafectivos; los adultos mayores se ven enfrentados a una serie de crisis como la partida de su pareja, familiares y amigos, enfermedades no esperadas, disminución de actividades, jubilación, entre otras; lo que podría afectar de forma negativa su calidad de vida. Las relaciones sociales y familiares son un factor protector de gran relevancia para lograr un buen envejecer por parte de la población mayor (15).

La Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez del año 2013 señala que un 63% de los encuestados expresaron sentirse muy satisfechos con su vida. Las necesidades de alimentación, vivienda y de

afecto y cariño son las necesidades que los adultos mayores encuestados sienten más cubiertas. Por otra parte, las principales preocupaciones corresponden a: “*que fallezca un familiar querido*”, “*tener que depender de otras personas*” y “*enfermarse gravemente*” (14).

6

A nivel nacional, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), el 31% de los adultos mayores refiere participación en al menos un grupo organizado, mientras que el 69% restante no participa. Del 31% de los que sí participan se desprende que el 9.9% participa en alguna organización religiosa (16).

La situación económica y laboral es un ámbito de gran relevancia para las personas mayores dándoles un sentido de seguridad e identidad. La Encuesta de Calidad de Vida de la Vejez del año 2013 muestra que un 82,9% de los adultos mayores encuestados reciben jubilación y un 21% trabaja y recibe alguna jubilación de forma simultánea (17).

#### **2.1.1.2.3 FACTORES DEMOGRÁFICOS**

Según la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez el 85,2% de los encuestados vive acompañado, de estos la mayoría declaró vivir con su pareja o cónyuge (64,8%), seguido de sus hijos/as (59,1%). Dentro de ambas cifras nombradas anteriormente, se encuentran adultos mayores que viven con cónyuges e hijos (18). Esto es importante ya que a nivel nacional el 3.9% de los adultos mayores presenta hacinamiento medio o alto y un 0.5 % hacinamiento crítico (16).

La medición de la pobreza en el país se ha realizado a partir de los ingresos de los hogares a través del establecimiento de una Línea de la Pobreza, en ella se establece un valor per cápita de una canasta mínima de consumo necesario para la sobrevivencia. Del total de personas mayores del país, el 8,5% se encuentra bajo la línea de la pobreza, de esta cifra un 6,5% posee pobreza no extrema y un 2% pobreza extrema (15).

Analizando algunos de los datos obtenidos anteriormente, se puede inferir que la población en Chile se encuentra envejecida y gran cantidad de ella llega a su edad más avanzada con factores de riesgo y/o enfermedades cardiovasculares, metabólicas y mentales que se relacionan directamente con algunas de las principales causas de morbilidad y mortalidad, que traen como consecuencia mayores incidencias de enfermedades crónicas no transmisibles y por ende sus complicaciones. Si bien es cierto que algunos de estos factores de riesgo se relacionan con la edad, como el deterioro sensorial y cognitivo, la mayoría de estos factores de riesgo obedecen a



factores culturales y estilos de vida no saludables que definitivamente son modificables (19).

7

Es de suma importancia destacar que enfermedades crónicas como diabetes mellitus y/o hipertensión arterial no compensadas son causales de nefropatías; el riesgo relativo de Insuficiencia Renal en pacientes diabéticos es 25 veces superior que en los no diabéticos, constituyéndose como la principal etiología de IRC (30.4%), seguida de la hipertensión arterial (11.4%) y glomerulonefritis crónica (10.2%) (20).

### **2.1.2 INSUFICIENCIA RENAL Y ENVEJECIMIENTO**

La Insuficiencia Renal es un cuadro clínico en el que los riñones pierden sus funciones especialmente como órgano regulador hídrico y excretor de desechos presentes en la sangre, es decir, pierden la capacidad de filtrar adecuadamente las toxinas y otras sustancias de desecho. La Insuficiencia Renal se caracteriza por la disminución de la velocidad de filtrado glomerular (VFG) y por un aumento de productos de desecho en la sangre. Esta enfermedad se clasifica en dos grandes categorías según su tiempo de aparición y evolución: Insuficiencia Renal Aguda (IRA) e Insuficiencia Renal Crónica (IRC); la IRA es una pérdida repentina y casi completa de la función renal que se produce en horas o días y que normalmente, bajo el adecuado tratamiento es reversible, y por su parte, la IRC es una nefropatía en etapa terminal con deterioro progresivo e irreversible de la función renal que se produce como consecuencia de distintas enfermedades sistémicas, entre ellas destacan dos patologías de gran prevalencia en la población chilena: diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA) (21).

Según la progresión del daño renal, la IRC se encuentra dividida en 5 etapas de acuerdo a la VFG de la persona: en la etapa 1 es de 90 ml/min o más, en la etapa 2 de 60 a 89 ml/min, en la etapa 3 de 30 a 59 ml/min, en la etapa 4 de 15 a 29 ml/min y en la etapa 5 la VFG es menor a 15 ml/min, en esta última se requiere reemplazo renal, es decir, diálisis peritoneal, hemodiálisis de manera permanente o trasplante de riñón (21).

#### **2.1.2.1 EPIDEMIOLOGÍA**

La Insuficiencia Renal Crónica es un problema creciente a nivel mundial, con una prevalencia que se aproxima al 10% de la población total. En Chile no existían estudios sobre ello hasta el año 2003 donde se realizó la primera encuesta nacional de salud, la cual no pudo detectar el

número de personas que portan IRC en etapa 1 ni en etapa 2 pero si arrojó una prevalencia de 5,7% para las personas en etapa 3 y de 0,2% en etapa 4, además, gracias a datos del registro nacional de diálisis y trasplante, se sabe que la prevalencia de IRC terminal o en etapa 5 es de 0,1% aproximadamente, porcentajes que aumentan significativamente en mayores de 45 años y particularmente en mayores de 65 años (22).

La Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2003 detectó además las principales causas de IRC y también llegó a la conclusión de que existen cinco grupos de personas más vulnerables y con un mayor riesgo de tener esta patología, estos son: usuarios con hipertensión arterial, usuarios diabéticos, usuarios mayores de 60 años, usuarios con enfermedad cardiovascular y familiares de personas en diálisis o que han recibido un trasplante renal (22).

Como se mencionaba anteriormente, las principales patologías relacionadas a la aparición de una Insuficiencia Renal Crónica son dos enfermedades crónicas no transmisibles de gran prevalencia en Chile y en la población mundial: hipertensión arterial y diabetes mellitus (22).

La hipertensión arterial es una patología que afecta, según la encuesta nacional de salud 2009-2010, a un 26,9% de la población total; cabe destacar que en mayores de 65 años la prevalencia es del 75%. Por otra parte, también es importante considerar que sólo cerca de la mitad de las personas portadoras de HTA se encuentran en tratamiento y tan sólo un cuarto de la población total que sufre de hipertensión la tiene bajo control, es decir, cerca del 75% de las personas portadoras de HTA en el país no tienen la patología bajo control, aumentando considerablemente el riesgo de sufrir IRC (23).

La diabetes mellitus, por su parte, afecta a un 9,4% de la población total del país, teniendo una prevalencia del 26% en mayores de 65 años. Por otra parte, es importante considerar que menos del 40% de la población diabética la tiene bajo control, aumentando considerablemente el riesgo de sufrir nefropatía diabética y una posterior IRC (22, 23).

Otro factor relevante es la edad, el envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos. A nivel renal existen cambios estructurales, observándose además una declinación de la función, ello sumado a la gran prevalencia de hipertensión arterial

y diabetes mellitus en adultos mayores, los convierte en el grupo más vulnerable y con mayor porcentaje de Insuficiencia Renal Crónica de la población general, siendo este grupo el que más requiere tratamiento de diálisis y hemodiálisis para poder sobrevivir (22).

### **2.1.2.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA RENAL**

Como se mencionó anteriormente, existen cambios propios del proceso de envejecimiento en el organismo del adulto mayor pero además de ello la Insuficiencia Renal Crónica, y principalmente, el proceso de diálisis al que son sometidos trae cambios en las distintas esferas de la vida. Entre éstos se encuentran (24):

- Desequilibrios electrolíticos: al ir perdiendo la función renal van ocurriendo modificaciones adaptativas y compensatorias que permiten mantener la homeostasis con VFG en torno a 10-25 ml/min, cuando ésta es menor a 10 ml/min se producen estos desequilibrios.
- Alteraciones del equilibrio hídrico y del sodio: debido a que la acción de la hormona antidiurética y el mecanismo de la sed no se modifican con la IRC, puede producirse una sobrecarga de agua generando hiponatremia o una disminución en la ingesta provocando hipernatremia.
- Alteraciones del equilibrio de potasio: la excreción de potasio disminuye de forma proporcional a la pérdida de la función renal pudiendo llevar a hiperkalemia. - Trastornos ácido-base: como la acidosis metabólica moderada, que aumenta la mortalidad y alcalosis metabólica la cual es menos común.
- Reacciones de tipo alérgico: como reacciones a la membrana de diálisis, reacciones a medicamentos, hemólisis, calambres, fiebre, embolia aérea, cefaleas, náuseas y vómitos y arritmias.

Por otra parte se pueden generar a largo plazo consecuencias crónicas como (24, 25):

- Alteraciones cardiopulmonares: alteraciones morfológicas como hipertrofia del ventrículo izquierdo, alteraciones en el remodelado cardíaco, fibrosis miocárdica, siendo estas las más frecuentes en personas con IRC, y cardiopatía isquémica.

- Alteraciones endocrinas: la intolerancia a los hidratos de carbono es el trastorno endocrino más frecuente debido a la alteración en la secreción y resistencia a la insulina. Por otra parte, es común la alteración en hormonas tiroideas, el aumento en triglicéridos en el plasma, un aumento de las hormonas luteinizante y folículo estimulante, y en hombres una disminución de los niveles de testosterona a causa del menor aclaramiento renal.
- Alteraciones hematológicas: la anemia es la principal alteración hematológica a causa, principalmente, de la disminución progresiva de la producción de eritropoyetina. Además suele existir leucopenia leve, disminución de la actividad de los linfocitos B y T, trombocitopenia y alteración de la función plaquetaria causando mayor riesgo de hemorragias.
- Alteraciones del sistema músculo esquelético y del metabolismo mineral: como osteodistrofia renal, trastorno mineral que trae consigo cambios biológicos, químicos, óseos y calcificaciones extraesqueléticas. Además pueden ocurrir calcificaciones metastásicas en tejidos blandos y vísceras al aumentar la concentración de calcio y fósforo. Por otra parte, las calcificaciones vasculares, de alta prevalencia, se asocian a una mayor morbimortalidad cardiovascular.
- Alteraciones digestivas: de alta prevalencia, las más frecuentes son náuseas, vómitos, hipo, sensación de saciedad, anorexia, diarrea y estreñimiento.
- Alteraciones neurológicas: la complicación neurológica más común es la encefalopatía urémica la cual puede ser mortal si no se interviene a tiempo. Por otra parte, la polineuropatía urémica afecta al sistema nervioso periférico provocando molestias y alteraciones en la sensibilidad, fuerza muscular, movilidad y dolor en las extremidades, especialmente en extremidades inferiores.
- Alteraciones cutáneas: como piel seca y prurito.

Además de las alteraciones físicas expuestas anteriormente, existe un sinnúmero de cambios en la esfera emocional que experimentan las personas portadoras de IRC a causa de lo que significa esta patología crónica y el tratamiento de sustitución de la función renal que requieren, los cuales serán descritos más adelante (24).

### 2.1.3 HEMODIÁLISIS

La diálisis es la difusión o paso de solutos de una solución a otra a través de una membrana semipermeable, siempre que estas partículas sean de menor tamaño que los poros de dicha membrana y que, además, exista una diferencia en el gradiente de concentración de las soluciones, así el paso de solutos será de mayor a menor concentración (26).

En el área de salud, la diálisis es el tratamiento utilizado para la Insuficiencia Renal tanto aguda como crónica, existiendo dos tipos según la membrana semipermeable utilizada para llevar a cabo el proceso: la diálisis peritoneal que utiliza el peritoneo como membrana natural y la hemodiálisis que emplea dializadores fabricados por la industria (26).

En Chile, la cantidad de usuarios en hemodiálisis crónica ha sufrido un aumento considerable con el paso de los años. Al 31 de agosto del 2015, se encontraban en este tratamiento un total de 19.071 personas de las cuales un 54,5% (10.398 personas) corresponde al sexo masculino y un 45,5% (8.673 personas) corresponde al sexo femenino. Se destaca además, que el mayor índice de usuarios afectados se encuentra entre los 61 y 70 años de edad con un total de 3.803 personas atendidas, lo que representa un 27% de un total de 14.087 personas hemodializadas (27).

También es importante recalcar que del total de personas en tratamiento de hemodiálisis crónica a nivel país, un 40,6% corresponde a la región Metropolitana, un 11,8% a la región del Bío-Bío y un 10,2% a la región de Valparaíso, siendo estas tres las regiones con la mayor prevalencia del tratamiento a nivel país. En Valparaíso, el 10,2% corresponde a un total de 1.986 usuarios, de los cuales 235 son hemodializados en hospitales, mientras que 1.751 personas son atendidas en centros de salud especializados de la región (27).

La hemodiálisis es un procedimiento invasivo que permite extraer la sangre del cuerpo de la persona mediante un acceso vascular y, a través de una máquina y filtro de diálisis, sacar los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre; este procedimiento se utiliza generalmente cuando queda sólo un 10 a 15 por ciento de la función renal (28) y se realiza de dos a cuatro veces por semana, con una duración aproximada de entre dos a cuatro horas por sesión (29).

La sangre de la persona atendida es una de las soluciones, considerándose como el compartimiento sanguíneo, y está separada de la otra solución (líquido de diálisis) por la membrana semipermeable artificial. El tamaño de los poros de la membrana impide el paso de las células sanguíneas y proteínas plasmáticas al líquido de la hemodiálisis, el cual es similar en composición electrolítica al líquido extracelular, permitiendo así una ultrafiltración adecuada, logrando disminuir los valores sanguíneos de un número limitado de solutos además de corregir los trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base (26).

Para llevar a cabo el tratamiento de sustitución renal, es necesario que la persona atendida cuente con un buen acceso vascular, este podrá ser transitorio en situaciones de emergencia a través de catéteres tunelizados o no tunelizados o acceso de manera permanente a través de dos mecanismos: la fístula arterio-venosa, la cual es instalada por vía quirúrgica mediante anastomosis de una arteria a una vena y se requiere de tres a seis semanas para poder utilizarla; y la fístula protésica, en la que se interpone, por vía subcutánea, un material de injerto sintético entre una arteria y una vena y se debe esperar aproximadamente dos semanas para su utilización (28).

La hemodiálisis es un procedimiento que conlleva riesgos de reacciones adversas tanto infecciosas como no infecciosas, pudiendo ser por factores propios del huésped, entre los que resaltan patologías como la diabetes, cardiopatías y tiempo en tratamiento de hemodiálisis. Se destaca que de un total de 13.681 usuarios en hemodiálisis crónica, un 38,3% son diabéticos, de éstos un 5,9% (813 personas) son portadores de diabetes mellitus tipo 1 y un 32,4% (4.436 personas) de diabetes mellitus tipo 2. Además es importante resaltar que de un total de 13.794 personas atendidas a nivel nacional, un 22,8% (3.143 usuarios) tienen una antigüedad en hemodiálisis crónica de entre 5 a 10 años, mientras que un 18,4% (2.538 usuarios) se encuentran en tratamiento hace menos de un año y un 15,3% (2.105 usuarios) son atendidos por un periodo de entre 1 a 2 años (27,28). Por otra parte, también existen problemáticas derivadas del procedimiento, entre los que se destacan la técnica de la hemodiálisis, el tipo de monitor, tipo de accesos vasculares, capacitación y experiencia del equipo a cargo y algunas técnicas de atención directa, entre otros (28). Según la Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile del Dr. Hugo Poblete Badal de un total de 14.417 personas atendidas, en el periodo comprendido desde el 1 de

septiembre de 2014 al 31 de agosto del 2015, el número de accesos vasculares infectados fue de 391, lo que correspondería al 2,7% del total (27).

Durante los últimos años, la mejora de los procedimientos en diálisis en conjunto a los diferentes sistemas de previsión y convenios, ha permitido ampliar la utilización del tratamiento. Al 31 de agosto del 2015, de un total de 13.647 usuarios, un 88% (12.014 personas) pertenecía al sistema de previsión FONASA, mientras que un 5,7% (777 personas) a ISAPRES y un 6,3% (856 personas) a otro sistema de previsión (27).

En la actualidad no existen contraindicaciones absolutas para la instauración de diálisis pero aún así existe un porcentaje significativo de personas que podrían ser tratadas pero siguen sin ser incluidas. Entre las razones que se consideran éticamente aceptables para la no inclusión en programa se encuentran: a) demencia grave e irreversible (Alzheimer, demencia, múltiples infartos); b) situaciones de inconsciencia permanente (estados vegetativos persistentes); c) tumores con metástasis avanzados sobre todo en personas con dolor intenso, permanente e incontrolable, en los que la diálisis puede alargar la vida durante un cierto período de tiempo a costa de prolongar el sufrimiento; d) la enfermedad pulmonar, hepática o cardíaca en estado terminal (usuarios encamados o limitados al sillón y que precisan ayuda para sus actividades diarias); e) incapacidad mental grave que impide cooperar con el procedimiento de la diálisis (p. ej., enfermos psiquiátricos que requieren inmovilización o sedación), y f) personas que se encuentran hospitalizadas (sobre todo adultos mayores) con falla multiorgánica que persiste después de 2 o 3 días de tratamiento intensivo (26).

La decisión final sobre la inclusión o no en el programa de diálisis corresponde a la persona o a su familia en el caso de que ésta no esté capacitada para tomar decisiones, quien debe ser debidamente informada sobre los beneficios y los riesgos esperables en su caso en particular. La situación se torna especialmente compleja en los usuarios con edad avanzada, con una importante enfermedad asociada, como lo es la Insuficiencia Renal, y una baja calidad de vida. Es aquí en donde es útil ofrecer la posibilidad de un “*ensayo de diálisis*”, la cual debe ser de suficiente duración como para resolver los síntomas de la persona atendida, estabilizar los trastornos asociados y permitir que el usuario y su familia comprendan lo que significa la vida en diálisis,

ya que se debe tener en cuenta que el permanecer conectado durante horas a una máquina puede afectar o favorecer las actividades diarias de la persona, también su calidad de vida, sus emociones y por sobre todo su espiritualidad (26).

### **2.1.3.1 CAMBIOS PSICOEMOCIONALES EN EL ADULTO MAYOR EN HEMODIÁLISIS**

La IRC y su tratamiento en hemodiálisis generan un fuerte impacto en la esfera psicoemocional del adulto mayor, ya que conlleva cambios tanto a nivel físico como psicológico (30).

Debido a las grandes alteraciones que se producen desde el inicio de la enfermedad, comenzando por una rigurosa dieta hasta la dependencia de una máquina para sobrevivir, los adultos mayores son propensos a tener sentimientos de desesperanza y por consiguiente a desarrollar algún trastorno mental. A menudo se genera frustración, irritabilidad y un alto grado de estrés (30,31).

Desde el diagnóstico de la IRC se produce un período de duelo, más aún cuando se habla del tratamiento de hemodiálisis y lo que esto implica para la persona y su familia. Según la evidencia, algunos de los problemas más significativos son: el aumento del aislamiento social, pérdida de empleo, dependencia económica, disminución de la actividad física, pérdida de autonomía y una sensación ambigua de miedo a vivir y morir (30, 32). Debido a que estas percepciones son comunes dentro de los adultos mayores por el proceso de envejecimiento, esta patología puede ser un agravante para ello (31, 33).

Es posible observar tres fases psicoemocionales por las que transita la persona sometida a tratamiento de hemodiálisis crónica. Al comienzo del tratamiento de hemodiálisis, se produce un período de reajuste, que tiene una duración promedio desde 6 semanas a 6 meses, a esta primera etapa se le denomina: "*Luna de miel con la máquina*". En esta etapa la persona atendida se encuentra confusa, urémica, agotada; por lo que las primeras sesiones en hemodiálisis suponen una mejoría inmediata de los síntomas, lo que se ve reflejado en su estado físico y mental. Debido a esto, la persona se encuentra muy contenta con los resultados, aceptando la dependencia a la máquina, a los procedimientos y al personal, con una actitud de cooperación (34, 35).



Transcurrido el período de luna de miel, la persona comienza a experimentar sentimientos de desesperanza y desánimo, las expectativas positivas presentes en la primera etapa disminuyen notablemente o simplemente desaparecen (34). Empiezan las dudas respecto a la duración del tratamiento y la calidad de vida; son comunes los sentimientos de rabia y tristeza por las limitaciones que éste produce, y aumenta el miedo a la muerte (30). Entre esta etapa y la siguiente se producen marcadas fluctuaciones de estados de ánimo y cambios físicos, los cuales varían en cada persona (24, 35).

El período de adaptación comprende la última etapa y se caracteriza por el inicio de la aceptación de la enfermedad, su tratamiento, las limitaciones que está conlleva y las complicaciones que produce en todos los ámbitos. Hay un aumento en la satisfacción del costo-beneficio y la persona se muestra agradecida (30, 35).

Además, es posible dividir en tres áreas la situación del adulto mayor; área personal, área familiar y área social, y ver las implicancias que tienen la patología y su tratamiento en cada una de ellas (36).

En el área personal, el adulto mayor se ve sometido a grandes cambios. Como se nombró en el párrafo anterior, hay pérdida de autonomía, de independencia y ocurre una notable disminución del autoestima y de su autoeficacia (30-32, 36); entendiendo por autoeficacia como: *“la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado”* (37).

Respecto al área familiar, se produce una crisis paranormativa, ocurren drásticos cambios en la rutina de la familia, la situación socioeconómica se ve afectada y es aquí donde se deben utilizar todas las herramientas y recursos necesarios para superar esta crisis. Por lo general, la familia se considera como un factor protector para afrontar de mejor manera la enfermedad; por el contrario, cuando el adulto mayor no cuenta con el apoyo suficiente o la familia no cuenta con los medios necesarios para superar esta crisis, ocurre un desequilibrio familiar (33, 36, 37).

En el área social, los adultos mayores en tratamiento de hemodiálisis, tienden al aislamiento, hay pérdida de amistades y se genera un estancamiento debido al abandono del trabajo y de algunas actividades recreativas que antes realizaban sin mayores inconvenientes. Además los cambios de humor de la persona sometida a este proceso, contribuyen al deterioro de la convivencia, pudiendo favorecer relaciones conflictivas (30, 31, 35-38).

Este trastorno tiene una elevada carga a nivel física, emocional y social; sin embargo, los adultos mayores son capaces de tolerar los inconvenientes que la patología y el consecuente tratamiento ocasionan y reconocen que la hemodiálisis es una forma de invertir en su salud y en su vida. (30, 31, 38, 39).

#### **2.1.4 ESPIRITUALIDAD**

##### **2.1.4.1 DEFINICIÓN**

El concepto de espiritualidad se puede definir como la búsqueda personal de propósito, sentido, y significado en la vida, pudiendo incorporar o no una práctica religiosa, o la creencia de la existencia de algún ser superior. Mediante la espiritualidad, las personas se cuestionan el sentido, el significado, el propósito o la trayectoria de su propia vida, de su enfermedad o de su sufrimiento, convirtiéndose en algunos casos como el principal recurso para afrontar el sufrimiento, curso de enfermedades y sus consecuencias (9).

Por su parte, la religión es una forma de apoyo que otorga alivio a las personas, ya que participar en una comunidad religiosa promueve: compartir experiencias, involucramiento entre sus miembros, interacción social, y apoyo entre la familia y la sociedad. Es por ello que la asociación religión-espiritualidad es igualmente beneficiosa tanto para las personas atendidas como para los familiares que conviven con el portador de la enfermedad (40).

Las personas atendidas deben adaptarse no sólo a la enfermedad y a su tratamiento, sino también a los numerosos problemas fisiológicos, psicosociales y espirituales resultantes de su condición, en donde la religión y la espiritualidad son constructos que reciben cada vez más énfasis en la asistencia a la salud, debido a que son percibidos como una forma de atribuir sentido a la vida,

de estar en paz en medio de los acontecimientos graves como enfermedades crónicas, y de tener esperanza (40).

El concepto de esperanza hace referencia a un estado que tiene que ver con una perspectiva positiva relacionada al futuro, llegando a ser una efectiva estrategia de enfrentamiento. La esperanza impulsa al individuo a actuar y a moverse, siendo imprescindible para el bienestar espiritual, y relacionada con la calidad de vida, la sobrevivencia, y obtención de fuerza para el enfrentamiento de problemas. Se caracteriza por ser un constructo multidimensional y universal, que tiene repercusiones en la calidad de vida y principalmente con la condición de salud. Enfrentar la enfermedad con esperanza, hace que las personas depositen su energía en la expectativa de restituir su salud y su bienestar, siendo así de suma importancia en la vida de portadores de patologías crónicas, y su familia. La esperanza asociada a la recuperación de la salud, es la que lleva a las personas a recorrer largas distancias en busca del arduo tratamiento para su enfermedad, a someterse a procedimientos invasores, cambiar su rutina y estilo de vida, y a permanecer en el tratamiento (41).

En muchos casos, tanto las personas con alguna enfermedad crónica en curso como sus familiares, recurren a la espiritualidad o a la religión, utilizándolas como recurso para el afrontamiento positivo frente a su situación. En este contexto, se ha encontrado que altos niveles de bienestar espiritual se relacionan de manera significativa y sistemática con mejor calidad de vida, apoyo social, mayor satisfacción con la vida, menor sintomatología de tipo depresiva, mayor satisfacción con el tratamiento en curso, además de una tasa más alta de supervivencia. Se habla de bienestar espiritual cuando las personas tienen una sensación de propósito, coherencia y realización personal en sus vidas, y siguen creyendo que la vida tiene valor (42).

Por tal motivo, los profesionales del área de salud deben reconocer la existencia de necesidades de tipo espiritual de las personas atendidas, y mantenerse atentos a los aspectos relacionados a la manifestación de la espiritualidad, debido a que la ausencia de ella podría agravar los síntomas físicos y emocionales, disminuyendo la capacidad de enfrentar su enfermedad. Además, es importante que se comprenda no sólo el significado de la espiritualidad y de la religión para las personas enfermas, sino también en qué medida las enfermedades crónicas o eventos

significativos puedan influir en ellas. En la práctica clínica y en el cuidado holístico de las personas con problemas graves de salud o con enfermedades crónicas terminales, las preocupaciones en relación a los aspectos de la espiritualidad, la evaluación de la espiritualidad y su atención son de vital importancia, de esta forma se logra brindar una atención integral de calidad e ir valorando en lo posible el grado de bienestar espiritual (9, 41, 42).

La espiritualidad parece desempeñar un papel fundamental en el bienestar psicológico, el estado de salud y la calidad de vida que perciben las personas, siendo un aspecto cada vez más relevante que a su vez exige aumentar el rigor científico en la investigación de la espiritualidad orientado hacia la práctica clínica (9).

#### **2.1.4.2 DIMENSIÓN ESPIRITUAL**

El ser humano posee una dimensión espiritual que lo diferencia de los demás seres vivos y lo abre a la autotranscendencia, ésta dimensión es fundamental para el bienestar humano y va más allá de la religión; ya que influye en la vida, la conducta y la salud, sin importar la filosofía, las creencias o las prácticas religiosas de la persona (43).

En un estudio realizado el año 2013 por José Guirao Goris, profesor de Salud Pública en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valencia, denominado *“La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud”* se realiza una revisión bibliográfica en la que se describe la perspectiva holística en enfermería, la que asume la interacción de múltiples sistemas que convierten a la persona en mucho más que la suma de sus partes, incorporando la dimensión espiritual tanto a la salud como al cuidado (44).

Se describe el estudio realizado por Sessana, Finnell y Jezewski (2007) denominado *“Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. A Concept Analysis”* en el cual analizan el concepto de espiritualidad en la salud e identifican cuatro acepciones (44):

- (a) la espiritualidad como sistema religioso de creencias y valores (espiritualidad = religión).
- (b) la espiritualidad en el sentido de la vida, propósito y conexión con los demás.

(c) la espiritualidad como sistemas de valores y creencias no religiosas. (d) la espiritualidad como un fenómeno metafísico o trascendente.

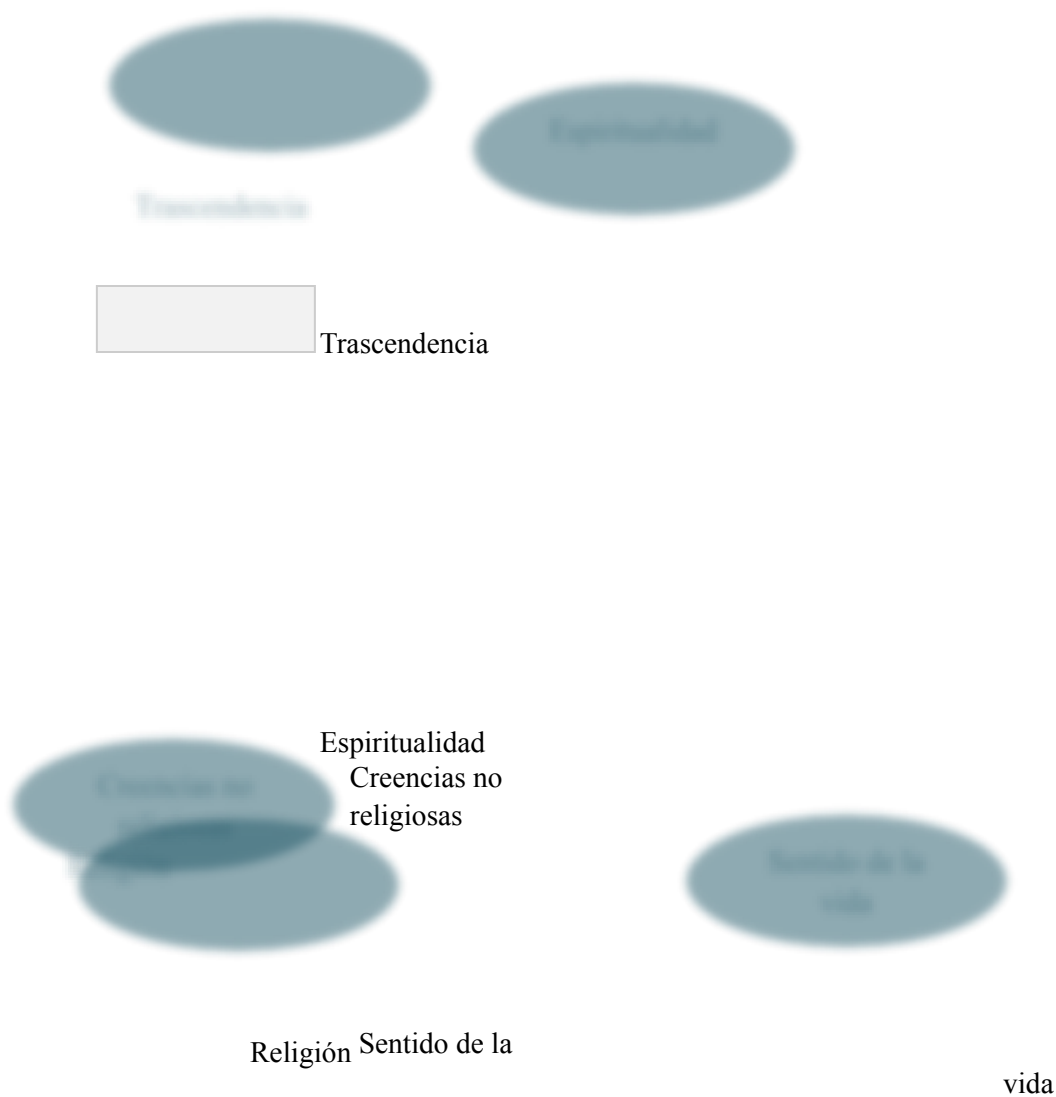


Figura 1. Acepciones de la espiritualidad según Sessana, Finell y Jezewski (2007)

En la primera acepción, los atributos que caracterizarían la dimensión espiritual están

relacionados con la asistencia a la iglesia, tener afiliación religiosa, tener fe en un poder o un ser superior o pertenecer a una comunidad religiosa. En este sentido la religiosidad es un término que implica la realización formal de practicar las creencias mediante rituales que se comparten con un grupo de otros (44).

La segunda acepción, incluiría: el significado de la vida, la respuesta de empatía con otros seres humanos; encontrar el propósito en la vida y significación, el sentido de la enfermedad y la muerte; conexión con uno mismo, los otros, la naturaleza, o Dios, sentir y experimentar la conectividad; las relaciones significativas, el sentido y la finalidad procedentes de temas de la vida, un sentido de relación, y la promoción de los vínculos interpersonales (44).

La tercera acepción incluiría desde personas antireligiosas hasta personas religiosas que no mantienen una postura explícitamente ligada a una tradición religiosa específica (44).

La cuarta acepción incluye las creencias relacionadas con la trascendencia, la conexión existencial, transpersonal, sobrenatural o de dimensiones no materiales, todo lo relacionado con el más allá de la realidad, y el ser multidimensional (44).

20

Por lo tanto, la espiritualidad es un concepto mucho más amplio que la religiosidad, que requiere asunción de un sistema de creencias, una búsqueda personal de significado y propósito, una conciencia de conexión, relación con los demás y autotrascendencia; la cual que se puede encontrar a través de la religión, la música, el arte, la conexión con la naturaleza o en sus valores y principios (44).

#### **2.1.4.3 LA AUTOTRASCENDENCIA Y LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

La autotrascendencia permite al ser humano darle distintos sentidos a la misma vida en diversos contextos, a diferencia de la autorrealización descrita por Maslow, que se logra a través del logro de metas y la búsqueda de un sentido de vida (45).

La autotrascendencia es un nivel que implica conectarse con algo superior, el cual el ser humano disfruta, se colma de paz y felicidad, y experimenta la plenitud de vivir con pleno sentido (45).

Sin embargo no todos los seres humanos logran alcanzar la autotrascendencia, puesto que son las experiencias las que hacen a la persona entrar en su realidad y visualizar su propia búsqueda de sentido. Para algunos autores ésta se alcanza en la edad adulta, cuando la desconexión de la

sociedad obliga al adulto mayor a encontrarse consigo mismo, a interiorizar y a buscar el sentido a su existencia. Sólo la espiritualidad del hombre le permite vencer ese miedo y adentrarse en la búsqueda de su yo interno, de poder encontrarse consigo mismo y con el universo (45).

Ahora bien, una persona portadora de alguna enfermedad crónica no transmisible, como la Insuficiencia Renal Crónica, no sólo debe enfrentarse a intensos cambios psíquicos y corporales, sino que también a una cronicidad como condición de vida, lo que genera un aumento de vulnerabilidad a los síntomas de estrés, depresión y ansiedad. Por ello, es común en los pacientes con este tipo de patologías, el apego a creencias religiosas, que vienen a constituir una manera de afrontar con conformidad y esperanza el padecimiento, el temor a lo desconocido y al futuro incierto (46, 47).

21

La Insuficiencia Renal Crónica en etapa terminal y sus tratamientos pueden influir en todas las dimensiones de la persona, generando una calidad de vida más baja. Como se mencionó con anterioridad, en la actualidad se han demostrado asociaciones entre una mayor espiritualidad y una mejor calidad de vida (48). Por lo tanto la espiritualidad es un recurso que juega un rol fundamental, influyendo considerablemente en el proceso de recuperación y de tratamiento de la enfermedad (47).

En el año 2014 se llevó a cabo un estudio llamado “*Calidad de vida/espiritualidad, religión y creencias personales de adultos y ancianos renales crónicos en hemodiálisis*” por una estudiante y profesores de la Universidad Federal de São Carlos, Brasil. Se entrevistaron a 110 personas que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales respondieron al Instrumento de Caracterización de los Sujetos, al WHOQOL-bref y WHOQOL-SRPB con los siguientes resultados: elevados puntajes de calidad de vida, específicamente en las dimensiones referentes a espiritualidad, religión y creencias personales. Además se evidenciaron perjuicios en el dominio físico de la calidad de vida, posiblemente en consecuencia de las alteraciones resultantes de la enfermedad renal crónica y del tratamiento de hemodiálisis (48).

Este estudio vislumbra lo anteriormente expuesto, ya que, efectivamente personas que padecen una patología crónica, en este caso Insuficiencia Renal Crónica, con todo lo que eso conlleva

tanto a nivel psíquico como corporal, poseen una mayor calidad de vida específicamente en la dimensión espiritual, que es la que les permite afrontar de mejor manera el proceso de tratamiento de la enfermedad.

Por ello es de suma importancia la concientización de los profesionales de la salud en relación a la espiritualidad, la religión y las creencias personales como factores fundamentales, que pueden actuar como herramientas importantes en el enfrentamiento de la IRC y de la terapia renal sustitutiva, así como pueden ser abordados por los profesionales simultáneamente con el trabajo terapéutico, como estrategia para ofrecer confort, tranquilidad y bienestar al paciente (48).

22

#### **2.1.4.4 CUIDADO ESPIRITUAL**

El ser humano necesita ser cuidado en todas sus dimensiones, entre éstas la dimensión espiritual, la más noble y trascendente de la persona. Para ello existe el cuidado espiritual, labor esencial e indispensable en todas las unidades de cuidado (49).

Ahora bien, cuidar es más que un conjunto de técnicas que se realizan sobre otra persona, es un modo de ser para con el otro, en donde la enfermería como experta en cuidados no puede olvidar la dimensión espiritual del hombre a través de su ser, saber y saber hacer, todo esto con el fin de otorgar una atención integral (50).

Muchas veces la realidad que se enfrenta en los servicios de salud es que el cuidado espiritual es delegado al sacerdote, pastor y/o ministros, debido a que el personal de enfermería en ocasiones no participa en el mismo, ya sea porque no se sienten capacitados para ofrecer este tipo de cuidado o porque no tienen el tiempo suficiente para otorgarlo (49).

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), en su labor de estandarizar, estudiar y desarrollar los diagnósticos enfermeros, no ha dejado de contemplar uno de los problemas más antiguos del hombre: el sufrimiento. Este problema de salud lo ha etiquetado como "*Sufrimiento espiritual*" (00066), siendo definido como "*Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo*". Las



causas, como bien apunta la misma asociación, son muy variadas, como por ejemplo la muerte, la agonía o el dolor (50).

En el año 2014, enfermeras de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Alfenas, Brasil, realizaron un estudio denominado “*El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería*”. En éste se investigó el bienestar espiritual del equipo de enfermería y la prestación del cuidado espiritual por la misma a 95 miembros del equipo de enfermería de un hospital general. Los resultados principales fueron que el 98% de los profesionales profesan alguna creencia religiosa y el 88% son practicantes de ella. El 99%

23

considera la espiritualidad/religiosidad como importante o muy importante en sus vidas, presentando bienestar espiritual y existencial moderado, y bienestar religioso alto (51).

En cuanto a la prestación del cuidado espiritual, el 95% de los sujetos lo considera importante, el 78% además considera importante que los profesionales de salud aborden la espiritualidad y la religiosidad en el cuidado al paciente, sin embargo sólo el 30% de los participantes afirmó prestar ese cuidado frecuentemente. Por otra parte, el 42% de los participantes afirmaron no haber recibido formación acerca de la prestación de cuidado espiritual, y de estos, el 77% sienten falta de ese tipo de preparación (51).

En el año 2010, se llevó a cabo un estudio denominado “*Opinión de los profesionales de cuidados paliativos sobre la atención espiritual*” por integrantes del Centro de Humanización de la Salud, Tres Cantos (Madrid) en España. Se entrevistaron a profesionales de una unidad de cuidados paliativos de 32 camas, que ofrece servicio de atención espiritual a los usuarios y sus familiares. Entre los resultados principales se detectó que de los 17 profesionales que contestaron el cuestionario (81%); el 50% opina que la atención espiritual ayuda entre bastante y mucho a aliviar el sufrimiento, a relacionarse, a sentirse reconciliado, a ordenar la escala de valores, a sentirse persona, a comprender el sentido y a sentirse confortado. El 93,8% creen necesaria la atención espiritual en la enfermedad (52).

Si bien es fundamental que el profesional considere importante el abordaje de la dimensión espiritual en el cuidado, no es suficiente; por esto, es necesario consolidar la formación profesional para la práctica del cuidado espiritual. La percepción errónea sobre los fenómenos

que envuelven el cuidado espiritual puede ser un obstáculo para la práctica del mismo, ya que la comprensión distorsionada sobre esa forma de asistencia afecta directamente la capacidad de administrarlo (48).

El profesional enfermero/a debe capacitarse para poder cumplir con las necesidades espirituales de sus pacientes, especialmente en los momentos de dolor o pérdida, las cuales deben ser abordadas conjuntamente con sus necesidades físicas, emocionales y sociales (49). Ser

acompañante y facilitador de diálogo le supone al profesional tocar su propia dimensión espiritual y experiencias de sufrimiento, si éste no es capaz de manejarlo, puede encontrarse con la necesidad de sobreproteger o evitar al paciente (48).

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 TEORÍA DE LA AUTOTRASCENDENCIA DE PAMELA REED**

Pamela G. Reed (1952-presente) es una enfermera especialista en psiquiatría y salud mental, y

materno-infantil, quién además se interesó en los campos de investigación del bienestar y el envejecimiento. Fue pionera en la investigación de la espiritualidad en enfermería y desarrolló dos instrumentos de investigación utilizados extensamente, los cuales son la Escala de Perspectiva Espiritual y la Escala de Autotrascendencia (10).

En 1991, Reed desarrolla la Teoría de la Autotrascendencia a través de la «reformulación deductiva», estrategia que utiliza el conocimiento derivado de teorías ajenas al campo de la enfermería y lo reformula deductivamente a partir de modelos conceptuales de ésta (10).

La teoría más importante que utilizó Reed fue la del ciclo vital sobre el desarrollo social cognitivo y transpersonal de los adultos, reformulando los principios desde la perspectiva de la enfermería, utilizando el modelo conceptual del ser humano unitario de Martha E. Rogers (10).

Los orígenes de su teoría se encuentran en tres fuentes: la conceptualización del desarrollo humano como el proceso que dura toda la vida y que va más allá de la vida adulta para abarcar el envejecimiento y la muerte, la práctica clínica y la investigación. La primera fuente contempla tres principios de la teoría homeodinámica de Martha E. Rogers, los cuales son el principio de integralidad (el desarrollo humano depende de factores tanto humanos como contextuales), el de especificidad (el desarrollo humano es innovador e impredecible) y el de resonancia (el desarrollo humano es un movimiento que, si bien es impredecible, tiene un patrón y un propósito) (10).

La Teoría de la Autotrascendencia se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de que se produzca un desarrollo continuo para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento; es por ello que Reed realizó investigaciones con adultos mayores y a partir de éstas formuló una conceptualización de la salud mental en este grupo etáreo, en la cual se hace hincapié en la importancia de los recursos que

26  
permiten al individuo ampliar los límites del concepto de sí mismo, más allá de la preocupación por la salud física y el deterioro cognitivo asociado con el envejecimiento; además es importante considerar que el desarrollo de las personas mayores es un proceso de transformación de los viejos comportamientos e ideas y de la integración de nuevos puntos de vista, conductas y actividades (10).

En un comienzo, Reed (1986) propuso un modelo que permitía construir una serie de marcos

conceptuales con el fin de orientar el trabajo del profesional enfermero/a y la formación en enfermería en las diferentes especialidades clínicas; en éste, la salud era el concepto central en torno al cual giraban la actividad de la enfermera, la persona y el entorno. Desde ese momento, la Teoría de la Autotrascendencia evolucionó hasta lograr identificar un supuesto teórico fundamental basado en el sistema conceptual de Rogers, el cual define a los individuos como sistemas abiertos que fijan sus propios límites conceptuales, lo que les permite definir la realidad y adquirir una sensación de totalidad y de conexión con ellos mismos y con el entorno que los rodea (10).

En el año 2003, Reed publica un trabajo en el que reafirma la idea fundamental de Rogers, según la cual *“los seres humanos forman una integración con su entorno”*. Los límites autoconceptuales fluctúan a lo largo de todo el ciclo vital y se asocian con el desarrollo y la salud de los seres humanos. Se propuso que la autotrascendencia era un indicador importante de los límites autoconceptuales de cada persona y que podían evaluarse en un momento determinado del desarrollo personal. Posteriormente, Reed identificó un segundo supuesto teórico que asume que la autotrascendencia debe ser considerada como cualquier otra capacidad evolutiva del individuo, necesaria para que la persona consiga tener una sensación continua de plenitud y de conexión consigo misma y con el entorno (10).

Los tres conceptos teóricos fundamentales de la teoría de Reed son los siguientes: vulnerabilidad (entorno), definida como la conciencia de una persona de ser mortal, que necesita de algo y que aumenta durante el envejecimiento o frente a alguna crisis vital; autotrascendencia (persona), como la capacidad de ampliar hacia dentro los límites conceptuales, que son las fluctuaciones multidimensionales que el sujeto percibe, hacia afuera a través del

27

interés por el bienestar de los demás, hacia dentro a través de la introspección, temporalmente mediante la integración del pasado y el futuro en el presente, y transpersonalmente a través de la conexión con dimensiones que están más allá del mundo perceptible; y por último el bienestar (salud) definida como una sensación de plenitud (estar completo, ser uno mismo) y de salud, según los criterios que cada persona tenga de lo que significan ambos conceptos, siendo importante destacar que para alcanzar el bienestar se necesita del logro de la autotrascendencia (10, 53, 54). No obstante, se deben considerar los factores personales y del entorno, los cuales funcionan como moderadores o mediadores que interactúan y pueden influir positiva o negativamente en la relación existente entre vulnerabilidad, autotrascendencia y bienestar. Entre

éstos factores se encuentran las variables personales y contextuales como: edad, sexo, capacidad cognitiva, experiencias que se han tenido a lo largo de la vida, entorno social, acontecimientos históricos y espiritualidad (10, 54).

En resumen, el modelo de la autotranscendencia propuesto por Reed en el año 2003 propone los siguientes tres conjuntos de relaciones (10):

- El aumento de la vulnerabilidad está relacionado con un incremento de la autotranscendencia. - La autotranscendencia está relacionada positivamente con el bienestar.
- Los factores personales y contextuales pueden influir en la relación que existe entre vulnerabilidad- autotranscendencia y autotranscendencia- bienestar.

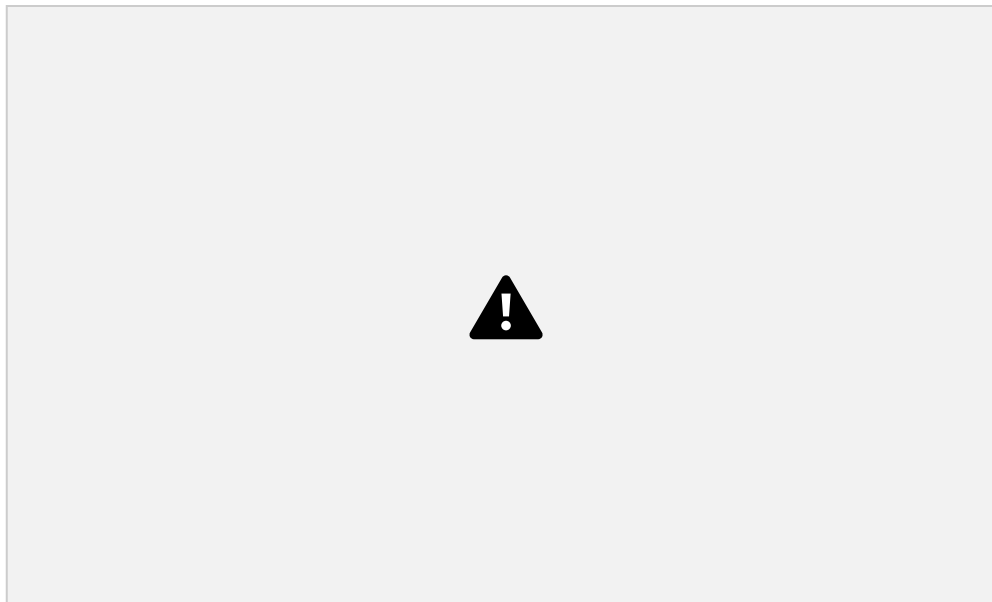


Figura 2. Resumen Modelo de la Teoría de Autotranscendencia Reed (2003) **2.2.2**

**ESCALA DE PERSPECTIVA DE ESPIRITUALIDAD DE P. REED**

Para fines de este estudio, se entiende que la espiritualidad está constituida por las creencias y prácticas, ya que facilitan la exploración de los recursos y necesidades espirituales. Las primeras están determinadas por las tradiciones que la comunidad cree y practica para conservar un equilibrio en la experiencia de salud-enfermedad, son un saber cultural que se construye en la totalidad de las relaciones, en la organización de los hábitos y prácticas interpersonales. Por otra parte, las prácticas espirituales se expresan a través de las actividades religiosas, su relación con la naturaleza, el arte, la música y sus relaciones con los familiares y amigos (54).

La SPS es un instrumento que se aplica para medir dos aspectos: el conocimiento sobre sí mismo, en relación a asuntos espirituales, creencias y/o prácticas; y el sentido de conexión con un ser de naturaleza superior, determinando la importancia y el significado de la espiritualidad en su vida. Consta de 10 ítems, que miden las creencias y los comportamientos espirituales de la persona, con una escala Likert de 6 puntos, con una puntuación total que puede ir de 10 a 60 puntos (55).

Las cuatro primeras preguntas hacen referencia a la frecuencia de actividades espirituales que son practicadas por la persona (meditación y oración privada), valoradas a través de una escala Likert que oscila entre nunca y hasta más o menos una vez al día. Las seis últimas preguntas hacen referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales (perdón o

cercanía con Dios), se evalúa también por medio de una escala Likert que tiene un puntaje que varía entre extremadamente en Desacuerdo hasta extremadamente De acuerdo; ambas sub escalas se califican en un rango de 1 a 6 puntos, para un puntaje total de 24 puntos la primera parte y de 36 puntos la segunda parte (55).

En el año 2012, se realizó un estudio llamado “*Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2*” en instituciones de salud en Cartagena, Colombia. En este estudio se contó con una muestra de 163 usuarios diagnosticados hace al menos dos meses con diabetes mellitus tipo 2; los instrumentos utilizados fueron la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed y la medición de la incertidumbre de Mishel, M. (47).

Los resultados mostraron niveles de espiritualidad alta y niveles de incertidumbre regular. El coeficiente de correlación  $r$  fue de  $-0,359$  ( $p < 0,05$ ), lo cual indica que a mayor espiritualidad menor incertidumbre en los pacientes del presente estudio (47).

El puntaje promedio obtenido en la escala de espiritualidad fue de 52,1 puntos en mujeres y 50,1 puntos en hombres, por lo tanto, la espiritualidad no está asociada al género. De acuerdo a las prácticas espirituales, el promedio obtenido fue de 20,6 puntos con un intervalo de confianza del 95% entre 20,1 y 21,1 puntos de un puntaje máximo de 24. En la subescala de las creencias espirituales, el promedio obtenido fue de 30,9 puntos con un intervalo de confianza del 95%, entre 30,1 y 31,6 puntos de un puntaje máximo de 36. Por lo tanto, los participantes del estudio tienen altos niveles de espiritualidad, reflejados por prácticas y creencias (47).

Esta investigación confirma que el bienestar espiritual se asocia positivamente con la calidad de vida y negativamente con el desamparo/desesperanza, preocupación y ansiedad; un nivel alto de espiritualidad ofrece protección contra la desesperanza y la desesperación en personas que afrontan una enfermedad crónica (47).

30

Así mismo, otras investigaciones afirman que las prácticas espirituales son utilizadas como estrategias de afrontamiento para diversas situaciones, como por ejemplo las enfermedades crónicas. Entre estas prácticas se encuentran: la oración, meditación, encuentros consigo mismo, lecturas de textos espirituales, entre otros. De igual forma, las creencias espirituales permiten sobrellevar limitaciones y sufrimientos cuando las personas se aferran a un ser superior como Dios (47).



## 2.2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 2.2.3.1 VARIABLES DE ESPIRITUALIDAD

Variable principal	Definición conceptual	Definición operacional
Perspectiva de espiritualidad	Conocimiento sobre sí mismo, en relación a asuntos espirituales, creencias y/o prácticas; y sentido de conexión con un ser de naturaleza superior.	<p>Se medirá a través de la Escala de Perspectiva de Espiritualidad que consta de 10 ítems, que miden las creencias y los comportamientos espirituales de la persona, con una escala Likert de 6 puntos, con una puntuación total que puede ir de 10 a 60.</p> <p>Las cuatro primeras preguntas hacen referencia a la frecuencia de actividades espirituales que son practicadas por la persona (meditación y oración privada), valoradas a través de una escala Likert que oscila entre nunca y hasta más o menos una vez al día. Las seis últimas preguntas hacen referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales (perdón o cercanía con Dios), se evalúa también por medio de una escala Likert que tiene un puntaje que varía entre extremadamente De acuerdo hasta extremadamente en Desacuerdo; ambas sub-escalas se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 24 la primera y de 36 la segunda.</p>

31

### 2.2.3.2 VARIABLES BIOSOCIODEMOGRÁFICAS

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores
1.- Factores biológicos	Se refiere a los factores biológicos que caracterizan a la población	1.- Género		-Masculino -Femenino
		2.- Edad		-Años cumplidos

	de estudio.	3.- Tiempo en tratamiento de hemodiálisis		- Menor de 6 meses - De 6 meses a 1 año - De 1 a 2 años - De 2 a 5 años - De 5 a 10 años -Más de 10 años
		4.- ECNT's	Hipertensión Diabetes M 1 Diabetes M 2 Otra	- Sí - No
		5.- Infección como complicación de diálisis		-Sí -No
			Cantidad de infecciones	-Sólo 1 -Entre 1 y 5 -Mayor a 5

2.- Factores sociales	Se refiere a los factores sociales que caracterizan a la población en estudio.	1.- Con quién vive		- Sólo - Pareja - Hijos - Nietos - ELEAM - Padres - Otros
		2.- Redes de apoyo	- Familia - Amigos - Grupo de adultos mayores - ASODI	- Sí - No

		3.- Ocupación		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajando</li> <li>- Jubilado/a</li> <li>- Desempleado/a</li> <li>- Dueño/a de casa</li> </ul>
		4.- Previsión de salud		<ul style="list-style-type: none"> <li>- FONASA A</li> <li>- FONASA B</li> <li>- FONASA C</li> <li>- FONASA D</li> <li>- Isapre</li> </ul>
		5.- Nivel educacional		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin estudios</li> <li>- Preparatoria incompleta</li> <li>- Preparatoria completa</li> <li>- Humanidades incompleta</li> <li>- Humanidades</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>completa</li> <li>- Técnica incompleta - Técnica completa</li> <li>- Superior incompleta</li> <li>- Superior completa</li> </ul>
		6.- Estado civil		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltero/a</li> <li>- Casado/a o en pareja</li> <li>- Divorciado/a</li> <li>- Viudo/a</li> </ul>

3.- Factores demográficos	Se refiere a los factores demográficos que caracterizan a la población en estudio.	1.- Características de la vivienda		- Saneamiento básico completo - Saneamiento básico incompleto
		2.- Accesibilidad desde la casa al centro de hemodiálisis		- Fácil acceso - Difícil acceso
		3.- Tiempo que demora en llegar desde la casa al centro de hemodiálisis		- Menos de 1 hora - Entre 1 a 2 horas - Más de 2 horas

### CAPÍTULO 3

#### MATERIAL Y MÉTODOS

##### 3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se planteó un estudio de diseño cuantitativo, de tipo no experimental, transversal, de análisis descriptivo.

##### 3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio estuvo constituida por 20 personas portadoras de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis crónica en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke en la ciudad de Viña del Mar.

##### 3.3. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Según los antecedentes aportados por la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke, el ingreso de personas de 60 años o más es variable a través del tiempo y queda sujeto a los cupos

disponibles, es así como se determinó realizar un censo muestral durante el mes de diciembre del año 2016. Formaron parte del estudio las personas que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas de 60 años o más.</li> <li>- Personas con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica.</li> <li>- Personas en tratamiento de hemodiálisis crónica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas en tratamiento de peritoneodiálisis.</li> <li>- Personas con alteración del estado cognitivo (Escala de Minimental Abreviada, MMSE <math>\leq</math> 13 puntos)</li> <li>- Personas con diagnóstico de: cáncer terminal, demencia senil y/o alzheimer.</li> <li>- Personas con depresión o sospecha de ésta (Escala de Yesavage <math>\geq</math> 6)</li> </ul>

### 3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

En el estudio se utilizaron dos instrumentos: la Escala de Perspectiva Espiritual (Spiritual Perspective Scale o SPS) (Anexo 1 y 2) y el Instrumento de medición de variables biosociodemográficas (Anexo 3).

La Escala de Perspectiva Espiritual creada en 1986 por la enfermera estadounidense Pamela Reed, consta de 10 preguntas que miden las creencias y prácticas espirituales de la persona, con una escala Likert de 6 puntos, con una puntuación total que puede ir de 10 a 60 puntos, donde a mayor puntaje mayor es el nivel de espiritualidad, siendo los resultados categorizados en tres niveles: leve (10-30 puntos), moderado (31-45 puntos) o alto (46-60 puntos). Esta clasificación fue tomada del estudio titulado “Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos”, realizado por M. Zavala, O. Vázquez y M. Whetsell (56).

Esta escala consta de una subescala denominada dimensión de prácticas espirituales y otra subescala denominada dimensión de creencias espirituales, con una suma total de 24 y 36 puntos respectivamente (57); donde las primeras 4 preguntas corresponden a las creencias y se responden con los siguientes criterios: 1.Nunca, 2.Menos de una vez al año, 3.Más o menos una vez al año, 4.Más o menos una vez al mes, 5.Más o menos una vez a la semana, 6.Más o menos una vez al día. Las últimas 6 preguntas corresponden a las prácticas y se responden con los siguientes criterios: 1.Extremadamente En desacuerdo 2.Desacuerdo 3.En desacuerdo más que de acuerdo 4.De acuerdo más que Desacuerdo 5.De acuerdo 6.Extremadamente De acuerdo.

Reed, la autora de dicho instrumento, autorizó vía email la utilización de su escala (Anexo 4), además de facilitar la escala en español.

La escala ha sido traducida al español y utilizada en investigaciones latinoamericanas con buenos resultados (23) y nivel de confiabilidad de Alfa de Cronbach 0.90 (22).

Durante el año 2015 un grupo de estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso junto con Paula Guerrero Rusell, estadística y licenciada en estadística de la Pontificia Universidad

36

Católica de Valparaíso, realizaron el proceso de validación de confiabilidad, obteniendo los siguientes resultados:

- Confiabilidad o consistencia interna: coeficiente Alfa de Cronbach 0,793, lo cual indica que el instrumento presenta un nivel de fiabilidad aceptable.
- Validez de constructo: índice de KMO 0,545, lo cual indica que el grado de asociación entre las variables es aceptable.

Por otra parte el Instrumento de medición de variables biosociodemográficas, fue diseñado por la investigadora principal y las co-investigadoras, y se encuentra validado por expertos. Fue evaluado por Sandra Rodríguez, Paulina Gundelach, Carolina Ruiz Tagle y Cibeles González, enfermeras docentes de la Universidad de Valparaíso, quienes realizaron sugerencias antes de ser aprobado. Dentro de los cambios realizados, se encuentra la eliminación de la pregunta número 17 la cual abordaba la zona en que vive el/la participante, de esta se desprenden las alternativas Urbana, Suburbano, Urbano marginal y Rural. Esta pregunta fue eliminada ya que su fin era definir un factor que determine la dificultad de acceso del adulto mayor al centro asistencial, sin embargo la pregunta número 18 y 19 del Instrumento de medición de variables biosociodemográficas (Anexo 3), cumplían la misma función de manera más objetiva. Además se realizaron cambios en las preguntas número 1, 7, y 19 las cuales pasaron de ser preguntas cerradas, a preguntas abiertas con el fin de dar más libertad a los participantes para responder. Por último, la pregunta número 14 que abordaba los ingresos percápita de los participantes, fue cambiada con el propósito de prevenir una posible desconfianza por parte de los adultos mayores hacia el encuestador al revelar sus ingresos económicos mensuales. Esta pregunta se reemplazó

por el tipo de previsión (Fonasa A, Fonasa B, Fonasa C, Fonasa D o Isapre), la cual de igual forma permite establecer un rango de ingreso económico. Luego de realizar los cambios sugeridos, el Instrumento de medición de variables biosociodemográficas fue finalmente aprobado.

El objetivo de este instrumento ya aprobado, es recopilar información básica para la caracterización de la población en estudio; consta de 19 preguntas acerca de datos personales de los participantes, como por ejemplo: edad, género, redes de apoyo, situación laboral, entre otras.

37

El cuestionario mide desde la pregunta nº1 a la nº7 variables biológicas, luego de la nº8 a la nº16 variables sociales y desde la pregunta nº17 a la nº19 variables demográficas.

### **3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Una vez obtenida la autorización por parte del Hospital Dr. Gustavo Fricke (Anexo 5), previa autorización del Comité de Ética y bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, se realizó una reunión con la enfermera supervisora subrogante, Roxana Cabero, con el fin de organizar el horario de las sesiones y el lugar para la aplicación de los instrumentos, el cual sería dentro de la misma Unidad de Diálisis. En cuanto a los horarios, se establecieron cuatro turnos: lunes, miércoles y viernes (am-pm), martes y jueves (am-pm), asistiendo una a dos tesisistas por turno.

Se aplicaron los instrumentos en una sola sesión con el fin de obtener las respuestas sin perder a los sujetos de estudios, esta pérdida podría deberse a diversos factores como por ejemplo actividades personales, altas médicas, entre otros. El tiempo de duración de cada sesión fue de 30-40 minutos aproximadamente, dando la posibilidad de interrumpir la sesión si la persona lo necesitara. El orden de aplicación de instrumentos fue el siguiente: MMSE (Anexo 6), Escala de Yesavage (Anexo 7), ambos para evaluar si la persona cumplía con los criterios de inclusión de la investigación, una vez que las personas obtenían puntajes normales en ambos, se procedía a aplicar el Instrumento de medición de variables biosociodemográficas y por último la Escala de Perspectiva Espiritual.

### **3.6 PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO**

No fue posible llevar a cabo la prueba piloto debido a la escasa población en estudio, sin embargo, con la aplicación de las tres primeras encuestas se pudieron realizar los siguientes

ajustes:

- Confección de tarjetas de colores con seis alternativas para responder cada pregunta de la SPS.
- En cada pregunta de la SPS se fue ejemplificando con actividades cotidianas, según las prácticas y creencias encuestadas.

38

### **3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Para el procesamiento de los datos, se confeccionó una base de datos en una hoja de cálculo en la aplicación Microsoft Excel del programa Microsoft Office 2007, previa asesoría con la docente de la Escuela de Enfermería, Angélica Mosqueda; en ésta base de datos se incorporó la información obtenida, generando una tabla que contemplaba los resultados del Instrumento de medición de variables biosociodemográficas y otra con los resultados de la SPS de P. Reed.

El análisis de los datos fue realizado por la estudiante de enfermería de la Universidad de Valparaíso, María Pía Sánchez, quien utilizó la aplicación Microsoft Excel del programa Microsoft Office 2007, generando así los gráficos y tablas correspondientes a través de las medidas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa.

### **3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las siguientes consideraciones éticas se realizaron utilizando como base los siete requisitos éticos descritos por Ezekiel Emanuel. En alusión al *valor*; se identificaron las creencias y prácticas espirituales según factores biosociodemográficos con el propósito de incentivar la creación de estrategias que puedan mejorar el bienestar espiritual de las personas y de esta forma afrontar de una mejor manera la enfermedad.

En cuanto a la *validez científica*; la metodología utilizada consideró el diseño cuantitativo de tipo no experimental, transversal, de análisis descriptivo; ya que se identificaron las características de la población de estudio para crear un perfil de ésta. Por ello, no fue necesario aplicar los instrumentos más que en un sólo momento y en su ambiente respectivo (Unidad de Hemodiálisis).

En referencia a la *selección equitativa del trabajo*; se consideró a la población de 60 años o más en el estudio, debido al proceso de envejecimiento demográfico que vive el país y a su vez



porque la prevalencia de IRC aumenta considerablemente en personas mayores de 65 años, elevándose a un 15,4%, en comparación al 2,67% nacional (23). A esto se le suma que del total de personas hemodializadas, el mayor índice de usuarios afectados se encuentra entre los 61 y 70

39

años de edad (27). Así mismo, la vivencia de experiencias que aumentan la vulnerabilidad, como el ser portador de una patología crónica y el estar en tratamiento de hemodiálisis, podría generar un cambio en el nivel de espiritualidad.

En consideración a la *proporción favorable de riesgo-beneficio*; esta investigación solicitó datos personales y aplicó instrumentos con preguntas que de alguna manera podían afectar la esfera emocional de la persona, por ello se contaba con un plan de contención, en donde en primera instancia se utilizarían recursos interpersonales de los tesisistas para brindar contención emocional. Si esta primera medida no era suficiente, se contaba con el apoyo del Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso (CAPSI) (Anexo 8) para brindar atención especializada al participante afectado; todo este plan se encontraba plasmado en el flujograma de contención emocional (Anexo 9). Sin embargo, las situaciones de malestar emocional que se presentaron, en todos los casos se resolvieron con la primera parte del plan de contención.

A partir de la *evaluación independiente* y con el fin de garantizar que los participantes de la investigación fuesen tratados éticamente y no sólo como meros medios, se solicitó la aprobación de la investigación por parte del comité de ética y bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, a través del Anexo 20B. La certificación se otorgó el día 30 de Noviembre del 2016, a través del acta de evaluación bioética No. 54/2016 (Anexo 10). Para la correcta aprobación del Acta de Consentimiento Informado, se solicitó la firma de la docente a cargo e investigadora principal y además del Director del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

En relación al *consentimiento informado*; a los participantes de la población en estudio se les hizo entrega del Acta de Consentimiento Informado (Anexo 11) en conjunto con el Consentimiento Informado (Anexo 12), el cual incluye un resumen del estudio, información sobre la finalidad, los riesgos y los beneficios de la investigación, así como también de los derechos que tienen los pacientes en éste. Junto con su entrega se les explicó brevemente acerca de la investigación y el contenido de dichos documentos, siendo un requisito para participar firmar el acta. Cada adulto mayor tuvo la posibilidad de decidir libremente su participación en la investigación y tuvo la

opción de retirarse en cualquier momento en caso de que esta no fuese compatible con sus valores, intereses y/o preferencias.

Finalmente, en cuanto al *respeto a los sujetos inscritos*; las respuestas fueron registradas a través de un código numérico para mantener la confidencialidad de los datos. A su vez, con el fin respetar su privacidad, toda la información que se obtuvo de los participantes del estudio es custodiada y guardada bajo llave por la docente responsable e investigadora principal, en su oficina en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar. Respecto del resguardo del anonimato de los participantes, ninguno de los instrumentos contempló el nombre de la persona, sino que estuvieron codificados en relación al orden de aplicación, pudiendo cumplir con los objetivos esperados de la investigación de igual forma.

## CAPÍTULO 4

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 CARACTERIZACIÓN BIOSOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

A continuación, se describen los resultados del Cuestionario biopsociodemográfico, el cual tiene como objetivo la caracterización de la muestra en estudio.

**Tabla N°1:** Distribución de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, según edad y género.

**GÉNERO f %**

**FEMENINO MASCULINO**

60-65 2 5 7 35% EDAD 66-70 1 6 7 35% 71-75 4 0 4 20% 81 y MÁS 1 1 2 10%

**TOTAL 8 12 20 100% % 40% 60% - -**

El género femenino representa el 40% (n=8) de la totalidad de la población y el género masculino corresponde al 60% (n=12) restante. El promedio de edad de los adultos mayores corresponde a 68,55 años.

El 70% (n=14) de los adultos mayores tienen entre 60 y 70 años de edad, de los cuales 3 son mujeres y 11 son hombres, representando el grupo de edad de mayor proporción en la población en estudio.

Por otro lado las personas de 81 años y más, corresponden a 1 mujer y 1 hombre, que representan al grupo etario de menor proporción en la población de estudio.

42

**Tabla N°2:** Distribución de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, según ocupación.

**TABLA 2**

	f	%
Trabaja	3	15%
Jubilado	12	60%
Desempleado	1	5%
Dueña/o de casa	4	20%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

En la tabla N° 2, se observa que en cuanto a la ocupación, el 60% (n=12) de la población se encuentra Jubilada mientras que el 15% (n=3) permanece trabajando. Por otra parte se observa que el 20% (n=4) de los adultos mayores son Dueño/a de casa.

**Tabla N°3:** Distribución de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, según con quien vive y la presencia de redes de apoyo.

**TABLA 3**

	f	%
	Solo/a	2 10%
	Con su pareja	7 35%
CON QUIEN VIVE	Con sus hijos	1 5%
	Con sus nietos	1 5%
	En ELEAM	1 5%
	Otros	1 5%
	Con su pareja e hijos	3 15%
	Con sus hijos y nietos	1 5%
	Con su pareja, hijo y nietos	3 15%
	<b>TOTAL</b>	<b>20 100%</b>
REDES DE APOYO	Presenta apoyo familiar	20 100%
	No presenta apoyo familiar	0 0%
	<b>TOTAL</b>	<b>20 100%</b>

Presenta apoyo de amigos 12 60%  
 No presenta apoyo de amigos 8 40%

**TOTAL 20 100%**

En la Tabla N°3 se aprecia que el 80% (n=16) de los adultos mayores viven con alguno de sus familiares ya sea pareja, hijos y/o nietos, sin embargo existe un 10% (n=2) que vive solo y un 5% (n=1) que vive en Establecimiento de Larga Estadía.

Con respecto a las redes de apoyo, el 100% (n=20) de los adultos mayores cuenta con apoyo familiar y el 60% (n=12) presenta a su vez apoyo de sus amistades.

44

**Tabla N°4:** Distribución de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, según Dificultad en el traslado al centro de Diálisis desde su hogar y tiempo que demora el trayecto.

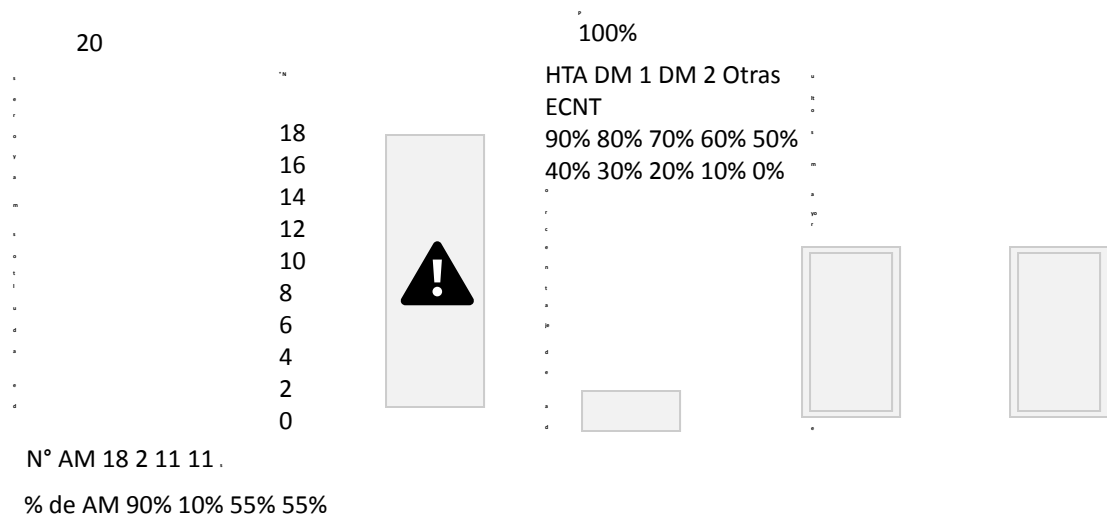
**TABLA 4**

	f	%
DIFICULTAD EN EL TRASLADO	Si 5	25%
	No 15	75%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>
DURACIÓN DEL TRAYECTO	5 min.	1 5%
	10 min.	5 25%
	15 min.	3 15%
	20 min.	2 10%
	30 min.	3 15%
	40 min.	1 5%
	55 min.	1 5%
	60 min.	3 15%
	120 min.	1 5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Respecto a la Dificultad en el traslado, el 75% (n=15) de la población de estudio no presenta dificultades para trasladarse desde su hogar al centro de Diálisis, sin embargo existe un 25% (n=5) que si posee algún grado de dificultad en el traslado.

En relación al tiempo que requiere el trayecto desde su hogar al centro de Diálisis, se observa que el 70% (n=14) de los adultos mayores se demora máximo 30 minutos en el trayecto Casa-Centro de Diálisis y que sólo el 5% (n=1) utiliza más de 1 hora en traslado.

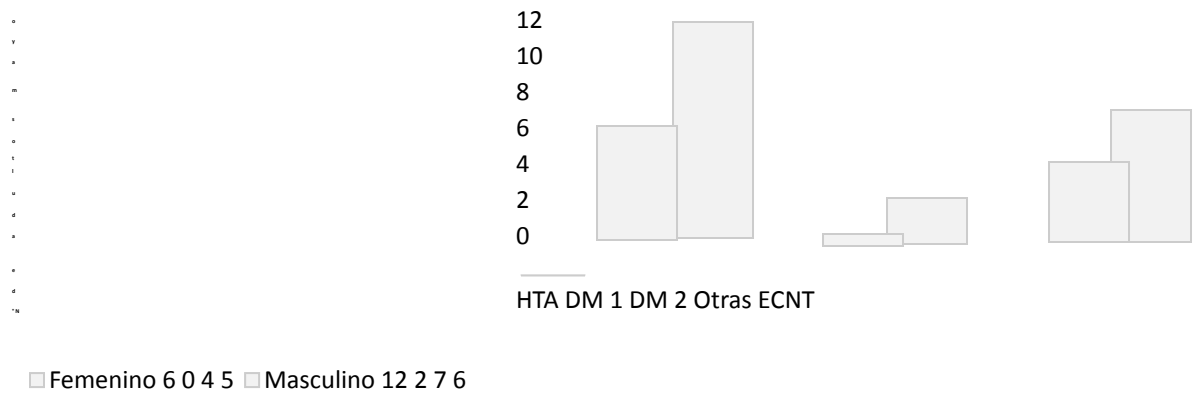
**Gráfico N° 1:** Número y porcentajes de adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, según enfermedades crónicas no transmisibles de las que son portadores.



En el Gráfico N°1 se observa que los adultos mayores que se atienden en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, son portadores principalmente de hipertensión arterial (HTA) reflejado en el 90% (n=18) de los casos. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan el 55% (n=11) cada una, mientras que sólo el 10% (n=2) son portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1). En relación a lo anterior, la siguiente figura muestra la variación de porcentajes de ECNT según género.

**Gráfico N°2:** Distribución de enfermedades crónicas no transmisibles, según

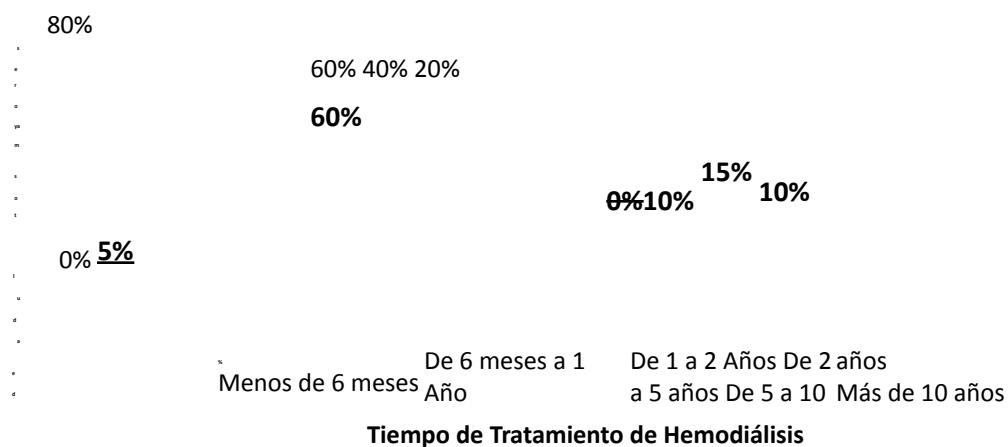
género. 14



46

En el gráfico N°2 se observa que del total de la población femenina (40%, n=8), el 75% (n=6) presenta hipertensión arterial (HTA), seguido por diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y otras ECNT con un 62,5% (n=5) y 50% (n=4) respectivamente. A su vez, del total de la población masculina (60%, n=12), el 100% (n=12) es portador de HTA, mientras que un 58,3% (n=7) presenta además DM2 y sólo el 16,7% (n=2) presenta DM1.

**Gráfico N°3:** Distribución porcentual de adultos mayores que se atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, según Tiempo de Tratamiento en Hemodiálisis.



En el gráfico N°3 se observa que el 60% (n=12) de los adultos mayores que se atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, llevan menos de 6 meses en tratamiento de hemodiálisis, siendo el grupo más representativo de la población en estudio. Por otro lado, se evidencia que el 35% (n=7) lleva de 1 a 10 años en tratamiento y sólo el 5% (n=1)



se ha dializado por más de 10 años. El promedio de tiempo en tratamiento en hemodiálisis de los adultos mayores que se atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, asciende a los 840,6 días (2,3 años) de tratamiento.

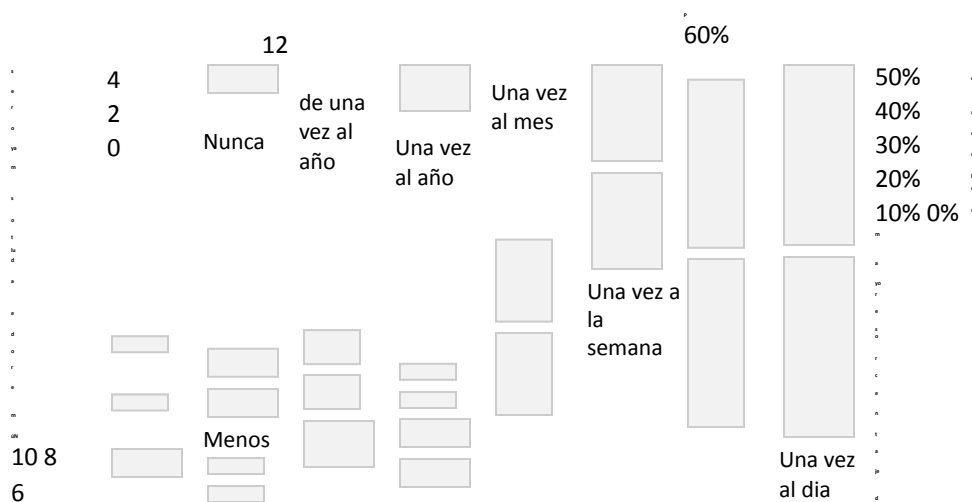
## 4.2 NIVELES DE ESPIRITUALIDAD

Resultados por dimensión:

La SPS de P. Reed está compuesta por 2 dimensiones que son: prácticas espirituales y creencias espirituales. A continuación, se muestra la distribución de frecuencias absolutas y relativas de los resultados obtenidos en ambas dimensiones.

### 4.2.1 Prácticas Espirituales

**Gráfico N°4:** Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Conversar con familia o amistades sobre temas espirituales*.

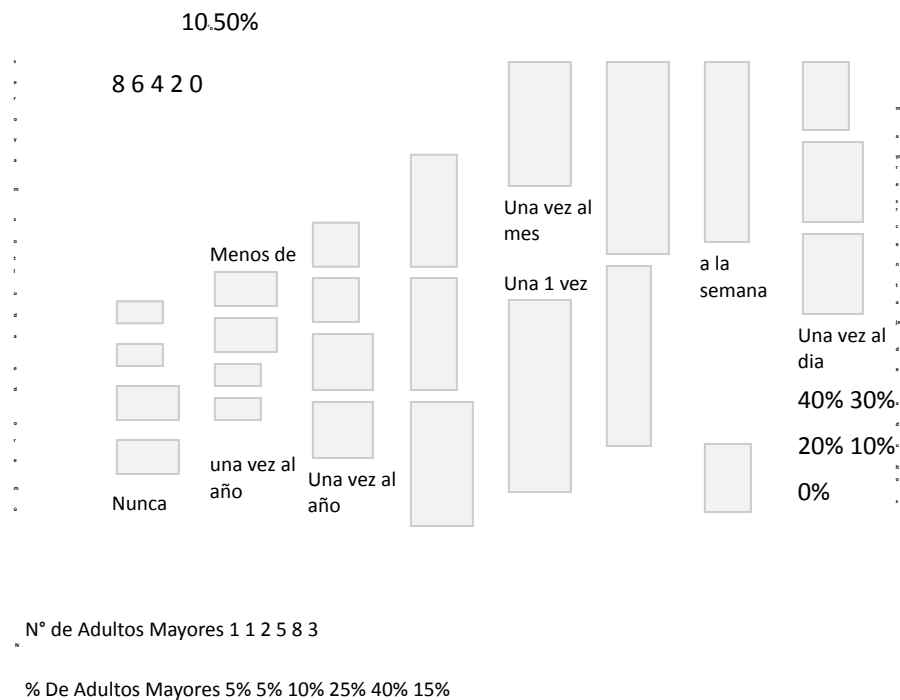


N° de Adultos Mayores 1 1 2 1 5 10

% De Adultos Mayores 5% 5% 10% 5% 25% 50%

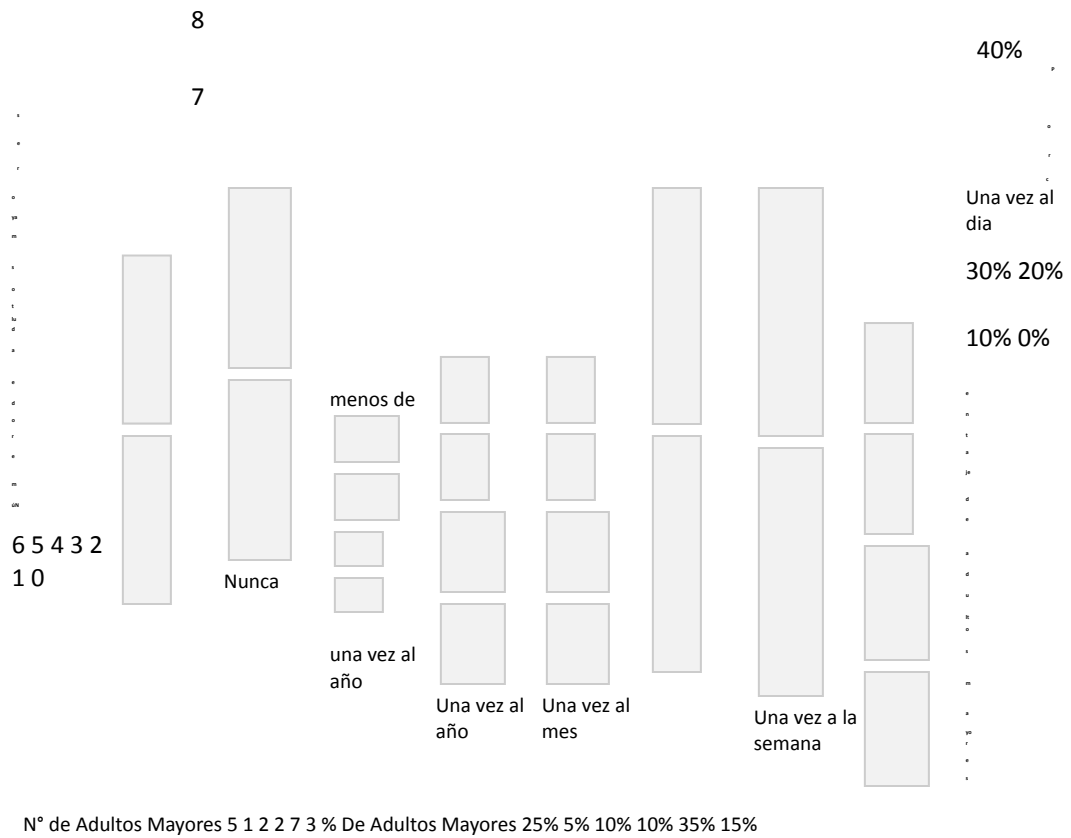
En el Gráfico N°4 se observa que el 75% (n=15) de los adultos mayores hablan de temas espirituales con su familia o amigos entre una vez al día o una vez a la semana, mientras que el 5% (n=1) declara que nunca ha hablado ese tipo de temas con sus amigos o familiares.

**Gráfico N°5:** Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Compartir con otros los problemas y alegrías de vivir De acuerdo a sus creencias espirituales.*



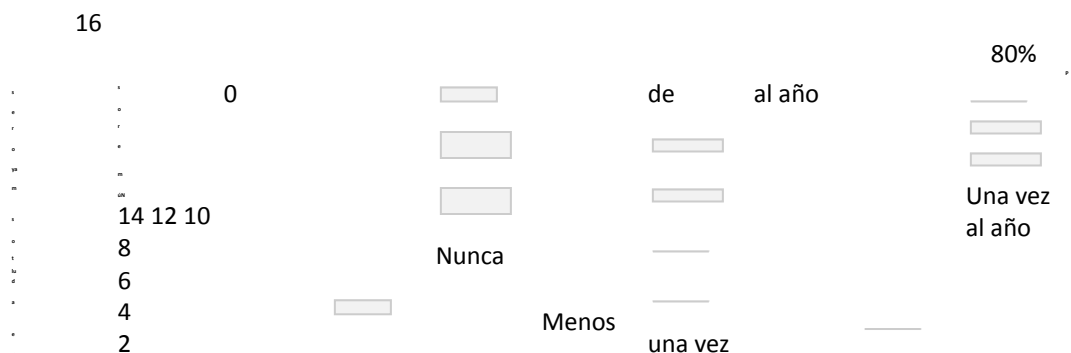
En el Gráfico N°5 se muestra que el mayor porcentaje de adultos mayores (40%, n=8) indican que hablan una vez a la semana sus problemas y alegrías de vivir, mientras que el 5% (n=1) declara que nunca ha hablado este tipo de temas.

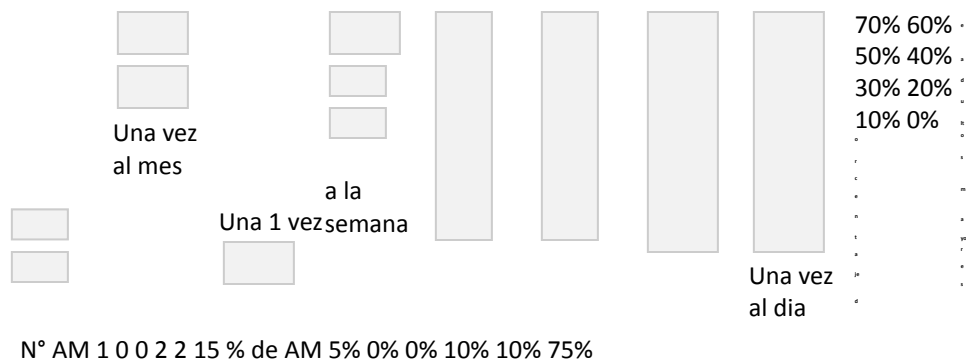
**Gráfico N°6:** Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Leer material relacionado con temas espirituales*.



El Gráfico N°6 muestra que el mayor porcentaje de adultos mayores (35%, n=7) indican que leen una vez a la semana material relacionado con temas espirituales, mientras que el 25% (n=5) declara que nunca han leído sobre temas espirituales.

**Gráfico N°7:** Frecuencia en número y porcentaje de la práctica *Orar, rezar o meditar en privado*.



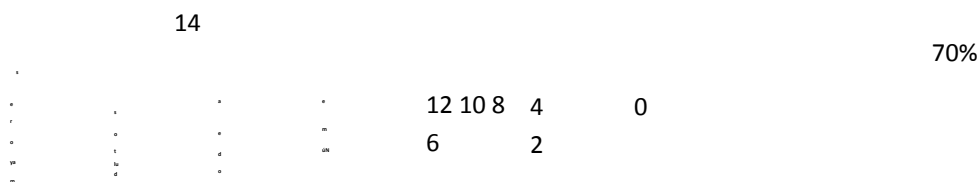


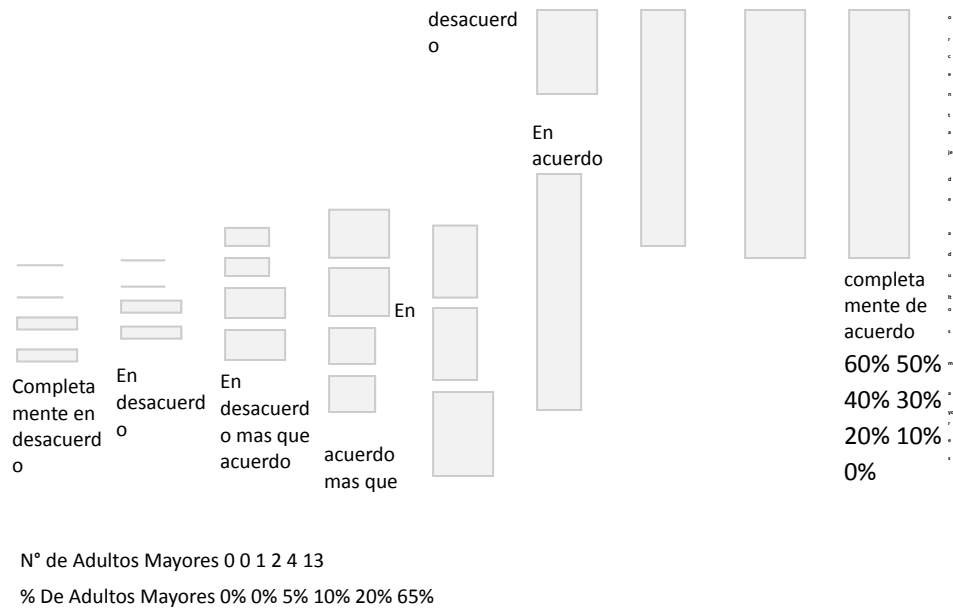
En el Gráfico N°7 se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores (75%, n=15) indican que oran, rezan o meditan en privado diariamente, mientras que sólo el 5% (n=1) indica nunca orar, rezar o meditar en privado.

#### 4.2.2 Creencias Espirituales

En relación a estos resultados y para efecto de análisis posteriores, se dividen las respuestas en dos secciones: la primera de ellas alude al estado de Desacuerdo en general respecto a lo preguntado en la SPS (Extremadamente en Desacuerdo, Desacuerdo y en Desacuerdo más que en acuerdo), mientras que la segunda categoría representa el estado De acuerdo general (De acuerdo más que en Desacuerdo, De acuerdo y Extremadamente de acuerdo).

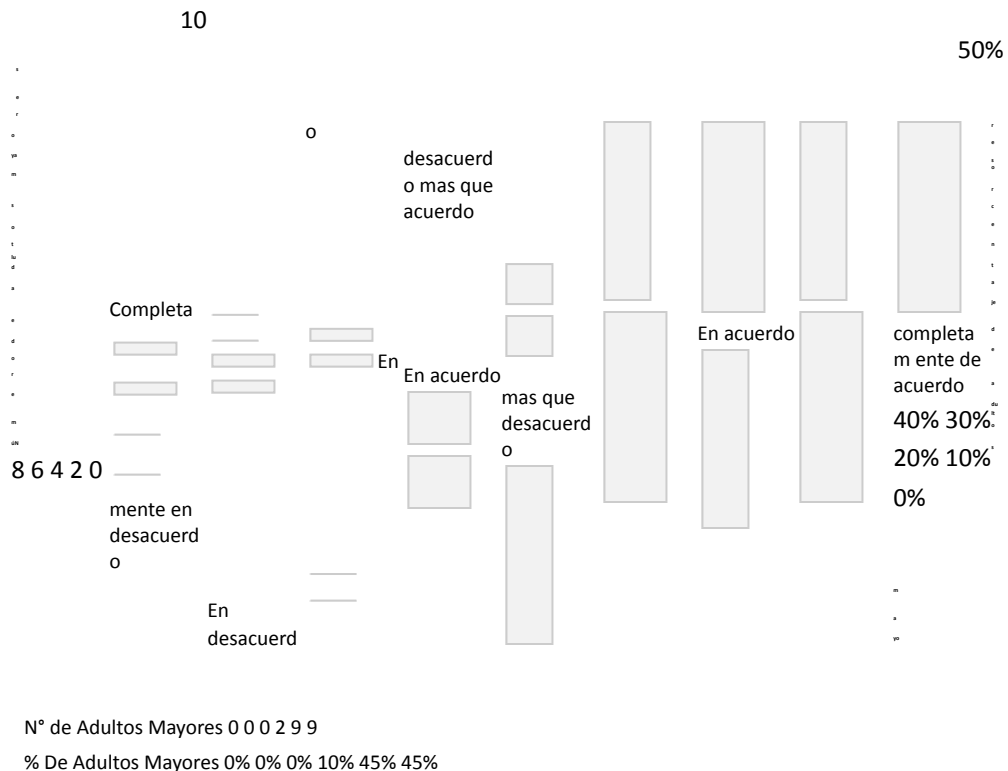
**Gráfico N°8:** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “El perdón es parte importante de mi espiritualidad”.





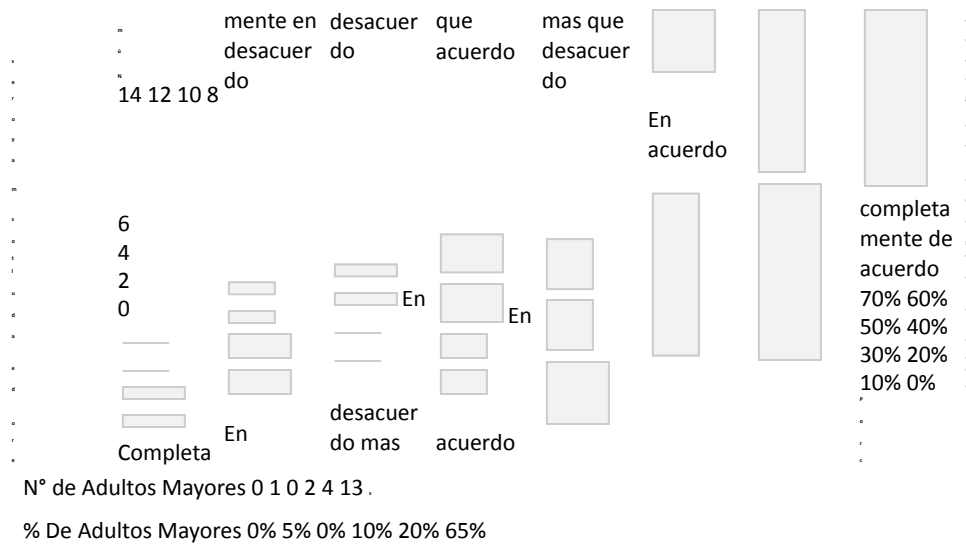
En el Gráfico N°8 se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores (95%, n=19) indican encontrarse De acuerdo con la creencia “*El perdón es parte importante de mi espiritualidad*”, mientras que sólo una persona afirma estar en Desacuerdo (5%, n=1).

**Gráfico N°9:** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “*Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir*”.



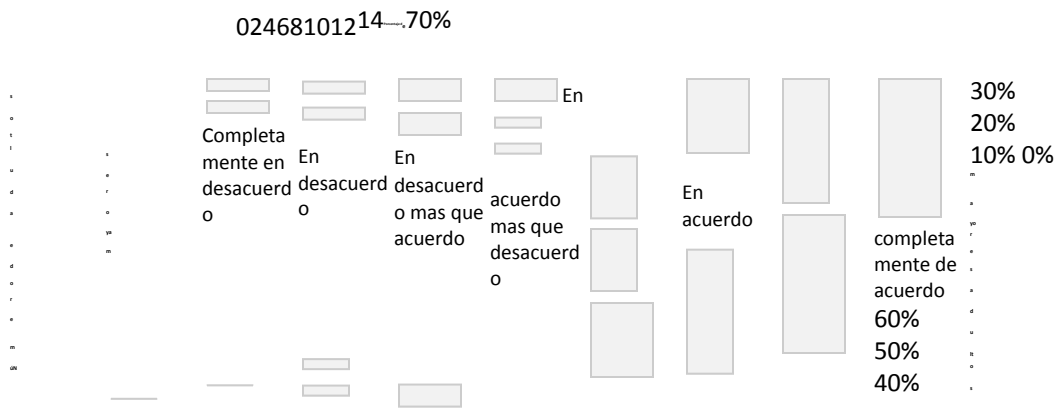
En el Gráfico N°9 se observa que el 100% (n=20) de los adultos mayores indican estar De acuerdo con la creencia “Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir”.

**Gráfico N°10:** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida”.



En el Gráfico N°10 se observa que el 95% (n=19) de los adultos mayores refieren estar De acuerdo con la creencia “Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida”, mientras que sólo una persona refiere estar en Desacuerdo (5%, n=1).

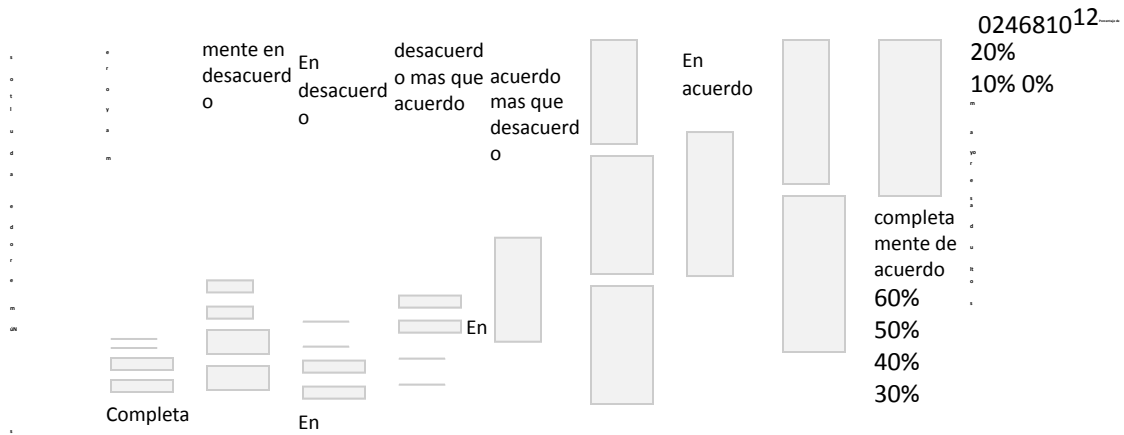
**Gráfico N°11:** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “Frecuentemente me siento cerca de Dios o de un poder superior al orar, al adorar en público o en momentos importantes en mi diario vivir”.



N° de Adultos Mayores 0 0 1 1 6 12  
 % De Adultos Mayores 0% 0% 5% 5% 30% 60%

En el Gráfico N°11 se aprecia que el 95% (n=19) de los adultos mayores se encuentran De acuerdo con la creencia “Frecuentemente me siento cerca de Dios o de un poder superior al orar, al adorar en público o en momentos importantes en mi diario vivir”, mientras que el 5% (n=1) restante manifiesta su Desacuerdo.

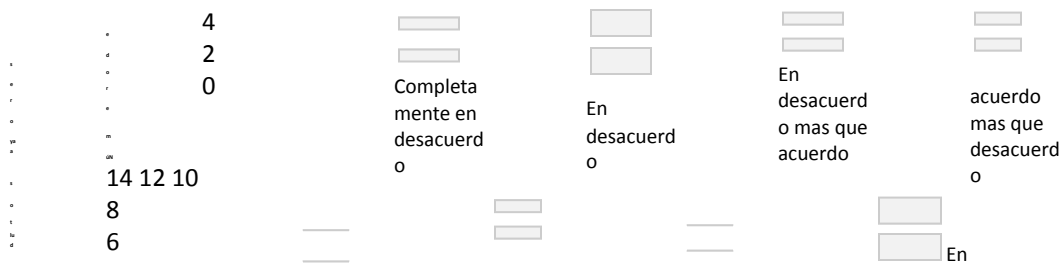
**Gráfico N°12:** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida”.

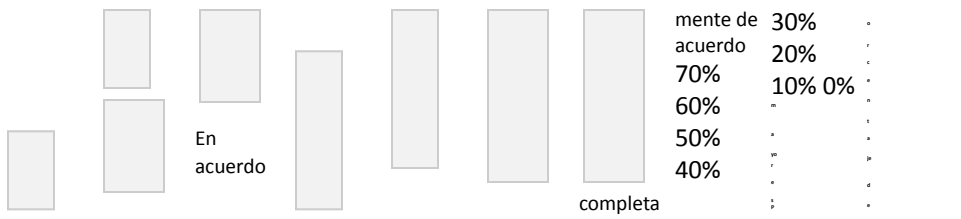


N° de Adultos Mayores 0 1 0 0 8 11  
 % De Adultos Mayores 0% 5% 0% 0% 40% 55%

En el Gráfico N°12 se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores (95%, n=19) se encuentran De acuerdo con la creencia “Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida”, mientras que sólo una persona afirma estar en Desacuerdo (5%, n=1).

**Gráfico N°13:** Frecuencia en número y porcentaje de la creencia “Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida”.



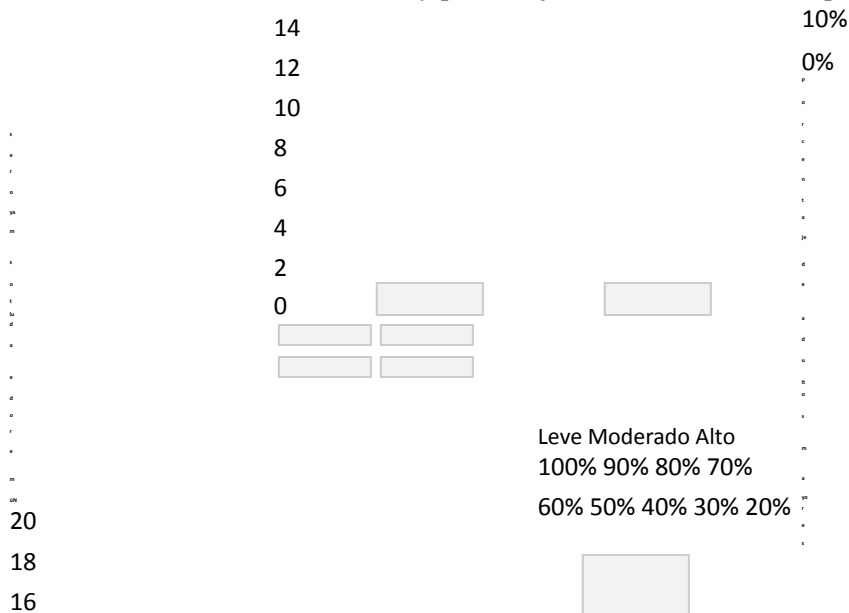


Nº de Adultos Mayores 0 1 0 1 6 12  
 % De Adultos Mayores 0% 5% 0% 5% 30% 60%

En el Gráfico N°13 se aprecia que el 95% (n=19) de los adultos mayores afirman estar De acuerdo con la creencia “*Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida*”, mientras que sólo el 5% (n=1) manifiesta su Desacuerdo.

#### 4.2.3 Resultado global del Nivel de Espiritualidad.

**Gráfico N°14:** Frecuencia en número y porcentaje de los niveles de Perspectiva Espiritual.



Nº de Adultos Mayores 1 1 18  
 % De Adultos Mayores 5% 5% 90%

Como se puede observar en el Gráfico N°14, el mayor porcentaje de adultos mayores que se





atienden en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar (90%, n=18), obtuvieron un Nivel Alto de Espiritualidad, seguido por el Nivel Moderado y el Nivel Leve con un 5% (n=1) cada uno.

#### 4.3 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL ESPIRITUAL Y FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación se establece la relación entre el nivel general de espiritualidad obtenido en la SPS de P.Reed y los factores biopsociodemográficos de mayor relevancia estudiados anteriormente.

54

**Tabla N°5** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según grupo etario.

	60 – 65 años		66 -70 años		71 – 75 años		81 años y más	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Leve</b>	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%
<b>Moderado</b>	0	0%	1	14,30%	0	0%	0	0%
<b>Alto</b>	7	100%	6	85,70%	4	100%	1	50%
<b>Total</b>	7	100%	7	100%	4	100%	2	100%

**Gráfico N°15:** Nivel de espiritualidad según grupo etario.



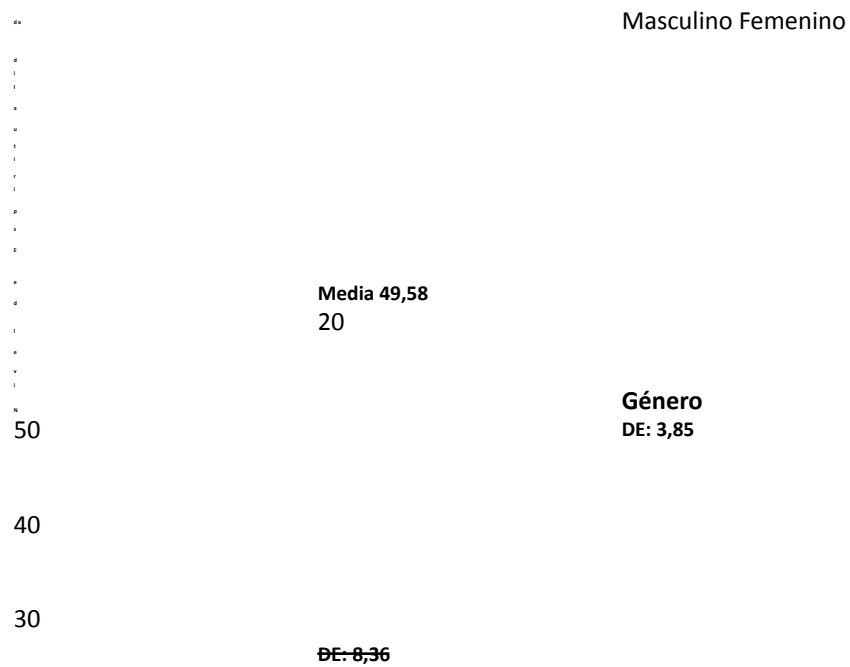
En la Tabla N°5 se observa que el 100% (n=7) de los adultos mayores entre 60 y 65 años de edad poseen un alto nivel de espiritualidad, a su vez se observa un aumento del nivel de espiritualidad de los 60 años en adelante alcanzando un promedio de 52,5 puntos en la escala de espiritualidad entre los 70 y 75 años. Sin embargo, en el rango de 81 años y más destaca una disminución en el nivel espiritual de alto a moderado, con un promedio de 42 puntos.

55

**Tabla N°6:** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según género.

	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Leve</b>	1	5%	0	0%
<b>Moderado</b>	1	5%	0	0%
<b>Alto</b>	10	90%	8	100%
<b>Total</b>	12	100%	8	100%

**Gráfico N°16:** Nivel de Espiritualidad según género de la población de estudio.

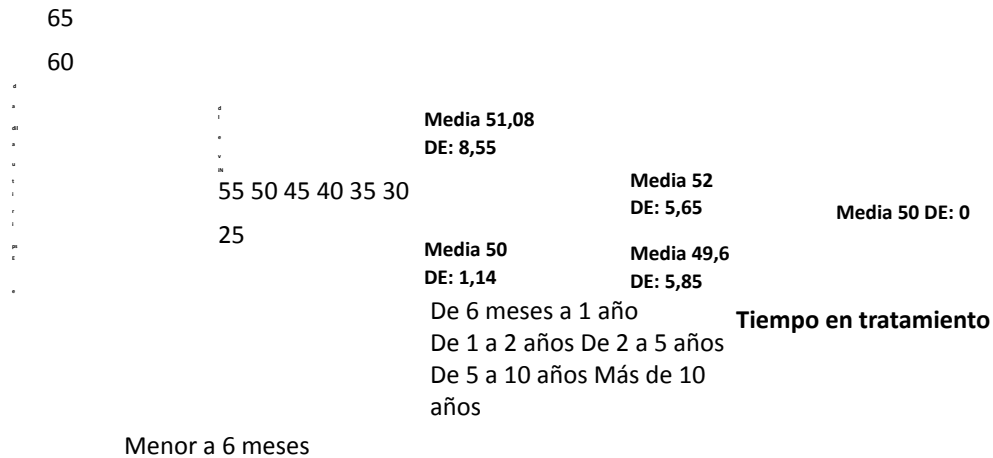


En la Tabla N°6 se aprecia que el 100% (n=8) de la población femenina mantiene un alto nivel de espiritualidad, y que 90% (n=10) de la población masculina también lo tiene. Si bien, ambos géneros poseen mayoritariamente un nivel alto de espiritualidad, en el Gráfico N°16 se observa que las mujeres obtuvieron un puntaje superior a los hombres con un promedio de 52,63 punto en la escala de perspectiva espiritual (SPS).

**Tabla N°7:** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según tiempo en tratamiento.

	Menor a 6 meses		De 6 meses a 1 año		De 1 a 2 años		De 2 a 5 años		De 5 a 10 años		Más de 10 años	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Leve</b>	1	8,40 %	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Moderado</b>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33,4 %	0	0%
<b>Alto</b>	11	91,6 %	0	0%	2	100 %	2	100 %	2	66,6 %	1	100 %
<b>Total</b>	12	100 %	0	0%	2	100 %	2	100 %	3	100 %	1	100 %

**Gráfico N°17:** Nivel de espiritualidad de los adultos mayores según su tiempo en tratamiento.



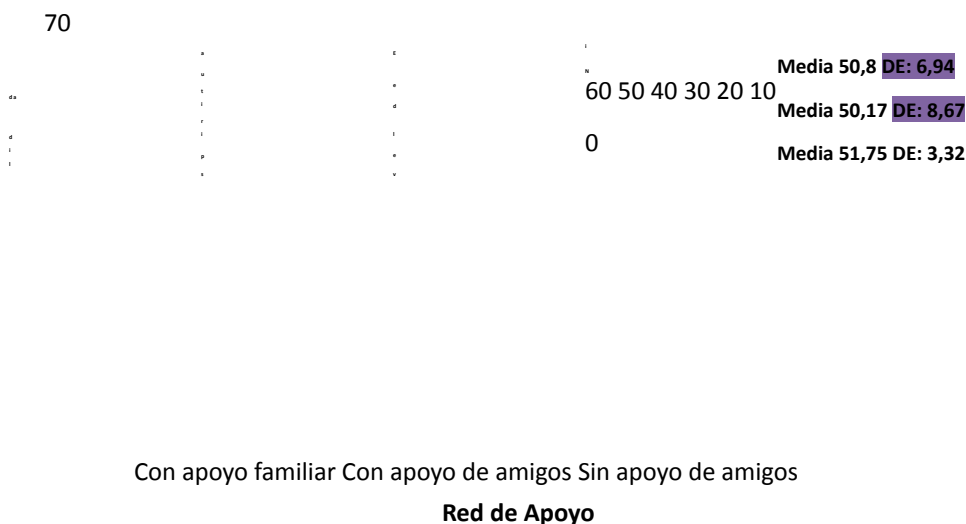
La Tabla N°7 muestra que el 91,6% (n=11) de los adultos mayores que llevan menos de 6 meses de tratamiento tienen un alto nivel de espiritualidad. Por otra parte se observa que posterior al año

de tratamiento el nivel de espiritualidad tiende a disminuir, llegando a un puntaje promedio de 49,6 puntos en adultos mayores que llevan entre 5 y 10 años en tratamiento de hemodiálisis.

**Tabla N°8:** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según redes de apoyo (familia y/o amigos).

	Con Apoyo familiar		Sin Apoyo familiar		Con Apoyo de amigos		Sin Apoyo de amigos	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Leve</b>	1	5%	0	0%	1	8,35%	0	0%
<b>Moderado</b>	1	5%	0	0%	1	8,35%	0	0%
<b>Alto</b>	18	90%	0	0%	10	83,3%	8	100%
<b>Total</b>	20	100%	0	0%	12	100%	8	100%

**Gráfico N°18:** Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según la presencia de redes de apoyo.



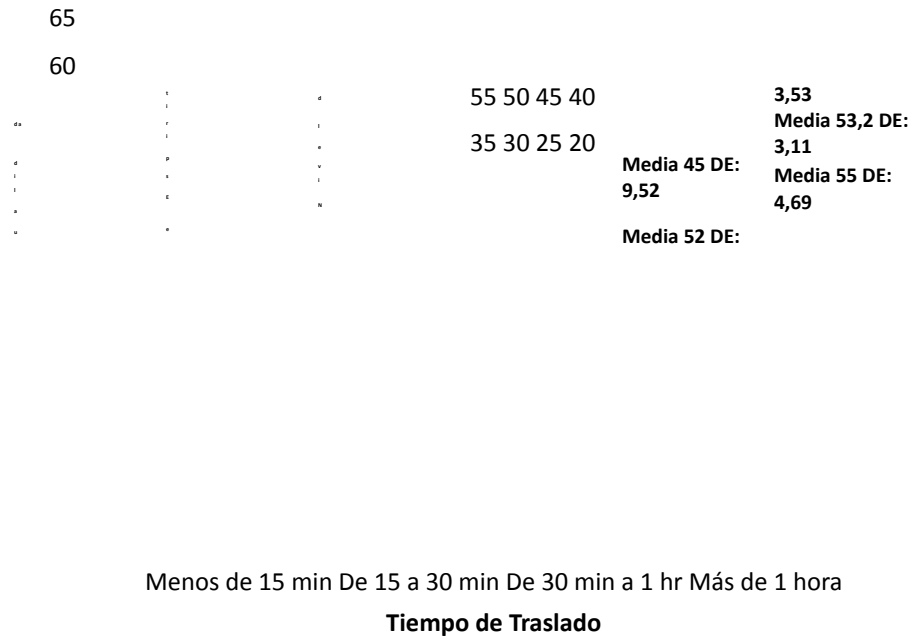
En la Tabla N°8 se observa que el 90% (n=18) de los adultos mayores que cuentan con un apoyo familiar poseen un alto nivel de espiritualidad alcanzando un promedio de 50,8 puntos en la escala SPS. Sin embargo existen 2 personas que tienen un nivel moderado y leve quienes

ve altamente afectado por la presencia o ausencia de apoyo de amigos, reflejados en puntajes promedios de 50,17 y 51,75 puntos correspondientemente.

**Tabla N°9:** Frecuencia del Nivel de Espiritualidad de los adultos mayores según tiempo de traslado desde su hogar al centro de diálisis.

	Menos de 15 min	De 15 min a 30 min	De 30 min a 1 hr	Más de 1 hora
	f %	f %	f %	f %
<b>Leve</b>	1 16,6%	0 0%	0 0%	0 0%
<b>Moderado</b>	1 16,6%	0 0%	0 0%	0 0%
<b>Alto</b>	4 66,8%	5 100%	5 100%	4 100%
<b>Total</b>	6 100%	5 100%	5 100%	4 100%

**Gráfico N°19:** Nivel de Espiritualidad según tiempo de traslado de los adultos mayores.



El Gráfico N°19 demuestra que a mayor tiempo de traslado, mayor es el nivel espiritual, con un promedio de 45 puntos en personas que se demoran menos de 15 minutos en el trayecto hasta un promedio de 55 puntos en adultos mayores que se demoran más de una hora.

## **CAPÍTULO 5**

### **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

#### **5.1 DISCUSIÓN**

##### **5.1.1 CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS**



Los resultados obtenidos en el estudio, en cuanto a las variables biológicas, demostraron que en los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar durante el mes de diciembre del año 2016, existió un predominio del 60% (n=12) en el género masculino, mientras que el género femenino representó el 40% (n=8). En relación a esto, los datos de la población en estudio coinciden con la realidad a nivel país, ya que hasta el 31 de agosto del año 2015, se encontraban en tratamiento de hemodiálisis crónica un total de 19.071 personas, de las cuales un 54,5% (10.398 personas) correspondía al sexo masculino y un 45,5% (8.673 personas) correspondía al sexo femenino (27).

En este estudio además, los datos mostraron que el 70% (n=14) de la población, tiene entre 60 y 70 años de edad, el 30% restante (n=6) corresponde a personas mayores de 70 años. En relación a lo anterior, al año 2015 a nivel nacional, el mayor índice de personas hemodializadas se encontraban entre los 61 y 70 años de edad, lo que corresponde al 27% (3.803 personas) de los usuarios incorporados en la cuenta anual de hemodiálisis (14.087 personas) (27).

En relación al tiempo de tratamiento en hemodiálisis crónica, el 60% (n=12) de los adultos mayores llevan menos de 6 meses en tratamiento, el 15% (n=3) lleva entre 2 y 5 años en tratamiento, mientras que las categorías de 1 a 2 años y de 5 a 10 años tienen un 10% (n=2) respectivamente. Por otro lado, los adultos mayores que se han dializado por más de 10 años, sólo corresponden al 5% (n=1) de la población en estudio. A nivel nacional, de un total de 13.794 personas en tratamiento de hemodiálisis crónica, un 22,8% (3.143 usuarios) tiene una antigüedad de 5 a 10 años, cabe mencionar que de esta cifra, el porcentaje que corresponde a adultos mayores es muy bajo, debido a que dado al deterioro y comorbilidades que presentan, fallecen

61

antes de los 10 años de tratamiento. Un 18,4% (2.538 usuarios) lleva menos de un año, y un 15,3% (2.105 usuarios) comprende un periodo de 1 a 2 años (27).

En cuanto a las comorbilidades presentes en la población en estudio, los datos arrojaron que el 90% (n=18) de los usuarios son portadores de hipertensión arterial, un 55% (n=11) presenta diabetes mellitus tipo 2, un 55% (n=11) posee otras enfermedades crónicas, mientras que sólo el 10% (n=2) es portador de diabetes mellitus tipo 1. En relación a esto, el estudio denominado “Diagnósticos de Enfermería en Pacientes Sometidos a Hemodiálisis” arrojó como resultado que

de un total de 50 usuarios, un 76% (39 personas) son portadores de hipertensión arterial (29). Por otro lado, según la Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile al 31 de agosto del año 2015, de un total de 13.681 usuarios, un 38,3% son diabéticos, de estos un 32,4% (4.436 personas) presenta diabetes mellitus tipo 2 y un 5,9% (813 personas) son portadores de diabetes mellitus tipo 1. Además a nivel nacional, en la Encuesta de Calidad de Vida (año 2013) realizada a los adultos mayores, los problemas de salud que más manifestaron son: hipertensión arterial con un 64,5%, colesterol alto con un 35%, artritis con un 33,1 % y diabetes o azúcar elevada con un 26,7% (14).

Las variables de comorbilidad, fueron además distribuidas según género, en donde del total de la población femenina (40%, n=8), el 75% (n=6) presenta hipertensión arterial (HTA), seguido por diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con un 62,5% (n=5) y otras ECNT's con un 50% (n=4). A su vez, del total de la población masculina (60%, n=12), el 100% (n=12) es portador de HTA, mientras que un 58,3% (n=7) presenta además DM2 y sólo el 16,7% (n=2) presenta DM1.

Según los datos obtenidos anteriormente, se puede identificar que algunas características de la población en estudio, como género y edad, mantienen una proporción similar a la información obtenida de la Cuenta Hemodiálisis Crónica en Chile, sin embargo, el tiempo de tratamiento en hemodiálisis de los encuestados mantiene una diferencia significativa respecto a la realidad nacional. En comparación con los datos obtenidos en otros estudios, la HTA se mantiene como la patología con mayor predominio en la población bajo tratamiento de hemodiálisis. Así mismo, en relación a la Cuenta Hemodiálisis Crónica en Chile, el número de portadores de DM2 es mayor que los portadores de DM1 (27).

62

Por otro lado, respecto a la ocupación de la población en estudio, el 60% (n=12) se encuentra jubilada, mientras que el 15% (n=3) trabaja y el 20% (n=4) es dueño/a de casa. Respecto a lo anterior, la Encuesta de Calidad de Vida de la Vejez del año 2013, muestra que un 82,9% de los adultos mayores encuestados reciben jubilación, y un 21% trabaja y recibe alguna jubilación simultáneamente. En relación a la realidad nacional, en este estudio se mantiene la tendencia de adultos mayores que se encuentran jubilados, siendo esta opción la que alcanza el mayor porcentaje de respuesta (17).

En relación a con quién viven los adultos mayores encuestados, el estudio demostró que el 80% (n=16) vive con alguno de sus familiares (pareja, hijos y/o nietos), el 10% (n=2) vive sólo y un

5% (n=1) vive en Establecimiento de Larga Estadía (ELEAM). Según la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (año 2013), a nivel nacional el 85,2% de los encuestados vive acompañado, mientras que el 14,8% vive sólo. En cuanto a redes de apoyo, el 100% de la población en estudio declaró poseer redes de apoyo familiares, sin embargo, sólo el 60% (n=12) refiere presentar como redes de apoyo a sus amistades. Se puede apreciar que en el estudio, el mayor porcentaje de adultos mayores vive acompañado, lo que concuerda con la realidad nacional (18). En relación a esto, la teoría de autotrascendencia de P. Reed explica que las redes de apoyo, al igual que la espiritualidad, son factores moderadores que interactúan entre sí, influyendo en la relación entre la vulnerabilidad y autotrascendencia, y entre la autotrascendencia y el bienestar (10). De igual forma, la evidencia señala que las redes de apoyo tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida de las familias y cada uno de sus integrantes, así como promover, fortalecer y mantener su bienestar (58). Además la familia se considera como factor protector para afrontar de mejor manera la enfermedad (35).

Por último, en cuanto a la movilización, la investigación demostró que el 75% (n=15) de la población en estudio no tiene dificultad para asistir al centro de diálisis desde su hogar, mientras que un 25% (n=5) presenta dificultad. Además, cabe destacar que el 70% (n=14) de la población de adultos mayores, se demora como máximo 30 minutos en el traslado al centro de diálisis, mientras que sólo una minoría se demora más de una hora, la que corresponde al 5% (n=1). Si bien, no existen cifras a nivel nacional respecto a la dificultad y tiempo de traslado de la persona hasta el centro de diálisis, se puede mencionar que el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

63

(SSVQ), hasta el año 2016 cubre 18 comunas, incluyendo 11 hospitales, 19 consultorios de atención primaria y 29 postas rurales. Uno de los hospitales que cubre dicho servicio, es el Hospital Dr. Gustavo Fricke, con una ubicación central y movilización constante, a lo que se suma la eficiente gestión de ambulancias para el traslado de los pacientes que no pueden llegar por su cuenta al hospital, pudiendo relacionar esto al alto porcentaje de personas que refieren no tener dificultad para asistir a la Unidad de Diálisis (59).

### **5.1.2 PRÁCTICAS Y CREENCIAS ESPIRITUALES**

Los resultados obtenidos de la aplicación de la SPS de P. Reed divididos en dos dimensiones: prácticas espirituales y creencias espirituales, serán comparados con los obtenidos en el estudio de Isabel Gómez denominado “Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2” (47), el cual tuvo entre sus objetivos específicos determinar el nivel

de espiritualidad en estas personas, de acuerdo a las creencias y prácticas espirituales. Para ello, I. Gómez empleó el mismo instrumento utilizado en este estudio, la SPS de P. Reed, lo que permite realizar una comparación de resultados.

En la dimensión de prácticas espirituales, en cuanto a “*Conversar con familia o amistades sobre temas espirituales*”, el 75% (n=15) de los adultos mayores hablan de temas espirituales con su familia o amigos entre Una vez al día o Una vez a la semana. Lo anterior coincide con el estudio de comparación ya que igualmente la opción de Una vez al día y Una vez a la semana obtuvieron el mayor porcentaje entre los encuestados (89,6%) (47).

Respecto a “*Compartir con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo a sus creencias espirituales*”, el mayor porcentaje de adultos mayores (40%, n=8) indica que lo hace al menos Una vez a la semana, mientras que el 5% (n=1) declara que Nunca ha hablado este tipo de temas, que corresponde a la frecuencia con menor porcentaje. De igual forma en el estudio de comparación, la frecuencia con mayor porcentaje es la de Una vez a la semana, sin embargo, la frecuencia con menor porcentaje fue la de Menos de una vez al año (1,2%) (47).

En cuanto a “*Leer material relacionado con temas espirituales*”, el mayor porcentaje de adultos mayores (35%, n=7) señala que realiza esta actividad Una vez a la semana, posteriormente con

64  
un 25% (n=5) se sitúan quienes señalan Nunca realizar esta actividad, seguido de Una vez al día con un 15% (n=3). Al contrario, en el estudio de Gómez la mayor frecuencia fue Una vez al día, seguida por Una vez a la semana y Una vez al mes (47). Esto puede relacionarse a que las personas de la población en estudio se encuentran en un tratamiento crónico que los desgasta físicamente, lo que puede afectar indirectamente a su capacidad de concentración para una lectura eficaz.

Finalmente en relación al último enunciado de la dimensión de prácticas espirituales “*Orar, rezar o meditar en privado*” se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores (75%, n=15) indica que ora, reza o medita en privado Una vez al día, mientras que sólo el 5% (n=1) indica Nunca realizarla. Lo anterior coincide con los resultados del estudio de comparación, en el cual la frecuencia Una vez al día obtuvo el mayor porcentaje (87,1%) (47).

A partir de estos resultados se destaca que la práctica espiritual realizada con mayor frecuencia fue “*Orar, rezar o meditar en privado*” (75%, n=15) al menos Una vez al día. Esto puede

relacionarse a que la oración es el único medio para comunicarse con un ser superior y que además genera una respuesta de relajación que permite combatir el estrés cotidiano, considerando además que el tiempo disponible durante el tratamiento de hemodiálisis puede utilizarse como una instancia para reflexionar. Esto concuerda con la Teoría de la Autotrascendencia de P. Reed, la cual refiere que para alcanzar la autotrascendencia el hombre debe estar conectado desde la oración y el encuentro con un ser superior (10,45).

En la dimensión de creencias espirituales, con el fin de comparar los datos de manera efectiva, al igual que en el estudio de Gómez, se determinó analizar los resultados de esta sección en dos categorías: la primera de ellas corresponde al estado de Desacuerdo respecto a lo preguntado en la SPS, categoría que agrupa las opciones Extremadamente en desacuerdo, Desacuerdo y En desacuerdo más que en acuerdo; la segunda representa al estado De acuerdo, categoría que agrupa las opciones De acuerdo más que en desacuerdo, De acuerdo y Extremadamente de acuerdo. Así mismo, el porcentaje de cada categoría corresponde a la sumatoria de porcentajes de cada alternativa del grupo (47).

65

En cuanto a la afirmación “*El perdón es parte importante de mi espiritualidad*” el mayor porcentaje de adultos mayores (95%, n=19) indican encontrarse De acuerdo a lo preguntado, mientras que sólo una persona afirma estar en Desacuerdo (5%, n=1). Estos resultados coinciden con los del estudio de comparación, donde el mayor porcentaje del grupo de estudio concuerda con que el perdón es parte importante de su espiritualidad (90,8%) (47).

En relación a “*Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir*” se observa que el 100% (n=20) de los adultos mayores indican estar De acuerdo con la creencia preguntada. Dichos resultados coinciden con el estudio de comparación, en el cual el 95,7% de la población acuerda en buscar guía espiritual en las decisiones de su vida diaria (47). Cabe destacar que la propia persona es quien le asigna un significado a lo que entiende por “guía espiritual”, por lo que este concepto puede ser interpretado de diversas formas; ya sea un Dios, un santo, un pastor, un símbolo, entre otros.

Relacionado con lo anterior, es posible destacar que efectivamente las personas con alguna enfermedad crónica en curso, recurren a la espiritualidad como recurso para el afrontamiento positivo frente a su situación (42). Además la autotrascendencia es un nivel que implica

conectarse con algo superior (45).

En cuanto a “*Mi espiritualidad es una parte significativa de mi vida*”, el 95% (n=19) de los adultos mayores refieren estar De acuerdo con esta creencia, mientras que sólo una persona refiere estar en desacuerdo (5%, n=1). Lo anterior igualmente concuerda con los resultados del estudio de comparación, puesto que el 96% de su muestra refirió estar De acuerdo con la afirmación (46).

Respecto al octavo enunciado “*Frecuentemente me siento cerca de Dios o de un poder superior al orar, al adorar en público o en momentos importantes en mi diario vivir*” se aprecia que el 95% (n=19) de los adultos mayores se encuentran De acuerdo con esta afirmación, datos que coinciden con el 96,4% de la población del estudio de comparación (46).

En relación “*Mis perspectivas espirituales han ejercido influencia en mi vida*”, se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores (95%, n=19) se encuentran De acuerdo con la creencia

66

mientras que sólo una persona afirma estar en desacuerdo (5%, n=1). Estos resultados coinciden con los del estudio de Gómez, puesto que el mayor porcentaje del grupo de estudio afirma estar De acuerdo (95,7%), mientras que sólo un mínimo porcentaje en Desacuerdo (4,3%) (46).

Finalmente, en el último enunciado de la dimensión creencias espirituales “*Mi espiritualidad es especialmente importante para mí porque responde muchas preguntas acerca del significado de la vida*”, el 95% (n=19) de los adultos mayores afirman estar De acuerdo con esta creencia, mientras que sólo el 5% (n=1) manifiesta su Desacuerdo. Lo anterior concuerda con el estudio de comparación, con un 95,7% del grupo de estudio que manifestó estar De acuerdo (46).

En cuanto a las dos últimas afirmaciones, éstas podrían corroborar que efectivamente la espiritualidad del hombre le permite vencer el miedo y adentrarse en la búsqueda de su yo interno, para poder encontrarse consigo mismo y con el universo (45).

Según los datos obtenidos, es posible identificar que la creencia espiritual con mayor grado De acuerdo por parte de la población en estudio, fue “*Yo busco guía espiritual en las decisiones que tomo en mi diario vivir*” con un 100% (n=20).

A partir de los resultados en relación a la dimensión de creencias espirituales, es posible confirmar que en los pacientes portadores de patologías crónicas es común el apego a creencias

religiosas, que vienen a constituir una manera de afrontar con conformidad y esperanza el padecimiento, el temor a lo desconocido y al futuro incierto (46, 47).

Identificar las prácticas y creencias espirituales más comunes es una herramienta fundamental para el profesional enfermero/a, para tomar conocimiento de las necesidades espirituales de las personas a su cuidado y así entregar un cuidado espiritual adecuado. No basta sólo con otorgar importancia a esta área, sino que es necesario incluirlo en la formación profesional y de esta forma abordar holísticamente las necesidades físicas, emocionales y sociales de las personas atendidas.

### **5.1.3 NIVEL DE ESPIRITUALIDAD**

En relación a los datos obtenidos en el presente estudio, el nivel de espiritualidad que predominó en los adultos mayores atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar en el mes de diciembre del año 2016, fue el Nivel Alto con un 90% (n=18), seguido por el Nivel Moderado y el Nivel Leve con un 5% (n=1) cada uno.

Estos resultados pueden compararse con los obtenidos en otros estudios que tuvieron como objetivo medir en nivel de espiritualidad. Uno de estos es el estudio liderado por Isabel Gómez titulado “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica” que tenía entre sus objetivos específicos describir el nivel de espiritualidad, en adultos mayores con enfermedades crónicas. Este estudio describe que los niveles de espiritualidad están muy relacionados o se hacen fuerte cuando los adultos mayores padecen de una enfermedad crónica; Whetsell y cols (citados en este estudio), mostraron que la salud relacionada con la fortaleza y el bienestar espiritual son dimensiones significativas que ayudan a mantener saludables a los adultos mayores. En personas adultas, la espiritualidad parece promover una actitud proactiva frente a la adversidad. Además muestra unos niveles de religiosidad altos en los adultos mayores, haciéndose más fuerte cuando se tiene una enfermedad crónica, donde el hecho de pertenecer y/o asistir a un grupo de congregación o de religión sin importar su tipo, brinda mucha fortaleza, ayuda y apoyo para su proceso de enfermedad (60).

Por otra parte, Marisa Zazzeta, Sofía Iost y Fabiana de Souza en el estudio denominado

“Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación” analiza la relación entre la esperanza y la espiritualidad de pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis. En este se verificó la existencia de una correlación positiva y a su vez que la espiritualidad y la religiosidad pueden estar asociadas a la esperanza de vida, ya que la dimensión espiritual es relevante en la atribución de significados a la vida y como un recurso de esperanza en el enfrentamiento de enfermedades que pueden causar cambios en el estado de la salud y sufrimiento (9).

En cuanto a la teoría de P. Reed expuesta anteriormente, se describe que el aumento de la vulnerabilidad está relacionado con un incremento de la autotranscendencia. En esta investigación

68

la población fueron adultos mayores que deben enfrentarse a intensos cambios psíquicos y corporales como consecuencia de las alteraciones resultantes de la IRC y del tratamiento de hemodiálisis, a lo que se suma el proceso de envejecimiento. Por lo tanto, condiciones que contribuyen a generar mayor vulnerabilidad, lo que coincide con el alto nivel de espiritualidad que predominó en los resultados. Sin embargo este resultado puede haberse visto influenciado por diversos factores moderadores (personales y del entorno) que pueden influir positiva o negativamente en la relación existente entre vulnerabilidad, autotranscendencia y bienestar; entre los que se encuentran las variables personales y contextuales como la edad, sexo, capacidad cognitiva, experiencias que se han tenido a lo largo de la vida, entorno social, acontecimientos históricos y espiritualidad (10, 54).

#### **5.1.4 NIVEL DE ESPIRITUALIDAD SEGÚN ALGUNOS FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS**

A continuación se discutirá la relación entre el nivel de espiritualidad de los adultos mayores y algunos de los factores biosociodemográficos de mayor relevancia para el estudio como son la edad, género, tiempo que llevan en tratamiento, redes de apoyo y tiempo de traslado.

En la dimensión biológica, en cuanto a los factores edad y género, destacó que el nivel de espiritualidad asciende con la edad hasta llegar a un peak en el rango de los 70 a 75 años, notándose un posterior descenso sobre los 80 años. Esto se podría asociar con lo afirmado en estudios de algunos autores respecto a que la autotranscendencia se alcanza en la edad adulta, cuando la desconexión de la sociedad obliga al adulto mayor a encontrarse consigo mismo, a interiorizar y a buscar el sentido a su existencia, considerando además que el desarrollo de las



personas mayores es un proceso de transformación de los viejos comportamientos e ideas y de la integración de nuevos puntos de vista, conductas y actividades (10). Sin embargo también existe un leve descenso que ocurre en el rango sobre los 81 años, el que puede justificarse debido al reducido número de personas que conforman este grupo etario ( $n=2$ ), siendo una cifra poco representativa en este estudio.