

Relación entre bienestar espiritual, calidad de vida y sentido del sufrimiento en una población de ancianos religiosos residentes en centros españoles

Relation between spiritual well-being, quality of life and sense of suffering in a population of elderly religious resident in Spanish centres

Hadil Hassoun¹
 José Carlos Bermejo²
 Marta Villaceros^{3,*}
 Miguel Ángel Millán Asín⁴
 Antonio Arenas Antúnez⁵

1. Posgrado en Metodología de Investigación. Licenciada en Psicología. Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos. Madrid. España.
2. Doctor en Teología Pastoral Sanitaria. Licenciado en Teología. Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos. Madrid. España.
3. Doctora en Ciencias Biológicas. Licenciada en Psicología. Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos. Madrid. España.
4. Director técnico de la Fundación Hospital Residencia Sant Camil. Sant Pere de Ribes. Barcelona. España.
5. Adjunto a Dirección. Fundación Hospital Residencia Sant Camil. Sant Pere de Ribes. Barcelona. España.

*Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: investigacion@humanizar.es (M. Villaceros).

Recibido el 10 de mayo de 2019; aceptado el 10 de julio de 2019.

RESUMEN

ABSTRACT

Objetivo: Analizar la relación entre el bienestar espiritual, la satisfacción con la calidad de vida, el estado funcional y el sentido del sufrimiento de una población de religiosos ancianos residentes.

Método: Estudio descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de N = 435 residentes (media de 83,17 años, DT = 7,04). Se utilizaron las escalas FACIT Sp Ex, Humanizar sobre el sentido del sufrimiento, Filadelfia de Lawton e índice de Barthel. Se calcularon la *t* de Student y correlaciones de Pearson. **Resultados:** Existe un alto porcentaje (42,3%, N = 88) de residentes insatisfechos con su calidad de vida en la vejez. La media del sentido del sufrimiento como cambio (M = 3,62) fue significativamente ($p < 0,05$) mayor que como carga (M = 2,36), que mostró correlación significativa ($p < 0,01$) moderada y positiva con todas las dimensiones del bienestar espiritual ($r = 0,276$), bienestar general ($r = 0,315$) y propósito/paz ($r = 0,343$). El grupo de independencia (según el índice de Barthel) obtuvo una media significativamente mayor ($p < 0,05$) en las dimensiones paz y propósito (M = 26,28), bienestar general (M = 40,36), bienestar espiritual (M = 78,29) y actitudes hacia la vejez (M = 2,72) que el grupo de dependencia (M = 24,45, M = 38,07, M = 74,63 y M = 2,25, respectivamente). **Conclusión:** La atención a mayores debe incluir el plano espiritual. El sentido de sufrimiento como carga explicita la transformación interior que la población de religiosos puede dar al sufrimiento. Se destaca la importancia de fomentar la satisfacción con las relaciones sociales y actitudes positivas hacia la vejez, ya que genera bienestar, reduce los niveles de ansiedad y evita la insatisfacción derivada de miedos ante el hecho de hacerse mayor.

PALABRAS CLAVE: Bienestar espiritual, satisfacción con la calidad de vida, ancianos religiosos, sentido del sufrimiento.

Objective: To analyze the relationship between spiritual wellbeing, quality of life satisfaction, functional status, and sense of the suffering in a population of religious elderly residents.

Methods: Descriptive, transversal and correlational study. The sample included N=435 residents (average age=83.17, SD=7.04). FACIT Sp Ex scale, Sense of Suffering Humannizing scale, Lawton's Philadelphia scale and Barthel's Index were used. Student's T and Pearson's correlations were obtained.

Results: There is a high percentage (42.3 %, N=88) of unsatisfied residents with quality of life in the oldness. The average of sense of suffering as change (M=3.62) was significantly ($p<.05$) greater than as a charge (M=2.36), which showed moderate and positive significant correlation ($p<.01$) with all dimensions of spiritual well-being ($r=.276$), overall well-being ($r=.315$) and purpose/peace ($r=.343$). Independence group (according to Barthel index) earned a significantly higher average ($p <.05$) in dimensions peace and purpose (M=26.28), overall well-being (M=40.36), spiritual well-being (M=78.29) and attitudes towards old age (M=2.72) than dependence group (M=24.45, M=38.07, M=74.63 and M=2.25 respectively). **Conclusions:** Elderly care must include the spiritual dimension. The sense of suffering as a charge explicit inner transformation that religious population can give to the suffering. It is highlighted the importance of promoting social relationship satisfaction and positive attitudes towards old age in order to generate well-being, reduce levels of anxiety and prevent dissatisfaction due to fear of getting older.

KEYWORDS: Spiritual well-being, quality of life satisfaction, elderly religious, sense of suffering.

■ INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento tiene repercusiones significativas en la calidad de vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud podemos definir la calidad de la vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba salud física, proceso psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y creencias personales”¹. La ansiedad ante el envejecimiento puede desgranarse en tres miedos específicos: al proceso de envejecimiento, al hecho de ser anciano y ansiedad ante la persona anciana².

Respecto a los factores que influyen en la calidad de vida, las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional y el bienestar espiritual son de los más relevantes³. La espiritualidad en el ser humano puede entenderse como el grado de desarrollo personal más elevado, supone superar la dualidad conectando a la persona tanto consigo misma como con los otros y el mundo⁴. Va más allá de la religión y de los límites culturales y se caracteriza por la fe, por un sentido de significado y propósito en la vida, un sentido de conexión con los demás y una trascendencia de sí mismo, que se traduce en bienestar y paz interior⁵. Reed⁶ describe el bienestar espiritual como la inclinación por encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece. Esta interrelación puede ser experimentada de forma intrapersonal, interpersonal o transpersonal.

Se han encontrado relaciones de la espiritualidad con la salud física, con la hipertensión⁷ y con la morbilidad⁸. Otros estudios han hallado relaciones significativas entre la espiritualidad, la esperanza y el optimismo⁹, con el propósito y significado de la vida¹⁰ y con menores niveles de ansiedad y depresión¹¹.

La mayor parte de los estudios se han llevado a cabo en muestras generales¹², en pacientes al final de su vida¹³ o en profesionales sociosanitarios¹⁴. No hemos encontrado estudios realizados en España en población de religiosos donde, tanto el bienestar espiritual como el sentido que se dé al sufrimiento pueden tener una importancia aún mayor que en otras poblaciones. En una muestra de clérigos norteamericanos¹⁵ hallaron una relación positiva entre el bienestar espiritual y la calidad de vida y el logro personal, mientras que una relación negativa con la depresión, el estrés, el agotamiento emocional y la despersonalización.

Otro aspecto estudiado, y relevante en población religiosa, es el sentido del sufrimiento. El sufrimiento se describe como la respuesta negativa inducida por el dolor y por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos afectivos y otros estados psicológicos¹⁶, pero puede llegar a transformarse en positivo según el significado dentro de la propia existencia que se le dé.

Tanto la capacidad de otorgar sentido al sufrimiento¹⁷ como la de atender las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales pueden redundar en una mejor calidad de vida y adaptación a las dificultades propias del envejecimiento.

Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar, en una población de religiosos (pertenecientes a distintas congregaciones o institutos religiosos tanto masculinos como femeninos), residentes en enfermerías (o centros residenciales de religiosos ya jubilados o inactivos), la relación que existe entre su percepción de la calidad de vida y otras variables como el bienestar espiritual, el estado funcional y el sentido que otorgan al sufrimiento.

■ METODOLOGÍA

Participantes

Del total de 24 enfermerías (o centros residenciales pertenecientes a distintas congregaciones o institutos religiosos tanto masculinos como femeninos) a las que se ofreció participar en el estudio accedieron 21, que incluían una población de 435 religiosos residentes. De ellos solo se ofreció participar a los que no padecían un deterioro cognitivo tal que impidiera la capacidad para comprender y contestar al cuestionario; por tanto, se excluyeron 145 personas. De ellas, 82 residentes no accedieron a participar, por lo que quedó una muestra final de 208 cuestionarios y una tasa de respuesta del 66,7%.

Diseño e instrumento

El estudio, correlacional y transversal, se realizó mediante cuestionario autoinformado incluyendo las siguientes variables:

- **Bienestar espiritual:** se utilizó la escala de Bienestar Espiritual, versión expandida (FACIT Sp Ex; *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being, Expanded version*) en su versión española¹⁸. El bienestar espiritual definido como la inclinación por encontrar significado en la vida mediante la interrelación o trascendencia se evaluó mediante las 23 afirmaciones a valorar en una escala de tipo Likert del 1 al 5 según el grado de acuerdo y las tres dimensiones: *fe, significado y paz y bienestar general*. El valor alfa de Cronbach (consistencia interna del cuestionario) de la escala en este estudio fue de 0,92 y en sus tres dimensiones, de 0,814, 0,812 y 0,880, respectivamente.
- **Satisfacción y estado de ánimo:** para evaluar la satisfacción con la calidad de vida y el estado de ánimo en la vejez se utilizó la escala geriátrica de Filadelfia (PGCMS; *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*) en su versión en castellano¹⁹. La versión en castellano se compone de 16 ítems con dos opciones de respuesta (Sí/No), arrojando una puntuación clasificable como baja satisfacción (0-5), media (6-11) y alta (>12). Distingue tres dimensiones, *agitación o nerviosismo* (a mayor puntuación mayor tranquilidad o menor afecto negativo), *actitudes hacia el propio envejecimiento* (a mayor puntuación mejor actitud hacia el envejecimiento) y *soledad/aprensión* (a mayor puntuación más seguridad, energía y satisfacción con las relaciones). El coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones fue de 0,821, 0,751 y 0,791, respectivamente.
- **Sentido del sufrimiento:** se utilizó la escala Humanizar sobre el sentido del sufrimiento, en su versión breve²⁰, que evalúa qué sentido dan al sufrimiento las personas. El sufrimiento puede ser tanto espiritual como físico o psicológico y se define como una respuesta negativa inducida por el dolor y por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos afectivos y otros estados psicológicos¹⁶. La escala Humanizar se compone de un total de 14 ítems con opciones de respuesta de tipo Likert que van del 1 (totalmente en desacuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo) y, en sus dos factores, recoge dos enfoques de sentido que se le puede otorgar al sufrimiento: el sentido del *sufrimiento como cambio* (8 ítems), definido como la utilidad del sufrimiento para transformarse positivamente, como palanca de cambio para salir de algunas situaciones difíciles de la vida o como fuente de energía para buscar lo que a uno le falta, y el *sufrimiento como carga* (6 ítems), cuando se afronta el sufrimiento con resignación o con cierto nivel de inmovilidad. El alfa de Cronbach obtenido en este estudio para la escala fue de 0,810 y para las subescalas, de 0,754 y 0,700, respectivamente.
- **Nivel de dependencia:** se empleó el índice de Barthel²¹, para evaluar la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida

diaria. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems de tipo Likert. Identifica cinco categorías: dependencia *total* (0-20), dependencia *severa* (21-60), dependencia *moderada* (61-90), dependencia *escasa* (91-99) e *independencia* (100). Se recogió la última medición realizada durante los 6 meses previos.

- **Variables sociodemográficas:** sexo, edad, nivel de estudios, tiempo de residencia en la enfermería (en años y meses) y ayuda para responder al cuestionario bajo la siguiente pregunta: *debido a sus limitaciones físicas, ¿le ha ayudado alguien a cumplimentar este cuestionario?* (Sí/No).

Procedimiento

Después de haber obtenido los permisos necesarios por parte de los órganos de gobierno, se contactó con cada uno de los centros y en una reunión con todos los responsables de centro de las instituciones que accedieron a colaborar se explicó el estudio y la forma de proceder para recoger los cuestionarios. Todos los participantes que firmaron el consentimiento informado entregaron su cuestionario en sobre cerrado con el fin de mantener la confidencialidad de los datos y el anonimato. Los encargados de administrarlos fueron instruidos para ayudar a completar los cuestionarios a aquellas personas con limitaciones físicas, pero sin influir en las respuestas del participante.

Análisis de datos

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos (frecuencias y porcentajes) para las características sociodemográficas y para las respuestas obtenidas en las escalas (medias y desviaciones típicas). Se llevaron a cabo análisis inferenciales que permitieron determinar las posibles relaciones entre las variables cuantitativas por medio de correlaciones de Pearson y, para estudiar las diferencias entre las distintas escalas, la *t* de Student (para muestras relacionadas o independientes según las medias comparadas). Para establecer la fiabilidad de los cuestionarios se utilizó la medida de consistencia interna alfa de Cronbach excepto en el caso de la escala Filadelfia en la que se utilizó el coeficiente omega por ser sus ítems dicotómicos. Se utilizaron los programas estadísticos SPSS v23.0 y Factor v7.0.

■ RESULTADOS

Características sociodemográficas. Frecuencias y porcentajes (tabla 1)

Del total de 208 participantes, un 94,7% fueron mujeres (197), con una edad comprendida entre 65 y 98 años (M = 83,17, DT = 7,04). La mayoría, 58,7% (122) con estudios de diplomatura/FP/técnico. Respecto al estado funcional de los residentes, este dato se detalló en un total de 197 cuestionarios. La mayor parte de los residentes mostraron entre independencia (70, 35,5%) y dependencia moderada (67, 34%).

Por otro lado, la media total de tiempo que llevaban viviendo en el centro fue de 5,07 años (DT = 6,15) o 60,88 meses (DT = 74,76). Un 32,6% (62) de los participantes indicaron haber recibido ayuda para complementar el cuestionario.

Puntuaciones obtenidas en los distintos cuestionarios. Medias por ítem y comparaciones entre escalas y subescalas. Pruebas *t* de Student para muestras relacionadas

Respecto al bienestar espiritual y el sentido del sufrimiento, en la tabla 2 se observan las puntuaciones obtenidas en cada escala. Ya que cada es-

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	197	94,7
Hombre	11	5,3
Estudios		
Bachillerato	38	18,3
Diplomatura/FP/técnico	122	58,7
Licenciatura	31	14,9
Doctorado	6	2,9
Otros (sin estudios, estudios primarios, etc.)	11	5,3
Índice de Barthel		
Dependencia total	3	1,5
Dependencia severa	28	14,2
Dependencia moderada	67	34,0
Dependencia escasa	29	14,7
Independencia	70	35,5

cala tiene su propio rango de respuestas, en ella se presentan las medias por ítem (todos valorados del 1 al 5) de cada escala y subescala con el objeto de poder comparar sus puntuaciones, siendo elevadas las medias por ítem de la escala de Bienestar Espiritual (M = 3,33 sobre 4) y del sentido de sufrimiento como cambio (M = 3,62 sobre 5).

Como se observa en las diferencias de medias por ítem entre las subescalas bienestar espiritual, fue la escala de fe la que obtuvo la puntuación más alta (M = 3,44) y la de paz y propósito la más baja (M = 3,18); todas las diferencias entre subescalas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

También la diferencia entre las medias por ítem de las subescalas sobre el sentido del sufrimiento resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$), y el valor del sentido como cambio (M = 3,62) fue mayor que como carga (M = 2,36).

Respecto a la escala Filadelfia sobre satisfacción con la calidad de vida y el estado de ánimo en la vejez, la mayoría, el 42,3% (88) de los asistentes mostraron una satisfacción baja en relación con la vejez, mientras que un 33,7% (70) y un 24% (50) mostraron una satisfacción media y alta, respectivamente. Entre sus dimensiones también se encontraron diferencias en el número medio de ítems valorados como "Sí". El número medio de síes (por ítem) de la dimensión actitud a la vejez (0,502) fue significativamente ($p < 0,05$) el menor; a continuación, el de agitación (0,631), y por último el de soledad/aprensión (0,772), lo que quiere decir que en esta muestra, por orden, hay más tranquilidad y seguridad, a continuación energía y satisfacción con las relaciones y, por último, actitudes positivas hacia la vejez.

Comparaciones de medias obtenidas entre distintos grupos. T de Student para muestras independientes

Respecto a la dimensión sufrimiento como *carga*, se observaron diferencias significativas ($p = 0,015$) entre las personas que han recibido ayuda

Tabla 2. Comparación de medias en las puntuaciones de las subescalas de los distintos cuestionarios (*t* de Student para muestras relacionadas)

Escalas y subescalas	Media (DT)	N.º de ítems	Media/ítem
Bienestar espiritual	76,65 (7,69)	23	3,33 _a
Paz y propósito	25,46 (3,69)	8	3,18 _b
Fe	13,77 (1,96)	4	3,44 _c
Bienestar general	39,31 (4,81)	12	3,27 _d
Sentido del sufrimiento			
Como cambio	32,62 (5,51)	8	3,62 _a
Como carga	14,17 (4,97)	6	2,36 _b
Satisfacción con la calidad de vida			
N.º medio de ítems	N.º medio de ítems	N.º medio de ítems	N.º medio de ítems
Actitud ante la vejez	2,51	5	0,502 _a
Agitación	3,78	6	0,631 _b
Soledad/aprensión	3,86	5	0,772 _c

Nota: Las medias con distinto subíndice (dentro de cada cuestionario) obtienen una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la prueba de la *t* de Student para muestras relacionadas.

para completar el cuestionario debido a sus limitaciones físicas ($M = 13,25$, $DT = 3,66$) y las que no ($M = 14,97$, $DT = 5,44$); las personas que no recibieron ayuda tienen mayor consideración del sufrimiento como carga que los que sí la han recibido.

Por otro lado, se agrupó el índice de Barthel en dos categorías; *dependencia* (dependencia total, dependencia severa y dependencia moderada) e *independencia* (dependencia escasa e independencia) (tabla 3).

Como puede observarse, se hallan diferencias entre los grupos dependencia e independencia en todas las dimensiones del cuestionario de bienestar espiritual a excepción de la dimensión fe. El grupo de independencia obtiene una media significativamente mayor ($p < 0,05$) en las dimensiones paz y propósito ($M = 26,28$), bienestar general ($M = 40,36$) y bienestar espiritual ($M = 78,29$) que el de dependencia ($M = 24,45$, $M = 38,07$ y $M = 74,63$, respectivamente).

En cuanto a las dimensiones que componen la escala Filadelfia, la dimensión actitud hacia la vejez fue la única en la que se obtuvieron diferencias; en este caso, podemos ver que las personas del grupo dependencia ($M = 2,25$; $DT = 1,33$) muestran mayor actitud positiva hacia la vejez que las personas del grupo independencia ($M = 2,75$; $DT = 1,39$). Las dimensiones agitación, soledad/aprensión y la escala global no obtuvieron diferencias de medias significativas ($p > 0,05$) entre estos dos grupos.

Por último, detallar que tampoco se encontraron diferencias significativas entre ellos en las subescalas del sentido del sufrimiento.

Relaciones entre las variables del estudio. Correlación de Pearson

Respecto a las relaciones entre las variables cuantitativas del estudio, la dimensión sentido del sufrimiento como *cambio* no se relaciona con ninguna variable del estudio ($p > 0,05$), mientras que el sufrimiento como *carga* muestra correlación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con todas las dimensiones del cuestionario FACIT a excepción de la dimensión fe. Estas relaciones ($r = 0,276$ con bienestar espiritual;

$r = 0,315$ con bienestar general y $r = 0,343$ con propósito/paz) son moderadas y positivas.

No se encontraron relaciones significativas entre las dimensiones que componen la escala de Filadelfia y las escalas del FACIT (bienestar espiritual), ni con las subescalas de sentido del sufrimiento.

Entre sí, las dimensiones de la escala Filadelfia mostraron relaciones significativas ($p < 0,01$) positivas y moderadas ($r = 0,523$, $r = 0,325$ y $r = 0,387$); también entre sí las de la escala FACIT con relaciones significativas ($p < 0,01$) positivas moderadas y altas ($r = 0,416$, $r = 0,756$ y $r = 0,807$) y, por último, las subescalas sufrimiento como cambio y como carga también se relacionaron de manera directa ($r = 0,565$; $p < 0,01$).

En cuanto a la edad, se halló una relación significativa ($p < 0,05$) con el índice de Barthel (estado funcional), como cabe esperar, siendo esta inversa y moderada ($r = -0,268$; $p < 0,01$); a mayor edad menos puntuación en el índice funcional y, por tanto, mayor grado de dependencia.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar, en una población de religiosos residentes en enfermerías (o centros residenciales), la relación que existe entre su percepción de calidad de vida y otras variables como el bienestar espiritual, el estado funcional y el sentido que otorgan al sufrimiento.

Para ello se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo mediante cuestionarios validados en castellano que, por sus resultados de consistencia interna, se muestran fiables en esta muestra. Por un lado, los resultados obtenidos destacan niveles altos de bienestar espiritual apoyado principalmente en la fe. Para esta muestra, el sufrimiento tiene sentido, sobre todo, como cambio u oportunidad, pero también tiene algo de sentido como carga. Además, otorgar sentido a la carga les reporta bienestar espiritual, general y sobre todo propósito y paz en sus vidas.

Por otro lado, destaca un alto porcentaje de participantes insatisfechos respecto a la calidad de vida en la vejez. Otros estudios en muestras no religiosas obtienen resultados similares²²; personas mayores y de mediana edad, en comparación con jóvenes, informan de una menor satisfacción con sus vidas.

Desgranando el análisis respecto a los factores que componen la satisfacción con la calidad de vida y el estado de ánimo en la vejez, los resultados de nuestro estudio muestran que lo que más ánimo les reporta es la seguridad, energía y satisfacción con las relaciones sociales (a mayor puntuación en *soledad/aprensión* más seguridad, energía y satisfacción); la tranquilidad se encontraría en el nivel intermedio (a mayor *agitación* o *nerviosismo* mayor tranquilidad o menor afecto negativo) y, lo que menos les aporta en su satisfacción es la peor actitud hacia la vejez que muestran. También se podría afirmar que las personas satisfechas con sus relaciones sociales viven mayor tranquilidad, con más energía y seguridad.

Es importante tener en cuenta en este punto que la satisfacción con las relaciones sociales no es ni tener muchas ni pocas, sino que se refiere a la satisfacción con las que, de hecho, se tienen. De la misma forma se encuentran estudios²³ que relacionan la satisfacción vital de las personas con su estado anímico y satisfacción social. La satisfacción con las interacciones²⁴, dado que implica el establecimiento de vínculos cercanos con otros y actividad constante, viene a ser un factor de protección para la salud de las personas.

En relación con el bienestar espiritual, llama la atención la relación positiva que se da entre los factores que componen el bienestar espiritual y el hecho de dotar al sufrimiento un sentido como carga. Además, teniendo en cuenta que se da una relación significativa también entre el sufrimiento entendido como carga y el sufrimiento entendido como

Tabla 3. Diferencia de medias según nivel de dependencia. T de Student para muestras independientes

Escala FACIT	Medias	DT	Diferencia Medias	T	IC del 95%	Valor p
Fe						
Dependencia	13,61	1,91	-0,323	-1,04	-0,935 a 0,289	0,299
Independencia	13,93	2,03				
Paz y propósito						
Dependencia	24,45	3,30	-1,83	-3,39	-2,90 a -0,769	0,001
Independencia	26,28	3,81				
Bienestar general						
Dependencia	38,07	4,31	-2,29	-3,22	-3,69 a -0,887	0,002
Independencia	40,36	5,05				
Bienestar espiritual						
Dependencia	74,63	7,29	-3,66	-3,21	-5,90 a -1,41	0,002
Independencia	78,29	7,75				
Escala Sentido del Sufrimiento	Medias	DT	Diferencia Medias	T	IC del 95%	Valor p
Cambio						
Dependencia	32,48	4,85	-0,200	-0,238	-1,86 a 1,46	0,812
Independencia	32,68	6,25				
Carga						
Dependencia	13,47	4,44	-1,19	-1,61	-2,66 a 0,266	0,108
Independencia	14,67	5,38				
Escala Filadelfia	Media Síes	DT	Diferencia Media Síes	T	IC del 95%	Valor p
Agitación						
Dependencia	3,58	1,87	-0,367	-1,44	-0,871 a 0,135	0,151
Independencia	3,94	1,71				
Soledad/aprensión						
Dependencia	3,74	1,27	-0,164	-0,904	-0,522 a 0,194	0,367
Independencia	3,90	1,27				
Actitud hacia la vejez						
Dependencia	2,25	1,33	-0,472	-2,43	-0,855 a -0,089	0,016
Independencia	2,72	1,39				
Satisfacción calidad de vida						
Dependencia	9,23	3,34	-0,896	-1,93	-1,80 a -1,81	0,054
Independencia	10,13	3,14				

DT: desviación típica; IC: intervalo de confianza; p: nivel de significación T: estadístico t de Student.

cambio, se ve que ambas perspectivas aportan algo a esta población. Sentir las cargas como fuentes de bienestar espiritual y paz podría explicarse desde una perspectiva religiosa, en la que tomar la carga supone un mayor seguimiento a Cristo; Jesús dijo a sus discípulos: "Si alguien quiere venir en pos de Mí, niéguese a sí mismo, tome su cruz y que Me siga" (Mt, 16,24).

En la misma línea que otros estudios concluyen que las puntuaciones altas en bienestar espiritual se relacionan con un menor sufrimiento psicológico y con un mayor bienestar personal; la espiritualidad es un recurso protector ante el sufrimiento en situación de final de vida²⁵.

En este estudio no se han encontrado relaciones significativas entre el bienestar espiritual y la satisfacción con la calidad de vida y el estado de

ánimo en la vejez (sino a través del sufrimiento como carga), a diferencia de otros estudios, realizados en clérigos, líderes y miembros de iglesias²⁶, donde obtuvieron relación entre el bienestar espiritual, la calidad de vida y los niveles de estrés.

Respecto a la condición de la vejez, este es un proceso de pérdidas y ganancias en el que inciden diversos factores, desde los biológicos hasta los psicosociales²⁷. Algunos autores²⁸ destacan la importancia del reconocimiento de los afectos en la vejez por las diferentes pérdidas que se van generando en esta etapa vital; por ejemplo, la pérdida del trabajo, del rol social, de la independencia o la familia, entre otros. En este sentido, destacamos las diferencias existentes entre las personas que han recibido alguna ayuda para complementar el cuestionario y los que no la recibieron. Las personas que *no recibieron ayuda* consideran en mayor medida el sufrimiento como una carga. Como en otros estudios²⁹ se observa que uno de los miedos en la vejez es a no ser autosuficiente o convertirse en inútil, indeseable y ser rechazado, siendo peor el miedo a ser dependiente y necesitar ayuda que el hecho mismo de ser dependiente y recibirla.

Por último, cabe destacar la diferencia hallada entre el grupo de personas del grupo dependencia e independencia respecto al bienestar

espiritual y las actitudes hacia la vejez. Como en otros estudios³⁰, las personas con mejor valoración funcional o independencia en sus actividades muestran mayor bienestar espiritual y mejor actitud hacia el envejecimiento.

En conclusión, este estudio destaca que la atención de los mayores no debe quedarse en el plano de las necesidades materiales, sino que, y sobre todo, debe incluir el plano espiritual. Los resultados de este estudio en cuanto a la relación del sentido del sufrimiento como carga y el bienestar espiritual explicitan la transformación interior que la población de religiosos puede dar al sufrimiento. Además, se destaca la importancia de fomentar la satisfacción con las relaciones sociales en los centros, ya que genera bienestar y reduce los niveles de ansiedad. En esta línea también es importante fomentar el desarrollo de actitudes positivas hacia el envejecimiento, propio y ajeno, para evitar la insatisfacción derivada de los miedos y preocupaciones ante el hecho de hacerse mayor ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Villaverde ML, Fernández L, Gracia R, Morera A, Cejas R. Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000;35(5):277-82.
- Lasher PK, Faulkender PJ. Measurement of aging anxiety: development of the Anxiety about Aging Scale. *Int J Aging Hum Dev*. 1993;37(4):247-59.
- Lamb M, Buchanan D, Godfrey C, Harrison M, Oakley P. The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc*. 2008;6(2):173-205.
- Vaughan F. Indentity, maturity and freedom: transpersonal and existential perspectives. *Journal of Transpersonal Research*. 2010;2(1):2-9.
- Delgado C. A Discussion of the Concept of Spirituality. *Nurs Sci Q*. 2005;18(2):157-62.
- Reed PG. Self-transcendence and mental health in older adults. *Nurs Res*. 1991;4(3):5-11.
- Krause N, Liang J, Shaw BA, Sugisawa H, Kim HK, Sugihara Y. Religion, death of a loved one, and hypertension among older adults in Japan. *J Gerontol*. 57B:S96-107.
- McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*. 2000;19:211-22.
- Breibart W. Who needs the concept of spirituality? Human beings seem to! *Palliat Support Care*. 2007;5:105-6.
- Kirsh B. A narrative approach to addressing spirituality in occupational therapy: Exploring personal meaning and purpose. *Can J Occup Ther*. 1996;63(1):55-61.
- Powers DV, Cramer RJ, Grubka JM. Spirituality, life stress, and affective well-being. *J Psychol Theol*. 2007;35:235-43.
- Dandona L, Dandona R, Naduvilath TJ, McCarty CA, Nanda A, Srinivas M, et al. Is current eye-care policy focus almost exclusively on cataract adequate to deal with blindness in India? *Lancet*. 1998;351:1312-6.
- Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *J Support Oncol*. 2012;10(2):81-7.
- Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, Hansen G, de Leeuw R, Lenoir S, et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. *Lancet*. 2000;355:2112-8.
- Proeschold-Bell RJ, Yang C, Toth M, Rivers MC, Carder K. Closeness to God among those doing God's work: A spiritual well-being measure for clergy. *J Relig Health*. 2014;53(3):878-94.
- González F. ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia. *Revista Electrónica de Psiquiatría*. 1999;3:1-21.
- Florentino MT. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*. 2008;15(1):95-113.
- Cella D, Hernandez L, Bonomi AE, Corona M, Vaquero M, Shiimoto G, et al. Spanish language translation and initial validation of the functional assessment of cancer therapy quality-of-life instrument. *Med Care*. 1998;36(9):1407-18.
- Montorio I. La persona mayor: Guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
- Villaceros M, Bermejo JC, Hassoun H. Validación psicométrica de la Escala Humanizar breve sobre el sentido del sufrimiento. *J Healthc Qual Res*. 2019;34(2):86-92. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.003>
- Barrero Solis CL, García Arrijoja S, Ojeda Manzano A. «Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación». *Plasticidad y Restauración Neurológica*. 2005;4(1-2):81-5.
- Herzog AR, Rodgers WL. Age and satisfaction: Data from several large surveys. *Res Aging*. 1981;3:142-65.
- Requena C, López V, Urtiz T. Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas españolas de Psiquiatría*. 2009;37(2):61-7.
- Durán DM, Orbegozo LJ, Uribe-Rodríguez AF, Uribe JM. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*. 2008;7(1):263-70.
- McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual wellbeing on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003;361(9369):1603-7.
- Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM. Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *J Sci Study Relig*. 2001;40(3):497-513.
- Baltes PB. Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*. 1987; 23: 611-26.
- Cerquera AM. Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*. 2008;7(1):271-81.
- Duran-Badillo T, Domínguez-Chávez CJ, Hernández-Cortés PL, Félix-Alemán A, Cruz-Quevedo JE, Alonso-Castillo MM. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta Universitaria*. 2018;28(3):40-6. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1614>
- Navarro PE, Meléndez Moral JC, Tomás Miguel JM. Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Gerokomos*. 2008;19(2):17-21.