

Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia

Aneth Rivas Castro¹, Ángela Romero Cárdenas², Mirith Vásquez Munive³, Carlos Canova Barrios⁴

Resumen

Objetivo

Describir el bienestar espiritual de los pacientes que viven en condición de enfermedad crónica, mayores de 60 años, a partir de las dimensiones: fe y creencias, autorresponsabilidad y satisfacción con la vida (calidad de vida).

Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Se estudió una población de 120 adultos mayores, escogidos de forma intencional en tres Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Santa Marta. La valoración se realizó utilizando la escala de bienestar espiritual JAREL.

Resultados

56,7% eran mujeres, solo el 15,0% poseían estudios universitarios, 31,0% eran casados y 24,0 % viudos; el 61,0% se dedicaban al hogar. El 59,0% de los pacientes tenían como apoyo un único cuidador y el 54,0% requerían menos de 6 horas de cuidado. Los adultos mayores se afianzan en sus creencias para afrontar la enfermedad y ésta es usada como fuente de apoyo y confort emocional, evidenciando que el apoyo familiar ayuda a enfrentar esta nueva situación.

Conclusiones

El profesional de enfermería debe asumir el reto que proponen las enfermedades crónicas; éstas no solo cambian la dimensión física de los pacientes, sino toda la multidimensionalidad del ser y es aquí donde la dimensión espiritual se hace importante, ya que puede servir de apoyo para que los pacientes y su familia enfrenten una situación que cambia por completo su historia de vida.

Palabras clave: Geriatria, anciano, enfermedad crónica, espiritualidad, religión, calidad de vida (Fuente: DeCS, Bireme)

Artículo recibido: junio 17 de 2013 **aprobado:** septiembre 10 de 2013

- 1 Enfermera, Mg. Cuidado del Paciente Crónico, Especialista en Nefrología y Cuidado Crítico. Docente Universidad del Magdalena. Correo electrónico: anethrivas@hotmail.com
- 2 Enfermera, Mg. en Desarrollo Social. Docente Universidad del Magdalena. Correo electrónico: anveroca@yahoo.com
- 3 Enfermera, Mg. en Cuidado Materno-Perinatal, Especialista en Epidemiología y Desarrollo Infantil. Docente Universidad del Magdalena. Correo electrónico: mirithv@hotmail.com
- 4 Estudiante Programa de Enfermería (IX semestre). Semillero de Investigación adscrito al Grupo Ciencias del Cuidado, Programa de Enfermería (GICCE), Universidad del Magdalena. Correo electrónico: enfermeronice@hotmail.com

Spiritual well-being of elderly with chronic illness in the city of Santa Marta, Colombia

Abstract

Objective

To describe the spiritual well-being of the patients living with a chronic illness over 60 years from the faith and religious variables, self-reliance and life satisfaction (quality of life).

Methodology

This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. Were surveyed a population of 120 older adults, selected from three services institution health of Santa Marta city. The assessment was performed using the JAREL Spiritual Well-Being Scale.

Results

56,7% were female, only 15,0% possessed college degree, 31,0% were married and 24,0% widowed; 61,0% were engaged in household. 59,0% of patients was supported by a single caregiver and 54,0% required less than 6 hours care per day. The older adults are rooted in their beliefs to cope with illness, and they are used as a source of emotional support and comfort, showing that family support help them to face the new chronic illness situation.

Conclusions

Nurse staff must assume the challenge proposed by these chronic illness; these not only change of physical patient's dimension, but all the multidimensionality of being and at this point the spiritual dimension is important as it can provides support for patients and their families to face a situation that completely changes their life story.

Key words: *Geriatric, aged, chronic disease, spirituality, religion, quality of life (Source: MeSH)*

Introducción

La espiritualidad es reconocida como un factor que contribuye a la salud de muchas personas. Ellison, citado por Sánchez-Herrera Beatriz, 2009 (1), define el bienestar espiritual como un sentido de armonía interna generado a partir de la relación de una persona consigo misma, con los otros, con el orden natural y con un ser o poder superior y puede ser medido a través de la percepción de cada persona. El concepto de la espiritualidad se encuentra en todas las culturas y sociedades. Se expresa en una búsqueda individual de sentido último a través de la participación en la religión y / o las creencias en Dios, la familia, el naturalismo, el racionalismo, el humanismo y las artes (2).

En la práctica y tratamiento de muchas enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal terminal, el cáncer y el SIDA, ha quedado demostrado que los pacientes o las personas que más se afianzan en su espiritualidad o religión tienen una mayor aceptación y adaptación a los cambios producidos y ha sido positivamente relacionada con el comportamiento de interacción y comportamiento del papel de enfermo y se ha asociado inversamente con la alienación (3,4). Todos estos factores influyen en cómo los pacientes y los profesionales de la salud perciben la salud y la enfermedad y cómo interactúan unos con otros.

Dada las características de la enfermedad crónica, para ningún individuo afrontarla es fácil, no es igual la vivencia de un niño, un adolescente, un adulto joven y un adulto mayor. Cabe destacar que a las personas con enfermedad crónica se les ha prolongado más el tiempo de vida debido a los avances científicos y a nuevos tratamientos; quizás para muchos esta opción prolongue más el sufrimiento,

mientras que para otros sea la posibilidad de seguir viviendo.

Ese es el verdadero desafío para la enfermería; cómo brindar cuidados altamente científicos y tecnificados y al mismo tiempo dar respuesta y significado a la dimensión espiritual; que sea universal, que refleje el significado de la misma y que oriente el cuidado de enfermería hacia la multidimensionalidad del ser; que pase de ser un concepto abstracto y empírico a un concepto real.

Osho (2003) por su parte plantea que: “cuando la espiritualidad se vuelve real pierde la esencia” (5). Numerosas teorías de Enfermería abarcan el concepto de la espiritualidad; algunas en el campo son: el modelo de sistemas de Betty Neuman, la teoría de la salud de Margaret Newman, la teoría del desarrollo humano de Rosemary Rizzo Parse y la teoría del cuidado de Jean Watson.

El principal rol del enfermero es lograr que los pacientes acepten la responsabilidad de su salud y bienestar para mantener su calidad de vida. Así, el pensamiento enfermero y en especial el proceso de atención de enfermería se ha utilizado como herramienta fundamental de cuidado, abordando al ser humano en todas sus dimensiones.

Teniendo en cuenta lo anterior y según lo expuesto por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), existen diagnósticos que se relacionan con el bienestar espiritual, entre los que se encuentra la disposición para mejorar la esperanza, el sufrimiento espiritual, entre otros, enmarcando la importancia del abordaje espiritual del paciente dentro de la multidimensionalidad del cuidado de enfermería (6).

Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

De esto se desprende entonces, el papel de los profesionales de la salud y su papel en la modificación de la calidad de vida de sus pacientes, donde el buen trato, el mantenimiento de la dignidad humana, el respeto y la ayuda en los momentos de menor autonomía, ayudan al sujeto enfermo a sentirse mejor consigo mismo, siendo la espiritualidad un factor determinante de ésta, tal como lo plantean diversos estudios donde, los profesionales de la salud reconocen la religiosidad como sustento y confort para el paciente y sus familiares, lo cual ayuda a estos últimos a enfrentar la situación de enfermarse (7).

Basados en los datos anteriores, se podría decir que la implementación del cuidado espiritual cambia el enfoque biopsicosocial a uno multidimensional que permitirá el mejoramiento de la calidad de vida, el fomento de estilos de vida saludables y una atención de enfermería humanizada, científica y tecnológica, donde la ciencia y la espiritualidad confluyan para brindar cuidados.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue describir el bienestar espiritual de los pacientes que vivían en condición de enfermedad crónica, mayores de 60 años, de la ciudad de Santa Marta (Colombia), a partir de las variables fe y creencias religiosas, autorresponsabilidad y satisfacción con la vida.

Metodología

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo, en el cual se valoraron 120 adultos mayores (edad ≥ 60 años), escogidos intencionalmente de tres Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la ciudad de Santa Marta, con los siguientes criterios de inclusión: edad ≥ 60 años, diagnóstico de enfermedad crónica y sin alteraciones del estado mental y de conciencia. La valoración se realizó por medio del instrumento de bienestar espiritual JAREL, el cual cuenta con una consistencia interna que va desde .71 y .91(8).

Procedimiento. La aplicación del instrumento se hizo con previo consentimiento informado de los sujetos de estudio. Se aplicó la encuesta de forma escrita a quienes sabían leer y escribir y de forma verbal a quienes no sabían. A los sujetos se les invitó a responder lo más sinceramente posible y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información suministrada.

Las variables de caracterización sociodemográficas estudiadas fueron: género, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y tiempo de diagnóstico de la enfermedad crónica. Las variables de bienestar espiritual fueron: fe-creencias, vida-autorresponsabilidad y satisfacción con la vida.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis univariado de las variables socio-demográficas y análisis de multivariados por asociación, dentro de los campos: fe-creencias religiosas, vida-autorresponsabilidad y satisfacción con la vida, valorados en escalas tipo Likert de 6 adjetivos, calculando porcentajes y frecuencias.

Resultados

El 56.7% de los participantes eran de género femenino; 26,0% había terminado la básica secundaria y solo el 15,0% poseían estudios universitarios; 31,0% eran casados y 24,0% viudos. En cuanto a la ocupación, el 61,0% se dedicaban al hogar debido a que su enfermedad les impedía trabajar. Referente al cuidador, el 59,0% poseía como apoyo un único cuidador y el 54,0% requerían menos de 6 horas de cuidado al día.

Las enfermedades crónicas padecidas por la población de estudio fueron

principalmente: diabetes mellitus (DM) asociada a complicaciones, osteopenia, cardiopatías isquémicas crónicas, episodios de trombosis y accidente cerebrovascular.

En cuanto a la valoración del bienestar espiritual, se pudo establecer que, en relación con la variable factor fe y creencias, la creencia en un poder superior y la oración hacen parte importante en la vida de estas personas, hallándose un 63,3% fuertemente de acuerdo con la creencia en un ser superior y un 56,7 % con la oración como parte importante en su vida (Tabla 1).

Tabla 1. Factor fe y creencias

Escala tipo Likert	La oración es una parte importante de mi vida	Creo que tengo bienestar espiritual	A medida que pasan los años creo que soy más tolerante con otras creencias	Encuentro propósito y significado en mi vida	Siento que hay una cercana relación entre mis creencias espirituales y lo que hago	Creo en una vida posterior	Cuando estoy enfermo tengo menos bienestar espiritual	Creo en un poder superior
1 (en desacuerdo)	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	1,7	7,5	0,0
2	0,8	2,5	5,0	0,0	0,8	4,1	8,3	1,0
3	0,8	5,0	24,2	9,2	10,0	22,5	30,8	6,7
4	30,0	32,5	22,5	26,7	25,8	22,5	21,7	23,3
5	11,7	20,0	19,1	19,1	25,0	11,7	15,0	5,8
6 (de acuerdo)	56,7	40,0	27,5	45,0	38,3	37,5	16,7	63,2

Fuente : Instrumento JAREL aplicado a la población de estudio

En estos pacientes, la enfermedad no es un factor que los haga sentirse vulnerados; ésto se evidencia en que, aun teniendo graves afecciones de salud, solo un 16,7% alega que éste es un factor que afecta su bienestar espiritual de forma negativa, corroborando las implicaciones del afrontamiento religioso y la religiosidad como fuente de apoyo social, sentido de la vida, satisfacción con la vida, sentido de esperanza, amortiguamiento del stress y mejoramiento de la supervivencia (9).

En la variable vida y responsabilidad, se evidencia la lucha en estos pacientes

por el mantenimiento de su autonomía, encontrándose sólo un 5,0% que permite que otros tomen las decisiones sobre sus vidas. Se encontró que solo para el 0,8% de la población es difícil aceptar el cambio, demostrándose gran versatilidad en cuanto a esta parte de su vida, pudiendo ser asociada la espiritualidad con la aceptación al cambio. Se afirma que creer en un poder superior hace parte importante de ellos como individuos y es fuente de soporte emocional y ayuda en la toma de decisiones (Tabla 2).

Tabla 2. Factor vida y responsabilidad

Escala tipo Likert	Prefiero que otros tomen decisiones por mi	Encuentro difícil perdonar a otros	Creer en un poder superior no tiene lugar en mi vida	No puedo aceptar el cambio en mi vida	La oración no me ayuda a tomar decisiones	Dios tiene poco significado en mi vida
1 (en desacuerdo)	40,8	22,5	40,8	30,8	31,6	50,0
2	9,2	10,8	9,2	12,5	11,6	8,3
3	30,8	32,5	41,7	35,0	35,0	32,5
4	9,2	13,3	6,7	9,2	10,8	5,8
5	5,0	14,2	0,8	11,7	5,0	1,7
6 (de acuerdo)	5,0	6,7	0,8	0,8	6,0	1,7

Fuente : Instrumento JAREL aplicado a la población de estudio

En la tercera variable, satisfacción con la vida, se encontraron niveles bajos de aceptación hacia las habilidades o su uso (30,8%) debido en parte a las limitaciones que les impone su padecimiento. Se encontró que un 26,7% de los adultos mayores se imponían metas, mientras que la otra parte se colocaban metas bajas o no se imponían ninguna (Tabla 3).

Se halló satisfacción con la vida pese a su condición de enfermo crónico (52.5%) y tendencias a sentirse bien organizados, aceptar las situaciones de la vida y con capacidades de dar y recibir amor, lo que demuestra aceptación no solo por la vida propia sino por la ajena y las ganas de sentirse acompañado en su proceso de enfermedad.

Tabla 3. Factor Satisfacción con la vida

Escala tipo Likert	Estoy Satisfecho por la forma en la que uso mis habilidades	Impongo metas para mi	Acepto las situaciones en mi vida	Estoy bien organizado	Soy capaz de recibir y dar amor	Soy capaz de aceptar las diferencias entre otros	Estoy satisfecho con mi vida
1 (en desacuerdo)	2,5	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
2	0,8	4,2	1,7	0,8	0,0	0,8	0,8
3	5,9	9,2	5,8	7,5	8,3	3,3	3,3
4	45,0	32,5	33,3	26,7	22,5	40,8	30,0
5	15,0	27,5	20,0	29,2	19,2	23,3	13,3
6 (de acuerdo)	30,9	26,7	38,3	35,8	50,0	30,8	52,5

Fuente : Instrumento JAREL aplicado a la población de estudio

Discusión

Las mujeres representan el 56,7% de la muestra encuestada y los varones el 43,3%. El DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) en sus proyecciones anuales por sexo y edad para el periodo 1985-2015 señala un mayor número de la población femenina frente a la masculina, debido a la mayor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida 5 a 8 años

mayor que el varón, dato evidenciado en el presente estudio.

En una investigación sobre adultos mayores hospitalizados en una unidad geriátrica o asilo de ancianos, Ayele y sus colegas informaron que el 86,0% de los pacientes utiliza la religión como un recurso para hacer frente a una enfermedad médica y la discapacidad (10), mostrando la significancia de Dios en sus vidas; similares datos fueron observados en los

resultados anteriores (1,7% de la población con creencias con poca significancia en sus vidas).

La creencia en un ser superior y la oración como parte importante en la vida de las personas es evidente. Creer en un ser superior es natural e inherente al ser humano, Algunos han argumentado que la creencia en Dios es intuitiva, natural, producto de la mente humana, dada su estructura cognitiva y el contexto social (11).

La creencia en Dios es una característica evolutiva del ser humano que le ayuda a sobrevivir, a actuar como una fuerza coercitiva para el comportamiento positivo del individuo y la sociedad donde se desarrolla, resaltando la importancia del bienestar espiritual sobre la satisfacción con la vida y los comportamientos adoptados.

Ha quedado demostrado que la oración “puede ser el instrumento más importante en la reconstrucción y rehabilitación de una personalidad”, es instrumento de adaptación, es para muchas personas una estrategia que le ayuda a eliminar los miedos de su vida, sus sentimientos de angustia y de sufrimiento.

Según Ortega (1970), las creencias constituyen la base de nuestra vida, el terreno sobre el que acontece, porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas “vivimos, nos movemos y somos”, Ortega sintetiza: “las ideas las tenemos, en las creencias estamos”.

Para la Enfermería la fe y las creencias pueden servir de apoyo y fortaleza para el cuidado de las personas; existen evidencias que la participación activa en la iglesia,

actividades religiosas o el uso de la oración, disminuyen los niveles de dolor, fatiga, sensibilidad, hinchazón y debilidad; aumenta el afrontamiento, disminuye el uso de sustancias psicoactivas, aumenta la longevidad y mejora las condiciones de salud generales (12, 13, 14).

Sin embargo, Sánchez manifiesta que a pesar de la gran evidencia que asocia la religiosidad con la salud, ello no significa que la religión y la fe sean la fuente de la salud y de la vida. Los creyentes también experimentan el progresivo deterioro, debilitamiento, limitaciones y dificultades de todos los demás, pero se ha demostrado que no los sufren del mismo modo, pues la fe les brinda a muchos creyentes el impulso interior y la determinación necesaria para superar las inevitables dolencias físicas, proporcionándoles una adecuada capacidad de recuperación emocional.

Con respecto al factor vida y autorresponsabilidad, se puede decir que las personas adultas prefieren tomar sus propias decisiones y ser respetados, buscando mantener la autonomía, evidenciado en un 48,8% de la muestra, quienes preferían tomar las decisiones en su vida por sí mismos.

El 47,5% de estas personas no estaba satisfecho con su vida, situación que va muy de la mano con la asociación de la vejez con múltiples formas de exclusión y otras situaciones que se potencian con la situación de pobreza, marginalidad, género, viudez, fragilidad familiar, soledad, ruralidad y pertenencia étnica (15). El porcentaje restante, 52,5%, se encontraban satisfechos con su vida, entendiéndose ésta como un juicio general (subjetivo y afectivo) hacia determinadas áreas de relación.

En el caso de los ancianos, la satisfacción con el desempeño laboral y social

pasado, las condiciones de vivienda y cuidado actual, las relaciones familiares, el desempeño personal (grado de dependencia y salud), las relaciones amicales y sociales (16), es muy similar a la situación presentada en el estudio: calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú donde el 80,0% de las personas adultas mayores se encontraban satisfechas con su vida (16).

El bienestar espiritual se relaciona significativamente con diversas variables de calidad de vida, evidenciándose en el estudio la influencia de la percepción sobre el estado de salud, la felicidad personal y la religiosidad; esta última, mediada por las creencias en la oración y en un ser superior como fuente de fortaleza y soporte para seguir adelante; datos corroborados en otros estudios (17). Solo el 7,5% de la muestra, refirió ningún nivel de afectación del proceso de su enfermedad sobre su bienestar espiritual.

Las personas adultas quieren ser individuos respetados, valorados y queridos por lo que son, donde la principal fuente de amor y comprensión sea su familia. La satisfacción de vida de las personas adultas mayores de 60 años depende de todo su entorno social, el cual incluye religiosidad y acompañamiento familiar, más que de su nivel de incapacidad.

Una reflexión profunda sobre la calidad de vida nos muestra su estrecha vinculación con el funcionamiento de la sociedad en la que se halla inmerso el individuo, las normas que lo direccionan, sean propias de la sociedad o familiares y los valores sociales que el individuo debe asumir tanto por imposición como por querer propio; pero sobre todo su vinculación con las aspiraciones y el nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde la persona desarrolla su vida,

enmarcando aquí sus metas propuestas y logradas, el grado de discapacidad física con la que se cuente y elementos propios de la actividad a la que se dedica; en otras palabras, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar personal enmarcando el hecho del pensamiento individual y la influencia colectiva, influirían en éste (18).

La calidad de vida en el mundo entero, toma en cuenta componentes objetivos, como subjetivos. Del componente objetivo se desprenden unas condiciones objetivas de vida, las cuales incluyen circunstancias materiales y las percepciones sobre estas circunstancias; mientras en la parte objetiva, se incluyen las dimensiones salud, funcionamiento físico y situación económica, condiciones que se aplican a la población en estudio.

Por su parte, del componente subjetivo se desprenderá la noción de bienestar subjetivo, vinculado con la apreciación de sentirse o encontrarse bien o satisfecho, recordando que al ser algo subjetivo o propio del individuo, encontrara valores contrarios dependiendo del estilo de vida que lleve el observador, diferencias socioeconómicas y culturales, por lo cual se eligió para el estudio personas en igualdad de condiciones económicas (estrato socioeconómico medio-bajo) y en igualdad de condiciones culturales y sociales.

Se enfatiza en la calidad de vida, la cual posee como dimensión interna dominante la satisfacción de vida (tercer variable estudiada); la cual depende en gran medida del balance personal de cada sujeto, quien debe intentar llenar de deseos y logros su existencia y tratar de que las nuevas cosas que emprenda y las nuevas relaciones que cree le den razón a su propio existir,

basándose en la consecución de objetivos auto impuestos (18).

Sólo el 26,7% de la población total poseía o se imponía metas en su vida. Así, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes de la calidad de vida (19, 20,21, 22). Solo el 30,9% de la muestra refirió satisfacción en la forma como usaba sus habilidades, mostrando el grado de influencia del proceso de envejecimiento, en conjunto con la enfermedad, sobre la satisfacción personal.

En conclusión puede afirmarse, con base en la descripción del bienestar espiritual de los pacientes que viven en condición de enfermedad crónica, mayores de 60 años, a partir de las dimensiones fe y creencias, auto-responsabilidad y satisfacción con la vida (calidad de vida), que el abordaje de esta área debe ser de suma importancia para la enfermería, por su influencia en el proceso salud enfermedad, teniendo en cuenta que no solo impacta a los pacientes, sino a su familia, cambia por completo su historial de vida, mejora su calidad de vida al mejorar la adaptación, aumenta el afrontamiento, reduce las sensaciones negativas de dolor y tristeza y, en ciertos casos, ayuda a recibir una muerte serena, enriqueciendo la relación terapéutica enfermera(o)/ paciente.

Referencias

1. Sánchez B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan*. 2009; 9(1): 8-22
2. Association of American Medical Colleges. Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Medical School Objectives Project Report III. [internet] [Consultado: 20 Julio del 2013]. Disponible en: <https://members.aamc.org/eweb/upload/Contemporary%20Issues%20In%20Med%20Commun%20in%20Medicine%20Report%20III%20.pdf>
3. Larson D. Fe y curación. *Revista Contact*. 2000, art. 155: 2-17
4. O'Brien M. Religious faith and adjustment to long-term hemodialysis. *Journal of Religion and Health*. 1982, 1: 68-80
5. OSHO. El hombre que amaba las gaviotas y otros relatos. Bogotá: Editorial Norma. p. 23
6. Heather T. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010
7. Espíndula J, Martins E, Ales A. Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. [Internet] [Consultado 25 de Octubre del 2013] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf.
8. Hungelmann J et al. Enfoque en el bienestar espiritual: interconexión armoniosa de cuerpo mente espíritu: utilización de la escala de bienestar espiritual de JAREL. *Geriatric Nursing*. 1996; 17(6): 11-12
9. Reyes C. Spirituality, Disability and Chronic Illness. *Southern Medical Journal*. 2006, 99(10): 1172-1173
10. Ayele H et al. Religious activity improves life satisfaction for some physicians and older patients. *J Am Geriatr Soc*. 1999, 47(4):453-455

11. Ortega y Gasset, J. Ideas y creencias. Obras Completas. Tomo V. Madrid: Revista de Occidente; 1970
12. Byrd R. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J.* 1988, 81(7): 826-829
13. Matthews D et al. Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. *South Med J.* 2000, 93(12):1177-1186
14. Masters K, Spielmans G. Prayer and health: review, meta-analysis, and research agenda. *J Behav Med.* 2007, 30(4):329-38
15. Shenhav A, Rand D, Greene J. Divine Intuition: Cognitive Style Influences Belief in God. *J of ExpPsychol Gen.* 2012, 141(3):423-8
16. Vara A, Inga J. Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica.* 2006, 5 (3): 475-485
17. Reig A, Arenas M, Ferrer R et al. Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología.* 2012, 32(6):731-742
18. Victoria C et al. Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista de Psicología Iztacala.* 2005, 8(3): 1-16
19. Cella D. Quality of life: The concept. *Journal of Palliative Care.* 1992, 8(3): 8-13
20. Ferrans C, Powers M. Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science.* 1985, 8(1): 15-24
21. McDaniel R, Bach C. Quality of life; A concept analysis. *Rehabilitation Nursing Research.* 1994, 3(1): 18-22
22. Meeberg G. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing.* 1993, 18(1): 32-38.