

RELIGIOSIDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS DE LIMA METROPOLITANA

RELIGIOSITY AND DEPRESSION OF SENIOR CITIZENS LIVING IN RETIREMENT HOMES IN THE LIMA METROPOLITAN AREA

Recibido: 12 de febrero de 2016 | Aceptado: 20 de marzo de 2017

DOI: 10.22199/S07187475.2017.0001.00002

ROCÍO ACOSTA CRUZADO ¹; JENNYFER SÁNCHEZ SÁNCHEZ ¹

¹. UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS, Lima, Perú

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre religiosidad y depresión en adultos mayores residentes de albergues en Lima Metropolitana. La muestra estuvo constituida por 150 adultos mayores, 88 mujeres y 62 hombres, con edades entre 65 a 90 años (promedio de 77,84 años) de Perú. Los participantes fueron evaluados con la Age Universal I-E 12 (Simkim & Etchezahar, 2013) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) (Gómez-Angulo & Campo-Arias, 2011). Los resultados mostraron que el factor de Orientación Social de la variable Religiosidad presentó una correlación débil y significativa con la variable Depresión, mientras que el factor de Orientación Personal no mostró una correlación con la Depresión; rechazando así la hipótesis planteada. Asimismo, se obtiene resultados de las correlaciones entre las variables según las variables sociodemográficas. Se discuten las implicancias y sugerencias para futuras investigaciones.

PALABRAS CLAVE: Religiosidad; depresión; adulto mayor.

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between religiosity and depression of senior citizens living in retirement homes in the Lima Metropolitan area — Peru. The sample was composed of 150 informants: 88 women and 62 men, whose ages ranged between 65 and 90 with an average of 77.84. Two instruments were applied: Age Universal I-E 12 (Simkim & Etchezahar, 2013) and the Geriatric Depression Scale (GDS-15) (Gómez-Angulo & Campo-Arias, 2011). Results revealed that the social orientation of religiosity has a weak but significant correlation with depression whereas the personal orientation showed no correlation with depression. Based on these data, the hypothesis is discarded. In addition, results of correlations among variables regarding sociodemographic record were obtained. Finally, implications and suggestions for future research were discussed.

KEY WORDS: Religiosity; depression; senior citizen.

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable y en nuestro país ha ido incrementándose de forma sostenida. Es así que en el 2010, 5.9% de la población era mayor de 65 años, actualmente representa el 6,6% y para el 2025 se estima que representarán el 8.6% de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015). Según el Global AgeWatch Index, el Perú se encuentra en la posición número 48 de 96 países con respecto al bienestar social y económico de los adultos mayores, teniendo como fortalezas el estado de empleo y salud, mientras que sus debilidades estarían la seguridad de ingresos y entornos adecuados para dicha población (HelpAge International, 2015). Se entiende como población adulta mayor aquella que se ubica dentro del rango de la adultez tardía, es decir la que se inicia a los 65 años y se caracteriza por una serie de cambios físicos, cognitivos y sociales (Lefrancois, 2001). A partir de esto, es importante que se analice el estado físico y psicológico en los adultos mayores (Manrique, 2014), los cuales presentan conexiones con el desarrollo de la religiosidad y espiritualidad.

El concepto de religiosidad se plantea sobre dos aspectos; religión y espiritualidad, y ambas están vinculadas al individuo de alguna u otra manera (Hafeez & Rafique, 2013), ya que se ha observado que ambos representan categorías complementarias (Simkin & Etchevers, 2014). Con respecto a la espiritualidad, ésta es usualmente definida como un constructo multidimensional, que describe la búsqueda del significado de la vida, un encuentro con lo trascendente y una transformación personal (Fernander, Wilson, Staton, & Leukefeld, 2005). Por otro lado, la religión es colectiva, particular y distinguida por los límites, es necesaria la práctica y lo más importante es la creencia en el dogma (Hafeez & Rafique, 2013). Dentro de la religiosidad, la espiritualidad es moldeada, y se expresa a través de una organización comunitaria o social (Zinbauer & Pargament,

2005 como se citó en Barúa, 2014; Koenig, George & Titus, 2004).

Además, se han identificado dos tipos de motivación religiosa, la religiosidad intrínseca y extrínseca (Wong – McDonald & Gorsuch, 2004). La primera ha sido definida como la vivencia de los valores y las creencias de la religión (McMahon & Biggs, 2012). En donde la persona internaliza la religión y la considera como la máxima motivación de su vida (Stojkovic & Miric, 2012). La segunda, representa una motivación más externa en donde la religión es adoptada principalmente para obtener beneficios y ganancias, es decir que es más utilitaria (Wong – McDonald & Gorsuch, 2004). Lo dicho anteriormente tiende a ser dividido en dos formas: la primera es la extrínseca personal, en donde el factor que envuelve el uso de la religión es una ganancia de experiencias emocionales personales positivas como calma, consuelo y alegría (Stojkovic & Miric, 2012). La segunda es la extrínseca social, en donde los individuos tienden a usar la religión como una herramienta para tener una ganancia personal y ganar popularidad, buscando así tener una fuente de confort como rezar para tener protección o tranquilidad propia (Power & Mckinney, 2014).

Debemos así entender que la religiosidad podría ligarse a una mejora en la persona, sintiéndose más fuerte si es que esta se encuentra ante alguna adversidad tanto a nivel psicológico como físico. Lo cual se encuentra relacionado con la investigación de Barricelli, Sakumoto, Da Silva y Araujo (2012), quienes encontraron que existe una relación directa entre el envejecimiento, la calidad de vida y la religiosidad en la población adulta mayor, en donde el involucramiento religioso que el individuo tenga causará un efecto en sus hábitos y en él. Asimismo, entre los adultos mayores, los estudios indican que las creencias religiosas contribuyen a la búsqueda de un balance personal, además

de dar mejores condiciones a los individuos para hacer frente con su dependencia y tendencia hacia el aislamiento (Chaves, Freire, Salgado, Mesquita, Santana & Alves, 2014). Roh, Lee y Martin (2014) mencionan que existen numerosos estudios que documentan el impacto de las creencias y prácticas religiosas/espirituales sobre la mejora del bienestar y la satisfacción con la vida, a la vez que reducen la angustia psicológica y el riesgo de depresión.

Esta última es un importante problema de salud pública entre el adulto mayor alrededor del mundo. En nuestro medio, se estima que la prevalencia de depresión en la población adulta mayor en Lima Metropolitana es de 9.8% (Juárez, León & Alata, 2012). Por otro lado, las carencias económicas, afectivas y sociales, lleva a los adultos mayores a vivir en asilos y albergues, lo cual afecta su sentimiento de valía, bienestar y felicidad (Arias, Yopez, Núñez, Oblitas, Pinedo, Masías & Hurtado, 2014).

La Asociación Psiquiátrica Americana (2014) refiere que la depresión se caracteriza por una pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más.

No obstante, en la depresión no solo están presentes manifestaciones físicas o emocionales, sino que como señalan Juárez, León y Alata (2012), la depresión repercute también sobre lo que el paciente opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento general. En tal sentido, la depresión también tiene un factor cognitivo, tal como lo señalan Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), existe una triada cognitiva con respecto a la depresión, en la que el paciente experimenta una visión negativa de sí mismo, considerándose una persona deficiente, inadecuada, inútil, llegando a rechazarse a sí misma; el segundo componente de dicha triada se

refiere a una interpretación negativa de las experiencias, en las que el mundo se interpone en el logro de sus objetivos; y el tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro.

Por otro lado, en la depresión también contribuyen factores psicosociales, como la disponibilidad de una red social de apoyo (Flores-Pacheco, Huerta-Ramírez, Herrera-Ramos, Alonso-Vázquez & Calleja-Bello, 2011). Durante la senectud, la soledad adquiere una dimensión significativa en el desarrollo de un cuadro depresivo, en tanto en el adulto mayor haya un déficit en la percepción del afecto, desde su red social de apoyo, la cual predominantemente es su círculo familiar (González-Celis, 2009). Es entonces que la familia se presenta como el medio ideal para ofrecer una mejor protección al adulto mayor, y representa por un lado, la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido (Losada & Strauch, 2014); y por otro, la posibilidad de perpetuarse a través del cuidado de los nietos, al transmitir valores y cultura (López, 2012).

Con respecto a las investigaciones que consideran que hay una correlación entre las variables, plantean que la religiosidad podría actuar como un posible factor protector ante sintomatología depresiva, ya que se ha encontrado la relación entre religiosidad con felicidad y bienestar (Al-Kandari, 2011). Asimismo, la religiosidad se presenta como un componente que influye positivamente en la vida del adulto mayor puesto que diversas investigaciones indican que los que hacen actividades religiosas soportan de mejor forma situaciones estresantes, gozan de mejor salud física y mental, y viven más que otras personas sin ellas (Rivera Ledesma & Montero, 2005).

Hay otras investigaciones en las que no se establece una relación entre religiosidad y depresión, puesto que las prácticas religiosas no estaban vinculadas a bajos índices de depresión. Cabe resaltar que en dichas investigaciones se tuvieron

limitaciones en cuanto al método utilizado (Rivera Ledesma & Montero, 2005) y las características de la muestra (lugar de donde se tomó la muestra, la situación institucionalizada o no del adulto mayor), lo cual repercutió en los resultados finales. Por otra parte, Ardelt (2003) encontró que la religiosidad intrínseca estaba asociada negativamente con la depresión.

La presente investigación representa un aporte en el marco de la psicología, especialmente dentro de la Psicología de la Religión y la Psicología Positiva, ya que intenta ampliar los conocimientos vinculados a los efectos de la religiosidad en el bienestar psicológico de las personas (Casullo, 2002). El objetivo general de la presente investigación es establecer la relación existente entre religiosidad y depresión en adultos mayores entre los 65 a 90 años pertenecientes a asilos o albergues de Lima Metropolitana. La hipótesis de la presente investigación es determinar la existencia de una correlación inversa entre las variables de religiosidad y depresión en el adulto mayor; es decir que a mayor nivel de religiosidad, menor será el nivel de depresión. La cual ha sido planteada debido a que no existen evidencias claras y absolutas el tipo de correlación entre ambas variables.

MÉTODO

Tipo de estudio

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño correlacional.

Participantes

Se evaluó una muestra no probabilística del tipo intencional compuesta por 150 adultos mayores residentes entre 65 a 90 años con un promedio de edad de 77.84 años, provenientes de asilos o albergues de Lima Metropolitana. De los cuales participaron 62 varones (41.3%) y 88 mujeres (58.7%), 33.3% pertenecían a Lima y el 66.7% a provincia; la mayoría eran solteros (38.7%)

seguidos de los viudos (36.7%). De los 144 participantes que profesaban una religión, la mayoría eran católicos (86%), seguidos de los evangélicos (7.3%). La mayor parte contaba con estudios secundarios (36%) o primarios (27.3%) y tenían en su mayoría, una residencia de 1 a 5 años (49.3%) en el albergue.

El cálculo del tamaño de la muestra se hizo con un grado de confianza de 95%, un margen de error de 5% y un tamaño de efecto (.27) de un estudio previo de ambas variables pero con una población más joven (Alborzi & Samani, 2001 como se citó en Safara & Bhatia, 2008).

Instrumentos

Age Universal I E 12. Es una escala de tipo Likert, consta de 12 ítems. Mide la religiosidad de orientación intrínseca (I), es decir actitudes, creencias y fe religiosa; y la religiosidad de orientación extrínseca personal (EP) y social (ES). La adaptación utilizada cumplió con los criterios de confiabilidad (consistencia interna I = .88, EP = .87 y ES = .79) y validez (análisis factorial exploratorio con rotación Oblimin y un análisis factorial confirmatorio) (Simkim & Etchezahar, 2013).

Por otro lado, el presente estudio obtuvo como evidencia de validez, un KMO de .84, el cual se considera óptimo; la prueba de esfericidad de Barlett resultó estadísticamente significativa, ya que se obtuvo un $\chi^2 = 708.77$, $gl = 66$, $p < .000$. En el presente estudio, se establecen dos factores debido a que en el análisis factorial de ejes principales cuando se trabaja con tres factores un ítem queda aislado, es por ello que se sigue lo sugerido por el gráfico de sedimentación obteniendo así los siguientes factores: Religiosidad de Orientación Personal que incluye la religiosidad intrínseca y extrínseca personal; y Religiosidad de Orientación Social, los cuales explican una varianza total acumulada de 46.49%. Este análisis factorial coincide con estudios previos como

el de Allport y Ross en 1967 (como se citó en Simkin & Echezahar, 2013) que también consideraban solo dos factores para su análisis factorial. Asimismo, las cargas factoriales del factor de Orientación personal oscilan entre .34 a .77. Mientras que el factor de Orientación social, tiene cargas factoriales entre .63 a .84.

Con respecto a la confiabilidad de las puntuaciones obtenidas de la Escala I –E –12, el factor Orientación Personal obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .85. Asimismo, se obtuvo una correlación total de elementos corregida que tiene un rango que va de .35 hasta .69, por lo que es considerada aceptable al ser mayores a .30.

Por otro lado, con respecto a la confiabilidad del factor Orientación Social se obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .79. Asimismo, se obtuvo una correlación total de elementos corregida que tiene un rango que va de .56 hasta .67.

Escala de Depresión geriátrica (GDS – 15). Es una escala de 15 ítems dicotómicos creada por Sheikh y Yesavage en 1986. Mide los niveles de depresión en adultos mayores como un método de screening, considerando solo los síntomas cognoscitivos. La GDS – 15 de la adaptación colombiana de Gómez-Angulo y Campo-Arias (2011) muestra una consistencia interna de .78 y confiabilidad de constructo de .87; asimismo, se realizó un análisis de estructura factorial (la prueba de esfericidad de Bartlett mostró un $\chi^2 = 390.8$; $gl = 105$; $p < 0.001$ y la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin con un coeficiente de 0.70).

Las evidencias de validez del instrumento en el presente estudio, obtuvo un KMO de .80; en la prueba de esfericidad de Bartlett, se obtuvo un $\chi^2 = 231.28$, $gl = 26$, $p < .000$ lo cual indica que es pertinente llevar a cabo el análisis factorial (Ferrando &

Anguiano-Carrasco, 2010). Para hallar el número de factores se realizó un análisis con el programa Factor Analysis 8.1, el cual recomendaba trabajar con un factor, que se denominó Estado Deprimido. Dicho único factor obtuvo un autovalor de 2.68 y una varianza total de 26.81%, las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre .34 a .72.

Con respecto a la confiabilidad, la Escala de Depresión Geriátrica obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .76. La correlación total de elementos corregidos tiene un rango entre .29 y .61.

Procedimiento

En primer lugar, se realizó el contacto con las autoridades de centros residenciales para adultos mayores, a quienes se les presentó una carta informativa sobre el estudio y consideraciones del mismo.

Luego de obtener su autorización, se procede a tener contacto con los participantes de forma individual dentro de las instalaciones, manteniendo como único criterio de exclusión de un deterioro cognitivo considerable del participante. Se le presentó a cada participante un consentimiento informado con el objetivo del estudio y el carácter voluntario, confidencial y anónimo del mismo, dándose a su vez una explicación en lenguaje comprensible del contenido y respondiéndose dudas.

Las evaluadoras estuvieron presentes en todo momento, brindando apoyo a los participantes con limitaciones visuales o motoras, en cuyo caso los datos fueron recogidos por medio de una entrevista en donde se les leía en voz alta la pregunta y el participante brindaba su respuesta, considerándose espacios en donde el participante pudiese explayarse relatando anécdotas personales. En algunas ocasiones estuvieron también presentes los cuidadores o enfermeras de los centros, los

cuales eran supervisados por las evaluadoras para evitar que se interrumpiera la evaluación.

Lo mencionado anteriormente, sigue el Código de Ética de Psicólogos del Perú.

Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS 22. Inicialmente se analizaron las evidencias de validez y confiabilidad de los cuestionarios empleados. Luego, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y los obtenidos del I-E-12 y GDS-15 según factores. Con la prueba de Kolmogorov-Smirnov se verificó que la distribución de las puntuaciones siguiera la curva de normalidad, lo cual determinó el uso de pruebas no paramétricas (Spearman, U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis) para el análisis correlacional y la comparación entre grupos.

RESULTADOS

En cuanto a los estadísticos descriptivos de la escala I-E-12 se puede mencionar que la media del factor orientación social fue de 2.38 puntos, lo que indica que la población tiende a tener un nivel de religiosidad de orientación social media y con respecto al factor de orientación personal, se obtuvo una media de 3.74 puntos que indica que los participantes tienen una religiosidad de orientación personal alta. Por otro lado, acerca de los estadísticos descriptivos de la escala GDS 15 se puede mencionar que la media fue de 2.49 puntos, lo que indica que la población tiende a tener un nivel de depresión bajo.

Luego de realizar un análisis correlacional entre los factores de Orientación Personal y Social de la Escala Age Universal I E 12 y el factor Estado Deprimido de la Escala de Depresión Geriátrica GDS 15, se obtiene que el factor de Orientación Personal presenta una correlación débil y estadísticamente no

significativa ($p = .11$) con la variable Estado Deprimido. Esto quiere decir, que no existe una relación significativa entre Orientación Personal y Estado Deprimido (Ver Tabla 1).

Por otro lado, el factor de Orientación Social presenta una correlación débil y significativa ($p > .05$) con la variable Estado Deprimido, en donde a mayor Orientación Social habrá un mayor Estado Depresivo (Ver Tabla 1).

Además, se realiza una correlación con los componentes del instrumento, teniendo así como resultado, que la variable Edad presenta correlaciones negativas y no significativas con los componentes Orientación Personal ($p < .41$), Orientación Social ($p < .47$) y Grado de Instrucción ($p < .13$), lo cual sugiere que no hay una relación significativa entre variables. Por otro lado, la variable Edad presenta correlaciones débiles y no significativas con los componentes de Estado Deprimido ($p < .24$) y Meses que lleva en la institución ($p < .51$). Lo que sugiere que no hay una relación entre las variables mencionadas anteriormente (Ver Tabla 1).

A su vez, se realiza lo anterior con la variable Grado de Instrucción, la cual presenta correlaciones negativas y no significativas con los componentes Orientación Personal ($p < .69$) y la variable Meses en el centro o albergue ($p < .16$), lo cual sugiere que no hay una relación significativa entre variables. Por otro lado, la variable Grado de instrucción presenta correlaciones negativas y significativas con los componentes de Estado Deprimido ($p < .00$) y Orientación Social ($p < .00$). Lo cual sugiere que a mayor Grado de instrucción, menor Estado Deprimido, así como a mayor Grado de instrucción habrá una menor Orientación Social (Ver Tabla 1).

Finalmente, se trabaja con la variable Meses en el centro o albergue, la cual presenta correlaciones débiles y no significativas con los componentes Estado

Depresivo ($p < .505$) y Orientación Personal ($p < .087$). Por otro lado, tiene una correlación débil y significativa con Orientación Social ($p > .024$). Lo que sugiere

que a mayor Meses en el centro o albergue, mayor será la Orientación Social.

TABLA 1.

Matriz de correlaciones de los componentes Orientación Personal, Orientación Social y Estado Deprimido con las variables.

	1	2	3	4	5
1. Orientación Personal	1				
2. Orientación Social	.36**	1			
3. Estado Deprimido	.13	.18*	1		
4. Edad	-.07	-.06	.06	1	
5. Grado de Instrucción	-.03	-.25**	-.26**	-.12	1
6. Meses	.14	.18*	.06	.06	-.16

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$

Para el caso con la variable Sexo se realizó las comparaciones respectivas con la U de Mann Whitney. Al comparar la variable Sexo con Orientación Personal ($U = 2.55$, $Z = -.56$, $p = .58$) se encontró que no existen diferencias significativas tanto en varones ($Md = 3.78$) como en mujeres ($Md = 3.83$). Además, no se encontraron diferencias significativas al comparar la variable Sexo con la Orientación Social ($U = 3.07$, $Z = 1.33$, $p = .18$), tanto en varones ($Md = 2.33$) como en mujeres ($Md = 2.00$). Finalmente, al Comparar la variable Sexo con el Estado Depresivo ($U = 2.47$, $Z = -.99$, $p = .32$) se encontró que no existen diferencias significativas tanto en varones ($Md = 2.00$) como en mujeres ($Md = 2.00$). Ante ello, se muestra como resultado que no existen diferencias significativas entre el grupo de mujeres y el grupo de varones.

Por último, para el caso de la variable Estado Civil, se realizaron las comparaciones con la prueba H de Kruskal-Wallis, no encontrándose diferencias significativas con los factores de religiosidad y depresión. Para el caso de Orientación Social no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según estado civil ($\chi^2 = 2.67$, $p = .45$). En el caso de Orientación Personal no se encontraron diferencias significativas según estado civil

($\chi^2 = 3.96$, $p = .27$). Finalmente, tampoco se encontraron diferencias significativas para Estado Deprimido ($\chi^2 = 7.24$, $p = .07$).

DISCUSIÓN

La presente investigación no busca estudiar la religión *per se* sino la asociación de la religiosidad con aspectos personales de índole emocional como lo sería la depresión. Puesto que diversos estudios asocian a la religiosidad como una fuente de apoyo emocional (Pinckard & Guo, 2008), con la satisfacción vital (Lim & Putnam, 2010) y la disminución del estrés (Krause, 2006). Además, los adultos mayores tienden a inclinarse por estrategias de afrontamiento intrapsíquico como la religión para manejar situaciones estresantes y resolver problemas percibidos como imposibles de solucionar (Corsentino, Collins, Sachs-Ericsson, & Blazer, 2009; Reyes-Ortiz et al., 2008).

Por ello, se planteó como objetivo establecer la relación entre religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana. Los resultados señalan que el factor de Orientación Social de la variable Religiosidad presentó una correlación débil y significativa con la variable Depresión; en

donde a mayor tendencia por obtener ganancias sociales se observa un mayor Estado Deprimido. Mientras que el factor de Orientación Personal no presentó correlación con la Depresión. De esta manera, se rechaza la hipótesis planteada, puesto que para la muestra del estudio la religiosidad no estaría actuando como un factor protector frente a la depresión.

Con respecto a ello, estudios que examinan la influencia de la religiosidad en el estado psicológico sufren de ambigüedad conceptual, puesto que la religiosidad es un constructo de múltiples dimensiones, lo que ocasiona que el rol que juega en la dinámica depresión- estrés no sea clara (Kilbourne, Cummings & Levine, 2009). Asimismo, Florenzano et al. (2012) mencionan que la definición de religiosidad o espiritualidad ha sido sujeto de controversia. Algunos investigadores plantean que tiene poco efecto sobre el bienestar subjetivo (Greeley & Hout 2006; Lim & Putnam, 2010), e incluso influye en la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad (Scheitle & Adamczyk, 2010).

Según McCullough y Larson (1999), las manifestaciones religiosas extrínsecamente motivadas, sin fines religiosos, podrían estar asociados a mayor riesgo de síntomas depresivos. Como es el caso de la muestra del estudio en donde si bien se reúnen dentro de la casa de reposo o asisten a una iglesia cercana, dichas situaciones sirven para que los adultos mayores establezcan un contacto con otras personas y no primordialmente para reforzar sus creencias religiosas. Según Power y Mckinney (2014), la religiosidad de orientación social ha sido asociada positivamente con varios tipos de psicopatología incluyendo hostilidad, ansiedad y depresión, lo cual refutaría las nociones tradicionales sobre la religión, siendo esta mal adaptativa para la salud mental, es decir que provocaría enfermedad mental en vez de contrarrestarlo.

En cuanto a la correlación de la variable religiosidad con las variables sociodemográficas, se obtuvo que en relación al tiempo de residencia en los centros geriátricos, a mayor tiempo de residencia existe una mayor Orientación Social. La interacción social de los residentes, al pasar un mayor tiempo en los centros, con sus compañeros genera una imagen de pertenencia; la religión en este sentido es utilizada como un medio para proveer participación en grupo y generar un status social (Singh, 2014). En donde los residentes más antiguos podrían acercarse a las actividades religiosas con el objetivo de generar nuevas amistades de nuevos residentes o en otros espacios. Si bien estas relaciones significativas podrían jugar un rol vital para el adulto mayor, convirtiéndose en el sustento emocional que permite en muchos casos sobrepasar crisis y que además, sean reconocidos como personas, mejorando su autoestima, su autopercepción, la eficacia personal y, por ende, su identidad; en algunos casos, la participación en dichas actividades de índole religioso o con sus compañeros del albergue, podría ocasionar también la percepción de discapacidad ligada a la pérdida de sus capacidades físicas o intelectuales, influyendo en su inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia (Duran, Orbegoz, Uribe & Uribe, 2008).

Con respecto al grado de instrucción, se obtuvo una correlación negativa y significativa con la Orientación Social y el Estado Deprimido, en donde a mayor grado de instrucción existiría una menor tendencia a la orientación social y a deprimirse. Para los adultos mayores, un mayor grado de instrucción estaría ligado al concepto de autoeficacia, en donde la persona se siente capaz de resolver conflictos, aportar soluciones, contar con otro tipo de pasatiempos y actividades de recreación (Ortiz & Castro, 2009). El contexto peruano evidencia que los mayores de 60 años en su mayoría tienen un grado de instrucción de

nivel escolar, lo cual ha sido una desventaja en su ingreso al mercado laboral, restringiéndoles de mayores ingresos, posibilidad de acceder al sistema de pensiones y mayor reconocimiento social (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, 2008). Dicha situación afectaría su autonomía puesto que ante una mayor necesidad de atención para mejorar su calidad de vida, no gozarían de una pensión para solventar sus gastos en atención de salud.

En relación a las demás variables sociodemográficas, no se encontraron correlaciones y diferencias significativas entre el grupo de mujeres y varones o según la edad, lo cual podría estar vinculado al hecho de que los participantes compartían las mismas condiciones y espacios dentro de los centros geriátricos.

Como parte de las implicancias del estudio, señalamos la ampliación de conocimientos sobre religiosidad en nuestro país, contribuyendo a los aportes de Salgado (2012), Yoffe (2012) y Flores (2012) en el área de la Psicología de la Religión y la Psicología positiva, al estudiar las variables de bienestar espiritual, la religión y espiritualidad y el perdón respectivamente. Siendo la religiosidad una variable de poca investigación en nuestro país. Asimismo, el test Age Universal demostró un desempeño psicométrico adecuado, obteniendo óptimos índices de confiabilidad y validez en una población que difiere del rango de edades de la versión adaptada al contexto argentino; a su vez, se realizó análisis de extracción diferentes para dejar de lado posibles errores de medición. Esto podría ser un indicador positivo para buscar la estandarización de la prueba al contexto peruano.

Ante la multiplicación de casas de reposo para adultos mayores, se evidencia un panorama en donde no todas estas residencias cumplen con los requisitos mínimos de funcionamiento como lo estipula

el Decreto Supremo N° 009-2010-MIMDES (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2010), siendo en muchos casos creados solo con la finalidad de lucrar, con infraestructuras inadecuadas que no reciben una fiscalización (Choy, 2015). Es decir que si bien es necesaria la implementación en los centros residenciales para adultos mayores, servicios integrados y específicos, actividades recreativas, ocupacionales e intervenciones para potenciar sus estrategias de afrontamiento y el fortalecimiento de los lazos familiares; el panorama nacional ha enlentecido dicho proceso.

Asimismo, la falta de un sistema de planificación eficaz ha generado una limitación en la generación de información confiable sobre el perfil de envejecimiento en el país. Es por ello que las instituciones educativas de pre y post grado se encuentran fomentando investigaciones para proporcionar mayores alcances sobre dicho grupo etario.

Con respecto a las limitaciones de la investigación, se puede mencionar como principal dificultad el método de aplicación puesto que quienes no podían resolver los cuestionarios por limitaciones en su capacidad motora o auditiva, recibieron ayuda de las evaluadoras y de personal de apoyo de los centros; esta aplicación tipo encuesta pudo haber influenciado en las respuestas.

Se recomienda la reproducción de otros estudios con población adulta mayor rural puesto que la mayoría de las investigaciones se dan con población limeña, los albergues están dirigidos por entidades estatales y existe una mayor vulnerabilidad económica y social.

Por otro lado, se podría incluir en la ficha sociodemográfica si el participante ingresó por voluntad propia o por su familia, si recibe visitas de sus familiares y la frecuencia del mismo, dicha recomendación

parte del contenido que los participantes compartieron con las evaluadoras con respecto al apoyo familiar percibido, y cómo ello impactaba en ellos. A partir de esto, estudios con enfoque metodológico cualitativo podrían permitir analizar la significación que tiene para los adultos mayores el participar de actividades religiosas en relación a su bienestar, así como el proceso de adaptación al mudarse a un centro residencial y otros factores que podrían contribuir en la aparición de sintomatología depresiva. Lo cual permitiría obtener datos que pueden enriquecer futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- Al-Kandari, Y. (2011). Religiosity, Social Support, and Health among the Elderly in Kuwait. *Journal of Muslim Mental Health*, 6(1), 81-98. doi: jmmh.10381607.0006.106
- Anyfantakis, D., Symvoulakis, E. K., Linardakis, M., Shea, S., Panagiotakos, D., & Lionis, C. (2015). Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-7. doi:10.1186/s12888-015-0561-3
- Ardelt, M. (2003). Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well-Being and Attitudes Toward Death. *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 55-77. Recuperado de: <http://users.clas.ufl.edu/ardelt/Effects%20of%20Religion%20and%20Purpose%20in%20Life.pdf>
- Arias, W., Yopez, L., Núñez, A., Oblitas, A., Pinedo, S., Masías, M. & Hurtado, J. (2014). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y Representaciones*, 1(2), 83-103. Recuperado de <http://ucsp.edu.pe/imf/wp-content/uploads/2014/12/Felicidadydepresionenancianos.pdf>
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Médica Panamericana.
- Barricelli, I., Sakumoto, I., Da Silva, L. & Araujo, C. (2012). Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 15(3), 505-515.
- Barúa, J. (2014). *Religiosidad y Esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor* (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5791>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires, Paidós.
- Corsentino, E., Collins, N., Sachs-Ericsson, N., & Blazer, D. (2009). Religious Attendance Reduces Cognitive Decline Among Older Women With High Levels of Depressive Symptoms. *Journal of Gerontology*, 64, 1283-1289.
- Chaves, E., Freire, C., Salgado, V., Mesquita, A., Santana, F. & Alves, D. (2014). Quality of life, Depressive symptoms and Religiosity in elderly adults: A cross – sectional study. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 23(3), 648-655. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00648.pdf>
- Choy, M. (11 de octubre de 2015). Cuando llegar a ser adulto mayor se convierte en un desafío en el Perú. *La República*. Recuperado de: <http://larepublica.pe/impresamundo/709579-cuando-llegar-ser-adulto-mayor-se-convierte-en-un-desafio-en-el-peru>

- Duran, D., Orbegoz, L., Uribe, A. & Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v7n1/v7n1a19.pdf>
- Fernander, A., Wilson, J., Staton, M. & Leukefeld, C. (2005). Exploring the Type-of-Crime Hypothesis, Religiosity, and Spirituality in an Adult Male Prison Population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(6), 682-695. DOI: 10.1177/0306624X05274897
- Ferraro, K. F., & Kelley-Moore, J. A. (2000). Religious consolation among men and women: Do health problems spur seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39, 220–234.
- Flores, I. (2012). El Perdón y la Espiritualidad en pacientes oncológicos con respuesta favorable al tratamiento médico. En *Psicología Positiva*. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/psicologia/publicacion_psicologia_positiva_virtual.pdf.
- Flores-Pacheco, S., Huerta-Ramírez, Y., Herrera-Ramos, O., Alonso-Vázquez, O. F. & Calleja-Bello, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 89-100. doi: 10.5460/jbhsi.v3.2.30224
- Florenzano, R., Rodríguez, J., Sieverson, C., Cataldo, E., Pastorino, S., & Fernández, L. (2014). Suicidal risk, depression, and religiosity: A study of women in a general hospital in Santiago de Chile. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(1), 23-27. doi:10.1111/appy.12102
- Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377008>
- González-Celis, A. (2009). Evaluación en psicogerontología. México: El Manual Moderno.
- Greeley, A. & Hout, M. (2006). *Happiness and Lifestyle among Conservative Christians*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hafeez, A. & Rafique, R. (2013). Spirituality and Religiosity as predictors of Psychological well – Being in Residents of Old Homes. *The Dialogue*, 3(3), 285-301. Recuperado de http://www.qurtuba.edu.pk/thedialogue/The%20Dialogue/8_3/Dialogue_July_September2013_285-301.pdf
- HelpAge International. (2015). [Ilustración gráfica]. AgeWatch report card. Recuperado de: <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Peru>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015). *Estado de la Población Peruana 2015*. Recuperado de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf
- Juárez, J., León, A. & Alata, V. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH “Viña alta”–La Molina, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico*, 12(2), 28-31.
- Kilbourne, B., Cummings, S. & Levine, R. (2009) The influence of Religiosity on Depression among Low Income People with Diabetes. *Health & Social Work*, 34(2), 137 – 147.
- Koenig, H. & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A five item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1, 78-85. doi: 10.3390/rel1010078
- Krause, N. (2006). Exploring the stress-buffering effects of church-based and

- secular social support on self-rated health in late life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 35-43.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida* (8va ed.). México: Thomsom.
- Lim, C. & Putman, R. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review*, 75, 914-933.
- López, B. (2012). Rol de la Persona Adulta Mayor en la familia y la sociedad, en tiempos de cambio. *Boletín de la Dirección de Fortalecimiento de las Familias*, 1(3), 11-13. Recuperado de <http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/2012-3.pdf>
- Losada, A. & Strauch, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Revista electrónica de Psicogerontología*, 1(1), 48-62. Recuperado de: <http://46.29.49.1/~creanete/neu/articulos/articulo4.pdf>
- Manrique, B. (2014). *Calidad de Vida relacionada con la Salud y Esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana* (Tesis pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research*, 2, 126-136.
- McMahon, B. T. & Biggs, H. C. (2012). Examining spirituality and intrinsic religious orientation as a means of coping with exam anxiety. *Vulnerable Groups & Inclusion*, 3(12). doi:10.3402/vgi.v3i0.14918
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2010). Requisitos Mínimos para el funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para personas Adultas Mayores. Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/DS_009_2010_MIMDES.pdf
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2008). Informe Anual del Empleo de las Personas Adultas Mayores – 2007. Recuperado de: http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/publicacion/estudio_laboral_PAM_2007.pdf
- Ortiz, J. & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de Enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004
- Pickard, J. & Guo, B. (2008). Clergy as mental health service providers to older adults. *Aging & Mental Health*, 12, 615-624.
- Power, L. & McKinney, C. (2014). The Effects of Religiosity on Psychopathology in Emerging Adults: Intrinsic Versus Extrinsic Religiosity. *Journal of Religion & Health*, 53(5), 1529-1538. doi:10.1007/s10943-013-9744-8
- Reyes-Ortiz, C., Berges, I., Raji, M., Koenig, H., Kuo, Y. & Markides, K. (2008). Church Attendance Mediates the Association between Depressive Symptoms and Cognitive Functioning among Older Mexican Americans. *Journal of Gerontology*, 63, 480-486. <http://dx.doi.org/10.1093/geron/63.5.480>
- Rivera Ledesma, A. & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262807>
- Roh, S., Lee, Y., Lee, J. H., & Martin, J. (2014). Typology of religiosity/spirituality in relation to perceived health, depression, and life satisfaction among older Korean immigrants. *Aging & Mental Health*, 18(4), 444-453. doi:10.1080/13607863.2013.848837

- Safara, M. & Bhatia, M. (2008). Relationship of Religious Beliefs with Anxiety and Depression. *Delhi Psychiatric Journal*, 11(2), 177-179.
- Salgado, C. (2012) *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3293/1/Salgado_la.pdf
- Scheitle, C. & Adamczyk, A. (2010). High-cost religion, religious switching, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 325-342.
- Simkin, H. & Etchevers, E. (2014) Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(4), 265-275.
- Simkin, H. & Etchezahar, E. (2013). Las Orientaciones Religiosas Extrínseca e Intrínseca: Validación de la "Age Universal" I-E Scale en el Contexto Argentino. *Psykhē*, 22(1), 97-106. Recuperado de http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/477/pdf_1
- Singh, S. (2014) Well-being and emotion regulation in emerging adults: The role of religiosity. *Indian Journal of Positive Psychology*. 5(1), 46-50.
- Stojkovic, I. & Miric, J. (2012). Construction of a religious motivation questionnaire. *Psihologija*, 45, 155-170. doi: 10.2298/PSI1202155S
- Wong-McDonald, A. & Gorsuch, R. L. (2004). A multivariate theory of god concept, religious motivation, locus of control, coping, and spiritual well-being. *Journal Of Psychology & Theology*, 32(4), 318-334. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=f9db4d92-5c43-4e77-9914-df91ab35e541%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4107&bdata=Jmxhbm9ZXM%3d#db=a9h&AN=15409576>
- Yoffe, L. (2012). La religión y la espiritualidad en los duelos: desde la visión de la psicología positiva. En *Psicología Positiva*. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/psicologia/publicacion_psicologia_positiva_virtual.pdf.