

01962
6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPIRITUALIDAD Y SALUD MENTAL
EN ADULTOS MAYORES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA:

ARMANDO RIVERA LEDESMA

DIRECTORA: DRA. MARÍA E. MONTERO Y LÓPEZ LENA
SINODALES: DRA. MARÍA EMILIA LUCÍO GÓMEZ-MAQUEO
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA
DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
DRA. JULIA CASAMADRID PÉREZ



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

MAYO, 2003.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedico este trabajo:

***A Chelina, mi madre,
por todo el apoyo que siempre me has dado***

y

***A Karla Erichi Pachuzka, mi hija,
de quién me siento profundamente orgulloso,
como hija, como persona, y como abogada.***

UNIVERSIDAD DE LA GUAYANA FRANCESA
DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS Y
DOCUMENTACION
UNIDAD DE ATENCION AL USUARIO
CONTENIDO DE MI TRABAJO RECEPTORIAL
NOMBRE: DEBORA RIVERA
LEDESMA
FECHA: JUNIO 27 2003
LUGAR: LA GUAYANA FRANCESA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2

Agradecimientos

Esta tesis tiene su historia. Fue preciso pasar por varios intentos fallidos, varias ilusiones frustradas, varias luchas internas entre lo que debe ser y lo que conviene, mucho trabajo infructuoso, y mucho re-aprendizaje, para finalmente verla emerger. Durante todo ese tiempo la vida continuó, y varios seres queridos y respetados por mí me apoyaron en distintos momentos. Uno pierde la cuenta y el cuento de todos aquellos que contribuyeron cada día a concretar este sueño. Su guía, su escucha, su amor, su apoyo desinteresado, me levantaron muchas veces del desconsuelo y el desánimo. En mi corazón se que les guardo un profundo agradecimiento por todo lo que me han permitido vivir junto a ellos, y cada uno sabe a qué me refiero.

Debo agradecer a mis maestros. Aun sin darse cuenta me han dado mucho; mucho más de lo que creen. Entre esos maestros que pasan por la vida de uno dejando una profunda huella están: Dr. Nestor A. Braunstein I.; Dra. Rosa María Valle Gómez-Tagle.

Ha sido todo un honor para mí contar con la asesoría de maestros de primera línea de los cuales me siento orgulloso: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo; Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel; Dra. Julia Casamadrid Pérez; Dr. Juan José Sánchez-Sosa. Gracias por todo su apoyo y su comprensión.

Importante es dar cuenta de que ésta maravillosa experiencia de vida fue auspiciada parcialmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), lo cual agradezco profundamente.

Algo fue definitivo: Magda Flores, si no hubiese sido como es, quizá nada de esto habría sucedido. Gracias por eso. Gracias por ese poster cargado de esperanza.

Muy especialmente es preciso dar cuenta de que esta tesis fue posible gracias al apoyo de la Dra. María E. Montero y López-Lena, quién con su interés, paciencia y aliento me condujo desde su planteamiento inicial, hasta su culminación. Dra. Montero: lo que ha dejado en mi corazón y en mi mente es para siempre. ¿Qué puedo decirle? Usted ve más claro que yo... como siempre.

Finalmente: ¿A quién habría que agradecerle todo el apoyo que me ha brindado la Universidad Nacional Autónoma de México? Definitivamente, a Dios, porque el Espíritu continúa hablando por la raza. A Dios, quién con brazo fuerte y mano extendida me ha sostenido en el anhelo de ser un poquito útil.

**Gracias Padre. Gracias por llevarme a donde no merecía ir.
Gloria sea dada a tu nombre, hoy y siempre.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3

*Acuérdate de tu Creador en los días de tu juventud,
Antes que vengan los días malos,
Y lleguen los años de los cuales digas:
No tengo en ellos contentamiento;
Antes que se oscurezca el sol,
Y la luz,
Y la luna y las estrellas,
Y vuelvan las nubes tras la lluvia;
cuando temblarán los guardas de la casa,
Y se encorvarán los hombres fuertes,
Y cesarán las muelas porque han disminuido,
Y se oscurecerán los que miran por las ventanas;
Y las puertas de afuera se cerrarán;
Por lo bajo del ruido de la muela;
Cuando se levantará a la voz del ave,
Y todas las hijas del canto serán abatidas;
Cuando también temerán de lo que es alto,
Y habrá terrores en el camino;
Y florecerá el almendro, y la langosta será una carga,
Y se perderá el apetito;
Porque el hombre va a su morada eterna,
Y los endechadores andarán alrededor por las calles;
Antes que la cadena de plata se quiebre,
Y se rompa el cuenco de oro,
Y el cántaro se quiebre junto a la fuente,
Y la rueda sea rota sobre el pozo;
Y el polvo vuelva a la tierra,
Como era,
Y el espíritu vuelva a Dios que lo dio.*

Eclesiastés, 12:1-7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

Indice

Resumen	5
Introducción.	6
1. Marco conceptual.	9
1.1 Adultez Mayor.	9
1.1.1. Socio-demografía.	9
1.1.1.1. Crecimiento, distribución, sexo	9
1.1.1.2. Educación	13
1.1.1.3. Adultos Mayores económicamente activos	16
1.1.1.4. Adultos Mayores económicamente inactivos.	17
1.1.2. El envejecimiento.	19
1.1.2.1. Envejecimiento fisiológico normal.	20
1.1.2.2. Envejecimiento psicológico (funcional) normal.	21
1.1.2.3. El entorno social.	23
1.1.2.4. Vida productiva	25
1.2. Religión y Espiritualidad	26
1.2.1. Socio-demografía	26
1.2.2. Su definición.	29
1.2.3. Medidas desarrolladas en psicología.	34
1.3. Psicología del Adulto Mayor, Espiritualidad y Salud	38
1.3.1. Psicología del Adulto Mayor	38
1.3.2. Espiritualidad y Salud en el Adulto Mayor	42
2. Estrategia de investigación.	48
2.1. Objetivo general.	48
2.2. Objetivos específicos.	48
2.3. Método.	48
2.3.1. Hipótesis	48
2.3.2. Definición de variables	49
2.3.3. Muestra	50
2.3.4. Instrumentos de medición	50
2.3.5. Tipo de estudio	51
2.3.6. Procedimiento	51
2.3.7. Análisis de datos	55
2.3.7.1. Características socio-demográficas de la muestra	55
2.3.7.2. Importancia del Soporte social familiar y de pares	56
2.3.7.3. Hábitos religiosos y vida espiritual.	56
2.3.7.4. Cualidades psicométricas de los instrumentos utilizados.	57
2.3.7.5. Prueba de hipótesis de investigación.	59
2.3.7.6. Análisis post-hoc.	62

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Índice
(continuación)

3. Discusión, limitaciones, alcances y conclusiones	67
3.1. Hipótesis de investigación.	67
3.2. Aspectos metodológicos.	70
3.3. Impacto empírico.	71
3.4. Limitaciones.	72
3.5. Alcances.	73
3.6. Conclusiones.	73
Referencias	76
Anexo 1. Cuestionario aplicado	86
Anexo 2. Cualidades psicométricas de los instrumentos utilizados	88
<u>Cuadros</u>	
1. Principales cambios fisiológicos en el envejecimiento normal.	21
2. Principales cambios psicológicos (funcionales) en el envejecimiento normal.	22
3. Distribución de la población de 5 años y más de la República Mexicana según religión, 1990-2000.	27
4. Muestra de definiciones de religión y espiritualidad en psicología de la religión.	29
5. Características de algunas medidas de espiritualidad y religión.	35
6. Cualidades psicométricas de algunas medidas de espiritualidad y religión.	36
7. Batería utilizada en la investigación.	51
8. Nivel educativo por sexo.	56
9. Consistencia interna de los instrumentos utilizados. Correlación Ítem-Total y Alfa de Cronbach.	58
10. Estructura factorial del Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R.	59
11. Análisis de diferencias por sexo, en depresión, soledad y convicción religiosa.	60
12. Valores β del análisis de regresión múltiple practicado a las variables dependientes depresión y soledad.	61
13. Matriz Factorial Rotada para 16 reactivos seleccionados de la Escala de Afrontamiento de Moos	62
14. Grupos resultantes del análisis factorial practicado a la escala de afrontamiento de Moos.	63
15. Valores β del análisis de regresión múltiple practicado a las variables dependientes depresión y soledad. Análisis Post-hoc.	65
16. Medias de soledad según nivel educativo.	66
17. Medias de soledad según el número de personas que apoyan al sujeto.	66
18. Medias de soledad según el número de familiares que apoyan al sujeto.	66

TECNOLOGIA
FALLA DE ORIGEN

Índice
(continuación)

Gráficas

A. Evolución de la población de 60 años y más por sexo de 1950 al 2000.	9
B. Número de mujeres por hombre por rango de edad en el año 2000.	10
C. Distribución porcentual de la población con 60 años y más por entidad federativa.	11
D. Tasas de crecimiento medio anual. Estados seleccionados.	12
E. Participación de hombres y mujeres en el analfabetismo por rangos de edad.	13
F. Participación del analfabetismo por rangos de edad.	14
G. Analfabetismo en entidades seleccionadas en población de Adultos Mayores.	15
H. Población Adulta Mayor por nivel de instrucción.	16
I. Población ocupada de Adultos Mayores según situación en el trabajo.	17
J. Distribución de la población económicamente inactiva por tipo de inactividad.	18
K. Religión Católica. Representatividad por entidad federativa.	28

Figuras

1. Adaptación del modelo de interacción entre estrés y ajuste de Koenig et al. (1988) a las variables de nuestra investigación.	47
2. Modelo de relación entre la convicción religiosa y el ajuste a la Adultez Mayor.	47
3. Hipótesis 3.2.1.	48
4. Red de Correlaciones Bivariadas	61
5. Red de Correlaciones Bivariadas Análisis post-hoc	64

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Se investiga la relación entre la Convicción Religiosa, el Soporte Social Familiar y Religioso, el Afrontamiento Religioso y No-Religioso, y el Ajuste Psicológico del Adulto Mayor, explorado aquí a través del grado de Depresión y Soledad, en una muestra mexicana de la comunidad de 125 sujetos de ambos sexos entre los 60 y los 70 años de edad. Bajo un diseño transeccional correlacional, las variables religiosas no se asociaron significativamente con el ajuste psicológico, lo cual puede ser explicado por el probable predominio de una orientación religiosa *extrínseca* generalmente no asociada con la salud mental en contraposición a la *intrínseca* (Koenig, et al., 1992). Adicionalmente, el afrontar pasivamente (de manera emocional o por evitación) los problemas de la existencia, está asociado con la depresión y la soledad casi en igual medida ($r=.221$, $p=.05$ a $r=.293$, $p=.01$) en tanto el afrontamiento cognitivo (activo), se asocia inversamente con la soledad ($r = -.256$, $p=.01$).

ABSTRACT

This paper researches the relationship between Religious Belief, Religious and Family Social Support, and Religious Non-Religious Coping, and the Psychological Adjustment of the Elderly, analyzed here based on the degree of depression and loneliness, in a Mexican community sample composed of 125 subjects, male and female, aged between 60 and 70. Employing a correlational transeccional design the religious variables were not significantly associated with psychological adjustment; this may be explained by the probable predominance of an extrinsic religious orientation, usually not associated with mental health; as opposed to the intrinsic religious orientation (Koenig, et al., 1992). Additionally, passive coping (emotionally or through avoidance) with the problems of existence is associated with depression and loneliness almost in the same extent ($r=.221$, $p=.05$ to $r=.293$, $p=.01$), whereas cognitive coping (active) is inversely associated with loneliness ($r = -.256$, $p = .01$).

RECIBIDO CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción

Se ha reconocido la importancia clínica de la religiosidad y la espiritualidad en la vida de los individuos (Koenig, 1993b; Bienenfeld, et al., 1997). En el campo de la Adultez Mayor se ha destacado a su vez que es particularmente importante determinar la medida de la influencia de la vida espiritual en la salud mental (Koenig, et al. 1992). En un esfuerzo por contribuir a este esclarecimiento, en esta investigación se explora la relación entre la *Convicción Religiosa, el Soporte social familiar, el Soporte social religioso, y el Afrontamiento religioso y no-religioso, y el ajuste psicológico del Adulto Mayor, explorado aquí a través del grado de depresión y soledad, en una muestra mexicana de población abierta perteneciente al nivel socioeconómico medio de la Ciudad de México.*

Dicha muestra estuvo compuesta de 125 sujetos Adultos Mayores cognitivamente funcionales y de ambos sexos en aproximadamente igual proporción, con edades entre los 60 y los 70 años. Se trató de una investigación no experimental, de acuerdo con un diseño transeccional correlacional, en la que se emplearon cuatro escalas para medir Convicción religiosa y Soporte social religioso (*Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R, Holland, et al, 1998*), Depresión (*Escala de Depresión Geriátrica, versión corta, GDS-Short-form; Sheikh y Yesavage, 1986; González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002*), Soledad, Afrontamiento religioso y Soporte social familiar (*Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL; Montero, 1999*), Estrategias de afrontamiento (*Sub-escala de Estrategias de afrontamiento del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana-Forma breve, HDL, de Moos et al, 1986; Ayala, et al, 1988*), y un cuestionario de información socio-demográfica y hábitos religiosos.

Se ha señalado que existe cierto traslape entre los conceptos de *Religiosidad y Espiritualidad* (Mytko y Knight, 1999), y se ha hablado de ellos como un sólo constructo, refiriéndose a ambos como *creencias y prácticas religiosas y espirituales (CPRE)*. Al efecto, la discusión en medios académicos y de investigación ha sido acalorada y contrastante (Bienenfeld, et al., 1997). Con todo, la importancia clínica de las CPRE ha sido destacada por diferentes investigadores, subrayándose la importancia del bienestar espiritual y el desarrollo espiritual para el cuidado y el estudio de los Adultos Mayores (Ai, 2000), y se han establecido las bases para el uso de la espiritualidad y la religión dentro de la psicoterapia dirigida a este grupo etario (Koenig, et al., 1996). Adicionalmente, se han reconocido los problemas *religiosos o espirituales* como una entidad diagnóstica en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 1995).

Sobre la influencia de las CPRE sobre la salud, se ha reportado que las CPRE la afectan positivamente, tanto como al sentido de bienestar personal del anciano (Clark, et al. 1996; Larson, et al., 1989), al utilizarlas eficientemente como estrategia de afrontamiento del estrés (Koenig, et al, 1992; Koenig, 1993b). Ejemplos de ello son dos aspectos importantes en la vejez: los casos severos de mala salud (Yates et al. 1981; Silberfarb et al., 1991; Koenig, et al., 1988a), y el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estrés producto de las pérdidas típicas en la Adulthood Mayor asociadas con depresión (Blazer, 2000). Así, las CPRE se han asociado inversamente con la depresión (Koenig, et al, 1992; Stevens, 2000), y con bajos niveles de soledad (Walton, et al., 1991). Ya en México, se ha documentado una relación directa entre depresión y soledad, así como la importancia del afrontamiento religioso como un recurso usualmente utilizado en estados de soledad (Montero, 1999).

Ahora bien, es sabido que la vejez es un periodo de la vida que presenta múltiples estresores vinculados a cambios en la salud y a pérdidas de diferente índole. Koenig (1988a) ha destacado que las variables mediadoras entre dichos estresores y el ajuste a la Adulthood Mayor pueden ser agrupadas en estrategias de tipo *interno* (factores hereditarios, la personalidad y la historia de vida del sujeto), *externo* (la salud, las finanzas adecuadas o el soporte emocional de otros) y de *afrontamiento* (conductas observables o procesos de pensamiento), y otros investigadores han documentado la importancia de estos factores en concordancia con lo señalado por Koenig (Russell y Cutrona, 1991; Haley et al., 1987; Bienenfeld, et al., 1997).

Sin embargo, al parecer en México no se ha investigado el papel de la vida religiosa y espiritual en el ajuste a la Adulthood Mayor, a pesar del importante rol que juega lo religioso en la cultura del mexicano. Así, en la presente investigación se analizan *las relaciones entre el Compromiso o Convicción Religiosa definida aquí como un recurso interno, en la medida en que forma parte del haber cognitivo de un sujeto y por tanto de su personalidad; el Soporte social, visto en dos esferas, Soporte social familiar y Soporte social religioso (recursos externos); el Afrontamiento religioso y no-religioso, y el ajuste psicológico del Adulto Mayor, explorado aquí a través del grado de depresión y soledad*. De acuerdo con la literatura citada, se esperaba encontrar una relación inversa entre el grado de convicción religiosa, el afrontamiento religioso, el soporte social religioso, y las variables dependientes Depresión y Soledad. Sin embargo, entre tales variables no se estableció relación significativa alguna, indicando con ello que la convicción religiosa no tiene ningún efecto significativo en el ajuste psicológico del Adulto Mayor.

Sin embargo, los resultados reportados en esta investigación admiten una importante hipótesis: Allport (1966), contrasta una forma superior de fe denominada *religión intrínseca*, con otra forma inferior denominada *religión extrínseca*. El *creyente intrínseco* vive su religión y ve su fe como el valor más alto de su vida. En *contraste* el *creyente extrínseco* usa la religión en un sentido estrictamente utilitario para ganar seguridad, posición social, u otras metas no religiosas o anti-religiosas. En la presente investigación, parece ser que la orientación religiosa predominante no fue la *intrínseca* (positivamente asociada con la salud; Koenig et al, 1992); sino la orientación *extrínseca*, que por su parte no parece tener algún efecto directo ni inverso en la salud mental (Koenig et al, 1992).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, en cuanto a la relación entre los tipos de afrontamiento y el ajuste psicológico, parece ser que el afrontar pasivamente (de manera emocional o por evitación) los problemas de la existencia, está asociado con la depresión y la soledad casi en igual medida ($r=.221$ y $.293$ respectivamente), en tanto el afrontamiento cognitivo (activo), se asocia inversamente con la soledad ($r = -.256$).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Marco conceptual.

1.1. La Adultez Mayor

1.1.1. Socio-demografía

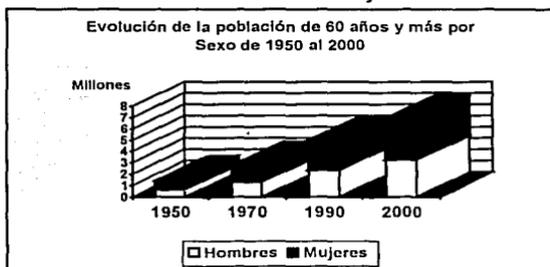
1.1.1.1. Crecimiento, Distribución, Sexo

A fin de ubicar la magnitud del sector senescente en México, convendrá delinear sus límites a la luz del análisis demográfico: De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2000), la población perteneciente a la tercera edad en la República Mexicana, que comprende a los individuos de 60 años en adelante, ascendió en el año 2000 a poco menos de 7 millones de personas; 7.1% de la población total del país.

El crecimiento ha sido notable: En el periodo comprendido entre 1970 y 1990 (INEGI, 1993), este sector de la población creció 84.1%, es decir, casi 2.3 millones de personas. Esto implicó una tasa de crecimiento anual del 3.1%, superior a la registrada por la población total, que para el mismo periodo ascendió a 2.6%.

Para el año 2000 (INEGI, 2000), la población de ancianos casi logró crecer en una década, lo que en el periodo 1970-1990 requirió 20 años; prácticamente 2 millones de ancianos más que en 1990, cuando estos representaban el 6.1% de la población total (INEGI, 1993). De 1990 al 2000, la población de gerontes creció a una tasa media anual del 3.9%, en tanto la población general lo hizo a una tasa del 2.0%. (Cf. Gráfica A).

Gráfica A
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000

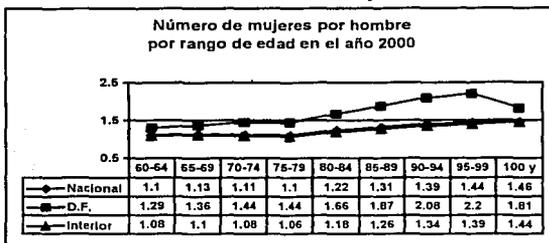


FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *La Tercera Edad en México, 1993; XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A nivel nacional la población de gerontes se distribuye casi en partes iguales para cada sexo; existen 1.13 mujeres por cada hombre, relación que se ha mantenido estable desde 1990, y que a su vez es indicativa de una *mayor mortalidad en el grupo masculino* (Gráfica B).

Gráfica B
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000



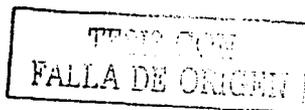
FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.*

Esto parece ser cierto conforme la población avanza en edad; entre los 60 y los 64 años la proporción es de 1.10, y se mantiene relativamente estable hasta los 79 años; sin embargo, de los 80 a los 84 años el índice se eleva a 1.22, manteniendo una tendencia ascendente hasta los 100 años en que se establece en 1.46. Esto parece indicar que *las mujeres tienden a ser más longevas*.

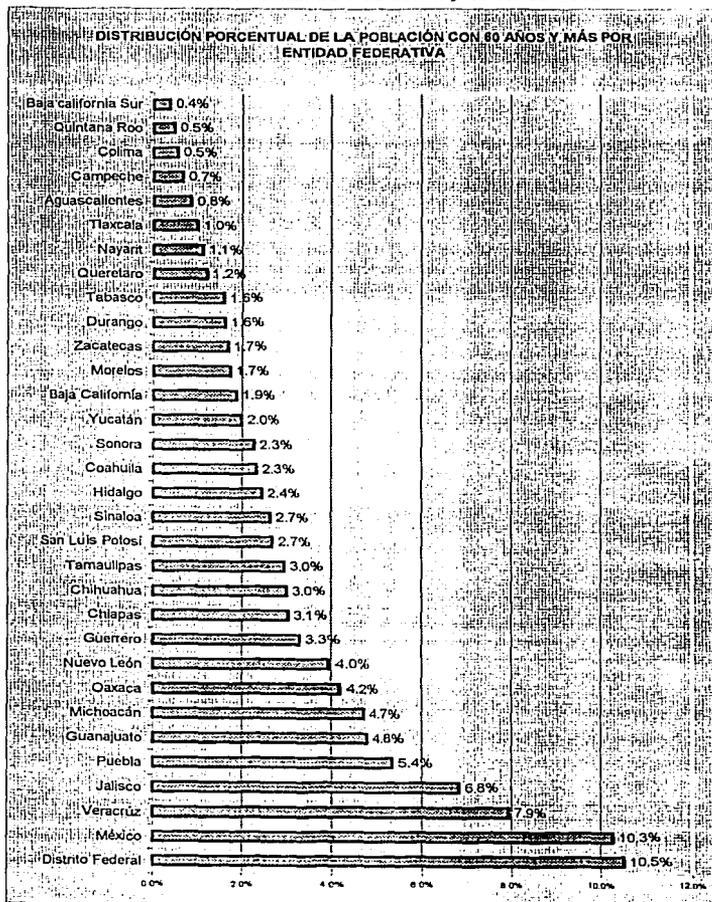
Ahora bien, analizando estos datos para el Distrito Federal por un lado, y para el Interior del país por otro, nos es posible detectar que el número de mujeres por hombre para la Ciudad de México posee un patrón de comportamiento notablemente diferente: la proporción de mujeres por hombre es 24.7% y 28.1% mayor que la reportada tanto a nivel nacional como para el interior del país, respectivamente. Esto parece indicar que *los hombres mueren a más temprana edad en el Distrito Federal que en el resto del país, en tanto las mujeres parecen poseer una mejor esperanza de vida*.

En el año 2000, la mayor concentración de gerontes del país se encuentra en el Distrito Federal y el Estado de México; en conjunto reúnen el 20.8% (1,444,344 sujetos) del total de ancianos del país (Cf. Gráfica C).

El Distrito Federal reportó en el año 2000 (INEGI, 2000) el 10.5% del total de ancianos (730,640 sujetos), porcentaje inferior en 1.3 puntos con respecto a 1990 (INEGI, 1993), cuando esta entidad reunía el 11.8% (587 mil personas) del total nacional de ancianos; con todo, las personas de la Tercera Edad representan el 8.5% de la población total del D.F., porcentaje 1.4 puntos mayor al de hace 10 años (7.1%), *producto probablemente del incremento en la esperanza de vida*.



Gráfica C
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000



FUENTE: Adaptado de Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000*.

TECNOLOGIA
FALLA DE ORIGEN

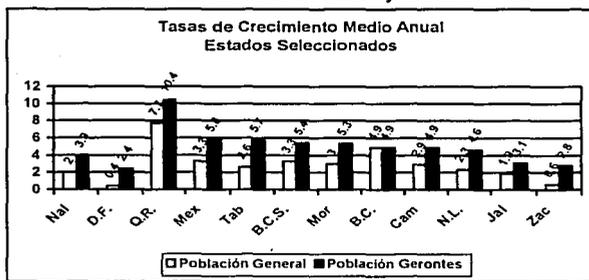
El Estado de México por su parte, con el 10.3% del total de ancianos en el año 2000 (713,704 sujetos), vio incrementada su participación en 1.5 puntos con respecto a 1990 cuando alcanzó sólo el 9.0% del mismo total. Este incremento también se vio reflejado en la participación de los ancianos del estado con respecto al total de su población general; este porcentaje pasó, del 4.6% en 1990, al 5.4% para el año 2000.

Estas cifras nos hablan del significativo crecimiento que está reportando la Tercera Edad en nuestro país. Prácticamente todos los estados de la República Mexicana presentaron en el año 2000 una tasa de crecimiento media anual de su población de gerontes, superior a la misma tasa reportada para su población general.

Por ejemplo: En tanto la población general en el país creció a un ritmo anual medio del 2.0%, los ancianos lo hicieron a una tasa del 3.9%, casi el doble; el Distrito Federal creció a un ritmo del 0.4% anual, en tanto sus Adultos Mayores lo hicieron al 2.4%; las tasas para el Estado de México fueron respectivamente, 3.3% contra 5.8%.

Ahora bien; a pesar de que el Distrito Federal posee la mayor cantidad de gerontes del país, en cuanto a crecimiento medio anual reporta la tasa más baja del país (2.4%); Quintana Roo en contraste, crece al 10.3% anual, y el resto de las entidades lo hacen en tasas que circundan el 3%, 4%, o 5%. (Cf. Gráfica D)

Gráfica D
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000



FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

Como quiera que sea, lo importante es que los Adultos mayores están creciendo a un ritmo importante, y continuarán haciéndolo en los próximos años conforme la expectativa de vida se vaya incrementando. Día con día este segmento de la

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN

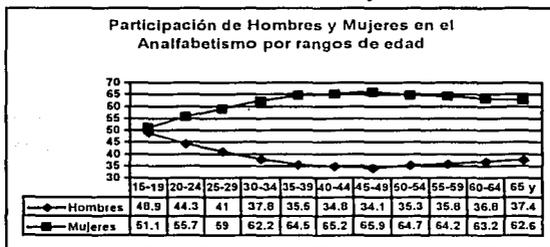
población va tomado en nuestro país una importancia cada vez más relevante, al incrementarse la demanda de servicios de asistencia económica, social y de salud para este sector.

1.1.1.2. Educación

Una de las variables que amplía o estrecha las posibilidades de cualquier sector de la población de un país, en cualquier dimensión que se desee explorar, es justamente la educación. La ancianidad en el México de principios del tercer milenio es aquélla a la que le tocó vivir las inclemencias sociales de los últimos tiempos de la época porfiriana, la revolución, y sobre todo los primeros años post-revolucionarios; por tanto, cuando se piensa en esas generaciones, se piensa en sujetos que carecieron de oportunidades de educación en forma importante, y las cifras demográficas no concluyen otra cosa.

De los casi 7 millones de gerontes del país, 2'091,117 de ellos, el 30.1%, son analfabetas (INEGI, 2000). Es alentador que en 1990 (INEGI, 1993) este porcentaje fuese del 35% aunque con 1'700,000 personas. El *analfabetismo es más acentuado en las mujeres*; Del total de la población analfabeta de Adultos Mayores, el 62.7% son mujeres, porcentaje más o menos constante en todos los rangos de edad, desde los 15 hasta los 65 años y más (Cf. Gráfica E).

Gráfica E
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000



FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

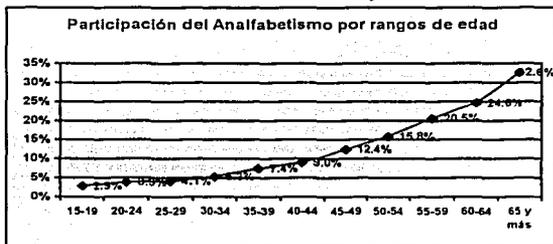
Por otro lado, entre la población femenina de gerontes, el porcentaje de analfabetismo es del 35.5% (41.1% en 1990); en los hombres alcanza el 23.9% (28.3% en 1990).

Estas impresionantes cifras pueden ser debidas al papel tradicional que jugó la mujer, a menudo desligado de la educación. Las carencias económicas y la marginación social de la que por mucho tiempo fue objeto la mujer en el pasado, la han limitado en el presente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ahora bien; como puede verse en el Gráfico F, el problema del analfabetismo se incrementa conforme se avanza en los rangos de edad; así las cosas, con lo visto hasta aquí: podría pensarse que a mayor edad, mayores posibilidades de analfabetismo, con especial énfasis en el sexo femenino. Dado que el problema del analfabetismo tiende a disminuir en las generaciones más jóvenes, es de esperarse que en el futuro la población de la tercera edad cuente con una posición más ventajosa al respecto; pero esto llevará aun algunos lustros.

Gráfica F
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000



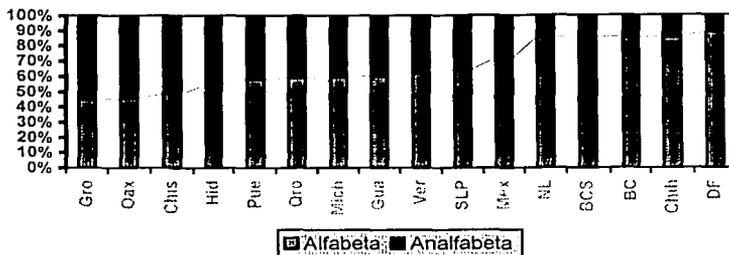
FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000*.

Entre los Adultos Mayores, el D.F. cuenta con una posición favorecida por un analfabetismo del orden del 11.2% (14.7% en 1990; INEGI, 1993), el más bajo del país (INEGI, 2000). Sin embargo, éste "halagador" porcentaje se ve oscurecido, cuando reparamos en estados como Oaxaca, Guerrero y Chiapas alcanzan porcentajes del orden del 54.4%, 55.2% y 51.6% respectivamente, signo inequívoco del atraso socioeconómico de tales regiones, aunque en la última década han disminuido su nivel de analfabetismo en aproximadamente 5% (Cf. Gráfica G).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica G
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000

Analfabetismo en entidades seleccionadas en población de Adultos Mayores



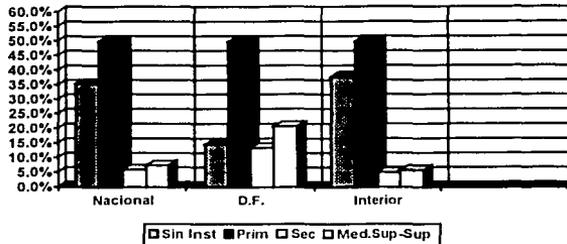
FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

De los casi 7 millones de gerontes del país, el 35.3% no cuentan con instrucción alguna (estudios de nivel primaria, postprimaria, media o superior) (INEGI, 2000); ateniéndonos al sexo, de todos los hombres, el porcentaje asciende a 31.4%; en las mujeres a 38.8%. El 49.9% de la población total de sujetos pertenecientes a la tercera edad, poseen un nivel de instrucción que no supera la educación primaria; el 68.6% de estos, ni siquiera lograron concluirla. Sólo 509,491 sujetos (7.3% de la población total de Gerontes del país), cuentan con estudios a nivel medio superior y superior (Cf. Grafica H).

De lo anterior podemos concluir en relación con el trabajo psicológico evaluativo en la tercera edad que tales datos ponen de manifiesto, que el sector de la tercera edad en México corresponde a una esfera poblacional caracterizada por un bajo nivel de instrucción y un alto analfabetismo. El nivel de analfabetismo de la población perteneciente a la tercera edad es y será significativo por mucho tiempo; 1/3 de la población de ancianos no sabe leer y escribir y en el caso de las mujeres esta condición alcanza el 35.4%. Es patente la necesidad de desarrollar tests psicológicos capaces de operar en poblaciones analfabetas y/o con un bajo nivel de instrucción. El desarrollo, selección y aplicación de tests psicológicos a aplicar en el trabajo clínico y social debe considerar esto con detenimiento.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica H
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000
Población Adulta Mayor por nivel de instrucción



FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000*.

1.1.1.3. Adultos Mayores Económicamente Activos.

De acuerdo con el INEGI (2000), sólo una tercera parte (29%; 2,013,991 personas) de la población total de gerontes del país es económicamente activa (PEA) en el año 2000; situación que se mantuvo estable con respecto 1990 (INEGI, 1993), cuando el porcentaje ascendió a 28.6%, pero aún bajo en comparación con el 41.4% registrado en 1970 (INEGI, 1993). La PEA varía en forma importante a grandes pasos de estado a estado: En Chiapas, Quintana Roo y Oaxaca asciende respectivamente al 39.8%, 38.4% y 37.3%, mientras que Nuevo León, Zacatecas y Coahuila ascendieron a 22.4%, 23.1% y 23.2% respectivamente.

La mayor parte de gerontes de ambos sexos pertenecientes a la PEA trabajan por su cuenta (48.3%), lo cual parece ser la tendencia de este grupo conforme avanzan en edad. El segundo grupo de actividad en importancia, "empleado u obrero", representa el 25.7% y su tendencia disminuye en la medida en que el grupo alcanza mayor longevidad. A diferencia de estos dos grupos, la actividad de "jornalero o peón" parece mantenerse constante, y sólo un 4% de la población se ocupa como "patrón o empresario"; finalmente, el 3.5% colabora en un trabajo familiar no remunerado.

Las entidades federativas económicamente más favorecidas, suelen presentar mejores oportunidades a los ancianos. Esto parece deducirse del Distrito Federal, a diferencia del total nacional, el 51% de su población de gerontes trabajan como empleados u obreros y sólo el 2% lo hacen como jornaleros o peones. Sin considerar a Baja California, el D.F. posee la distribución porcentual más baja del

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

país de gerontes que trabajan por su cuenta (36%), y la más alta en la categoría "patrón o empresario" (7%) y la más baja (0.7%) en la categoría "trabajador familiar no remunerado". En contraste, el estado de Oaxaca, socioeconómicamente menos favorecido, posee una distribución distinta, como puede observarse en la Gráfica I.

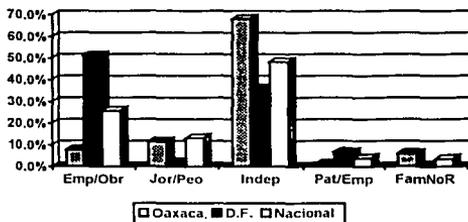
1.1.1.4. Adultos Mayores Económicamente Inactivos.

Ahora bien, el 70.6%, más de dos tercios de la población de la tercera edad son económicamente inactivos en el año 2000 (INEGI, 2000); situación que se ha mantenido estable desde 1990 cuando el porcentaje ascendió a 71.4% (INEGI, 1993).

En comparación con la población general nacional, los Adultos Mayores del país pertenecientes a la PEI se dedican fundamentalmente al hogar (46.3%), o son "inactivos" en virtud de haber sido pensionados o jubilados (16.2%). En estos dos rubros es interesante citar que en tanto las mujeres representan el 97.6% de las personas dedicadas al hogar; los hombres, por su parte, representan el 74.4% del sector de jubilados y pensionados.

Gráfica I
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000

Población ocupada de Adultos Mayores según
situación en el trabajo.
Entidades seleccionadas.



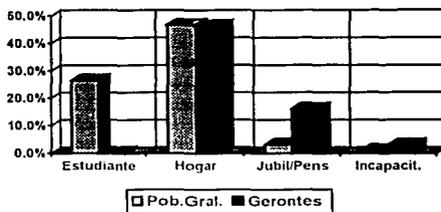
FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

Finalmente, muy pocos de ellos ocupan su tiempo en ser estudiantes (0.2%), y los incapacitados sin ningún tipo de retribución oficial (jubilación o pensión) representan el 3.1% (Cf. Gráfica J).

Lo citado *da clara cuenta de la influencia de los roles asignados a cada genero*. Las mujeres, al haberse dedicado la mayor parte de su existencia a labores domésticas no cuentan al final de su vida con prestaciones laborales del tipo de la jubilación, a menos que su esposo, ya fallecido, les haya hecho beneficiarias de ella; por lo contrario, los hombres si cuentan con este beneficio. La diferencia entre estos roles hace perdurar la dependencia de la mujer en su esposo o su familia, aun al final de su vida.

Gráfica J
XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000

Distribución de la PEI por tipo de inactividad.
Población general y Gerontes



FUENTE: Adaptado de: Instituto Nacional de Estadística
Geografía e Informática, *XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000*.

En suma: *Parece claro que la Tercera Edad no se encuentra incluida dentro de alternativas laborales que permitan su inclusión en la PEA; sólo un tercio de la población es económicamente activa y los ingresos de la mayoría (72%) son inferiores a 2 salarios mínimos e incluso nulos. El 71% de la población, económicamente inactiva, suele obtener ingresos del subempleo, pensiones o de otros miembros de la familia, según ha constado en otros análisis (INEGI, 1993).*

De acuerdo con lo anterior, es claro que la situación productiva y económica de los gerontes es materialmente difícil. Su preocupación fundamental es sobrevivir económicamente y satisfacer necesidades básicas de alimentación y habitación; bajo esta tesitura, sus problemas de salud física son un problema secundario, y su salud psicológica ni siquiera es contemplada. ¿Puede interesarle a un anciano someterse a un proceso psicoterapéutico bajo condiciones de desamparo y pobreza apremiantes?. ¿Tiene sentido?. La clínica diaria parece indicar que no; antes bien será preciso resolver sus problemas materiales de vida, para dar paso a exigencias existenciales.

Por otro lado, llegar a jubilarse implica el abandono no sólo de un trabajo, sino de un liderazgo familiar que se desprende del rol personal, poco a poco, y que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

constituye en sí mismo un proceso de replanteamiento de la existencia; proceso de duelo centrado en la existencia que se analizará más adelante, pero que desde ya hace necesario el tomar nota del importante compromiso emocional que implica.

1.1.2. El envejecimiento

En principio, el envejecimiento es un fenómeno que ha sido considerado por algunos autores como un suceso extraordinario no natural, producto de la civilización humana o la domesticación (Carstensen y Edelman, 1989). Tal afirmación encuentra fundamento en el hecho de que en las sociedades avanzadas, las probabilidades de vida de los seres humanos se han visto incrementadas en forma notable; esto ha permitido que cada vez más seres humanos alcancen la vejez hasta límites insospechados. Han sido las posibilidades de protección, tanto sobre los animales como sobre los seres humanos, lo que ha permitido la *expresión* de la vejez en términos que de otra manera nunca hubieran ocurrido. Se ha señalado que con la mejoría de las condiciones de vida, la vejez ya es más un producto del progreso social que la sola expresión de un patrimonio genético (Ferrety et al., 1994).

Esto no ocurre en la vida natural de muchos animales, que suelen morir por enfermedad o a causa de otros depredadores. Carstensen y Edelman (1989) han apoyado la opinión de que dado que normalmente los animales mueren mucho antes de haber envejecido, es poco probable que la evolución pudiera haber seleccionado el proceso de envejecimiento como objeto de una presión selectiva; por ello el autor concluye que el envejecimiento no puede ser contemplado como una adaptación al medio, lo cual, en nuestra opinión, parece rebasar los límites de la biología hasta alcanzar una confirmación social altamente pertinente en nuestra sociedad; el viejo, simplemente no encuentra un lugar para sí mismo en nuestra sociedad; su adaptación a la sociedad moderna es un proceso altamente forzado que reduce sus posibilidades autoplásticas de adaptación (es decir, el adaptarse activamente a los cambios del medio) al mínimo; si la sociedad no cambia (aloplásticamente; es decir, si esta no se adapta a los cambios y necesidades del anciano), el viejo simplemente disfunciona.

El envejecimiento plantea una serie de cambios físicos normales cuyo origen es todavía materia de estudio en la biología con resultados aún no concluyentes; los cambios biológicos afectan con el tiempo a prácticamente todos los componentes de los sistemas vivos desde un nivel molecular hasta el organismo entero, lo cual ha favorecido la edificación de teorías del envejecimiento basadas en los acontecimientos que ocurren, con el tiempo, a nivel de la molécula de las organelas celulares, de las células, tejidos, órganos o del animal entero (Carstensen y Edelman, 1989).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La Organización Mundial de la Salud consideró anciano, adulto mayor o senecto a las personas mayores de 60 años de edad en los países subdesarrollados, y de 65 años para los países desarrollados, según el acuerdo de Kiev de 1979 (Lozano, 1992). La diferencia en tal tratamiento conceptual estaba dada por el hecho de que en los países subdesarrollados las personas tienden a alcanzar la senectud con mayor rapidez; en los países desarrollados la calidad de vida es superior, favoreciendo un envejecimiento tardío. En 1982, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fijó la edad de inicio de la vejez en los 60 años (Krassoievitch, 1993).

Sin embargo, tales acuerdos (o "decretos") han recibido agudas críticas; Krassoievitch (1993) señala: "Aunque más allá de los 65 o de los 70 años no quede señalado el envejecimiento por jalones oficiales, el grupo de los "viejos" engloba un amplio abanico de edades. En efecto, si se considera la distribución por edades de los "viejos" se comprueba que se halla repartida entre dos o tres generaciones"

Ahora bien, parte de la problemática para establecer un criterio uniforme sobre envejecimiento normal está dado por la amplia variación entre las diferencias individuales en los ancianos; prácticamente en todos los estudios de funciones psicológicas, la desviación estándar entre coeficientes de personas de más edad es mayor que la de los más jóvenes, observándose también la misma tendencia con respecto a muchas variables fisiológicas (Carstensen y Edelstein, 1989). Las personas de edad difieren más entre ellas que una muestra comparable de adultos más jóvenes. Las diferencias de edad no se manifiestan en el mismo grado en todas las personas ancianas; el mecanismo que conduce a los cambios fisiológicos y psicológicos no está ligado estrechamente a la edad cronológica y la gente no experimenta el mismo declive a aproximadamente la misma edad (Carstensen y Edelstein, 1989).

Busse (1969; citado por Carstensen y Edelstein, 1989) habla de envejecimiento primario definiéndolo como el resultado de procesos biológicos hereditarios que dependen del tiempo, y de envejecimiento secundario como aquél que ha sido provocado por el declive de las funciones, a causa de enfermedades crónicas; tal clasificación es utilizada tanto fisiológica como psicológicamente.

1.1.2.1. Envejecimiento fisiológico normal

Birren y Zarit (1985) definen el envejecimiento biológico, la senescencia, como un proceso de cambios del organismo que, con el tiempo, disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y adaptación a las demandas ambientales. Zarit y Zarit (Carstensen y Edelstein, 1989) destacan que a pesar de la falta de conocimientos sobre las causas del envejecimiento normal, los resultados son indiscutibles: Los cambios que comienzan a nivel genético y celular se hacen sentir, a la larga, a nivel sistémico, aunque no todos los sistemas envejecen a la misma velocidad; un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sujeto puede tener 75 años de edad cronológica y poseer un corazón de 65 y un sistema gastrointestinal de 85. Los principales cambios fisiológicos que aparecen en la senescencia se describen en el cuadro 1.

Como consecuencia de los cambios que sufre el organismo por una parte, y a consecuencia de factores sociales y afectivos enmarcados en alguna medida en la cultura y actitudes sociales hacia los ancianos, está el consumo de asistencia médica. Parece normativo el hecho de que ésta aumente en todos los niveles: asistencia ambulatoria, cuidados domiciliarios, tanto médicos como paramédicos, consumo de medicamentos y de tecnología, hospitalizaciones o estancias en diversas instituciones más o menos medicalizadas. La polimorbilidad es característica en los ancianos; después de los 80 años se pueden distinguir en un tercio de esta población 6 enfermedades o más (Ferrej, et al., 1994). A consecuencia de lo anterior, la polifarmacia es también característica.

Cuadro 1
Principales cambios fisiológicos en el envejecimiento normal

Apariencia física	<ul style="list-style-type: none"> • Son los cambios más evidentes. • El cabello, las uñas, la piel, la composición del organismo, el esqueleto y los dientes sufren cambios con la edad. Se presentan ligeras modificaciones en la talla, más notables en las mujeres que en los hombres¹.
Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo condiciones de estrés, la respuesta de un corazón envejecido puede ser menos eficaz. La frecuencia cardíaca máxima declina con la edad¹.
Sistema respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • La caja torácica se vuelve cada vez más rígida y las fibras musculares se hace más pequeñas y disminuyen en número¹. • El flujo de aire hacia los pulmones disminuye de un 20 a un 30% en el período que va desde la edad adulta joven hasta la senectud. La captación de oxígeno máxima declina en un 30% a los 60 años¹.
Sistema gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Los intestinos segregan una menor cantidad de enzimas¹. • El hígado puede empezar a disminuir de tamaño¹. • Los problemas de la vesícula biliar se incrementan¹.
Sistema excretor	<ul style="list-style-type: none"> • La capacidad vesical disminuye con la edad y las infecciones del tracto urinario se incrementan¹. • A los 90 años, los riñones han perdido un tercio de su peso¹.
Sistema endócrino	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia a la glucosa disminuida¹. • La glándula hipofisaria muestra envejecimiento¹.

Zarit y Zarit, "Envejecimiento molar: fisiología y psicología del envejecimiento normal", en Carstensen, y Edelstein, (1989)

1.1.2.2. Envejecimiento psicológico (funcional) normal

El envejecimiento psicológico conlleva cambios en los procesos sensoriales y perceptuales y en las capacidades cognitivas tales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria. Generalmente se cree que los cambios biológicos primarios son la fuente de las modificaciones de las funciones psicológicas (Zarit y Zarit, en Carstensen y Edelstein, 1989). Sin embargo, la presencia de una alteración en la memoria, la capacidad para resolver problemas, la motricidad, etc., debe ser valorada siempre con cuidado; en el caso del anciano, el estado emocional por el que curse puede ser importante en la consideración de sus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

habilidades. La presencia de una alteración tal, no implica necesariamente la aparición de una merma funcional lógica de "la edad". Siempre es importante considerar su estado afectivo, su situación psicosocial, y no establecer valoraciones rígidas (Salgado y Guillen, 1990). Los principales cambios psicológicos se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2
Principales cambios psicológicos (funcionales) en el envejecimiento normal

Sensaciones y Percepción	<ul style="list-style-type: none"> • Los cinco sentidos declinan en sensibilidad con la edad y la capacidad de compensación está disminuida, debido al propio declive de los sentidos.¹ Otros autores consideran lo contrario, es decir, que la mayoría de los ancianos resultan capaces de compensar los efectos de las pérdidas que hayan podido sufrir, reduciéndolas al mínimo.² Reducción en la capacidad de recibir y de tratar las informaciones concernientes al entorno.² <p>Visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más de la mitad de los casos de ceguera se desarrollan después de los 65 años¹. • La pupila se acomoda (enfoque) más lentamente a los cambios de la iluminación. Distinta adaptación a las variaciones en la intensidad de la luz. La capacidad y velocidad de acomodación del ojo está disminuida. Incremento del tiempo para la adaptación a la oscuridad^{1,2}. • Perceptualmente, se requiere más tiempo para procesar la información visual¹. • Disminución de la sensibilidad a los colores¹. • Presbiopia, pérdida gradual de localización de objetos próximos y lejanos; 9 de cada 10 personas usan cristales correctores. La lectura se vuelve penosa; dificultad con caracteres pequeños y detalles menudos.² • Percepción profunda pobre¹. • Mayor sensibilidad a las ilusiones ópticas¹. <p>Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La discriminación del tono cae marcadamente para las frecuencias más altas.^{1,2} • Disminuciones tanto de la intensidad mínima de los estímulos que son capaces de detectar, como de la capacidad para discriminar frecuencias distintas¹. • Dificultad en la percepción del lenguaje, no perciben el habla degradada (interrupción de frases, hablar más rápido de lo normal, en condiciones de acústica pobre o con ruidos ambientales).¹
Inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha detectado un declive relacionado con la edad sólo en fluidez del lenguaje (inteligencia fluida); la inteligencia cristalizada se conserva. Las habilidades que soportan la inteligencia fluida no son practicadas por los ancianos; la estimulación adecuada puede optimizarla¹. • En comparación con sujetos jóvenes los ancianos son menos aptos para organizar e integrar información, así, tienen menos éxito en tareas de resolución de problemas.²
Memoria y aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Menoscabados en los ancianos en condiciones de distractibilidad, si el material a recordar es extenso, o tiene menos sentido¹. • Las deficiencias en visión y audición están relacionadas con bajo rendimiento en memoria y aprendizaje¹. • Tienen a recordar más fácilmente acontecimientos remotos que recientes¹. Las pérdidas más importantes de memoria están vinculadas a la etapa de entrada de datos o fijación de las impresiones sensoriales, sin embargo, otros autores han logrado concluir que la memoria disminuye con la edad para todos los parámetros: entrada de datos, memoria a corto y largo plazo.² • Las quejas sobre fallos de memoria se asocian más a depresión que a memoria real¹.
Motricidad fina y global	<ul style="list-style-type: none"> • Puede verse afectada a consecuencia de un declive de la fuerza muscular, incremento de los tejidos grasos, de la osteoartritis y otros procesos físicos deficientes. Movimientos motores globales lentos, los finos se vuelven lentos y menos precisos, susceptibles de mejorar con ejercicios. Aumento de los tiempos de reacción y de toma de decisión.²

¹ Zarit y Zarit, Envejecimiento molar: fisiología y psicología del envejecimiento normal", en Carstensen y Edelstein, (1989), p. 37.

² Mishara y Riedel, (1986), p. 48 y 95

TECNOLOGÍA
FALLA DE ORIGEN

1.1.2.3. El entorno social.

El peso más grande que cae sobre las espaldas del adulto mayor no es quizá el proceso de envejecimiento, sino la serie de cambios sociales a los que se expone conforme avanza en edad. Parte de este peso está determinado por los prejuicios sociales; como tales, están basados en concepciones erróneas sobre la vejez, y no en poca medida, por reacciones transferenciales hacia ella...y la muerte.

Salvarezza (1993) ha dedicado parte de su libro a analizar el papel del prejuicio, utilizando el término viejismo, como un neologismo derivado del término ageism introducido por Butler (1982) en 1973 para referirse a éste fenómeno. Define el término viejismo como un conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad. Al analizar el problema del prejuicio, Busse (1980) señala que las reacciones emocionales de los prejuiciosos corresponden a patrones de conducta infantiles de respuesta a estímulos difíciles de controlar; considera que los prejuicios van asociados a la idea de la vejez como sinónimo de declinación mental y física; así, el prejuicio es una respuesta inconsciente de rechazo tanto al proceso de envejecimiento como a las personas que son portadoras de él. Esto conlleva el hecho, señalado por Salvarezza, de que un viejo frente a nosotros es como una especie de "espejo del tiempo". Al respecto, el propio Salvarezza cita a Simone de Beauvoir cuando ésta señala que nos negamos a reconocernos en el viejo que seremos. Esto genera un rechazo transferencial importante hacia el viejo: los psiquiatras son pesimistas con respecto al tratamiento de los pacientes viejos según Gibson (1970); o consideran a los pacientes viejos como poco interesantes como pacientes, según concluye Ford (1980).

Salvarezza (1993) hace destacar la *teoría del desapego* introducida por Cummings y Henry a finales de la década del los 50's en un libro titulado *Growing old: the process of disengagement* que logró generar fuertes controversias en torno a los aspectos sociales de la vejez. La teoría del desapego o de la desvinculación sostiene que, con el paulatino advenimiento de la vejez, se va produciendo una reducción en el interés vital por las actividades y objetos que rodean al individuo que va generando un sistemático apartamiento de toda clase de interacción social. Este proceso no sólo sería un proceso normal del envejecimiento, sino que incluso sería deseado y buscado por el individuo a fin de evitar confrontaciones con objetos y situaciones problemáticas que le generen angustia. Salvarezza cita que esta teoría sostiene: Que tal proceso es *universal* y factible en toda cultura y tiempo histórico; *inevitable* porque está basado en procesos psicobiológicos, e *intrínseco* al ser humano, al no estar condicionado ni determinado por variable social alguna.

No faltaron los argumentos en contra de esta teoría. Carp (1963), en un estudio realizado en una residencia logra concluir que los ancianos, en un ambiente positivo, prefieren la actividad y los contactos sociales informales más que el

desapego; sugiere que éste es la resultante de conductas adversas del entorno, más que elementos constitutivos propios de la edad. Maddox (1963) sugirió que el anciano debía mantenerse en tanta actividad como fuera posible, y que cuando no le fuese posible desarrollar ciertas actividades, tendrían que buscarse sustitutos para ellas.

Salvarezza (1993) por su parte propone la unificación de las diferentes investigaciones contrapuestas a la teoría del desapego, en una teoría contraria denominada *Teoría del apego*. Salvarezza opina sobre ella: "...toda posibilidad de ser dentro del contexto humano es posible solamente en relación con otro, o con los objetos contingentes. Toda satisfacción de necesidades o deseos es provista sólo en estas relaciones objetales, y la separación o el aislamiento deben ser comprendidos como formando parte de la patología o de la acción prejuiciosa y segregacionista contra los viejos de ciertas estructuras sociales, pero de ninguna manera como normalidad". De hecho, todo cuanto se lleve a cabo para aproximar al anciano a su contexto social y afectivo, no constituirá sino la tendencia lógica contemporánea (Wertheimer y Simeone, 1993). Proceder en sentido opuesto constituiría un grave error de consecuencias iatrogénicas.

Lo trascendente de la teoría del desapego es que pone de manifiesto un prejuicio sobre la vejez ampliamente difundido: el de la pasividad, el deterioro, la necesaria segregación que supone la vejez. Vejez es así, sinónimo de improductividad e incapacidad, en una sociedad competitiva donde el papel de los jóvenes es cada vez más prioritario, y donde lo viejo, lo tradicional, es desechado a cambio de aquello considerado moderno.

Otro prejuicio con relación a la vejez es el considerar al anciano como enfermo; aquí, vejez es sinónimo de enfermedad. Existe un estereotipo del anciano que lo minusvalúa como sujeto productivo; dado que la literatura científica lo presenta como enfermo crónico, lento y con bajo poder de adaptación a nuevas situaciones, el mundo empresarial prefiere no contratarlo (Mishara y Riedel, 1986). El problema básico de este prejuicio (como todos los prejuicios) es que incluso aquel a quien va dirigido, termine por creerlo; en tal caso, el prejuicio se convierte en una profecía autoperdida, autocumplida (Salvarezza, 1993) con consecuencias de largo alcance. Dado que el geronte en nuestra sociedad es prácticamente retirado del mundo productivo (la jubilación es obligatoria y no definida por la capacidad productiva del individuo, sino por su edad) y tratado en buena medida de acuerdo con la teoría del desapego, el identificarse con un rol de enfermo es siempre una alternativa para quien ha perdido su rol social productivo. Lo cierto es que diferentes investigaciones han logrado concluir que vejez no es necesariamente lo mismo que enfermedad, y que lo que se dice al respecto está más del lado del mito, que de la realidad (Salvarezza, 1993).

Quizá vinculadas con lo anterior, se encuentran varias falsas creencias relativas a la sexualidad del anciano, entre las que se afirma que: el sexo no es importante para los viejos y que el interés de los viejos en el sexo es anormal; por otro lado, se ha sostenido que las personas de edad no tienen deseo sexual y que no son

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sexualmente capaces. Tales consideraciones han podido ser descartadas (Carstensen y Edelstein, 1989), al documentarse la existencia de deseo sexual, si bien bajo un ejercicio distinto al de sujetos más jóvenes; aspectos tales como las caricias, la ternura, los olores, el contacto, son acentuados en este periodo de la vida. Si bien la respuesta sexual (v.gr. erección, lubricación vaginal) puede ser más lenta, el deseo y la atracción sexual existe de hecho.

1.1.2.4. Vida productiva

La jubilación suele marcar un cambio psicosocial importante en las personas de edad, al demarcar el fin de una vida productiva formal, y dar pie a la esperanza de realizar todas aquellas actividades sacrificadas y postergadas por el sujeto a fin de atender otros compromisos. Pero tal esperanza es engañosa. Strejilevich (1987) destaca que a raíz de la jubilación, millones de ancianos permanecen en la pobreza. Lógicamente, los sueños de tener una vida feliz y reposada se ven truncados para la mayoría de los gerontes, con la correspondiente carga emocional que esto involucra.

Ahora bien, Krassoievitch reporta una investigación realizada en el estado de Toluca (Zenil, et al. 1976) en la que fueron entrevistados 280 jubilados en su domicilio; los resultados de la investigación fueron los siguientes: La gran mayoría de los jubilados vivían con su familia; todos los sujetos informaron que ésta los trataba bien; sin embargo, debían ceder a sus condiciones; carecían de autoridad sobre el grupo familiar. En casi todos los casos el anciano contribuía a los gastos de la casa, e incluso ayudaba económicamente a sus hijos. Los jubilados presentaron disminución psicomotora en todos los niveles, así como limitaciones perceptivas en la mitad de ellos. Sus actividades eran muy limitadas, concretándose al área de la casa y eran de tipo doméstico. Los jubilados mostraron tendencia a mantener relaciones de dependencia, en especial hacia la familia o hacia un miembro de ésta. Existía una alta proporción de aislamiento y desconfianza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 Religión y Espiritualidad.

Hemos visto cómo el Adulto Mayor es sometido a una situación altamente estresante (*su situación*); su superación dependerá de la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento eficientes y adecuadas. Una de estas estrategias de afrontamiento es la religiosidad o la vida espiritual, que analizaremos a continuación. Como un primer acercamiento a este problema se describirá la socio-demografía de la religión en nuestro país a fin de conocer los grupos religiosos que lo caracterizan y la medida de su presencia e importancia.

Hecho lo anterior y en otro orden de ideas, se abordará el problema de la definición de los conceptos de religión y espiritualidad, dado que tal distinción implica planteamientos teóricos y prácticos que deben ser abordados. Estos últimos permitirán, en el siguiente apartado, comprender mejor la naturaleza de los distintos instrumentos desarrollados en el campo de la psicología con el objeto de medir la religiosidad y la vida espiritual.

Finalmente, se expondrán los hallazgos científicos pertinentes a la relación entre religiosidad, espiritualidad y salud, para culminar con la formulación del problema de investigación que norma este trabajo.

1.2.1. Socio-demografía

De acuerdo con la información censal del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 1992, 2001), la religión católica continúa siendo predominante en México en el año 2000 con el 88% de representatividad en la población nacional. El segundo grupo religioso en importancia está constituido por las religiones agrupadas bajo el rubro de *Protestantes* (que incluye *Protestantes evangélicos* y *religiones bíblicas no evangélicas*) con el 7.3% del total del país. Por otro lado, el 3.5% de la población declara no pertenecer a ninguna religión.

Un análisis comparativo del comportamiento de dichos grupos religiosos entre las décadas de 1990 y 2000, muestra que, en tanto las religiones protestantes han crecido en 78.6%, el catolicismo lo ha hecho en 17.9%, conservando para sí un 1.7% menos de representatividad que en 1990. La representatividad de los grupos religiosos protestantes, por otro lado, ganó en el mismo período 2.4 puntos porcentuales; así, aunque de acuerdo con el INEGI el crecimiento de la religión católica ha sido notablemente superior en términos absolutos (11 millones 327 mil, en números redondos entre 1990 y 2000, en comparación con sólo 2 millones 712 mil en el mismo período para las religiones protestantes), las tasas de crecimiento descritas parecen mostrar un mayor dinamismo en los grupos protestantes (Cf. Cuadro 3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 3
Distribución de la Población de 5 años y más de la
República Mexicana, según religión, 1990-2000
(Miles)

Religión	1990		2000		Δ%
	Población	%	Población	%	
Católica	63,285	89.7	74,612	88.0	17.90
Protestante	3,448	4.9	6,160	7.3	78.65
Judáica	58	0.1	45	0.1	-22.41
Otra	1,021	1.4	261	0.3	-74.44
Ninguna	2,288	3.2	2,983	3.5	30.38
No especificado	462	0.7	733	0.9	58.66
	70,562	100.0	84,794	100.0	20.17

INEGI, (1992), XI Censo Nacional de Población y Vivienda 1990, Perfil sociodemográfico, México

INEGI, (2001), XII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000, Tabulados básicos I, México.

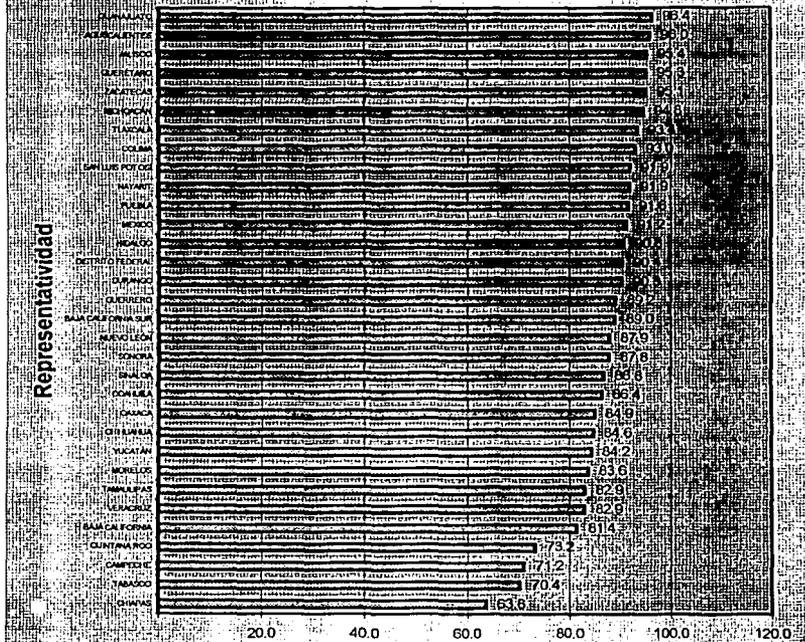
Lo anterior se evidencia con mayor claridad al analizar el crecimiento por entidad federativa. El catolicismo decreció en prácticamente todos los estados del país con excepción del estado de Michoacán, que mostró un crecimiento del 0.17%. En estados como Baja California, Campeche, Chiapas, Morelos, Quintana Roo y Tamaulipas, decreció entre el 3% y el 5.13%. Al sur del país, la religión católica ha continuado perdiendo representatividad en forma importante en algunos estados (Campeche, Chiapas, Quintana Roo y Tabasco, por ejemplo), reteniendo porcentajes para sí que van del 63.8% al 73.2%. (Cf. Gráfica K)

Por otro lado, la representatividad de ambos grupos no parece verse alterada por la edad; con mínimas diferencias, la religión católica continua representando alrededor del 88% del total, con un ligero incremento en el grupo de 50 años y más que alcanza el 89.7% (INEGI, 1992, 2001).

Dada la importancia de las religiones cristianas en nuestro país es importante considerar que el fenómeno religioso / espiritual debe ser analizado tomando en cuenta los diferentes grupos religiosos (católicos, protestantes) cada vez más representativos de la población, tratando de determinar las posibles diferencias entre ambos en el campo de la psicología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica K. Religión Católica. Representatividad por Entidad Federativa



INEGI, (2001). VII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000. Tabulados básicos I, México

1.2.2. Definición

Uno de los problemas básicos en materia de Religión y Espiritualidad es justamente su definición. Zinnbauer, Pargament y Scott (1999) han destacado que la historia de la psicología de la religión está repleta de definiciones sobre religiosidad y espiritualidad. Ejemplos de ellas son las siguientes:

Cuadro 4
Muestra de definiciones de Religión y Espiritualidad en Psicología de la Religión

Religión
Argyle y Belt-Hallahml (1975): Es un sistema de creencias en una divinidad o en un poder super humano con prácticas de culto u otros rituales dirigidos a ese poder.
Bastón, Schoenrade, y Ventis (1993): Cualquiera de nosotros como individuos enfrentamos personalmente las preguntas que nos confrontan con el hecho de que estamos conscientes de que nosotros y otros como nosotros estamos vivos y poderosos morir.
Clark (1958): La experiencia interna del individuo, cuando siente un más allá, especialmente como evidencia del efecto de esta experiencia sobre su conducta cuando activamente intenta armonizar su vida con el más allá.
William James (1902/1961): Los sentimientos, actos y experiencias de hombres individuales en su soledad, percibidos en sí mismos al encontrarse en relación con lo que ellos consideran lo divino.
Espiritualidad
Benner (1989): La respuesta humana a la llamada amable de Dios a una relación con Él mismo.
Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf, y Saunders (1988): Una manera de ser y experimentar la conciencia de una dimensión de trascendencia que se caracteriza por la certeza de identificar valores con respecto a uno mismo, la vida, y lo que sea que uno considere el Último.
Shafraanske y Gorsuch (1984): Una dimensión de trascendencia dentro de la experiencia humana descubierta en momentos en que el individuo cuestiona el sentido de su existencia personal e intenta ubicarse a sí mismo en un contexto ontológico más amplio.
Vaughan (1991): Es la experiencia subjetiva de lo sacro.

FUENTE: Zinnbauer, J. Brian, Pargament, I. Kenneth, Scott, B. Allie, (1999) *The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects.* Journal of Personality, 67 6, 889-919

Después de un estudio empírico realizado con una muestra de psicólogos, psiquiatras, filósofos, ministros, eruditos de la religión, sociólogos y antropólogos, Clark (1958) concluyó que el concepto de *religión* tiene múltiples facetas y que los científicos sociales entienden muy diferentes cosas bajo ese término. Scott (1997) se sumó a esta opinión después de un análisis de contenido de definiciones sobre *religiosidad* y *espiritualidad* expresadas por diferentes científicos sociales; concluyó que estos constructos poseen una naturaleza multifacética en sus definiciones.

Estos hallazgos encontrados en torno a los conceptos de *religiosidad* y *espiritualidad* en la conceptualización de investigadores, se encontraron también cuando se investigó a participantes comunes. Zinnbauer et al. (1997) encontraron una considerable variación en los conceptos aportados por una muestra de participantes para ambos términos.

Conceptos tradicionales. Tres aspectos sobresalen en los escritores tradicionales sobre el tema de la religión y la *espiritualidad*.

1. Apoyado por muchos eruditos e investigadores, el término *religiosidad* no se diferencia del término *espiritualidad* (Zinnbauer et al. 1997). Las descripciones del concepto religión realizadas por psicólogos incluyen una

amplia serie de creencias, conductas, sentimientos, y experiencias. Específicamente, la religión ha sido estudiada desde dos perspectivas:

- a) **Perspectiva sustantiva:** Ésta se enfoca sobre las creencias, las emociones, prácticas, y relaciones de individuos que están explícitamente vinculados con un gran poder o un ser divino (Bruce, 1996). La religión es definida por su sustancia, por su esencia, es decir, por lo sacro.
 - b) **Perspectiva funcional:** En contraste, esta perspectiva enfatiza el propósito al que la religiosidad sirve en la vida del individuo. Creencias, emociones, prácticas y experiencias son examinadas, pero el foco de atención está puesto en cómo son usadas para tratar con problemas fundamentales de la existencia como el sentido de la vida, la muerte, la soledad, el sufrimiento y la injusticia (Bruce, 1996; Pargament, 1997)
2. Un segundo aspecto de la investigación psicológica tradicional ha sido el énfasis sobre aspectos personales de religiosidad. Se estudian los sentimientos, actos y experiencias de hombres individuales en su soledad, tal y como ellos se perciben a sí mismos en relación con lo que ellos consideran lo divino.
 3. Un tercer aspecto de la aproximación tradicional es el reconocimiento de que la fe puede tener formas positivas y negativas. Algunos autores han descrito la religión en términos ampliamente negativos (Freud, 1927; Ellis, 1980), y otros han ofrecido contrastes equilibrados entre tipos diferentes de creencias y prácticas religiosas (Hood, et al., 1996). Allport (1966), por ejemplo, contrasta una forma superior de fe denominada *religión intrínseca*, con otra forma inferior denominada *religión extrínseca*. El *creyente intrínseco* vive su religión y ve su fe como el valor más alto de su vida. En *contraste* el *creyente extrínseco* usa la religión en un sentido estrictamente utilitario para ganar seguridad, posición social u otras metas no religiosas o anti-religiosas.

Enfoques modernos. Debido a un creciente interés por la *espiritualidad* como materia de estudio, por un lado, y por otro, debido a los cambios ocurridos en la sociedad norteamericana con respecto a su manera de vivir la *religiosidad*, en la actualidad han emergido modernos enfoques psicológicos para entender ambos términos (Zinnbauer, Pargament y Scott, 1999).

1. Separación de las experiencias y sentimientos religiosos de la religión organizada.

En principio, *espiritualidad* y *religiosidad* han surgido como dos términos polarizados el uno al otro, como producto de la separación de las experiencias y sentimientos religiosos de su asociación con la religión organizada. Esto ha resultado evidente en los escritos de Abraham Maslow, quien desde 1964 había sugerido que las organizaciones religiosas tradicionales no son las

únicas propietarias de las creencias y experiencias religiosas. Conceptos tales como valores, ética, espiritualidad y moral deberían ser "tomadas lejos de la exclusiva jurisdicción de las iglesias institucionalizadas" (Maslow, 1964). Maslow promovió el argumento de que prácticamente todo lo que puede ser definido como característico de la experiencia religiosa podría ser aceptado tanto por la religión tradicional como por lo no religioso; esto incluiría experiencias de:

"...lo santo; ... humildad; gratitud, sacrificio, acción de gracias; el respeto a la grandiosidad del misterio; el sentido de lo divino, de lo inefable; el sentido de nuestra pequeñez ante el misterio de Dios; la cualidad de la exaltación y lo sublime; la conciencia del ilimitado poder de Dios; el impulso a rendirse y arrodillarse; un sentido de lo externo y de fusión con lo intacto del universo; incluso la experiencia del cielo y el infierno..." (Maslow, 1964).

Maslow también afirmó que las experiencias antiguamente denominadas religiosas necesitan no ser vinculadas a lo divino. Experiencias como la santidad, la reverencia, la iluminación, y la piedad también pueden ser usadas para describir experiencias seculares.

2. Incremento en la popularidad del término *espiritualidad*.

De los años 40's y 50's al presente las referencias a la religión se han visto incrementadas sustancialmente en la literatura psicológica (Scott, 1997) y la *espiritualidad* ha recibido una atención creciente dentro de la psicología, en términos de su medición y en el desarrollo de escalas. Han sido creadas escalas que miden el núcleo de la experiencia espiritual (Kass, Friedman, Leserman, Zuttermeister y Benson, 1991); bienestar espiritual (Moberg, 1979; Paloutzian, y Ellison, 1982); talento espiritual (Hocking, 1975) y orientación espiritual (Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf y Saunders, 1988), y se encuentran actualmente en distintas etapas de la validación escalar. Se han generado modelos conceptuales de *espiritualidad* para ser empleados en la investigación científica (Helminiak, 1987, 1996a, 1996b; LaPierre, 1994). Recientemente, medidas que incluyen la *espiritualidad* han sido usadas en estudios de fenómenos tales como la ansiedad (Kaczorowski, 1989) e intervenciones psicosociales en enfermedades mentales serias (Lindgren y Coursey, 1995).

3. Separación y polarización de los términos *religiosidad* y *espiritualidad*.

Tradicionalmente, los psicólogos de la religión no establecían diferencias entre la *espiritualidad* y la *religiosidad* (Turner et al., 1995). Bajo cualquiera de estos términos se incluían todos los fenómenos asociados con el constructo *religión*; ambos términos eran empleados en forma intercambiable (Spilka y McIntosh, 1996). Actualmente, sin embargo, el amplio rango de fenómenos asociados antiguamente con el constructo *religión* se han dividido entre los términos *religiosidad* y *espiritualidad*. En el proceso, ambos términos han sido polarizados en sus significados en muchos estudios y escritos psicológicos. Tres de estas polarizaciones sobresalen particularmente:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a) **Religión organizada vs. *Espiritualidad* personal.**

Emblen (1992) definió la *religiosidad* como "un sistema de creencias y cultos organizados, con personas practicantes" de tal sistema. Así mismo definió la *espiritualidad*, como: "un principio de vida personal que estimula una cualidad trascendente de relación con Dios". Peteet (1994) por su parte definió la *religiosidad* como el "compromiso con creencias y prácticas característico de una tradición particular", y la *espiritualidad* como: "la condición humana en un extenso y/o trascendente contexto, relacionado por tanto con el significado y propósito de la vida y con realidades invisibles, como la relación de uno mismo con un ser supremo". En un estudio realizado por Walker y Pitts, (1998), los autores vieron la *religiosidad* como "el credo y la expresión ritual de la *espiritualidad* que es asociada con las organizaciones institucionales de la iglesia", y la *espiritualidad* como "la afirmación personal de la trascendencia".

b) **Religión sustantiva vs. *Espiritualidad* funcional.**

La *espiritualidad* ha venido a representar a cualquier persona que busca alcanzar una variedad de metas, como el sentido en la vida, la integralidad, la interconexión con otros, la verdad y el propio potencial interno. Ejemplos de escritores recientes adscritos a esta perspectiva y sus definiciones sobre *espiritualidad*, son:

Goldberg (1990): La búsqueda de la verdad universal.

Mauritzen, (1988): La dimensión humana que trasciende los aspectos biológico, psicológico y social de la vida.

Soeken y Carson, (1987): Un tipo de creencia que relaciona al individuo con el mundo y que da sentido y definición a la existencia.

La *religiosidad* se vincula cada vez más a instituciones, creencias formalizadas, y prácticas grupales. Wulff (1996), hace ver que mientras que la *espiritualidad* es ahora descrita comúnmente como un proceso funcional dinámico, la religión es representada cada vez más como una entidad sustantiva estática.

c) **Religiosidad negativa vs. *Espiritualidad* positiva.**

La *religiosidad* y la *espiritualidad* han adquirido valencias específicas en los escritos populares y científicos. En efecto, a la *espiritualidad* se le acredita el encarnar el lado más alto de la vida y el más grande potencial humano, mientras que la *religiosidad* es denigrada como una fe mundana o como un obstáculo institucional para el potencial *espiritual*. Tart (1975), ilustra esta polarización; sobre el término *religioso*, afirma: "implica también y muy fuertemente las enormes estructuras sociales que abrazan muchas más cosas que sólo directamente la experiencia *espiritual*". La religión es asociada con "sacerdotes, dogmas, doctrinas, iglesias (templos), instituciones, intromisión política y organizaciones sociales". En contraste, el término *espiritual* "implica más directamente la experiencia que la gente tiene acerca del significado de la vida, Dios, caminos para vivir, etc." La *espiritualidad* para Tart (1975) es: "Esa enorme esfera de potencial humano

dada para el más alto propósito, con grandes seres, con Dios, con la vida, con la compasión, con propósito.

Elkins (1995) ve la religión como institucional y dogmática, y connotando catedrales, ventanas con vitrales y música de órgano. En contraste, ve la *espiritualidad* como "el camino para ser que viene a través del conocimiento de una dimensión trascendente y que es caracterizada por valores identificables y seguros con respecto a uno mismo, otros, la naturaleza, la vida, y cualquiera que uno considere lo Último".

Marty (1996) captura bellamente esta polarización en el siguiente enunciado: "*Spirituality is now cool; religión is uncool*".

Ahora bien; en opinión de Zinnbauer, et al. (1999), es difícil construir un cuerpo coherente de conocimiento en esta área de investigación sin algún acuerdo acerca del significado de los constructos principales. Lo que se necesita es una perspectiva integrativa que pueda explicar la variedad de experiencias religiosas y espirituales de los individuos sin polarizarlas.

La postura que se plantea en este trabajo gira en torno a la distinción entre *religión* y *vida espiritual*, como opuestas, pero necesariamente dependientes entre sí. Es importante considerar que la vida espiritual, como bien ha señalado Zinnbauer, et al. (1999) no es experimentada o expresada en un vacío social. Los preceptos que conducen a un individuo a desarrollar una vida espiritual usualmente son transmitidos por un grupo organizado que comparte dichos preceptos. Este grupo organizado, que por sí mismo constituye una consecuencia natural del trabajo social, del esfuerzo social, de la libre asociación entre los Hombres; contiene en germen a la religión. Y en este punto puede pensarse en un grupo con preceptos organizados en un todo coherente, que aún no posee una denominación religiosa (v. gr., católicos, metodistas, etc). Lo religioso es una consecuencia de lo social; es ante todo un concepto sociológico; algo que pertenece al orden social; no estrictamente individual. La religión, lo religioso, emite en cuanto se constituye la organización del grupo, un *deber ser* de lo espiritual, que emerge como algo *normativo* de la vida espiritual. Cuando los hombres se ponen de acuerdo en algo, es necesario que a todos quede claro aquello en lo cual están de acuerdo y se apliquen a ello.

Ahora bien, lo espiritual atañe a una experiencia individual más allá de lo social. Lo espiritual no se vive en lo social, aunque se experimente en un grupo social, de la misma manera en que un grupo social no es garantía de experimentar una vivencia espiritual. La espiritualidad es el resultado de un estado interno, fomentado por el individuo. Se trata de una experiencia eminentemente personal; inefable. Si lo religioso implica un *deber ser* social, lo espiritual implica simplemente el *ser*. En este trabajo se sostiene que ambos son conceptos diferentes, opuestos e inseparables. Es posible que un determinado grupo otorgue predominancia a la vida espiritual y critique fuertemente el concepto de religión e incluso destaque su papel como obstáculo para una vida espiritual plena, y quizá

TERMINADO CON
FALLA DE ORIGEN

tenga razón. Sin embargo, toda vez que ese grupo es un ente social organizado, habrá de reconocer que como grupo, será necesariamente un grupo con un *deber ser* espiritual y por tanto, *religioso*, y por consecuencia, tal grupo será un grupo religioso, o una religión en ciernes. Son diferentes y opuestos por su naturaleza social, en uno, e individual y singular en otro; inseparables, si partimos del principio de que la vida espiritual requiere de lo social. Si la vida espiritual es posible de ser vivida al margen de la cultura; si la espiritualidad no requiriese de lo social, de la madre, del otro, del Otro, para expresarse o para ser, para surgir como una realidad en el individuo; entonces la religión sería un lujo innecesario. Sin embargo, tal pretensión puede ser difícil de probar.

1.2.3. Medidas desarrolladas en psicología

El desarrollo de medidas de religiosidad y espiritualidad se encuentra aún en sus primeras etapas, aunque se han registrado importantes avances. Algunos de los instrumentos utilizados en esta área han sido incluidos en la siguiente revisión, donde se incorporan brevemente sus principales características (Cuadro 5), y la información pertinente a sus propiedades psicométricas, confiabilidad y validez (Cuadro 6).

Una de las escalas con mejores propiedades psicométricas es el *Systems of Belief Inventory, SBI-15R* (Holland et al., 1998). Su brevedad (15 items) la hace atractiva para el trabajo de campo con personas Adultas Mayores, al permitir un menor agotamiento y un posible mejor desempeño que en escalas más largas. Por otro lado, explora (Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales que abracan: lo emocional (esperanza, paz en la mente), aspectos cognitivos (la existencia de Dios, la creencia de que Dios nos protege del mal), conductas (uso de la meditación y la oración) y sociales (soporte de la gente que comparte la fe del sujeto), permitiendo explorar la vida espiritual con un enfoque integral; su confiabilidad y validez son adecuadas. Es este enfoque integral el que hace del SBI-15R un instrumento atractivo para la evaluación de la vida espiritual, en comparación con los otros instrumentos que por lo general se enfocan en áreas específicas.

Existen pocos esfuerzos que cuenten con antecedentes en México a pesar de que las creencias y prácticas religiosas y espirituales mejoran la calidad de vida de las personas amortiguando los efectos negativos de los eventos estresantes de la vida sobre la salud física y emocional (Mytko y Knight, 1999). Es raro que la vida espiritual sea incluida en la investigación (Holland, et al. 1998) y en el desarrollo de medidas sobre calidad de vida (Fitchett, et al., 1996). Sin embargo, el tema ha sido incorporado en forma muy mesurada como parte de la *Evaluación Breve de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, WHOQoL-Bref*, (WHOQoL-Group, 1996, 1997, 1998) mediante la incorporación de 1 ítem en la sub-escala de Salud Psicológica; ésta escala multidimensional ha sido explorada en Adultos Mayores mexicanos (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002; 2003). Por otro lado, la *Escala de Salud y Vida Cotidiana* (Moos et al, 1986) también

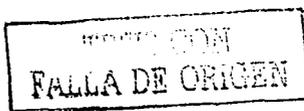
TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

incluye un sólo reactivo y ha sido investigada y aplicada en México por Cárdenas (1995).

Cuadro 5
Características de algunas medidas de espiritualidad y religión,
(Mytko y Knight, 1999)

Instrumento	Autor	Características Básicas
ROS	Allport y Ross (1967)	Escala de Orientación Religiosa (ROS). Mide las creencias y prácticas de las orientaciones religiosas intrínsecas y extrínsecas. Allport (1950) conceptualizó a una persona motivada extrínsecamente como aquella que "usa la religión", y a aquella motivada intrínsecamente como la que "vive su religión". Feagin (1964) de
I/E	Feagin (1964)	sarrolló una medida breve de Religiosidad Intrínseca-Extrínseca (I/E) que contiene una sub-muestra del ROS original. De acuerdo con Allport, la religión intrínseca contribuye a la salud psicológica, y la extrínseca al desajuste psicológico.
SWBS	Paloutzian y Ellison (1982), Montero y Sierra (1996)	Escala de bienestar espiritual (SWBS). Extensamente utilizada, mide bienestar religioso (<i>Creo que Dios me cuida y me ama</i>) y bienestar existencial (<i>Siento que la vida es una experiencia positiva</i>). El bienestar religioso asume que este aspecto del bienestar espiritual consiste en una cercana relación con Dios.
INSPIRIT	Kass et al (1991)	Índice de Experiencias Espirituales Esenciales (INSPIRIT) Mide experiencias espirituales esenciales, relacionadas a la creencia en un poder superior, y una relación internalizada con ese poder (<i>¿Qué tan cerca siente usted a Dios?, Por favor indique si ha tenido cualquiera de las siguientes experiencias espirituales y lo mucho que han afectado su creencia en Dios</i>). Mide experiencias espirituales y creencias en profundidad, excluyendo otros aspectos emocionales y sociales.
MOOL Bienestar existencial	Cohen et al (1995, 1996a, b, 1997)	Cuestionario de Calidad de Vida de McGill. Es un instrumento multidimensional de calidad de vida con sub-escalas que miden síntomas físicos, psicológicos, bienestar físico, soporte social y asuntos existenciales. Describe la habilidad del sujeto para encontrar sentido en la existencia, alcanzar metas, encontrar que la vida vale la pena, controlar la vida y ver que cada día es un regalo, pero no se refiere a la religión actual o a las creencias y prácticas espirituales.
FACIT-SpWB	Fitchett et al. 1996a	Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas – Bienestar Espiritual (FACIT-SpWB). Mide aspectos de espiritualidad como el sentido, la armonía, la paz y la fe relacionadas con la fuerza y el bienestar. Evalúa aspectos existenciales vinculados al sentido de la vida y la paz, y el uso de la fe como estrategia de afrontamiento.
SBI-15	Holland et al., (1998)	Inventario de Sistemas de Creencias (SBI-15R). Mide creencias y prácticas religiosas y espirituales en dos sub-escalas: Creencias y prácticas religiosas y Espirituales y Soporte Social Religioso. Incluye muchos de los aspectos potencialmente benéficos de la religión y la espiritualidad, lo emocional (esperanza, paz en la mente), cognitivos (la existencia de Dios, la creencia de que Dios nos protege del mal), conductas (uso de la meditación y la oración) y sociales (soporte de la gente que comparte la fe del sujeto)
Brief RCOPE	Pargament et al. (1998)	Afrontamiento-R – Breve (Brief.RCOPE) Mide estrategias de afrontamiento religioso positivas (búsqueda de soporte espiritual, perdón religioso, afrontamiento religioso colaborativo, conexión espiritual, purificación religiosa, reapreciación religiosa benevolente y enfoque religioso), y negativas (descontento espiritual, reapreciación punitiva de Dios, descontento religioso interpersonal, reapreciación demoníaca, reapreciación del poder de Dios).
SBIS	Hatch et al (1998)	Escala de Compromiso Espiritual y Creencias (SBIS). Mide acciones y creencias asociadas con las tradiciones religiosas y espirituales. Incluye ítems que exploran actividades espirituales, rituales y creencias en un poder superior, creencias internalizadas y desarrollo espiritual, meditación y creencias existenciales, humildad y aplicación cotidiana de principios espirituales

FUENTE: Adaptado de Mytko y Knight, (1999), Body, Mind and Spirit Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research, *Psycho-Oncology* 8: 439-450



Cuadro 6
Cualidades psicométricas de algunas medidas de espiritualidad y religión
(Mytko y Knight, 1999)

Instrumento	Autor	No de ítems	No de escalas	Dimensiones medidas	Tipo de Muestra	Confiabilidad		Validez						
						CI	T-R	Facile	Constructo			Criterio		
									Cv	Div	Dis	Cc	Pre	
ROS	Allport y Ross (1967)	20	2	Religiosidad intrínseca Religiosidad extrínseca	Estudiantes de <i>College</i> Ss Normales	0.69- 0.79	Nc	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
I/E	Foaigh (1994)	12												
SWBS	Paloutzian y Ellison (1982) Montoro y Sierra (1996)	20	2	Bienestar existencial, Bienestar religioso	Estudiantes de <i>College</i>	0.78- 0.89	0.86- 0.96	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
INSPIRIT	Kass et al. (1991)	7	1	Experiencias espirituales. Creencia en un poder superior	Pacientes externos medicamente enfermos	0.90	Nc	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
MQOL Bienestar existencial	Cohen et al. (1995, 1995a, b, 1997)	6	1	Asuntos o intereses existenciales	Pacientes con cáncer y HIV en cuidado paliativo.	0.70- 0.86	Nc	Si	Si	Si	Nc	Si	Si	No
FACIT-SpWB	Fitchett et al. 1996a	12	2	Significado / paz, lo	Pacientes con cáncer y HIV	0.80- 0.88	Nc	Si	nc	Si	Nc	Si	Si	No
SBI-15	Holland et al., (1998)	15	2	Creencias y prácticas; soporte social	Ss. normales, clérigos. Pacientes con melanoma maligno	0.89- 0.93	0.95	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
Brief RCOPE	Pargament et al. (1998)	14	2	Afrontamiento positivo Afrontamiento negativo	Pacientes internos medicamente enfermos, estudiantes de college, sobrevivientes de trauma	0.69- 0.91	Nc	Si	Si	Si	Nc	Si	Si	No
SBIS	Hatch et al. (1998)	26	4	Externo / ritual Interno / fluido Existencial/meditación Humildad/personal aplicación	Pacientes en terapia familiar y profesionales	0.92	0.92	Si	Si	Nc	Nc	Nc	Nc	No
SHS-4	Hays et al. (2001)	23	4	Ayuda de Dios Historia familiar de religiosidad. Soporte social religioso en la vida. Costo de religiosidad	Ss Adultos Mayores de la comunidad	0.68- 0.97	0.74- 1.00							
ROS:	Religious Orientation Scale					Nc: No conocido								
I/E:	Intrinsic - Extrinsic Religiosity Scale					CI: Consistencia Interna								
SWBS:	Spiritual Well - Being Scale					T-R: Test - Retest								
INSPIRIT:	Index of Core Spiritual Beliefs					Cv: Convergente								
MQOL:	Existential Well - Being, McGill Quality of life Questionnaire-Well-Being Subscale					Div: Divergente								
FACIT-SpWB:	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Sub-Scale					Dis: Discriminante								
SBI-15:	Systems of Belief Inventory					Cc: Concurrente								
Brief RCOPE:	Version corta del Religious Coping Scale					Pre: Predictiva								
SBIS:	Spiritual Involvement and Belief Scale													
SHS-4:	Spiritual History Scale in four dimensions													

FUENTE: Adaptado de Mytko y Knight, (1999), Body, Mind and Spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology* 8: 439-450

Con todo, existen esfuerzos específicos realizados en México sobre el tema de la vida espiritual en psicología; entre ellos se encuentran los trabajos de validación

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

de Montero y Sierra (1996) con la *Spiritual Well-Being Scale*, (SWB) en adultos casados mexicanos, con útiles resultados psicométricos; así como la incorporación de lo Religioso /Espiritual como un tema específico en el *Inventario Multifacético de Soledad*, IMSOL, donde el tema ha sido incorporado como una sub-escala de afrontamiento religioso, e investigada en México con buenas propiedades psicométricas por Montero (1999).

De lo anterior se desprende que hace falta más investigación en México en cuanto al desarrollo de escalas que midan específicamente la religiosidad—espiritualidad, a fin de dar curso a investigaciones que vinculen esta variable con otras de importancia en el área de la salud mental; la vida espiritual ha sido documentada como una variable de importancia en el afrontamiento de las situaciones críticas de la vida, como se analizará a continuación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3. Psicología del Adulto Mayor, Espiritualidad y Salud.

1.3.1. Psicología del Adulto Mayor.

Ha sido reconocido (Zetzel, 1965) que el envejecimiento, por sus características biopsicosociales representa una amenaza para la integridad y el buen funcionamiento del Yo, y que ésta amenaza resulta de la espera angustiosa de tres tipos de hechos: 1. Una *perdida*, de cualquier índole, 2. El *ataque*, es decir, cualquier agresión externa, y 3. La *restricción*, resultante de cualquier fuerza externa que limite la satisfacción de los impulsos y deseos. En suma, tal amenaza no es sino *amenaza de castración*. La angustia - destaca Krassovievitch (1993) - se encuentra muy presente en el anciano y se acrecenta por las percepciones dolorosas referentes a la declinación de funciones y capacidades, así como por la proximidad de la muerte. Zetzel (1965), ha postulado que la ansiedad del anciano se asemeja a la angustia de separación del niño, es decir, que tiene su origen en el temor a sufrir pérdidas o separaciones. Bar-Tur y Levy-Shiff (2000) han destacado la importancia de los procesos de separación - individuación (Mahler, 1968; Mahler, Pine y Bergman, 1975)). El proceso de separación-individuación es un proceso que comienza con el nacimiento psicológico y que involucra un lento desdoblamiento de una dinámica intra psíquica que se da en cinco etapas (Bar-Tur y Levy-Shiff, 2000):

1. En la infancia temprana (Mahler, 1968)
2. En la adolescencia (Blos, 1967)
3. En la adultez joven (Colarusso, 1997)
4. En la adultez media (Colarusso, 1997)
5. En la Adultez Mayor (Colarusso, 1997).

En el Adulto Mayor el afrontamiento de las pérdidas es una tarea esencial, y está determinada por las resoluciones dadas a los procesos previos de separación - individuación (Colarusso, 1997). Estas pérdidas según hemos visto antes aluden a:

1. El cuerpo: El cuerpo va perdiendo paulatinamente sus atributos originales; las mermas se van sucediendo en el tiempo hasta que irrumpen en la funcionalidad adaptativa del anciano, constituyéndose en verdaderos obstáculos a sus posibilidades de goce. Es entonces cuando el cuerpo se convierte en objeto de preocupación exacerbada.

2. Relaciones objetales: Objetos amados perdidos en la realidad o en la fantasía. El cónyuge, hijos, hermanos, primos queridos, amigos entrañables de toda la vida; algunos de ellos fallecidos, extraviados, irremediablemente perdidos. Pérdidas reales imposibles de sustituir... se han llevado el presente que incluye la historia. En otro orden están las relaciones objetales quebradas; en estas el objeto aun existe en la realidad, pero su acceso está obstaculizado por múltiples motivos: el objeto amado ya no nos reclama; nuestra antigua función es ya inoperante para el objeto (hijos); afectos contratransferenciales basados en posiciones culposas, vedan sistemáticamente el acceso del objeto

hacia el anciano; tal es la situación de los hijos que no soportan la impotencia y desesperación que les genera el ver la ancianidad de sus padres, etc.

3. El Ser-en-el-mundo: El mundo que antaño daba sentido a la vida; el contexto donde la vida transcurre, empieza a perder significado y correspondencia con nuestro ser. El vertiginoso avance de la cultura, la tecnología, la ciencia, la organización social, etc., van transformando el mundo circundante de tal manera que al anciano le parece un mundo distinto con respecto al cual poco a poco se va sintiendo extraño; es un sentimiento de "no correspondencia", de "desanclaje" del mundo. No es necesario llegar a anciano para experimentar este desanclaje; un hombre de mediana madurez puede verse sumido en este sentimiento de no pertenencia a un mundo que ha cambiado. Para el anciano, el diferencial existente entre lo que fue su mundo y lo que el mundo es ahora puede ser gigantesco.

4. El Ser-para-el-mundo: Se trata del rol productivo; se es en tanto se hace; el ser-es-en-el-hacer. El hombre se forma y se transforma en el hacer; en la transformación de la materia natural en materia funcional; en la modificación del pensamiento desorganizado en ideología operante; en la puesta en marcha de las propias capacidades en el proceso social del trabajo y la expresión de sí mismo. Se es, en tanto se es útil para otros. Útil, como agente de transformación y modificación; útil, como proveedor de subsistencia; útil, como solución posible a la problemática cotidiana del vivir. Al *ser-para-el-mundo*, se obtiene un estatus, un rol; una posición social para sí y para el mundo entero.

5. El ideal del yo: La vejez no es una etapa de la vida que se instaure de un día para otro; se le ha señalado aquí como un proceso que se inicia con la primera castración; la originaria. Lo que un sujeto desea ser, es decir, aquello que ha forjado para sí como meta del ser en su ideal del yo, es algo que se va modificando conforme las pérdidas van ejerciendo su dominio a lo largo de la vida, previa asunción de la misma por el sujeto. La vida es un "*irse dando cuenta*", de que mucho de lo que hemos tomado como ideal del yo escapará a nuestros sentimientos de omnipotencia y grandeza. Desde ese polo saturado de omnipotencia juvenil, el sujeto avanza hasta otro donde la humildad, el reconocimiento de las pérdidas que impone la realidad interna y externa, puede ser anómalo o claro refugio. Pero el proceso no siempre es paulatino, y el advenimiento de las pérdidas puede ser "*inesperado*"; en tal caso, el derrumbamiento del Yo es tajante ante la imposibilidad de alcanzar el ideal. Hay sin embargo un momento, en que las pérdidas le muestran al anciano que no es posible seguir; es entonces cuando el Yo se verá precisado a mirar su ideal del Yo (prospección de la vida) y abandonar lo que en él había dejado una vida de renunciadas.

Se trata de pérdidas: pérdida del cuerpo, pérdida del otro, pérdida del Otro, pérdida del Yo. Elementos todos que aparecen como prohibidos, inaccesibles. Ante tal afrontamiento el anciano se vuelca sobre sí mismo, dando curso a la

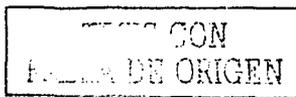
TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

interioridad que Salvarezza, (1993) ha señalado, y que autores como Bar-Tur y Levy-Shiff (2000) han destacado como condición de la individuación, como resultado del enriquecimiento del mundo interno del Viejo junto con una simultánea independencia emocional con respecto a fuerzas sociales externas; se trata de un balance entre el compromiso con la sociedad y el compromiso consigo mismo. Los autores han destacado que dado que los recursos físicos y sociales disminuyen en la vejez, son los recursos internos los que podrán complementar y algunas veces reemplazar tal disminución.

De acuerdo con Bar-Tur y Levy-Shiff (2000), este volver sobre sí mismo implica el establecimiento de compromisos mentales y emocionales, algunos de los cuales no pueden ser observados o totalmente expresados en el mundo externo del Viejo, e incluyen actividades e intereses cognitivos en los cuales el Viejo se ocupa, por un lado, y por otro, el establecimiento de relaciones significativas con otros, presentes en su mundo actual, o presentes a nivel representacional en su mundo interno.

Desde nuestra perspectiva, el enriquecimiento de este mundo interno implica un proceso de sobrecatexis del propio cuerpo ahora afectado por las mermas de la edad, y una sobrecatexis de la historia del sujeto, elevada ahora a la categoría de "*Ideal del Yo*", cuya función actúa retrospectivamente en un movimiento de fortalecimiento yoico; es decir: el anciano recoge del pasado aquello que alguna vez llenó de gloria al Yo, lo erige como un *Ideal Retrospectivo del Yo*, y se identifica con él en un intento por mantener la integridad del propio Yo, la propia identidad, a flote. Este *Ideal Retrospectivo del Yo*, según proponemos, es el Yo inmutable, glorioso; es el Yo que no hay que dejar de ser; que vive y se nutre del pasado y existe en tanto haya quién le de vida con su escucha, devolviéndonos a cambio una imagen especular que de cuenta y testimonio de nuestra grandeza (Rivera, 1997).

Por ello es quizá, que la memoria remota sea más importante y eficiente que la reciente en el anciano, como Krassoievitch, (1993) ha señalado con precisión. Y es que lo que el anciano pierde (además), con todo esto es la identidad. No le queda de su antigua identidad sino recuerdos; y es que no basta con ser una persona, es preciso parecerlo... parecerse al Otro. Lo cierto parece ser, que en una cultura como la imperante en México al inicio del nuevo milenio, donde el culto a la juventud y la fuerza física parecen ser cada vez más importantes, el Otro, en la imagen especular que sobre el anciano devuelve, no devuelve sino una ausencia de rol, o mejor aun, un rol pasivo sin lugar posible en el proceso de la vida productiva, posmoderna, que nos envuelve a todos. De pronto, el anciano se ve como el adolescente, que ni es niño, ni es adulto, es adolescente; "*aborrescente*" para todos (incluidos los psicoterapeutas; en lo cual tampoco se diferencia el anciano); marginado, segregado, sin un lugar en la vida, y a diferencia de su homólogo juvenil, sin fuerza para convertirse en la conciencia del mundo (aunque aún sin proponérselo, ya lo sea, a juzgar por la contratransferencia que desata). Es por ello que algunos autores han hablado de



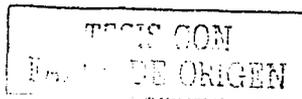
la ancianidad como la "*segunda crisis adolescente*" (Ferrej, Le Goues y Bobes, 1994).

Las pérdidas reservan su fuerza y poder al carácter simultaneo y aparentemente definitivo de éstas, por un lado, y a la estructura psíquica del propio sujeto, por otro. Las pérdidas no suelen sucederse en un sólo tiempo; ocurren en intervalos menores o mayores dispuestos así por el destino (o por el inconsciente). Tampoco inician a los "60's" en obediencia a decretos internacionales oficiales; las pérdidas se suceden, según cada caso, recibiendo una importancia afectiva sólo determinable por la historia de cada sujeto. Cada pérdida de importancia afectiva, conmueve a un proceso de duelo; cada proceso de duelo nos capacita para enfrentar el siguiente. Sin embargo, las pérdidas pueden sucederse en un orden temporal estrecho, donde al duelo inicial se suma uno y otro nuevo, agobiando al sujeto con un proceso que lo arroja a un replanteamiento amplio de su existencia donde, a diferencia de tiempos pasados, el objeto (u objetos) perdido no puede ser sustituido con facilidad (existen pocos objetos posibles, si no es que ninguno). A ello habrá que sumar la estructura psíquica del sujeto; sujetos narcisistas u obsesivos; sujetos con pérdidas parentales precoces, podrían ser mayormente afectados, como han hecho ver otros autores (Krassoievitch, 1993). Bar-Tur, Levy-Shiff y Burns (1997) han reportado que una experiencia traumática como la vivida por los Judíos durante el holocausto en la Segunda Guerra Mundial afecta la habilidad del sujeto para afrontar las pérdidas, en tanto la pérdida de un ser querido durante el ciclo de vida normal del sujeto, la fortalece.

De lo expuesto hasta aquí se desprende que es importante realizar investigaciones que profundicen en los efectos que el advenimiento de la Adulter Mayor tiene en la salud mental del individuo. Se ha destacado que en nuestro medio socio-cultural y en nuestro tiempo, el Adulto Mayor está sujeto a carencias educativas, económicas, físicas y sociales importantes, que imponen a su vez limitaciones a la investigación y el trabajo psicológico, y que deben ser estudiadas a fin de hallar estrategias e instrumentos psicológicos apropiados a las condiciones de segmentos marginados de la población mexicana (sobre todo rural) y de Latinoamérica.

Se ha intentado mostrar que la Adulter Mayor es un periodo crítico de la vida que vulnera al individuo en forma significativa, imponiéndole condiciones limitantes de existencia física y mental, que movilizan el desarrollo de un proceso psicológico altamente estructurante para el sujeto, cuya condición de superación acentúa la importancia de sus recursos internos, entre los cuales puede hallarse la vida espiritual. El sujeto así enfrentado a su existencia, encontrará en lo espiritual una alternativa viable para afrontar las pérdidas con una mayor fortaleza y una angustia menor.

De ahí la importancia de lo espiritual; campo que, más allá del individuo, parece por momentos pervertir sus caminos a manos de lo social para perderse en las especulaciones de lo religioso; de la religión y sus fieles. Religión, re ligarse; re ligarse, con Dios. De eso se trata el fenómeno religioso; de eso se trata este



esfuerzo continuado del hombre por volver al seno materno de la unicidad; de la completud perdida; momento aquel en que Dios instauró eternidad en el Ser que dejó de ser, cuando alguien lo llamó por primera vez por su nombre.

¿Qué papel juega la espiritualidad en el Adulto Mayor, como un recurso interno disponible para afrontar el estrés que representan las pérdidas en su vida? Abordaremos este problema a continuación, a fin de estar en condiciones de definir nuestro problema de investigación.

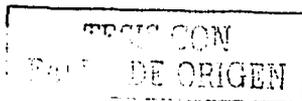
1.3.2. Espiritualidad y Salud en el Adulto Mayor.

En principio, es importante destacar que la religión y la vida espiritual han estado vinculadas a la salud desde tiempos remotos. Pavia-Ruz, et al. (1998) han señalado que no hay cultura ancestral en la que el desarrollo de la práctica médica sea ajena a la magia y la religión. Ejemplo de ello puede encontrarse a partir del año 4000 a. de J.C., donde las características comunes a las diferentes civilizaciones de Asia, norte de África y sur de Europa en el ámbito médico, estaban marcadas por el politeísmo y diferentes grados de religiosidad asociados directamente con las enfermedades o la sanidad.

La compleja estructura religiosa de los pueblos mesopotámicos asignaba a cada dios funciones muy concretas; así como existían dioses para determinadas enfermedades existían dioses privativos de la enfermedad en general. Para el hombre mesopotámico la enfermedad era un mal producido por los *espíritus malignos*, por los *demonios* que lo rodean, que espían todos los actos de su vida y que están dispuestos a actuar sobre él a la menor falta de protección de sus dioses. Estos podían desamparar al hombre que los había ofendido provocando su cólera. Por eso el enfermo era, al modo de ver mesopotámico, un *pecador*, existiendo tres mecanismos para la génesis de la enfermedad: 1) La enfermedad era directamente producida por los dioses, que de esta manera penaban al hombre por sus faltas. 2) Los dioses dejaban de proteger al sujeto, y éste enfermaba por causa de los demonios. 3) El sujeto enfermaba por causa de la magia negra infringida por terceros (Pavia-Ruz, 1998).

Otro importante ejemplo de la relación entre religión, espiritualidad y salud podemos encontrarlo en la cultura Maya. En el contexto cultural de los Mayas se mantenía una mezcla de religión, magia y empirismo para combatir la enfermedad: *Religión*, porque algunos dioses provocaban las enfermedades; *Magia*, porque muchas enfermedades que se consideraban causadas por encantamientos de enemigos o rivales debían ser curadas con magia; *empirismo*, porque se usaban plantas, minerales y técnicas cuyo valor aún se mantiene en nuestra época. Así las cosas, las funciones de *curandero*, *hechicero* y *sacerdote* recaían en la misma persona generalmente (Pavia-Ruz, 1998).

Por otra parte, la influencia del cristianismo ha sido muy importante en nuestros días en la manera de concebir la asistencia y la práctica médica. El advenimiento



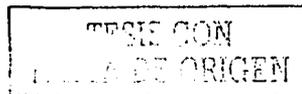
del cristianismo hizo patente su influencia en la medicina matizándola bajo los siguientes aspectos:

- 1) *Aspecto metafórico*: Se refiere al hecho de que Cristo se presente a sí mismo como "médico" (Mateo, 9:12 "... los sanos no tienen necesidad de médico, sino los enfermos").
- 2) *Aspecto taumatúrgico*: Se refiere al hecho de que una dolencia es objeto de curación milagrosa.
- 3) *Aspecto técnico*: Para un cristiano primitivo, la medicina era un arte inventado por el paganismo griego y tres eran sus actitudes ante él: la repulsa, su aceptación incondicional o su adopción reflexiva; esta última actitud fue la que prevaleció en los primeros tiempos.
- 4) *Aspecto ético*: La asistencia de los enfermos por personas cristianas aportó a la medicina: a) El sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso y la creación de instituciones adecuadas para ese fin. b) La condición igualitaria del tratamiento; no hay diferencia entre griegos y romanos, libres y esclavos, etc. c) La incorporación del consuelo, que en cierto modo era una psicoterapia cristiana. d) La asistencia médica más allá de las posibilidades de curación, con el cuidado de los enfermos incurables y los moribundos. e) La asistencia gratuita al menesteroso. f) La valoración a la vez moral y terapéutica del dolor. g) La incorporación de la oración y la unción sacramental al cuidado de los enfermos (Pavia-Ruz, 1998)..

La religión ha estado presente en la vida del Hombre en diversas formas y concepciones, y siempre ha estado vinculada a su sobre vivencia. El mito, el dogma, la fe, a menudo empañan la objetividad sobre el verdadero papel de la vida religiosa y espiritual; sobre la veracidad o falsedad de sus postulados o su pertinencia para la seguridad y el bienestar humano. Sin embargo, la vida espiritual parece poseer una realidad conferida por su existencia como fenómeno psicológico. Existencia que impacta la vida humana de diferentes maneras.

¿Cómo se relaciona la religiosidad y la vida espiritual en la salud de los individuos, y muy específicamente en el Adulto Mayor?

Salud general. Existe evidencia de la importancia de lo espiritual en la vida del Adulto Mayor. En cuanto a una mejor salud, se ha reportado que las actividades espirituales la afectan positivamente, así como al sentido de bienestar personal del anciano (Clark, et al. 1995; Larson, et al., 1989). El comportamiento religioso, tal como orar, leer la Biblia, y expresiones de confianza y fe en Dios amortiguan, tanto en jóvenes como en Viejos, el estrés de la hospitalización y la enfermedad (Koenig, et al. 1992; Koenig, 1993b;). Las creencias y prácticas religiosas y espirituales han sido utilizadas eficientemente como estrategia de afrontamiento en casos severos de mala salud (Yates et al. 1981; Silberfarb et al., 1991; Koenig, et al., 1988). Se ha encontrado una menor mortalidad en casos crónicos, quizá por el impacto de lo religioso en los hábitos de alimentación, consumo de tabaco y alcohol etc. (Zuckerman, et al., 1984); y menores tasas de cáncer debido quizá



también a mejores dietas alimenticias (Gardner y Lyon, 1982; Armstrong, Merwyk y Coates, 1977).

El compromiso religioso (medido a través de la afiliación y la tasa de asistencia a los cultos) ha sido asociado no sólo con incrementos en la salud física y la longevidad, sino también con ansiedad más baja, incremento de la autoestima, tasas de suicidio más bajas, menor abuso de sustancias, menor delincuencia, menos divorcio e incremento en la satisfacción de vida en el matrimonio (Gartner, et al., 1991; Cutler, 1976; Edwards y Klemmack, 1973).

Dadas estas relaciones, los investigadores han sugerido mecanismos asociados tanto con las prácticas religiosas como con la asistencia constante a las actividades religiosas, que favorecen los efectos positivos reportados; estos son, las conductas de salud, cambios fisiológicos, incremento del soporte social, afrontamiento activo, disminución de la angustia y estados afectivos positivos (Vaux, 1976; Jarvis y Northcott, 1987; Levin y Vanderpool, 1987; Hill y Butter, 1995). Así mismo, se ha destacado la importancia del bienestar espiritual y del desarrollo espiritual para el cuidado y el estudio de los Adultos Mayores (Ai, 2000), y se han establecido las bases para el uso de la espiritualidad y la religión dentro de la psicoterapia con Adultos Mayores (Koenig, et al., 1996)

Evidentemente, todos estos hallazgos parecen confirmar que la vida espiritual repercute positivamente en el estado de salud general de los Adultos Mayores y por tanto en una mejor calidad de vida.

En lo psicológico también se han reportado hallazgos que hacen de la vida espiritual un recurso valioso para la estabilidad afectiva del Adulto Mayor.

Depresión. Existe el consenso general de que la depresión clínica es el trastorno mental más comúnmente encontrado entre los ancianos (Calderón, 1996; Müller-Spahn y Hock, 1994; Kanowski, 1994; González y Jiménez, 1993; Martín, Ayerdi, Leache et al., 1993; Madianos, Gournas y Stefanis, 1992; Jiménez, Petruz y López, 1991). La depresión mayor se presenta en una tasa menor del 1% en Adultos Mayores de la comunidad (Regier, et al., 1988); en 10% de los gerontes enfermos hospitalizados (Koenig y Blazer, 1982), y si se incluyen las categorías sub-sindromales, el porcentaje se eleva a 35% o más (Koenig, et al., 1993).

Dentro de esta tesitura, se ha reportado que la espiritualidad ayuda al Adulto Mayor a afrontar con mayor éxito el estrés causado por las pérdidas típicas de este periodo de la vida, y que han sido asociadas con la depresión (Blazer, 2000); se ha hallado que los síntomas depresivos se presentan con menor frecuencia entre aquellos que usan la religión para afrontarlos (Koenig, et al., 1992); la religiosidad intrínseca o vida espiritual, parece estar asociada inversamente con el tiempo de remisión de cuadros depresivos (Koenig, et al., 1998). Diversas investigaciones han encontrado así, una relación inversa entre espiritualidad y depresión (Koenig, et al., 1992; Stevens, 2000).

TEXIS CON
FALLA DE ORIGEN

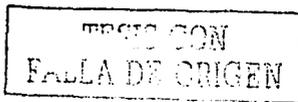
Soledad. Extensa y espléndidamente analizada como fenómeno psicológico (Montero y Sanchez-Sosa, 2001), la soledad ha sido demarcada en México (Montero, 1998) como una categoría relativamente independiente de la depresión. La soledad ha sido concebida como un estado subjetivo que contrasta con la condición de aislamiento físico (Larson, Csikszentmihalyi y Graef, 1982); que surge como respuesta ante la ausencia de una provisión de relación particular (Weiss, 1973), e implica un desequilibrio en el nivel deseado y logrado de interacción socio-afectiva (Sermat, 1978; Peplau y Perlman, 1982), cuyas consecuencias pueden afrontarse de manera negativa o positiva dependiendo del grado de control que el sujeto perciba ejercer sobre el déficit relacional (De Jong-Gierveld, 1978).

Dentro de esta dimensión, el afrontamiento religioso ha sido identificado como una estrategia positiva importante en sujetos mexicanos, cuyo uso es igualmente significativo sin importar el grado de soledad experimentado (Montero, 1999). En otro ámbito se ha encontrado una importante asociación entre altos niveles de bienestar espiritual-existencial y bajos niveles de soledad (Walton, et al., 1991); adicionalmente, se ha documentado una relación directa entre soledad y depresión (Montero, 1998). Así, la vida espiritual se constituye como una medida preventiva ante la soledad, un problema de alta prevalencia y con frecuentes efectos adversos en la Adultez Mayor (Cohen, 2000).

Interacción entre estrés y ajuste psicológico. Ahora bien, ya se ha destacado aquí que la vejez es un periodo de la vida que presenta múltiples estresores (cambios en la salud, pérdidas de seres queridos, disminución de capacidades funcionales, alteración de los roles sociales, etc). Koenig et al., (1988) han señalado que las variables mediadoras entre dichos estresores y el ajuste a la Adultez Mayor pueden ser agrupadas en recursos de tipo *interno*, *externo* y de *afrontamiento*.

De acuerdo con Koenig, los *recursos internos* son elementos constitutivos del individuo tales como factores hereditarios, la personalidad, y la historia de vida del sujeto. Los *recursos externos* son aquellos elementos fuera de la personalidad que ayudan a amortiguar la lucha contra el estrés, tales como la salud, las finanzas adecuadas o el soporte emocional de otros. Por otro lado, las *estrategias de afrontamiento* son aquellas conductas observables o procesos de pensamiento a través de los cuales el individuo intenta disminuir los efectos adversos de los estresores (Lazarus y Folkman, 1984).

Siguiendo esta óptica, la *convicción religiosa o espiritual* puede ser vista como un recurso interno, en la medida en que forma parte del haber cognitivo de un sujeto. Por otro lado, el *soporte social religioso* suele ser un elemento presente en la vida espiritual y religiosa, así como el *soporte social familiar* constituye por sí mismo un recurso externo determinante para el Adulto Mayor. Finalmente el *afrontamiento* puede ser visto como una respuesta adaptativa a los estresores, cuyo tipo predominante (v.gr., *Cognitivo*, *Conductual* o *de Evitación*, Moos, et al, 1986;



Religioso, Montero, 1999) será elegido por un sujeto con base en sus recursos internos y externos y la importancia afectiva que tengan para él.

Bienenfeld, et al., (1997) hallaron que los recursos internos, externos y las estrategias de afrontamiento religioso, predijeron mejor la salud mental en una muestra de mujeres religiosas Adultas Mayores. El compromiso religioso emergió en esta investigación como un predictor positivo de satisfacción de vida y bajos niveles de depresión.

Russell y Cutrona (1991) examinaron los efectos de los recursos externos sobre la adaptación de Adultos Mayores a eventos de vida sumamente estresantes y de lucha cotidiana, encontrando que el soporte social juega un importante papel en el amortiguamiento de la lucha contra los síntomas depresivos. Haley et al., (1987), encontraron que el soporte social y las conductas de afrontamiento median la relación entre estrés y la adaptación (satisfacción de vida, depresión).

Así, dado que el compromiso religioso o convicción religiosa parece ser un buen predictor de salud mental, siguiendo el modelo aportado por Koenig et al. (1988), en este trabajo se propone investigar la interacción entre tres tipos de variables religiosas, la *convicción*, el *afrontamiento* y el *soporte social religiosos*, y su influencia en el ajuste psicológico de la Adultez Mayor a través de su impacto en la depresión y la soledad en sujetos mexicanos. En el modelo de Koenig, (Cf. Figura 1) estas tres variables religiosas son variables mediadoras; en el problema planteado aquí, sólo se investiga la relación entre la *convicción religiosa* y el ajuste psicológico y las estrategias de afrontamiento y el soporte social (Cf. Figura 2).

La investigación que se propone en este trabajo parte de la premisa de que la Adultez Mayor es por sí misma un estresor biopsicosocial, y dentro de esa influencia estresante, la pregunta que se plantea es: *¿En qué medida se asocia la convicción religiosa con el uso de estrategias de afrontamiento religioso o no religioso, así como con el soporte social, visto en dos esferas, soporte social religioso y soporte social familiar, en el ajuste psicológico medido a través del grado de depresión y de soledad, en una muestra mexicana de Adultos Mayores de la comunidad?* (Cf. Figura 2)

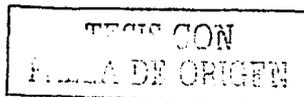


Figura 1
Adaptación del Modelo de Interacción entre Estrés y Ajuste de Koenig, George y Siegler (1988), a las variables de nuestra investigación

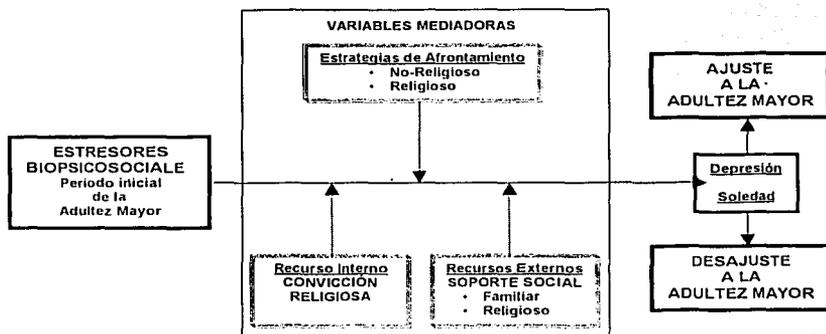
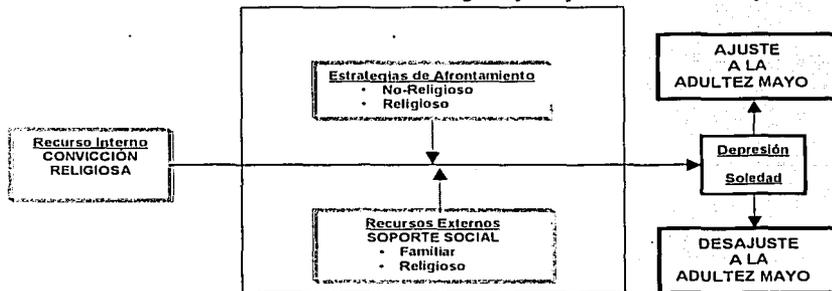


Figura 2
Modelo de Relación entre la Convicción Religiosa y el Ajuste a la Adulterz Mayor



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

2. Estrategia de investigación

2.1. Objetivo general

De acuerdo con la problemática planteada se propone:

Determinar las relaciones existentes entre la convicción religiosa y las estrategias de afrontamiento, el soporte social, la depresión y la soledad en Adultos Mayores mexicanos.

2.2. Objetivos específicos

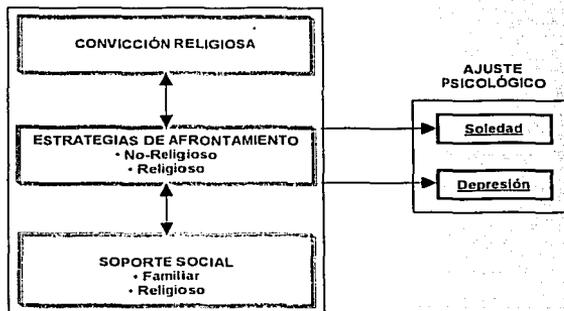
- Determinar la relación existente entre la convicción religiosa, las estrategias de afrontamiento, el soporte social y el ajuste psicológico (depresión y soledad).*
- Determinar si existen diferencias significativas en convicción religiosa, soledad y depresión, por sexo.*

2.3. Método

2.3.1. Hipótesis

a) El grado de convicción religiosa (CPRE), el Soporte social y las estrategias de afrontamiento predicen el ajuste psicológico (Depresión, GDS; Soledad, IMSOL).

Figura 3. Hipótesis 2.3.1



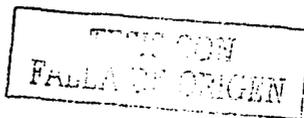
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B) Existen diferencias significativas en la depresión, la soledad y la convicción religiosa en función del sexo de los Adultos Mayores.

- B.1) Depresión - Sexo: Existen diferencias significativas en el grado de depresión entre hombres y mujeres Adultos Mayores.
- B.2) Soledad - Sexo: Existen diferencias significativas en el grado de soledad entre hombres y mujeres Adultos Mayores.
- B.3) Convicción religiosa - Sexo: Existen diferencias significativas en el grado de convicción religiosa entre hombres y mujeres Adultos Mayores.

2.3.2. Definición de Variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional
Sexo	Distinción por género masculino o femenino	Hombre / Mujer
Depresión	Entidad psicopatológica caracterizada en el Adulto Mayor por: afecto deprimido, sentimientos de minusvalía, de desesperanza y desamparo, desánimo, insatisfacción con la vida, infelicidad, aislamiento, auto-percepción de problemas de memoria, sentimientos de inutilidad, falta de energía (Yesavage et al., 1983)	Es el puntaje total de la <i>Escala de Depresión Geriátrica, versión corta, (GDS, Short-form)</i> , (Sheikh y Yesavage, 1986; González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002; 2003)
Soledad	Fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto (Montero, 1999)	Es el puntaje total de la sub-escala de Bienestar emocional del <i>Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL)</i> , (Montero, 1999)
Creencias y prácticas religiosas y espirituales y Soporte social religioso	Son las creencias y prácticas religiosas y espirituales, y el soporte social religioso que caracterizan la vida de un sujeto (Holland, et al 1998)	Es el puntaje total global del <i>Inventario de Sistemas de Creencias</i> , SBI-15R, (Holland, et al, 1998)
Convicción religiosa	Son las creencias y prácticas religiosas y espirituales que caracterizan la vida de un sujeto (Holland, et al 1998)	Es el puntaje correspondiente a la sub-escala de creencias y prácticas religiosas y espirituales del <i>Inventario de Sistemas de Creencias</i> , SBI-15R, (Holland, et al, 1998)
Soporte social religioso	Es el soporte social (apoyo, asistencia) proporcionado a un sujeto por aquellas personas afines a su grupo religioso (Holland, et al 1998)	Es el puntaje correspondiente a la sub-escala de Soporte social del <i>Inventario de Sistemas de Creencias</i> , SBI-15R, (Holland, et al, 1998)
Soporte social familiar	Es el soporte social percibido por un sujeto dentro de su propia familia	Es el puntaje total de los reactivos 73, 79, 83 y 86 correspondientes a la sub-escala de Bienestar emocional del <i>Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL)</i> , (Montero, 1999)



Definición de Variables (continuación)

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional
Afrontamiento		De la <i>Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moos) Forma B (Moos et al., 1986)</i>
- Cognitivo	- Intentos del sujeto por analizar la dificultad del evento.	Es el puntaje de la sub-escala de afrontamiento cognitivo
- Conductual	- Conductas del sujeto para tratar directamente con el problema.	Es el puntaje de la sub-escala de afrontamiento conductual.
- Evitación	- Evitar confrontar activamente el problema o reducir la tensión emocional mediante conductas como fumar o comer más	Es el puntaje de la sub-escala de afrontamiento por evitación
Afrontamiento religioso	Estrategias de afrontamiento basadas en las creencias y prácticas religiosas y espirituales del sujeto.	Es el puntaje total de la sub-escala de Afrontamiento religioso del <i>Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL)</i> , (Montero, 1999)

2.3.3. Muestra

La investigación se llevó a cabo en una muestra de 125 sujetos de la comunidad de ambos sexos elegidos por disponibilidad en dos ámbitos: la tercera parte de la muestra estuvo compuesta por pensionados y jubilados mientras esperaban el pago de sus retribuciones económicas en una clínica del *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*. Las dos terceras partes de la muestra estuvieron compuestas por pacientes externos de una clínica de salud del *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INPAM)*, mientras esperaban ser atendidos.

Criterios de inclusión: Los sujetos seleccionados cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Edad entre 60 y 70 años.
- 2) De cualquier sexo, nivel educativo y religión.
- 3) Cognitivamente funcionales a juicio del entrevistador.
- 4) Aceptación voluntaria para participar en la investigación.

2.3.4. Instrumentos de medición

Se aplicó una batería compuesta de cuatro instrumentos de medición psicológica y un apartado para explorar variables sociodemográficas y conductas religiosas. Fueron en total 93 reactivos con opciones de respuesta dispuestas en escalas Likert de 4, 5 y 6 puntos y opciones si-no, según el caso, dicotómicas y nominales (Cf. Anexo 1)

En el cuadro 7 se describen las características básicas de los instrumentos utilizados. Una descripción más detallada se incluye en el anexo 2 de este trabajo.

TESIS CON
FECHA DE ORIGEN

Cuadro 7
Batería Utilizada en la Investigación

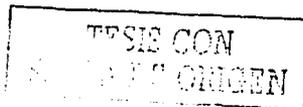
Instrumento	Definición	Propiedades
Cuestionario demográfico y hábitos religiosos	Incluye variables demográficas (sexo, edad, etc), y conductas religiosas extraladas de la literatura (asistencia religiosa, oración, rezo, etc.)	
Escala de Depresión Geriátrica (GDS) Short Form (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002, 2003)	Evalúa síntomas depresivos específicamente en poblaciones de Adultos Mayores, tanto en el trabajo clínico como de investigación	Consistencia interna (α)=0.5474 Confiabilidad test-retest =0.63 Posee validez discriminante.
Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R (Holland, et al., 1998)	Con dos sub-escalas, mide <i>creencias</i> y <i>prácticas religiosas y espirituales</i> , y el <i>soporte social</i> derivado de la comunidad que comparte esas creencias	Consistencia interna (α)=0.93 Confiabilidad test-retest=0.95 Validez convergente = >0.82 Adecuada validez divergente y discriminante
Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moos et al, 1986; Aduna, 1998)	Explora estrategias de afrontamiento del estrés. Se consideran aquí las 3 sub-escalas principales: Cognitiva-Activa Conductual-Activa Evitación-Pasiva	Consistencia interna (α); Sub-esc. Cognitiva 826 Sub-esc Conductual .824 Sub-esc. Evitación 494
Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL. (Montero, 1998)	Se emplearon las sub-escalas de Bienestar Emocional como medida de frecuencia de soledad y la de Afrontamiento religioso.	Consistencia interna (α) = 0.72 a 0.94 Validez convergente = >0.82 Adecuada validez divergente, y discriminante (-0.80)

2.3.5. Tipo de estudio

De acuerdo con Hernández, et al. (2000), se trató de una investigación no experimental, dado que no se llevó a cabo ninguna manipulación de variables; éstas fueron observadas en su medio natural tal y como se dieron al observador. Dichas observaciones se llevaron a cabo en un sólo momento, de acuerdo con un diseño transeccional correlacional, donde nos interesó medir el grado de relación entre las variables descritas.

2.3.6. Procedimiento

Traducción del SBI-15R. En principio se tradujo el SBI-15R al español, por dos traductores: uno radicado en los Estados Unidos de Norteamérica, lego en psicología, y otro radicado en México, psicólogo. Esta estrategia se llevó a cabo a fin de conservar el sentido semántico y clínico de cada reactivo en la versión



traducida al español. En la versión final se conservó el ordenamiento general del instrumento.

Estructuración del cuestionario a aplicar. Una vez traducido el SBI-15R se estructuró un cuestionario con los instrumentos que serían utilizados en la investigación, después de analizar cuatro opciones viables para cubrir los objetivos planteados, y tomando en cuenta las características de la muestra focal (Adultos Mayores), en cuanto a cansancio, exigencias de atención, percepción y comodidad.

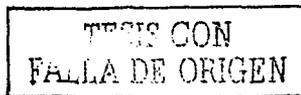
El *Cuestionario* quedó constituido por un *Cuestionario Demográfico y de Hábitos Religiosos, CDHR*, desarrollado específicamente para esta investigación con datos de la literatura vinculada con el tema de la espiritualidad y la religiosidad; se incluyó la *Escala de Depresión Geriátrica, versión corta, GDS* (Yesavage, 2002; González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002), el *Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R* (Holland, et al., 1998); la *Escala de Salud y Vida Cotidiana* (Moos et al, 1986; Aduña, 1998), y dos sub-escalas extraídas del *Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL* (Montero, 1999).

Con excepción del CDHR, los instrumentos fueron ordenados aleatoriamente. Para el caso del IMSOL, los reactivos fueron ordenados en forma aleatoria siguiendo las sugerencias de la autora.

En el caso del *SBI-15R*, se revisaron los reactivos tomando en cuenta las características de la muestra en que serían investigados. Dado que en algún momento de la investigación se explorarían sujetos de distintas religiones (católicos, evangélicos protestantes, cristianos), se estimó necesario modificar ligeramente dos reactivos a fin de evitar sesgos.

Vale destacar las diferencias entre estos grupos: En principio, las personas católicas se reconocen a sí mismas como pertenecientes a una religión, la religión católica, y consideran el seguimiento de sus preceptos como un ingrediente importante en su relación con Dios. Los evangélicos protestantes por su parte, si bien reconocen su pertenencia a una religión, y la importancia de ceñirse a sus preceptos, no sujetan su relación con Dios a estos, sino al seguimiento de la voluntad de Dios contenida en las Sagradas Escrituras, es decir, la Biblia. Los cristianos no religiosos, desdeñan todo intento de vivir una religión, a cambio de predominar el establecimiento de una relación personal con Dios, inclinada totalmente al desarrollo espiritual del individuo mediante la oración, la adoración y el aprendizaje colectivo, y la lectura de las Sagradas Escrituras; para ellos, la religión constituye incluso un estorbo para su vida espiritual (DeHann, 2001). Estos tres grupos coinciden en el origen judeo-cristiano de sus creencias religiosas y/o espirituales.

Así, para los efectos de la presente investigación se modificaron dos reactivos del SBI-15R:



Reactivo 1(33, en el Cuestionario): A la afirmación de "La religión es importante...", se agregó: "La religión o la vida espiritual..." a fin de adaptar la afirmación a los grupos (cristianos no religiosos) para los cuales la vida espiritual es muy importante a pesar de que la religión como tal no lo es.

Reactivo 3 (35, en el Cuestionario): Por la misma razón expuesta para el reactivo 1, la afirmación "Disfruto asistiendo a los eventos religiosos...", se modificó a: "Disfruto asistiendo a los eventos...".

Ahora bien; dado que el *Cuestionario* se aplicó a Adultos Mayores, y a que estos a menudo tienen problemas para leer y escribir por deficiencias físicas, el cuestionario fue diseñado para ser aplicado en forma auto-administrable y por entrevista. Para su aplicación por entrevista se desarrolló material de apoyo dispuesto en tarjetas, con las opciones de respuesta escritas y asociadas cada una con un número y una figura de apoyo, como se muestra a continuación:

 Nunca o Casi nunca 	 De vez en cuando 	 Todo el Tiempo o casi siempre 
--	--	---

En la forma de entrevista se modificó la redacción de algunas afirmaciones, pasándolas de la primera persona (*Siento que mi vida carece de propósito*), a interrogación (*¿Siente que su vida carece de propósito?*). Esto se hizo así a fin de hacer más entendibles los reactivos durante la entrevista. Se procedió de esta manera sólo con dos sub-escalas del *IMSOL* y en el *SBI-15R*. Por lo demás, se mantuvieron constantes las características generales de cada instrumento.

Piloteo del instrumento. El *Cuestionario* fue piloteado entre personas Adultas Mayores tanto de la comunidad como asiladas, en igual proporción. El nivel educativo predominante fue de 1° a 5° año de primaria, con edades que fluctuaron entre los 62 y 92 años, y una media de 75 años. Se alargó el rango de edad a fin de hacer más estrictas las condiciones de aplicación y alcanzar así una mayor cobertura de contingencias. Como resultado del piloteo, sólo se modificó un reactivo del *IMSOL* en forma muy ligera, como sigue:

Instrumento	Reactivo piloteado	Reactivo modificado
IMSOL	Siento que mi vida carece de propósito	Siento que mi vida carece de propósito, de un por qué para vivir.

Finalmente el *Cuestionario* quedó integrado por 93 reactivos, bajo un formato que permitía su aplicación por entrevista y en forma auto-administrable.

Trabajo de campo. Contándose con una versión definitiva del *Cuestionario*, se obtuvieron las autorizaciones necesarias con las autoridades involucradas en los ámbitos del trabajo de campo (*Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS* y *Instituto Nacional de las Personas Adultas mayores, INPAM*), y se procedió a la aplicación de la batería a la muestra objetivo cuidando la aplicación de los criterios de inclusión.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre las 7:00 y 11:00 hrs. de la mañana, en los lugares dispuestos por ambas instituciones como áreas de espera, por un solo entrevistador. A cada sujeto se le informó sobre el objetivo de la investigación, y una vez contando con su autorización se le exhortaba a responder por sí mismo el *Cuestionario*. Cuando el sujeto dudaba en ello, o simplemente confesaba que no podía hacerlo solo (porque no traía lentes, no veía, o prefería que se lo aplicaran), se recurría a la forma de entrevista. Una vez que el sujeto terminaba de responder el *Cuestionario* el entrevistador revisaba el contenido para verificar que ninguna pregunta quedase sin respuesta. Si ese era el caso, se le solicitaba al sujeto que terminara de responder las preguntas sin respuesta, a menos que el propio sujeto sintiese que no tenía respuesta que dar, o que se negara deliberadamente a ello. En este último caso, se respetó su decisión y se tomó el *Cuestionario* como bueno, cuando las preguntas sin respuesta fueron mínimas (menos del 5% del total).

Fue interesante notar la tendencia en algunos sujetos a desarrollar cierta resistencia a algunos reactivos, específicamente de la GDS y el IMSOL. En la GDS con frecuencia ocurría en la forma auto-administrable, que dejaran sin contestar la mayoría de los reactivos. En la forma de entrevista fue posible notar que el Adulto Mayor se deprimía ante el contenido de los reactivos de ambas escalas; algunos lloraron.

Por otro lado, casi por regla general pudo observarse, que cuando el sujeto tardaba más de 45 minutos en responder el *Cuestionario* esto se debía a alteraciones de tipo cognitivo, que pudieron verificarse (poca capacidad de concentración, baja atención, comprensión alterada, etc). En estos casos era común que a pesar del tiempo empleado existieran varios reactivos sin respuesta (del 15 al 20%). Evidentemente, fue necesario eliminar estos *Cuestionarios*.

Finalmente se reunieron 125 cuestionarios en total, y se pasó al análisis de datos y la elaboración del informe.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.7. Análisis de datos

Los datos fueron procesados en el sistema SPSS versiones 5.0 y 10.0 con los siguientes resultados:

2.3.7.1. Características socio-demográficas de la muestra.

Con la finalidad de conocer las características de la muestra investigada se desarrolló un primer acercamiento a los datos del trabajo de campo, a través de un análisis descriptivo de las variables atributivas básicas (edad, sexo, nivel educativo y situación laboral).

Edad y Sexo. La muestra comprendió 125 sujetos, 51% hombres (n=63) y 49% mujeres (n=62), con edades comprendidas entre los 60 y los 70 años inclusive. La edad media fue de 65 años (Sd = 2.9) con una moda de 62 años.

Estado civil y cohabitación. En la sub-muestra masculina, un porcentaje alto de los hombres 81% (n=51) se declaró casado, y el 6% (n=4) en unión libre, lo cual implica que el 87% (n=55) tienen una relación de pareja. Una pequeña minoría de los hombres (8%, n=5) eran divorciados o separados y el 3% (n=2) viudos. Esto fue consistente con el hecho de que la gran mayoría (86%, n=54) vivía con su pareja (62% de la sub-muestra masculina (n=39) vivían con ella y con sus hijos, y el 24% (n=15) sólo con ella). Sólo el 6% (n=4) vivían solos.

Entre tanto, en la sub-muestra femenina el 55% (n=34) se declararon casadas, porcentaje notablemente inferior al masculino. Ninguna se confesó en unión libre. Fue notable, aunque esperable, que el 21% (n=13) fuesen viudas, en comparación con el 3% (n=2) de los hombres; esto es consistente con el hecho de que los hombres suelen fallecer primero que las mujeres (INEGI, 1992, 2001). El 13% (N=8) estaban separadas o divorciadas, y el 11% (N=7) eran solteras. En contraste con el grupo masculino, las mujeres que vivían con su pareja sólo fueron el 45% (n=28) de la sub-muestra femenina; 24% (n=15) de esta sub-muestra viven sólo con su pareja, y el 21% (n=13) con ella y con sus hijos. El 13% (n=8) vivían con su familia, y el 11% (n=7) solas.

Nivel educativo. En cuanto a nivel educativo, los datos muestran que la frecuencia de mujeres que lograban estudiar en los niveles de Primaria y Secundaria fue superior a la de los hombres; sin embargo, más mujeres que hombres no estudiaron, y los hombres fueron más numerosos en el nivel de preparatoria, casi el doble que las mujeres. A nivel de Licenciatura y Posgrado la participación de las mujeres fue mínima (2%, n=1) en comparación con los hombres (16%, n=10) Cf. Cuadro 8.

TEXTO CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 8
Nivel Educativo por Sexo

Sexo	Nivel Educativo				
	No estudió	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura Posgrado
Masculino	14%	32%	24%	14%	16%
Femenino	24%	39%	26%	8%	2%
Totales	19%	35%	25%	11%	9%

N (masculino)=63; n(femenino)=62

Situación laboral. Sólo el 46% de los hombres, y el 17.7% de las mujeres, reportaron que trabajaban de manera remunerada.

2.3.7.2. Importancia del Soporte social familiar y de pares.

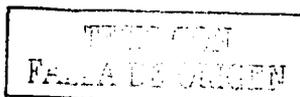
Con respecto a la importancia de amigos y familiares ante situaciones problemáticas de la vida, en la muestra investigada, sólo el 6% (n=8) de los Adultos Mayores afirmaron no contar con el apoyo de alguna persona. Por otro lado, el 86% (n=108) afirmaron tener a alguien con quién contar cuando tienen problemas. Sin embargo, este apoyo difícilmente proviene, en la mayoría de los casos, de los amigos; el 71%, (n=89) saben que no cuentan con sus amigos cuando necesitan resolver un problema. Con todo, el 78% (n=98) de los sujetos afirmaron obtener dicho apoyo de su familia, lo cual destaca el importante papel que juega el núcleo familiar en la vida del Adulto Mayor.

2.3.7.3. Hábitos religiosos y vida espiritual.

Dado que la vida religiosa y espiritual constituye el eje de la investigación, fue importante analizar aspectos básicos de la vida religiosa y espiritual de los sujetos (satisfacción religiosa, hábitos religiosos, importancia de la fe) a fin de dirigir análisis posteriores.

Así, y como era de esperar, el 74% (n=93) de los sujetos del total de la muestra pertenecían a la religión católica. El 22% (n=28) se adscribieron a otras religiones cristianas, entre las cuales más de la mitad (n=17) fueron Cristianos sin denominación.

Se examinaron el grado de satisfacción religiosa y los hábitos religiosos de la muestra. Del total de los sujetos, el 70% (n=88) declaró encontrarse satisfecho con su religión actual, mientras que el 15% (n=19) se encontraba insatisfecho. Aún después de estas cifras, la mayoría (54%, n=68) asisten a su iglesia sólo 1 vez a la semana (4 veces al mes en promedio), en tanto el 34% (n=43) asisten menos de 3 veces por mes o no asisten, lo cual parece reflejar una baja constancia en la asistencia religiosa en la muestra. Con todo, el 74% (n=93) rezan al menos una vez al día (poco más de la mitad, n=47), e incluso varias veces al día (n=46). El



56% (n=70) oran ("platican con Dios") varias veces al día, y otro 24% lo hace al menos 1 vez cotidianamente. Por otro lado, el 19% (n=24) de los sujetos leen la Biblia diariamente al menos 1 vez, en tanto la gran mayoría, el 57% (n=71) no la leen nunca.

Estos datos parecen destacar que a pesar de que la asistencia religiosa se vea afectada por la inasistencia, los sujetos tienden a desarrollar una actitud espiritual a través del rezo o la oración. La lectura de la Biblia por su parte, no parece ser una forma de adoctrinamiento para la gran mayoría de los Adultos Mayores.

Con todo, fue notable que el 66% (n=83) de los sujetos declararan que su fe se había vuelto más importante ahora que se encontraban en la Tercera Edad, que cuando eran más jóvenes, lo cual subraya la importancia del estudio de la religión en nuestra sociedad, y muy especialmente el importante papel que juega la vida espiritual en la Tercera Edad.

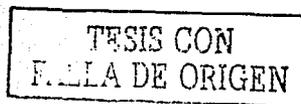
Por otro lado, a fin de saber si existían diferencias significativas entre católicos y protestantes en cuanto a sus hábitos religiosos y espirituales, se les comparó considerando las siguientes variables: Grado de satisfacción con respecto a su religión; frecuencia con que asisten a su iglesia, frecuencia con que rezan, oran y leen la Biblia, así como si hubo diferencias entre unos y otros con respecto a la importancia de su fe, antes y después de haber ingresado en la Tercera Edad. El único aspecto en que ambos grupos resultaron ser significativamente diferentes fue la frecuencia con que leen la Biblia; 55% (n=13) de los protestantes la leen más de 1 vez por semana, contra el 9% (n=8) de los católicos ($t=-5.15$, $p<.01$). Adicionalmente se comparó a los que leen la Biblia contra los que no la leen en cuanto al grado de Depresión y Soledad, y no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Finalmente se intentó analizar las diferencias existentes entre sujetos religiosos (personas totalmente de acuerdo en que la religión o su vida espiritual fuese importante todos los días de su vida; que asistieran a su iglesia por lo menos 2 o 3 veces por semana; que oraran o rezaran al menos 1 vez al día) y no religiosos (en total desacuerdo con respecto a que la religión o su vida espiritual fuese importante todos los días de su vida; que nunca asistieran a la iglesia, ni oraran o rezaran). Sin embargo, esto no fue posible porque sólo se captaron 3 sujetos religiosos y 1 sujeto no religioso, de acuerdo con las definiciones previstas.

2.3.7.4. Cualidades psicométricas de los instrumentos utilizados.

A fin de conocer las cualidades psicométricas básicas de los instrumentos utilizados, se estimó la consistencia interna de todos ellos, así como la validez convergente del SBI-15R.

Consistencia interna. La confiabilidad reportada por el α de Cronbach dió cuenta de índices altos para las escalas del SBI-15R e IMSOL, y moderados



para el MOOS y la GDS. La correlación Item-total fue satisfactoria para todas las escalas; sin embargo, en la escala de MOOS se eliminó el ítem 17 en virtud de que éste no superó el criterio de .10 como mínimo de correlación ítem-total, y al eliminar dicho reactivo se incrementó la confiabilidad de la escala referida a 0.75.

Cuadro 9
Consistencia Interna de los Instrumentos Utilizados
Correlación Item-Total y Alfa de Cronbach

Item	E S C A L A S						
	Item-Escala Total	SBI-15R Creencias y Prácticas Religiosas Espirituales	Soporte Social	IMSOL		MOOS	GDS
			Soledad	Afronta_miento Religioso	Escala Total	Escala Total	
1	.4809	4577		5165		4518	.3765
2	6551	6582		6596		2810	3079
3	.5759		5311	6008		2883	5011
4	5001	5377			6657	3054	4313
5	6092		6719	6644		2662	3221
6	5259	4862		8017		3600	3693
7	6785		6493	8497		3781	5173
8	.7675	7649		4218		2597	4855
9	6578		6143		7519	3172	1858
10	7569	7760		5731		5681	3349
11	8058	7980		8322		4225	3889
12	5225	5742		7452		2507	2828
13	5482		6171		5852	3631	4566
14	6374	6943		7305		3895	4757
15	6876	6759		7732		3810	3407
16				6063		1319	
17					7149	.0663	
18				3949		2386	
19				6134		3598	
20					7046		
21				5573			
22				6979			
23				6069			
24					6938		
25				4657			
26				6321			
Alfa de Cronbach	.9131	.8893	.8226	.9355	.8776	.7415	.7721

Validez convergente. Se compararon las sub-escalas de Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales (CPRE), y de Soporte Social del SBI-15R, contra la sub-escala de Afrontamiento Religioso del IMSOL, encontrándose una correlación satisfactoria (0.65, 0.55 y 0.66, respectivamente) y significativa ($p < .001$) entre ellas, por lo que el SBI-15R demostró tener una validez convergente adecuada.

Estructura factorial. Se practicó a la escala un análisis de componentes con rotación varimax. El análisis mostró 3 factores; dos conforme a lo esperado, y un tercero con sólo 2 reactivos. Es importante destacar que los reactivos 1 y 3, que formaron el tercer factor, fueron modificados para esta investigación de

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

acuerdo con consideraciones pertinentes que se han descrito en el apartado relativo a *Procedimiento* 3.3.6. de este trabajo; tales modificaciones pudieron haber afectado la estructura factorial del instrumento.

Todos los reactivos, con excepción de los tres primeros, quedaron agrupados en las dos sub-escalas propuestas originalmente por el SBI-15R, si bien algunos reactivos obtuvieron cargas poco diferenciadas ("sucias") entre los factores (reactivos 4, 8, 10, 11, 15). El reactivo 2 obtuvo esta misma cualidad y fue asignado por el análisis en un factor distinto al propuesto por los autores de la escala (Cf. Cuadro 10).

Cuadro 10
Estructura Factorial del Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R

No. de Reactivo	Area asignada Originalmente	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	Creencias	.14403	.28537	.64619
2	Creencias	.40814	.46114	.29981
3	Soporte social	.11413	.18311	.80247
4	Creencias	.46843	.00217	.40944
5	Soporte social	.07389	.62586	.39146
6	Creencias	.64147	.37240	-.17930
7	Soporte social	.18932	.71606	.26849
8	Creencias	.56075	.40491	.49381
9	Soporte social	.37757	.71217	.05763
10	Creencias	.55500	.29107	.53718
11	Creencias	.52629	.51053	.38638
12	Creencias	.67346	-.02060	.14515
13	Soporte social	.00516	.79349	.13098
14	Creencias	.75351	.17641	.24051
15	Creencias	.56552	.44489	.17291
Eigenvalue		6.53450	1.27884	1.07625

En general, las sub-escalas propuestas por Holland, et al., (1998) conservaron su estructura, si bien quizá sería pertinente diferenciar más algunos reactivos a fin de hacer más clara la distancia entre factores.

2.3.7.5. Prueba de hipótesis de investigación.

Conocidas las características de la muestra y las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, se procedió a analizar las hipótesis de investigación.

En primera instancia se exploró la existencia de diferencias significativas por sexo en las variables depresión, soledad y convicción religiosa, practicándose un análisis de diferencias entre grupos mediante una prueba *t*, obteniéndose homogeneidad de varianza de acuerdo con la prueba de Levin para cada uno de los tres análisis.

Depresión - Sexo. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al grado de depresión.

Soledad - Sexo. Se probó la hipótesis de trabajo: Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al grado de soledad. Las

mujeres tienen un mayor grado de sentimientos de soledad en comparación con los hombres.

Convicción religiosa - Sexo. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al grado de convicción religiosa (Cuadro 11).

Cuadro 11
Análisis de Diferencias por Sexo en
Depresión, Soledad y Convicción Religiosa

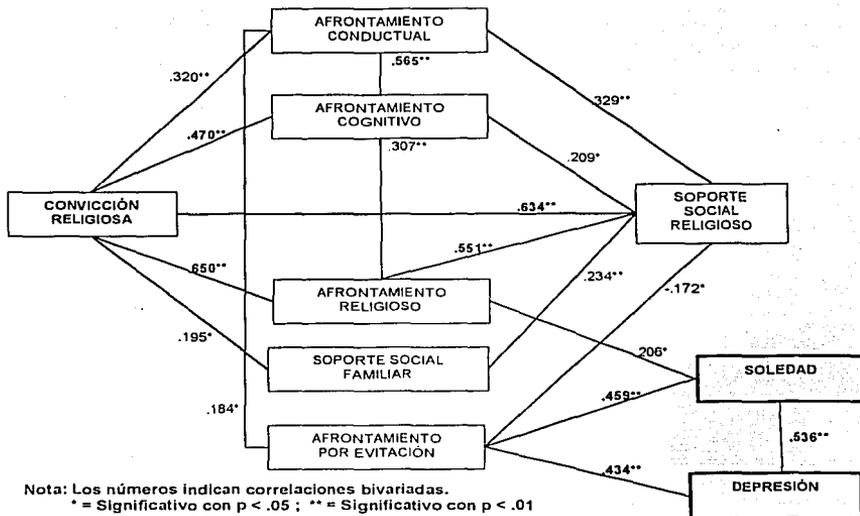
Variables	t	g.l.	p	Media	D.E.
Depresión	.06	122	0.953		
• Hombres				3.7	3.1
• Mujeres				3.7	2.8
Soledad	-2.08	123	0.04		
• Hombres				16.0	13.4
• Mujeres				21.5	15.8
Convicción religiosa	-1.43	123	0.156		
• Hombres				24.2	6.4
• Mujeres				25.7	5.7

Por otro lado, a fin de determinar si el grado de convicción religiosa (CPRE), el Soporte social y las estrategias de afrontamiento predicen el ajuste psicológico (Depresión, GDS; Soledad, IMSOL). se realizó un análisis de regresión múltiple tanto para la variable dependiente depresión como para la variable dependiente soledad, obteniéndose la siguiente red de correlaciones (Cf. Figura 4):

Con base en el análisis practicado se concluyó que:

- No existe una relación directa entre la Convicción Religiosa y el ajuste psicológico (Depresión y Soledad).
- La Evitación del Afrontamiento está moderadamente asociada tanto con la Soledad ($r = .459, p < .01$) como con la depresión ($r = .434, p < .01$). El Afrontamiento Religioso está asociado con la Soledad aunque en forma suave ($.206, p < .05$). Estas fueron las únicas dos variables independientes vinculadas directamente con las variables dependientes investigadas.
- Como era de esperarse, la Convicción Religiosa se relacionó en forma importante ($r = .650, p < .01$) con el Afrontamiento Religioso, y el Soporte Social Religioso ($r = .634, p < .01$).
- De las estrategias de afrontamiento, la mejor relacionada aunque en forma moderada con el Soporte Social Religioso fue el Afrontamiento Religioso ($r = .551, p < .01$).
- Para el caso de la Depresión, las variables independientes en conjunto explicaron el 24.8% de la varianza total ($R = .498, R^2 = .248, F = 4.485, p < .01$).
- Para el caso de la Soledad, las variables independientes en conjunto explicaron el 34.8% de la varianza total ($R = .589, R^2 = .347, F = 7.317, p < .01$).

Figura 4
Red de Correlaciones Bivariadas



En cuanto a los valores β aportados por el análisis fue necesario considerar que las correlaciones entre las variables independientes fueron mayores que las arrojadas por estas mismas variables y las variables dependientes; de acuerdo con Kerlinger (1975) su interpretación sería difícil e inexacta, dado el importante traslape de influencia de cada una. Con todo, los valores β significativos fueron los siguientes:

Cuadro 12
Valores β del Análisis de Regresión Múltiple practicado a las Variables Dependientes Depresión y Soledad

Variable	β	t	P
Depresión			
Evitación del Afrontamiento	.418578	4.419	.0000
Soledad			
Evitación del Afrontamiento	.523223	5.967	.0000
Afrontamiento Religioso	.235603	2.035	.0446

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.7.6. Análisis post-hoc.

Con la finalidad de analizar de manera exhaustiva los datos obtenidos, se buscó explorar las relaciones entre las variables religiosas, el afrontamiento, el soporte social, la depresión y la soledad, analizando la escala de afrontamiento de Moos utilizada en esta investigación, dado que entre las escalas, este instrumento había reportado la menor confiabilidad ($\alpha = .7415$) y una baja correlación con las demás sub-escalas.

Así, sobre una base de datos depurada de valores perdidos (*missing values*; según el SPSS) con una $n=103$, se analizó la estructura factorial de la Escala de Afrontamiento de Moos por el método de Análisis de Componentes Principales con Rotación Varimax, identificándose 8 factores de los cuales 3 reunían las cargas más altas de suma de cuadrados. Tomando estos 3 factores se seleccionaron 16 reactivos con pesos iguales o superiores a .30, descartándose el resto (8 reactivos).

Con los 16 reactivos seleccionados se analizó nuevamente la estructura factorial, obteniéndose un total de 5 factores (Cf. Cuadro 13).

Cuadro 13
Matriz Factorial Rotada para 16 reactivos seleccionados
de la Escala de Afrontamiento de Moos

Reactivo	Factor				
	1	2	3	4	5
10	.73747	16159	39132	-.00987	-.06382
1	.83469	09687	08674	-.07965	-.02689
2	.69085	-.19053	01478	.23168	.10791
11	.50873	01537	38281	01071	-.07405
8	.37938	-.00849	.56188	-.31800	.11915
15	.26397	-.08435	.67773	.17405	.10067
13	.01626	.81712	.06271	.09784	-.02111
14	-.01745	.74166	-.11728	.13927	.11011
23	-.06946	.48856	-.23030	-.61014	-.13016
7	.05106	.29329	-.05400	.75743	-.23157
6	.09067	.24724	.02565	.70361	.07247
9	.19078	.21389	.50073	-.35018	-.33443
12	.35489	.40221	-.31620	.26290	.13111
18	.01836	.11380	.64297	.07550	-.00479
20	.08833	.22375	.14070	.04107	.84985
19	.14327	.35370	.22830	.28023	-.46111
Eigenvalue	3.39830	2.24727	1.65996	1.20949	1.08267

Nota: Se incluyen en negritas los reactivos seleccionados

A continuación, se procedió a analizarlos a fin de encontrar su coherencia teórica, concluyéndose un total de 4 categorías finales que en conjunto obtuvieron una consistencia interna ($\alpha = .716$) similar a la obtenida por la escala original en nuestra investigación (Cf. Cuadro, 14).

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 14
Grupos resultantes del análisis factorial practicado a la Escala de Afrontamiento de Moos

α	No. Item	Clasificación anterior	Reactivo	Nueva Clasificación
FACTOR 1				
.729	1	Conductual	Trato de conocer más del problema	Cognitivo
	2	Conductual	Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema	
	10	Cognitivo	Pienso en varias formas de resolver el problema	
	11	Cognitivo	Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente	
FACTOR 2				
.559	12	Evitación	No doy a notar lo que siento	Emocional - reactivo
	13	Conductual	Actúo precipitadamente	
	14	Cognitivo	Me digo cosas a mi mismo	
	19	Conductual	Trato de sacar ventaja del problema	
	23	Conductual	Cuando tengo problemas hago más ejercicio	
FACTOR 3				
.589	8	Cognitivo	Trato de verle el lado bueno al problema	Conciliador
	9	Conductual	Hago otras cosas para no pensar en el problema	
	15	Conductual	Se lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas	
	18	Cognitivo	Como no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen	
FACTOR 4				
.541	6	Evitación	Cuando me siento enojado me desquito con otros	Evitación
	7	Evitación	Cuando me siento deprimido me desquito con otros	
	20	Evitación	Cuando tengo problemas bebo más	

La confiabilidad reportada por cada sub-escala fue menor a .60 como puede verse en el cuadro 14, y son poco satisfactorias. Sólo el factor 1 tuvo una confiabilidad adecuada de .729. Sin embargo, los factores resultantes, bajo nuestro parecer, tienen coherencia teórica. Moos y Billings, (1982) señalaron que las habilidades de afrontamiento pueden ser organizadas dentro de tres dominios:

1. *Afrontamiento centrado en la apreciación.* Incluye todos los intentos para lograr entender y encontrar un patrón de significado en la crisis.
2. *Afrontamiento centrado en la emoción.* Busca manejar las emociones provocadas por la crisis y mantener un equilibrio afectivo.
3. *Afrontamiento centrado en el problema.* Busca confrontar la realidad de la crisis, tratando con las consecuencias tangibles e intentando construir una situación más satisfactoria.

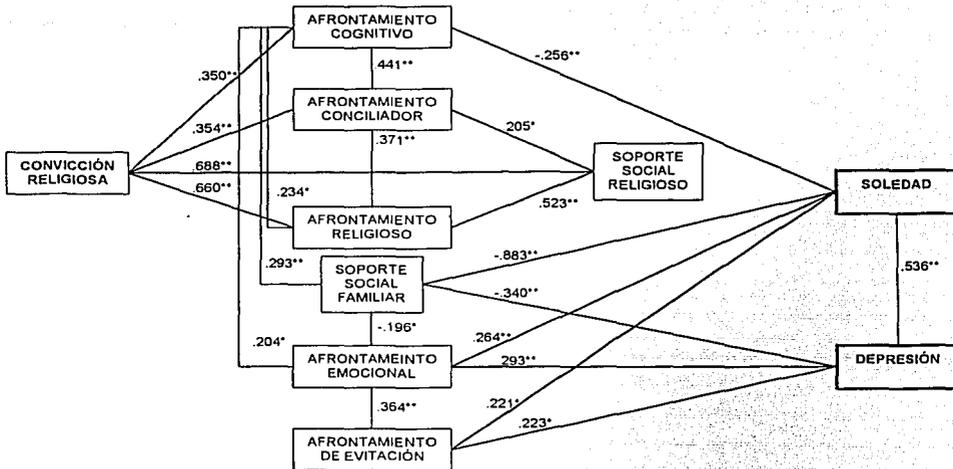
Los 3 factores originados (Cognitivo, Emocional, y Conciliador) parecen coincidir parcialmente con esta clasificación. El factor 4 (Evitación), por ejemplo, de acuerdo con los autores se encuentra englobado dentro del primer dominio, y aquí se le mantuvo independiente porque si se integraba en el factor 1 la confiabilidad habría disminuido a .6466. Por otro lado, la estructura propuesta por Moos contaba con una confiabilidad de .741, en tanto la confiabilidad de la escala total arrojada en este análisis ascendió a .716. Sin embargo, la nueva estructura permitió establecer correlaciones más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

numerosas y significativas con el resto de las sub-escalas, como se verá a continuación.

Con la nueva estructura se analizaron nuevamente las correlaciones entre las variables del diseño con los resultados descritos en la Figura 5.

Figura 5
Red de Correlaciones Bivariadas, Análisis Post Hoc



* Significativo con $p \leq .05$ ** Significativo con $p \leq .01$.

Con respecto a la primera red bivariada, en la nueva red (sin *missing values* y 22 registros menos) continúan estableciéndose algunas correlaciones de interés:

1. El triángulo *Convicción religiosa – Soporte social religioso – Afrontamiento religioso*, mantienen asociaciones altas entre si, como era de esperarse.
2. Ninguna de estas tres variables religiosas se encuentra relacionada directamente con la soledad y la depresión; en la primera red, existía una suave relación entre el afrontamiento religioso y la soledad ($r=.206, p<.05$).
3. El *afrontamiento por evitación* continúa asociado a la *depresión* y la *soledad*, aunque con menor fuerza.
4. La *Depresión* y la *Soledad* continúan asociadas en forma significativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, a diferencia de la primera red, en ésta se evidencia:

1. Una significativa asociación inversa entre el *Soporte social familiar* y la *Soledad* ($r = -.883$, $p < .01$) por un lado, relación ya documentada por Montero, (1999), y con la *Depresión* por otro ($r = -.340$, $p < .01$).
2. El *Afrontamiento emocional* y el *Afrontamiento de evitación*, conductas de afrontamiento esencialmente pasivas, permanecen asociadas entre si en forma moderada ($r = .364$, $p < .01$). Adicionalmente, ambas se relacionan con la *Depresión* y la *Soledad* aunque con poca fuerza (Correlaciones entre $r = .221$ y $r = .293$, $p < .05$), pero significativamente.
3. El *Afrontamiento cognitivo*, conducta de afrontamiento esencialmente activa, se asoció inversamente con la *Soledad* en forma moderada ($r = -.256^{**}$), y no con depresión.

Estos resultados parecen guardar para si cierto grado de coherencia interna que podría justificar el análisis desarrollado.

Adicionalmente, se practicó una análisis de regresión a las variables hallándose que:

1. Para el caso de la Depresión, las variables independientes explicaron el 21.2% de la varianza total ($R = .460$, $R^2 = .212$, $F = 3.161$, $p < .0032$, g.l. = 8)
2. Para el caso de la Soledad, las variables independientes explicaron el 81.8% de la varianza total ($R = .904$, $R^2 = .817$, $F = 53.353$, $p < .001$, $df = 8$)

Los valores β significativos fueron los siguientes:

Cuadro 15
Valores β del Análisis de Regresión Múltiple practicado a las Variables Dependientes Depresión y Soledad, Análisis Post-hoc

Variable	β	t	P
Depresión			
Afrontamiento emocional	.212584	2.009	.0474
Soporte social familiar	-.243116	-2.341	.0214
Soledad			
Soporte social familiar	-.857543	-17.193	.00001
Afrontamiento de evitación	.130953	2.721	.0077
Afrontamiento religioso	.131166	2.161	.0332

Por otro lado, a fin de explorar otras posibles relaciones se analizaron las variables dependientes Depresión (GDS), Religiosidad (SBI-15R), Afrontamiento del Estrés (MOOS) y Soledad (IMSOL), con respecto a su incidencia en distintas variables independientes, con los siguientes resultados:

Nivel educativo. Se reclasificó esta variable en 4 categorías: 1. No estudié; 2. Primaria, 3. Secundaria, y 4. Preparatoria, licenciatura y posgrado. Mediante un análisis de varianza unidireccional (*one way*) practicado a cada variable

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

dependiente, se encontró que sólo en cuanto a Soledad existieron diferencias marginalmente significativas entre los grupos ($F = 2.32$, $g.l. = 3$, $p < 0.07$). Así las cosas, las medias parecen indicar que a mayor nivel educativo, menores sentimientos de soledad, aunque no de manera concluyente (Cuadro 16).

Cuadro 16
Medias de Soledad según Nivel Educativo

Nivel Educativo	Medias de Soledad
1 No estudio	22.3
2 Primaria	21.8
3 Secundaria	15.3
4. Preparatoria, Licenciatura y posgrado	14.8

Número de personas que apoyan al sujeto. Se reclasificó esta variable en 4 categorías: 0. No tienen, 1. Sólo una persona, 2. De 2 a 4 personas, 3. Cinco o mas personas. Un análisis de varianza unidireccional parece indicar en forma no concluyente que a mayor número de personas a las cuales pueda recurrir un sujeto, menores sentimientos de soledad ($F = 2.20$, $df = 3$, $p < .09$; Cuadro 17).

Cuadro 17
Medias de Soledad según el Número de Personas que Apoyan al Sujeto

Personas que apoyan al sujeto	Medias de Soledad
0. No tiene	23.0
1. 1 Persona	25.1
2. De 2 a 4 personas	19.4
3. 5 o más personas	15.3

Número de amigos con los que cuenta el sujeto. Se reclasificó esta variable en dos categorías: 0. No tienen amigos, y 1. Tienen 1 o más amigos. El contar con amigos o no, no fue significativo para las variables dependientes, excepto para la variable Religiosidad. Al parecer, el grupo que no cuenta con amigos es significativamente más religioso que el que si los tiene ($t = 2.27$, $g.l. = 33$, $p < 0.03$).

Familiares con los que cuenta el sujeto. Esta variable se reclasificó en 4 categorías: 0. No tienen, 1. Sólo una persona, 2. De 2 a 4 personas, 3. Más de 5 personas. Sólo se encontraron diferencias significativas en cuanto a Soledad ($F = 3.0$, $g.l. = 3$, $p < 0.03$). Parece existir una relación inversa entre Apoyo Familiar y Soledad. Según muestran las medias de cada grupo, a mayor apoyo familiar, menores sentimientos de soledad (Cuadro 18).

Cuadro 18
Medias de Soledad según Número de Familiares que apoyan al Sujeto

Familiares que apoyan al sujeto	Medias de Soledad
0. No tiene	25.8
1. 1 Persona	21.8
2. De 2 a 4 personas	19.5
3. 5 o más personas	13.9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. Discusión, limitaciones, alcances y conclusiones.

Para la exposición de este apartado se ha iniciado con la discusión de tres aspectos importantes de la presente investigación: La prueba de hipótesis de investigación, algunos aspectos metodológicos importantes, y finalmente el impacto empírico de los hallazgos encontrados.

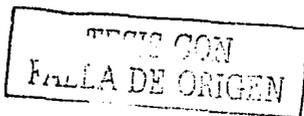
3.1. Hipótesis de investigación.

Los hallazgos reportados sustentan parcialmente las hipótesis planteadas. En principio, se probó que entre hombres y mujeres existen diferencias significativas en el grado de soledad. Tal diferencia ha sido documentada en México (Montero, 1999) reconociéndose la importancia de las redes de soporte social; en esta investigación fue posible reconocer tal relación en una medida importante. Sobre las características del soporte social en los sujetos de nuestra muestra, se detectó que la importancia de éste no estriba en los amigos, sino en la familia. Fue posible detectar que los hombres suelen contar con un soporte social familiar más consistente y amplio que las mujeres; éstas, suelen ser, con más frecuencia que los hombres de edades similares, solteras, viudas, y por lo general viven sin su pareja, dependiendo de los hijos. Esto podría explicar la diferencia entre sexos en la variable soledad.

En otro orden, se buscó determinar si el grado de convicción religiosa, el soporte social (religioso y familiar) y las estrategias de afrontamiento (religiosa, cognitiva, conductual y de evitación) predecían el ajuste psicológico medido a través del grado de depresión y soledad siguiendo el modelo de Koenig, George y Siegler (1988), el cual sugiere que estos tres grupos de variables actúan como variables mediadoras entre los estresores y el ajuste psicológico en la Adultez Mayor.

En un primer análisis, las variables independientes sólo predijeron el 24.8% y el 34.8% de la varianza total para la depresión y la soledad respectivamente. Las variables religiosas, aunque correlacionadas entre sí, no se encontraron significativamente asociadas en forma directa con el ajuste psicológico de los Adultos Mayores. Antes bien, fue el afrontamiento por evitación (afrontamiento de tipo pasivo) el que resultó asociado con el desajuste psicológico; a mayor evitación, mayor depresión y soledad.

En un intento por profundizar en los datos obtenidos, se analizó factorialmente la escala de afrontamiento de Moos et al. (1983), y después de haberse identificado 4 categorías teóricamente coherentes se analizaron nuevamente los datos, encontrándose tras un análisis de regresión múltiple pertinente, que las variables independientes explicaban el 21.2% y el 81.7% de la varianza total de la depresión y la soledad, respectivamente. El cambio fue dramático para la variable soledad; el soporte social familiar fue aquí la variable con mayor puntuación β (-.857),



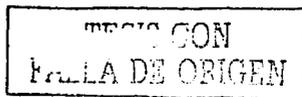
evidenciándose nuevamente que a *mayor soporte social familiar, menor soledad*. La relación fue también inversa con la depresión con un valor β de $-.243$. Este hallazgo destaca, efectivamente, la importancia del soporte social familiar para el ajuste psicológico del Adulto Mayor (Montero, 1999).

Otro hallazgo importante fue la relación entre los tipos de afrontamiento y el ajuste psicológico. Aunque en forma moderada, parece ser que el afrontar pasivamente (de manera emocional o por evitación) los problemas de la existencia está asociado con la depresión y la soledad casi en igual medida ($r=.221$ y $.293$ respectivamente), en tanto el afrontamiento cognitivo (activo), se asocia inversamente con la soledad ($r = -.256$). Parece ser que la depresión y la soledad disminuyen la energía necesaria en el sujeto para afrontar la vida de manera activa, llevándolo a reaccionar ante los problemas en sentido opuesto, esto es, pasivamente, a través de la búsqueda del manejo de las emociones generadas por la situación de estrés para mantener un equilibrio afectivo (Moos y Billings, 1982).

Por otro lado, se intentó saber si hombres y mujeres eran significativamente diferentes en las variables depresión y convicción religiosa. Un hallazgo difícil de explicar en cuanto al grado de depresión, es el que no se detectaron diferencias significativas por sexo, lo cual no es consistente con respecto a la literatura, en la que generalmente se reporta que las mujeres tienden a deprimirse con mayor frecuencia que los hombres (DSM-IV, 1995). En nuestra muestra, ambos grupos se deprimen con similar frecuencia.

En cuanto al grado de convicción religiosa, hombres y mujeres resultaron similares en nuestra muestra; no existieron diferencias significativas entre ambos, aunque podría pensarse que por posibles diferencias culturales asignadas en nuestro medio a los roles entre los sexos, las mujeres podrían ser más apegadas a lo religioso. Sin embargo, de nuestra investigación se desprende que para ambos grupos tiene la misma importancia. De hecho, la mayoría de los encuestados (70%) se declararon satisfechos con su religión actual, y un porcentaje similar (74%) la ejerce rezando al menos una vez e incluso varias veces al día; otro porcentaje semejante de sujetos (80%), oran una o varias veces cotidianamente. Así, la religión y la vida espiritual constituyen una área de importancia para la Adultez Mayor, cuya relevancia se incrementa conforme se llega a esta época de la vida; tal fue la opinión de dos tercios de la muestra investigada; lo cual destaca la importancia de la vida espiritual en la Tercera Edad como ha sido documentado (Koenig, et al., 1992; Pressman et al., 1990)

Sin embargo, la vida espiritual en la Tercera Edad parece ostentar cierta tendencia a ser ejercida más en lo individual que en forma colectiva. Esto podría tener relación con el hecho de que la asistencia del Adulto Mayor a los eventos religiosos de su iglesia, en al menos un tercio de la muestra, suele ser una actividad inconstante. Adicionalmente, la carencia de amigos, asociada a una vida más religiosa, parecería apoyar esta aparente tendencia al individualismo o al aislamiento.



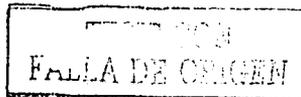
Por otro lado, un aspecto relevante fue que no parece haber diferencias entre católicos y protestantes en cuanto a hábitos religiosos. La única diferencia significativa se estableció en cuanto a la mayor frecuencia con que los segundos leen la Biblia. Sin atender al grupo religioso, la gran mayoría de los Adultos Mayores no leen la Biblia prácticamente nunca, y dado que no asisten a la iglesia, sino en contadas ocasiones, es posible deducir que no reciben un adoctrinamiento religioso constante sino que se nutran de lo que aprendieron en el pasado y de su propia experiencia religiosa o espiritual.

Con todo, leer la Biblia o no leerla, no arrojó en esta muestra diferencias significativas en cuanto al grado de Depresión o Soledad en los sujetos. En otras palabras, leer la Biblia no parece generar algún efecto positivo en cuanto a reducir el grado de Depresión o Soledad en esta muestra. Lo mismo ocurrió con variables tales como Asistencia Religiosa, Satisfacción Religiosa, frecuencia de Rezo y Oración; el desarrollar tales hábitos o no, no parece ocasionar diferencias significativas en cuanto a la frecuencia con la que se experimenta Depresión o Soledad. Estos últimos hallazgos fueron consistentes con la predicción del ajuste psicológico en el Adulto Mayor, donde las variables religiosas no se encuentran asociadas con él.

Estos resultados contrastan con la evidencia reportada en otras investigaciones, con respecto a los efectos positivos que la vida espiritual tiene sobre la depresión, la soledad y el bienestar general del individuo (Larson, et al., 1989; Koenig, et al, 1992; Koenig, 1993b). Tal diferencia puede deberse a un aspecto importante no evaluado en esta investigación: el tipo de orientación religiosa.

Se ha señalado anteriormente que la vida religiosa puede ser clasificada en dos tipos básicos de orientación aportados por Allport (1950), esto es, la *orientación intrínseca*, y la *orientación extrínseca*. Allport conceptualizó a una persona motivada *extrínsecamente* como aquella que "usa la religión", y a aquella motivada *intrínsecamente* como la que "vive su religión". El creyente *intrínseco* vive su religión y ve su fe como el valor más alto de su vida. En contraste, el creyente *extrínseco* usa la religión en un sentido estrictamente utilitario para ganar seguridad, posición social, u otras metas no religiosas o anti-religiosas.

Los efectos de estas orientaciones son contrastantes en la salud y el bienestar físico y mental del individuo; de acuerdo con Allport, la *religiosidad intrínseca* contribuye a la salud psicológica y la *religiosidad extrínseca* está relacionada con el desajuste psicológico (Donahue, 1985). Así, por ejemplo, Koenig et al. (1998) han reportado que la religiosidad *intrínseca* o *vida espiritual* parece estar asociada inversamente con el tiempo de remisión de cuadros depresivos, en tanto la asistencia religiosa y los hábitos religiosos no lo están. De acuerdo con esto, los resultados reportados en nuestra investigación quizá nos permitirían hipotetizar que la orientación religiosa predominante no es la *intrínseca*; y que si bien podría ser la orientación *extrínseca* la predominante, tal orientación no tiene un efecto directo ni inverso en la depresión y la soledad. Con todo, existe una asociación,



aunque baja (.206, $p < .05$) entre Afrontamiento Religioso y Soledad (...a mayor afrontamiento religioso, mayor soledad) que apunta hacia tales conclusiones.

De estas consideraciones se desprende la importancia de tomar en cuenta la división conceptual demarcada por distintos autores (Tart, 1975; Elkins, 1995; Marty, 1996) entre *Religiosidad* y *Espiritualidad* (*Religiosidad Extrínseca* y *Religiosidad Intrínseca*, respectivamente). Hemos señalado más arriba que la *espiritualidad es el resultado de un estado interno, fomentado por el individuo. Se trata de una experiencia eminentemente personal; inefable. Si lo religioso implica un deber ser social, lo espiritual implica simplemente el ser.*

3.2. Aspectos metodológicos.

Quisiéramos resaltar algunas consideraciones metodológicas pertinentes que se derivan de esta investigación.

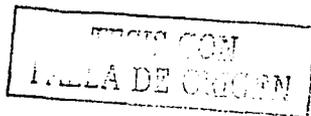
En principio, los instrumentos utilizados demostraron haber operado con una confiabilidad adecuada en nuestra investigación. Al parecer, son útiles en poblaciones con sujetos entre los 60 y los 70 años de edad.

El *Inventario de Sistemas de Creencias (SBI-15R)*, obtuvo junto con las dos sub-escalas del *Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL)* la confiabilidad más alta y obtuvo una adecuada validez convergente al compararlo contra la sub-escala de afrontamiento religioso del IMSOL. Por otro lado, el SBI-15R conservó satisfactoriamente su estructura factorial; sin embargo, se detectó la necesidad de diferenciar más algunos reactivos a fin de hacer más clara la distancia entre factores. Con todo, el SBI-15R es una escala que demostró ser útil al medir Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales y Soporte Social Religioso.

La sub-escala de Afrontamiento del *Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana, forma B (HDL)*, de Moos, et al. (1983) quizá requiera de mayor investigación para su aplicación en Adultos Mayores. En esta investigación demostró ser útil, pero parece no estar del todo clara su estructura.

Durante el trabajo de campo nos fue posible detectar que al parecer los Adultos Mayores presentan ciertas particularidades que es preciso tomar en cuenta:

- a) En esta investigación se utilizaron escalas Likert de 4, 5 y 6 opciones de respuesta; los sujetos suelen tener dificultades para elegir una de ellas, y tienden a dar respuestas extremas del tipo "todo o nada". Es recomendable que la estructura del cuestionario a aplicar sea lo más sencilla posible, y que las opciones de respuesta idealmente contengan un máximo de 3 o 4 alternativas para evitar confusión, o respuestas aleatorias.
- b) Cuando la muestra es de población abierta como fue nuestro caso, de tal manera que no será posible volver a localizar al sujeto encuestado



para un mayor tratamiento, es importante diseñar el cuestionario con el menor número de reactivos posibles. El cuestionario empleado aquí incluyó 93 preguntas que fueron fácilmente resueltas por la mayoría de los sujetos; sin embargo, se sugiere una extensión menor, para un menor agotamiento del sujeto y mejores resultados.

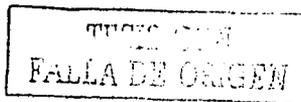
- c) Los apoyos visuales diseñados con las opciones de respuesta son útiles con los ancianos que tienen problemas visuales; sin embargo, deben incluir el menor número de opciones de respuesta posibles, lo cual es importante definir en el cuestionario desde su estructuración inicial. Si cada escala a incorporar al cuestionario a aplicar al sujeto cuenta con un diseño distinto de respuestas, el sujeto deberá aprender a contestar en cada escala, lo cual se presta a confusión y a una labor de aprendizaje innecesaria que debe evitarse. Lo ideal es contar con un sólo diseño de respuesta que el sujeto pueda comprender fácilmente.
- d) Nos fue posible notar que algunos sujetos se deprimían sensiblemente al contestar el instrumento, específicamente en las escalas de depresión y soledad. Es éticamente necesario reconfortar al sujeto cuando esto ocurre, y continuar después con la aplicación. Al efecto, los encuestadores deben ser capacitados en el manejo del Adulto Mayor.

3.3. Impacto empírico.

La presente investigación aporta luz sobre el funcionamiento de los Adultos Mayores en nuestra sociedad, en forma sistemática y fundamentada. Nuestros hallazgos destacan la importancia del trabajo social enfocado hacia el mantenimiento del soporte social familiar como una medida preventiva en la vida del Adulto Mayor; aquél es de vital importancia en su ajuste psicológico a la vida.

Otro aspecto relevante es la importancia de buscar en la psicoterapia o en la consejería, el que el Adulto Mayor resuelva sus problemas afrontándolos activamente, echando mano de sus recursos cognitivos / emocionales, y no pasivamente, sumiéndose en sus sentimientos o evitando la confrontación. De esta manera será más eficaz el afrontamiento ante la depresión y la soledad.

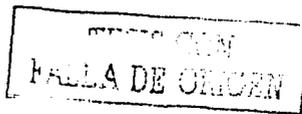
Finalmente, ha sido clara la importancia que tiene para los Adultos Mayores la vida religiosa. Definitivamente es importante ahondar más en esta problemática, sin embargo, es posible tomar cuenta desde ya de la importancia de facilitar a los Adultos Mayores el acceso a su fe religiosa. En México existen asilos y casas hogar donde ancianos no católicos tienen vedado el acceso a su iglesia, o el acceso de ésta al asilo, sólo por motivos políticos. Esto debe ser modificado, y los resultados de esta investigación apuntan hacia esa dirección.



3.4. Limitaciones.

Existieron algunas limitaciones que convendría salvar en futuras investigaciones:

- a) Es pertinente destacar la importancia de explorar la posible distinción, dentro de la vida espiritual propiamente dicha, de dos facetas distintas: por un lado, lo espiritual como un saber introyectado por el sujeto, constitutivo de su personalidad (*espiritualidad rasgo*); y por otro, lo espiritual como un estado de plenitud interior probablemente no permanente, sino fluctuante (*espiritualidad estado*). ¿Qué de lo espiritual es capaz de generar efectos positivos en la salud mental? ¿Es lo espiritual algo estable en el sujeto, o por el contrario, un estado fluctuante?
- b) Esta investigación operó en una muestra seleccionada por disponibilidad de los sujetos; sólo se cuidó en reunir una cantidad similar de hombres y mujeres entre los 60 y los 70 años. No se buscó contrastar resultados entre sujetos religiosos (sacerdotes, pastores, líderes, estudiantes de teología, etc), y no religiosos. Esta condición limitó la posibilidad de comparar ambos grupos y comprender el impacto de la vida espiritual en las variables dependientes investigadas con mayor claridad. Adicionalmente habría posibilitado la estimación de la validez discriminante del SBI-15R.
- c) Tampoco se controló la variable religión (católicos, presbiterianos, cristianos, etc), de tal manera que los principales grupos religiosos quedasen igualmente representados. Hacerlo habría respondido a cuestionamientos tales como: *¿Las diferentes doctrinas, impactan diferencialmente la vida espiritual y el ajuste psicológico de los sujetos?*; Dado que existen grupos que acentúan más la religiosidad y el *legalismo* (predominancia de la Ley de Dios y su seguimiento irrestricto, por encima de toda consideración), habría sido importante responder a la pregunta: *¿Existen diferencias entre grupos con más o menos religiosidad, en cuanto a ajuste psicológico?*
- d) Aunque se tomó en cuenta el periodo de inicio de la Tercera Edad (de los 60 a los 70 años), no se incluyó el periodo previo, de los 50 a los 60 años, ni el posterior, de los 70 a los 80 años, lo cual hubiese permitido determinar si existen diferencias entre dichos periodos de la vida con respecto a la manera de vivir la espiritualidad, y su impacto diferencial con respecto al ajuste psicológico. Sobre esta tesitura, es importante considerar una variable más: la actitud, positiva o negativa del sujeto hacia la Adultez Mayor, como una medida de adaptación hacia este periodo de la vida. Su inclusión permitiría determinar las relaciones entre dicha variable y la vida espiritual vista como un factor protector de la ansiedad que produce el envejecimiento.



3.5. Alcances.

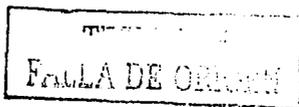
Esta investigación quedó circunscrita al ámbito de los Adultos Mayores en su forma de vivir la vida religiosa y espiritual y su manera de afrontar la existencia, en ese periodo del desarrollo demarcado por la primera década de lo que de acuerdo con criterios internacionales conocemos como Tercera Edad. Sus conclusiones son aplicables a la muestra investigada: sujetos de ambos sexos suficientemente funcionales como para asistir al cobro de su pensión y a la consulta externa de una clínica por su propio pie.

En lo concerniente a la vida religiosa y espiritual, esta investigación adoptó un criterio integral (incluyendo lo emocional, aspectos cognitivos, conductuales y sociales) conforme a lo planteado por Holland et al. (1998), que no discriminó entre la llamada *religiosidad extrínseca* (*religiosidad* propiamente dicha), y la *religiosidad intrínseca* (*espiritualidad*) y debe recordarse que tal diferenciación puede resultar altamente pertinente como se ha señalado más arriba.

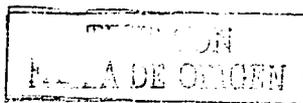
3.6. Conclusiones.

De lo dicho hasta aquí se concluye que:

1. Entre hombres y mujeres existen diferencias significativas en el grado de soledad, lo cual puede ser explicado por el impacto diferencial del soporte social familiar a favor de los hombres..
2. Las variables religiosas, aunque asociadas entre sí, no están relacionadas significativamente con el ajuste psicológico de los Adultos Mayores.
3. Se evidenció que *a mayor soporte social familiar, menor soledad y menor depresión.*
4. El afrontar pasivamente (de manera emocional o por evitación) los problemas de la existencia está asociado con la depresión y la soledad, en tanto el afrontamiento cognitivo (activo), se asocia inversamente con la soledad.
5. No se detectaron diferencias significativas por sexo en cuanto al grado de depresión.
6. En cuanto al grado de convicción religiosa, hombres y mujeres resultaron similares en nuestra muestra. La mayoría de los encuestados se declararon satisfechos con su religión actual, rezan y oran al menos una vez e incluso varias veces al día.



7. La religión y la vida espiritual constituyen una área de importancia para la Adultez Mayor, cuya relevancia se incrementa conforme se llega a esta época de la vida.
8. Al parecer, la vida espiritual en la Tercera Edad parece ostentar cierta tendencia a ser ejercida más en lo individual que en forma colectiva.
9. No parece haber diferencias entre católicos y protestantes en cuanto a hábitos religiosos, excepto en que los segundos leen más la Biblia. Sin atender al grupo religioso, la gran mayoría de los Adultos Mayores no leen la Biblia. Por otro lado, leer o no la Biblia no arrojó en esta muestra diferencias significativas en cuanto al grado de Depresión o Soledad en los sujetos. Lo mismo ocurrió con respecto a variables tales como Asistencia Religiosa, Satisfacción Religiosa, frecuencia de Rezo y Oración. Dadas las contradicciones entre estos hallazgos y la literatura sobre le tema, es posible que la orientación religiosa predominante en los sujetos de nuestra muestra no sea la *intrínseca*; sino la *extrínseca*, y que tal orientación no tenga un efecto directo ni inverso sobre la depresión y la soledad.
10. Los instrumentos utilizados demostraron poseer cualidades psicométricas adecuadas para ser empleados en Adultos mayores.
11. La sub-escala de Afrontamiento del *Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana, forma B (HDL)*, de Moos, et al. (1983) quizá requiera de mayor investigación para su aplicación en Adultos Mayores.
12. En el trabajo futuro con Adultos Mayores es importante considerar lo siguiente: a) La estructura del cuestionario a aplicar debe ser lo más clara y sencilla posible, con escalas que idealmente contengan un máximo de 3 o 4 alternativas de respuesta en cada reactivo, y con el menor número de reactivos posibles. b) Es éticamente necesario reconfortar al sujeto cuando se deprima durante la aplicación de un cuestionario, y continuar después con la aplicación.
13. Nuestros hallazgos destacan la importancia del trabajo social enfocado hacia el mantenimiento del soporte social familiar como una medida preventiva en la vida del Adulto Mayor; este es de vital importancia en su ajuste psicológico a la vida.
14. La psicoterapia o en la consejería, debe estimular el que el Adulto Mayor resuelva sus problemas afrontándolos activamente, echando mano de sus recursos cognitivos / emocionales, y no pasivamente, sumiéndose en sus sentimientos o evitando la confrontación. De esta manera será más eficiente el afrontamiento ante la depresión y la soledad.
15. Se debe facilitar a los Adultos Mayores el acceso a su fe religiosa, al margen de toda consideración política o creencia religiosa personal.



En suma: Es muy importante evaluar el impacto funcional de la vida Religiosa y Espiritual del Adulto Mayor mexicano en su bienestar físico, mental y social. México es un país profundamente religioso; sin embargo, tal religiosidad no es garantía de la existencia de una vida espiritual satisfactoria y enriquecedora para el individuo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Acevedo Castro VM, (1996), *Estudio descriptivo de las características de los usuarios del programa de prevención y tratamiento del maltrato infantil*, Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, D.F.
- Aduna, MAP. (1998), *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, División de Posgrado de la Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, D.F.
- Ai, AL, (2000), Spiritual well-being, spiritual growth, and spiritual care for the aged: A cross-faith and interdisciplinary effort, *Journal of Religious Gerontology*, 11(2), 3-28
- Alexopolus, S.G., (1995), Anxiety in geriatric depression. Effects of age and cognitive impairment, *Geriatric Psychiatry*, 3:108-118
- Allport, GW. (1950) *The individual and his Religion*, The McMillan Company, New York
- Allport, G.W., (1966), The religious context of prejudice, *Journal of the Scientific Study of Religion*, 5, 447-457.
- Allport, G.W. and Ross, J.M. (1967), Personal religious orientation and prejudice. *J. Pers. Psychol.* 5, 432-443.
- Angst, J., (1992), Epidemiología de los trastornos afectivos, *Salud Mental*, 15:2: 1-5
- APA, Asociación Psiquiátrica Americana, (1984), *DSM-III, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson, Barcelona.
- APA, Asociación Psiquiátrica Americana, (1988), *DSM-III-R, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson, Barcelona.
- APA, Asociación Psiquiátrica Americana, (1995), *DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson, Barcelona.
- Argyle, M., y Ben-Hallahmi, B., (1975), *The social psychology of religion*, London: Routledge.
- Armstrong, B, Merwyk, A., Coates, H., (1977), Blood pressure in Seventh Day Adventist vegetarians. *Am J Epidemiol*, 105:444-49
- Asili, N., Lascano, M., Reig, E.P., Galvanovskis, K.A., (1995) "Psicología y envejecimiento", *Revista de Psicología*, Universidad de las Américas, y Sociedad de Gerontología y Geriatria de México, A.C., México.
- Ayala, V.H.E. (1988), citado por Aduna M.A.P., *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, División de Posgrado de la Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, D.F.
- Bartko, J.J. y Carpenter, W.T., (1976), On the methods and theory of reliability, *The Journal of Nervous and mental disease*, 163;5:307-317.
- Bar-Tur, L. y Levy-Shiff, R. y Burns, E. (1998), Mental engagements as a moderator of losses of elderly men, *Journal of Aging Studies*, 12, 1-17
- Bar-Tur, L. y Levy-Shiff, R. (2000), Coping with losses and past trauma in old age: the separation-individuation perspective., *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, Apr-Sep, 5, 263, 19p.
- Batson, C.D., Schoenrade, P., y Ventis, W.L., (1993), *Religion and the individual: a social-psychological perspective*, New York, Oxford University Press.
- Beck, D.A. y Koenig, H.G., (1996), Minor depression: a review of the literature, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26:177-209.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Tilburg, T.V., Smit, J.H., Hooijer, Ch., Tilburg, , W.V., (1995), Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors, *Journal of Affective Disorders*, 36:65-75
- Banner, D.G., (1989), Toward a psychology of spirituality: Implications for personality and psychotherapy, *Journal of Psychology and Christianity*, 5, 19-30
- Bergmann, K., (1975), Nosology, en J.G. Howells (Comp.), *Modern perspectives in the psychiatry of old age*, Brunner / Mazel, Nueva York, en Krassoievitch, 1993.
- Berkman , L.F., Berkman, C.S., Kasl, S., Freeman, D.H., Leo, L., Ostfeld, A.M., Cornoni, - Huntley, J. y Brody, J.A., (1986), Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly, *American Journal of Epidemiology*, 124:372-388
- Bienenfeld, D. , Koenig, H.G., Larson, D.B., Sherril, K.A., (1997) Psychosocial predictors of mental health in a population of elderly women, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Winter, 5: 1; 43-53.
- Birren, J.E. y Zarit, J., (1985) *Concepts of health, behavior and aging: Cognition, stress and aging*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, p. 1-18
- Blazer, D. G. II, (2000), *Spirituality, aging and depression*, en Thorson, James, A., (Ed), (2000). *Perspectives on spiritual well-being and aging*. (161-169). Springfield, IL, US:Charles C. Thomas, Publisher.
- Bleichmar, H.B., (1986), *La depresión: un estudio psicoanalítico*, ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, pp. 11 y ss
- Blos, P., (1967), *The second individuation process of adolescence*. Psychoanalytic study of the Child, 14, 113-121
- Braunstein, N., (1986), Coord. *El lenguaje y el inconsciente freudiano*, Siglo XXI, México, p.207.
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1:37-44.
- Bruce, S., (1996), *Religion in the modern world: From cathedrals to cults*, Oxford, Oxford University Press.
- Busse, E.W. y Blazer, D. (1980) *The theories and processes of aging*, Handbook of geriatric psychiatry, Nueva York, Van Nostrand Reinholdt Co.
- Busse, E.W., (1969) *Theories of aging*, en Busse E.W., Pfeifer, E., *Behavior and adaptation in late life*
- Butler, R.N. y Lewis, M.I.(1982), *Aging and mental health: positive psychosocial and biomedical approaches*, St.Louis, C.V. Mosby Co.
- Caldéron, N.G., (1996), *Depresión*, Conferencia Magistral, Curso de actualización en depresión, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México.
- Callejo, C.P., Martínez, G.J.J., Carrasco, J.S.D., (1988), Trastornos psicogeriátricos en interconsultas en un hospital general. *Revista Española de Geriátria y Gerontología.*, 23, 4, 215-220.
- Cárdenas, G. (1995), *Estrés y vida cotidiana en estudiantes universitarios*. Tesis presentada para obtener el grado de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carp (1963), Citado por Salvarezza, (1993), *Psicogeriatría: teoría y clínica*, Paidós, Buenos Aires
- Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A., (1989), *El envejecimiento y sus trastornos*, Martínez Roca, Barcelona
- Cid, S.M., (1986), *Tratado de geriatría y asistencia geriátrica*, Salvat editores, Barcelona
- Clark, F., Carlson, M., Zemke, R, Frank, G, Patterson, K., Larson Ennevor, B., Rankin-Martínez, A., Hobson, L., Crandall, J., Mandel, D., Lipson, L., (1996), Life domains and adaptive strategies of a Group of Low-Income, Well Older Adults, *The American Journal of Occupational Therapy*, 50, 2. 99-108

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Clark, W.H., (1958), How do the social scientists define religion? *Journal of Social Psychology*, 47, 143-147
- Cohen, G.D. (2000) Loneliness in later life, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(4), 273-275
- Colarusso, CA, (1997), *Separation-Individuation processes in middles adulthood*. En S. Akhtar y S Kramer (Eds.) *The seasons of life: Separation-Individuation perspectives* (pp. 75-94). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cutler, S.J, (1976), Membership in different types of voluntary associations and psychological well-being. *Gerontologist*, 16, 335-339
- De Jong-Gierveld, J y Raadschelders, (1982), Types of loneliness. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley y Sons (Cap.7)
- De Jong-Gierveld, J. (1978), The construct of loneliness: Components and measurement. *Essence*, 2(4), 221-237
- Dehann, M.R., (2001), *Religión o Cristo*, Ediciones Las Américas, México.
- Derogatis, L.R., (1983), *SCL-90 administration, scoring, and procedures manual -1 for the R (revised) version And other instrument of the psychopathology rating scale series*. Baltimore (copyrighted manuscript).
- Diel, P., (1975), *El miedo y la angustia*, Fondo de Cultura Económica, México, p. 175
- Donahue, M.J, (1985), Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta-analysis, *Journal of Pers. and Social Psychology*, 48(2), 400-419.
- Edwards, J.N, y Klemmack, D.L, (1973), Correlates of life satisfiaction: A reexamination. *Journal of Gerontology*, 28, 497-502.
- Elkins, D.N., (1995), Psychotherapy and spirituality: Toward a theory of the soul. *Journal of Humanistic Psychology*, 35, 78-98.
- Elkins, D.N., Hedstrom, L.J., Hughes, L.L., Leaf, J.A., y Saunders, C., (1988), Toward a humanistic - phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement, *Journal of Humanistic Psychology*, 28, 5-18.
- Ellis, A., (1980), Psychotherapy and atheistic values: A response to A.E. Bergin's "Psychotherapy and Religious Values, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 635-639.
- Emblen, J.D., (1992), Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature, *Journal of Professional Nursing*, 8, 41-47.
- Ferrey, G., Le Goues, G. y Bobes, J., (1994), *Psicopatología del anciano*, Masson, Barcelona.
- Fitchett, G., Peterman, AH, y Cella, DF, (1996), *Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients*. Documento presentado en la Society for Scientific Study of Religion, Nashville, Tennessee.
- Ford, C.B. y Sbordone, R.J., (1980) Attitudes of psychiatrists toward elderly patients, *American Journal of Psychiatry*, 137:571-575.
- Freud, S, (1976), *Duelo y Melancolía*, Amorrortu, Buenos Aires, p. 248
- Freud, S, (1991a) *Inhibición, sintoma y angustia*, Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, tomo XX, p. 71
- Freud, S, (1991b) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. 32ª conferencia. Angustia y vida pulsional*, Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, tomo XXII, p. 75
- Freud, S., (1927), *The future of an illusion*, The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 11, 5-56, London, Hogarth Press.
- García S., (1993), Centros y hospitales de día geriátricos; en Herrero, J.F. (Dir), *Gerontología 1993*, Ediciones científicas y técnicas, Barcelona, 1993, p.157
- García, M.M. y Castro, G.J.M., (1988), Estudio de cuadros depresivos en una residencia para tercera edad, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 23, 2, 99-101.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Gardner, JW, Lyon, JL, (1982), Cancer in Utah Mormon men by lay priesthood level, *American Journal of Epidemiology*, 116:243-57
- Gastrón, L. y Andrés, H. (1979), Críticas a la teoría del desapego. El hospital de día como una alternativa de integración, *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, XIV, 5.
- Gaylord, S. A. y Zung, W. W. K., (1989), Trastornos afectivos en el envejecimiento, en Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A., *El envejecimiento y sus trastornos*, Martínez Roca, Barcelona.
- Gibson, R.W., (1970) Medicare and the psychiatric patient, *Psychiatric Opinion*, 7:17-22
- Girling, D.M., Brkley, C., Paykel, E.S., Gehlhaar, E. Brayne, C., Gill, C., Mathewson, D. y Huppert, F.A., (1995), The prevalence of depression in a cohort of the very elderly, *Journal of Affective Disorders*, 34; 319-329.
- Goldberg, R.S., (1990), *The transpersonal element in spirituality and psychiatry*. The psychiatric Residents Newsletter, 10, 9.
- González, G.J.A., Jiménez, H.F., (1993), Depresiones en la senectud, en Herrero, J.F. (Dir), *Gerontología 1993*, Ediciones científicas y técnicas, Barcelona, 1993.
- González-Celis R.A.L. y Sánchez-Sosa, J.J., (2002) *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*, Disertación Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, División de Posgrado de la Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, D.F.
- González-Celis R.A.L. y Sánchez-Sosa, J.J., (2003), Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en Adultos Mayores, *Revista Mexicana de Psicología*, No. 20, 1.
- Guijaro, G.J.L.,(1988), Estudio de la invalidez en domicilios y en una residencia mixta., *Geriatría*, 4, 4, 23-27.
- Haley, WE, Levine, EG, Brown, SI, et al., (1987), Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers., *Psychology of Aging*, 2:323-330.
- Hamilton, M., (1989), *Symptoms and assessment of depression*, en Gaylord y Zung, 1989
- Hayflick, L. (1963) Biología celular y bases teóricas del envejecimiento humano, en Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A., (1989) *El envejecimiento y sus trastornos*, Ed. Martínez Roca, Barcelona
- Heithoff, K., (1995), Does the ECA underestimate the prevalence of late-life depression?, *Journal of American Geriatric Society*, 43:2-6
- Helminiak, D.A., (1987), *Spiritual development: An interdisciplinary study*. Chicago: Loyola University Press.
- Helminiak, D.A., (1996a), *The human core of spirituality: Mind as psyche and spirit*. Albany: State University of New York Press.
- Helminiak, D.A., (1996b), A scientific spirituality: The interface of psychology and theology. *The international Journal for the psychology of religion*, 6, 1-19.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C., y Baptista, L.C., (2000), *Metodología de la Investigación*, McGrawhill, México.
- Hill, PC, y Butter, EM., (1995), The role of religion in promoting physical health. *J. Psychol. Christianity*, 14(2), 141-155
- Hocking, D.L., (1975), *Spiritual gifts*. Long Beach, Ca: Sounds Grace Ministries.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S.M., Baider, L., Fox, B. (1998), A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness, *Psycho-oncology* 7: 460-469.
- Hood, R.W., Spilka, B., Hunsberger, B., y Gorsuch, R.L., (1996), *The psychology of religion: an empirical approach*, New York, Guilford Press.

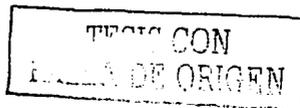
ENCUENTRO DE LA
 BIBLIOTECA

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- Hotvedt, M., The cross cultural and historical context, en R.B. Weg (Ed.) , *Sexuality in the later years*. Nueva York; Academic; Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A., (1989) *El envejecimiento y sus trastornos*, Ed. Martínez Roca, Barcelona
- INEGI, (1992), Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática, *XI Censo Nacional de Población y Vivienda, Perfil Sociodemográfico*, México.
- INEGI, (1993), Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática, *La tercera edad en México*, México.
- INEGI, (1995a), Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática, *Información estadística del sector salud y seguridad social*, Cuaderno No.12, México, s/f, probablemente 1995.
- INEGI, (1995b), Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática, *Estadísticas demográficas*. Cuaderno de población No. 7., México, s/f. probablemente, 1995.
- INEGI, (2000), Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática *XII Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000*.
- INEGI, (2001), Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática, *XII Censo Nacional de Población y Vivienda, Tabuladores Básicos*, México
- James, W., (1961), *The varieties of religious experience*, New York: Collier Books. (Obra original publicada en 1902).
- Jarvis, GK y Northcott, HC, (1987), Religion and differences in morbidity and mortality. *Soc. Sci. Med.*, 25(7), 813-824
- Jiménez, H.M.D., Petruz, J.A. López, O.B., (1991), Estudio epidemiológico en el área geriátrica institucionalizada de Mahón (Menorca), *Geriatría*, 8;37.
- Kaczorowski, J.M. (1989), Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer, *Hospice Journal*, 5, 105-116.
- Kanowski, S., (1994), Age-dependent epidemiology of depression, *Gerontology*, 40(suppl. 1):1-4
- Kass, J.D.; Friedman, R.; Leserman, j.; Zuttermeister, P.C.; y Benson, H., (1991), Health outcomes and a new index of spiritual experience, *Journal for the scientific study of the religion*, 30, 203-211.
- Kathal, R.G., Petty, F., (1981), Relationship of depression to medical illness: a critical review, *Journal of affective disorders*, 3:111-121
- Katz, I.R., Parmelee, P.A. y Streim, J.E., (1995), Depression in older patients in residential care. Significance of dysphoria and dimensional assessment, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 3:161-169
- Kemper, P., Murdaugh, C.M., (1991), Lifetime use of nursing home care, *N Engl. J. Med.* 324:595-600
- Kennedy, G.J., (1995), The geriatric syndrome of late-life depression, *Psychiatry Services*, 46:1:43-48
- Kerlinger, FN, (1975), *Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología*, Interamericana, México.
- Koenig HG, Blazer DG (1982), Epidemiology of geriatric depression. *Clin Geriatr Med*, 8:235-251 .
- Koenig, H.G., Smiley, M, González, J.A.P., (1988a), *Religion Health and Aging: A review and theoretical Integration*. Greenwood Press, Westport, CT.
- Koenig, HG, George LK, Siegler, IC, (1988b) The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults, *Gerontologist*, 28:303-10
- Koenig, HG, Cohen, HJ, Blazer, DG, Pieper, C, Meador, KG, Shelp, F, Goli, V, DiPasquale, R (1992): Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry* 149:1693-1700

TEXIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Koenig HG, O'Connor C, Guarisco S, Zabel M, Ford S, (1993a), Depressive disorder in elderly inpatients admitted to general medicine and cardiology services at a private hospital. *Am J Geriatr Psychiatry*, 1:197-210.
- Koenig, H.G., (1993b) *Aging and God: spiritual pathways to mental health in mid-life and later years*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Koenig, H.G. y Blazer, D.G., (1996), Minor depression in late life, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4;4, (suppl. 1) S14-S21
- Koenig, HG, Larson, DB, Matthews, DA, (1996), Religion and psychotherapy with older adults, *Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (2), 155-184
- Koenig, HG, George, LK, Peterson, BL, (1998), Religiosity and remission of depression in medically ill older patients, *American Journal of Psychiatry* 155:4, April
- Krassoievitch, M., (1993), *Psicoterapia Geriátrica*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Krief, B. (1986), *El médico y la tercera edad*, Sociedad Española de Geriátria Lab. Meechan, Madrid, p. 152-157.
- LaPierre, L.L.(1994), A model for describing spirituality, *Journal of religion and Health*, 33, 153-161.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B., (1983), *Diccionario de psicoanálisis*, Editorial Labor, Barcelona.
- Lara-Cantú, M.A., Verdusco, M.A., Acevedo, M. Y Cortés, J., (1993), Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255
- Larson, R., Csikszentmihalyi, M., y Graef, R., (1982), Time alone in daily experience: loneliness or renewal?. En L.A. Peplau y D. Perlman (eds). *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy*, New York: John Wiley y Sons (Cap.3)
- Larson, DB, Koenig, HG, Kaplan, BH, Greenberg, RF, Logue, E, Tyroler, HA. (1989), The impact of religion on blood pressure status in men. *J. Relig. Health*, 28:265-78
- Lazarus R y Folkman, S (1984): *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.
- Le Guen, C., (1976), *El Edipo originario*, Amorrotu, Buenos Aires, pp. 25-27
- Levin, JS, y Vanderpool, HY. (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health?: toward an epidemiology of religion. *Soc. Sci. Med.* 24(7), 589-600
- Lindgren, K.N. y Coursey, R.D. (1995), Spirituality and mental illness: A tow-part study. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 93-111.
- Lozano, C.A., (1992) *Introducción a la geriatria*, Méndez editores, México, p.299-315
- Macdonald, DA, (2001), *The development of a comprehensive factor analytically derived measure of spirituality and its relationship to psychological functioning*, Dissertation, Section B: the sciences & Engineering 61 (9-B), Abr, 2001, 4993, US, Univ Microfilms International
- Maddox, G. (1963) Activity and morale: a longitudinal study of selected elderly subjects, *Soc.Forces*. 23:45.
- Madianos, M.G., Gournas, G., Stefanis, C.N., (1992), Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86:320-326
- Mahler, MS, (1968), *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation* . New York: International University Press.
- Mahler, MS, Pine, F, y Bergman, A., (1975), *The psychological birth of the human infant*, New York, Basic Books.
- Martin, C.M., Ayerdi, N.M.C., Leache, B.T. y cols., (1993), Síntomas depresivos y deterioro cognitivo global entre la población anciana atendida en un centro de atención primaria, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28;3: 135-141
- Marty, M.E., (1996), Getting Organized, *The Christian Century*, 113, 439.
- Maslow, A. H. (1964). *Religions, values and peak experiences*. Columbus, OH. Ohio State University Press.

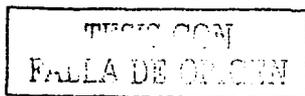


- Matéos, R., Páramo M. y Rodríguez A., (1994), *Epidemiología de los cuadros depresivos de la tercera edad en Galicia. Las depresiones en el anciano*. en Ferrey, et.al., 1994.
- Mauritzen, J., (1988), *Pastoral care for the dying and bereaved*. Death Studies, 12, 111-122.
- Medina-Morá, M., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del instituto mexicano de Psiquiatría*. Mexico
- Meyers, B.S., Greenberg, R., (1986), Late life delusional depression, *Journal of Affective Disorders*, 11:133-7. ., citado por Abrams, et.al., ob. cit.
- Meza, J. (1979), *Reclusión y senectud, Memoria de la jornada sobre problemas de la vejez y del envejecimiento*, México., Universidad del Ejército y Fuerza Armada, 22 de junio de 1979.
- Mijuskovic, B.L. (1985), *Loneliness*. San Diego, CA.: Libra.
- Mishara, B.L., Riedel, R.G., (1986) *El proceso de envejecimiento*, Ediciones Morata, Madrid, p. 38 y ss.
- Moberg, D.O., (1979), The development of social indicators for quality of life research, *Sociological Analysis*, 40, 11-26.
- Montero y López-Lena, M, y Sierra C. L., (1996), Escala de Bienestar Espiritual: Un estudio de validación, *La Psicología Social en México, AMEPSO*, VI, 28-33.
- Montero y López-Lena, M, (1998), Soledad y Depresión: ¿fenómenos equivalentes o diferentes?, *La Psicología Social en México, AMEPSO*, VII, 62-67.
- Montero y López-Lena, M, (1999), *Inventario Multifacético de Soledad*, Disertación Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, División de Posgrado de la Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, DF
- Montero y López-Lena, M y Sánchez-Sosa, J.J., (2001), La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual, *Salud Mental*, 24, 1, Febrero.
- Moos, Cronkite, Billings y Finney (1986), *Health and daily living, form. Manual*. Social ecology laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science, Veterans Administration and Stanford University Medical Center, Palo Alto , California.
- Moustakas, C.E. (1961), *Loneliness*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hill
- Müller.Spahn, F. y Hock, C., (1994), Clinical presentation of depression in the elderly, *Gerontology*, 40 (suppl. 1):10-14
- Mytko, J.J. y Knight, S.J. (1999), Body, Mind and Spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research, *Psycho-Oncology*, 8:439-450
- Paloutzian, R.F. y Ellison, C.W. (1982), *Loneliness, spiritual well-being and quality of life*. En Zinnbauer, J. Brian; Pargament, I. Kenneth; Scott, B. Allie, (1999) The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects, *Journal of Personality*, 67:6 December 889-919.
- Paloutzian, R.F. y Janigian, A.S., (1989), Models and methods in loneliness research: Their status and direction. En M. Hojat y R. Crandall (Eds.) *Loneliness. Theory, research and applications*. Newbury Park, CA.: SAGE (P.31-36).
- Pargament, K.I., (1997), *The psychology of religion and coping*, New York, Guilford Press.
- Pavia-Ruz, N; Cevallos-Quintal, J.M.; Medina-Escobedo, C.; Ordóñez-Durán, A.; Ríos-Rodríguez, H.; Magia, Religión y Medicina, *Rev Biomed* 9(3): 192-198.
- Peplau, L.A. y Perlman, D. (Eds.) (1982). *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley y Sons
- Peteet, J.R., (1994), *Approaching spiritual problems in psychotherapy: A conceptual framework*. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 237-245.
- Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Strain JJ (1990), Religious belief, depression and ambulation status in elderly women with broken hips, *American Journal of Psychiatry*, 147: 758-760

- Rappoport, L., (1986), *La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad*, Paidós, Barcelona.
- Regier, D.A., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., Blazer, D.G., Hough, R.L., Eaton, W.W. y Locke, B.Z., (1984), The NIMH epidemiologic catchment area (ECA) program: Historical context, major objectives, and study population characteristics, *Archives of General Psychiatry*, 41: 934-941
- Regier, DA, Boyd JH, Burke JD Jr., Rae, DS, Myers, JK, Kramer, M., Robins LN, George LK, Kamo, M., Locke Bz (1988): One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives Gen Psychiatry* 45: 977-986.
- Reina, C. ; Valera, C; (1986), *Santa Biblia*, revisión de 1960, San Pablo, Primera epístola a los Corintios, 2:13, Editorial Vida.
- Rivera-Ledesma A. (1997), *La Gran Castración*, conferencia dictada en el XIII Cologuio de la Fundación Mexicana de Psicoanálisis y el Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos, *De saberes, creencias y certezas*, México, D.F., Marzo, 15, 1997.
- Robins, L.N. y Regier, D.A., (Eds.). (1991), *Psychiatric disorders in America*, New York, The Free Press.
- Rodríguez-Sala, M.L.G.G., (1996), *Sociología del Suicidio*, Curso de Actualización en Depresión, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, Abril.
- Rojano, C.P., Calcedo, B.A. y Calcedo O.A., (1993), Epidemiología de la depresión en las residencias de ancianos, *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 28;1: 49-58
- Rokach, A., (1988), The experience of loneliness: A tri-level model. *The Journal of Psychology*, 122(6), 531-544
- Roth, M., (1976), *The psychiatric disorders of later life*, *Psychiatric Annals*, 6:417-445, en Krassioevitch, M., (1986), *Psicoterapia Geriátrica*, Fondo de Cultura Económica, México
- Russell, D.W., Cutrona C.E., (1991), Social support, stress and depressive symptoms among the elderly: test of a process model, *Psychol Aging*, 6:190-201.
- Salgado, A. y Guillen, F. (1990), *Manual de Geriátria*, Salvat Editores, Barcelona
- Salvarezza, L., (1993), *Psicogeriatría: teoría y clínica*, Paidós, Buenos Aires.
- Salzman, C. y Shader, R. I., (1978), Depression in the elderly: 1. Relationships between depression, psychologic defense mechanisms, and physical illness, *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 253-260
- Scott, A.B., (1997), *Categorizing definitions of religion and spirituality in the psychological literature: a content analytic approach*. Manuscrito no publicado.
- Sermat, (1978), Sources of loneliness. *Essence*, 2, 271-276
- Shafranske, E.P., y Gorsuch, R.L., (1984), *Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy*, *Journal of Transpersonal Psychology*, 16, 231-241.
- Sheikh JI, Yesavage JA: *Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* 165-173, NY: The Haworth Press
- Silberfarb, P.M., Anderson, K.M., Rundle, A.C., et al., (1991), Mood and clinical status in patients with multiple myeloma. *J.Clin.Oncol.* 9, 2219-2224
- Soeken, K.L. y Carson, V.J., (1987), Responding to the spiritual needs of the chronically ill., *Nursing Clinics of North America*, 22, 603-611.
- Spilka, B. y McIntosh, D.N., (1996, August), *Religion and spirituality: The known and the Unknown*. Documento presentado en la American Psychological Association Annual Conference. Toronto, Canada.
- Stärcke, A, (1921), The Castration complex, *International Journal of Psychoanalysis*, II.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Stevens, D.D., (2000), *Spirituality, self-transcendence and depression in young adults with AIDS, (immune deficiency)*. Dissertation, Section B: the sciences & Engineering. 61 (2-B), Aug 2000, 785, US, Univ Microfilms International
- Stewart, A.L., Hays, R.D., and Ware, J.E., Jr., (1988) The MOS short form general health survey. *Med. Care* 26, 724-735.
- Strejilevich, M. (1987) Asistencia gerontológica: usos y abusos de los enfoques médicos y sociales. *Gerontología Argentina*, 1:1-47.
- Tart, C., (1975), *Introduction*. En C.T. Tart (Ed.) *Transpersonal Psychologies* (pp.3-7), New York: Harper and Row.
- Tobin, J.B., *Normal aging: The inevitability syndrome*, en S.H. Zarit (ed.), Reading in aging and death: contemporary perspectives (pp.39-48). Nueva York: Harper y Row
- Turner, R.P.; Lukoff, D; Barnhouse, R.T. y Lu, F.G. (1995), Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 435-444.
- Vargas., S.E. (1996), (Coord.), *Prevención de la cascada de deterioro en hospitalización*, Simposium Internacional Tópicos Selectos de Geriátria, INSEN - INNNSZ, México
- Vaughan, F., (1991), Spiritual issues in psychotherapy, *Journal of Transpersonal Psychology*, 23, 105-119.
- Vaux, K., (1976), Religion and Health, *Prevent. Med.* 5, 522-536.
- Walker, L.J., y Pitts, R.C., (1998), Naturalistic conceptions of moral maturity, *Developmental Psychology*, 34, 403-419.
- Walton, C.G.; Shultz, C.M., Beck, CM, Walls, RC, (1991), Psychological correlates of loneliness in the older adult, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(3) Jun, 165-170.
- Weiss, R.S., (1973), *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, Mass: MIT Press
- Wells, K.B., Burnam, M.A., Rogers, W., et al., (1992), The course of depression in adult outpatients, *Archives of General Psychiatry*, 49:788-791
- Wertheimer J., y Simeone, I., Actualidad y futuro de la psicogeriatría, en Herrero, J.F. (Dir), *Gerontología 1993*, Ediciones científicas y técnicas, Barcelona, 1993, p.7
- WHOQoL-Group (1996). WHOQoL-Brief. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. *Programme on Mental Health. World Health Organization*
- WHOQoL-Group (1997). WHOQoL, Measuring Quality of Life. *Programme on Mental Health. World Health Organization*
- WHOQoL-Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Development and general psychometric properties. *Social Science of Medicine*, 46(12): 1569-1585
- Winokur, G., Behar, D. y Schlessner, M., (1980), Clinical and biological aspects of depression in the elderly. En J.O. Cole and J.E. Barret (Eds.), *Psychopathology in the aged*. Raven Press, New York, NY.
- Wulff, D.M., (1996), *Psychology of religion: Classic and contemporary*. New York: John Wiley & Sons.
- Yates, J.W., Chalmer, B.J., St. James, P. et al. (1981), Religion in patients with advanced cancer. *Med. Pediatr. Oncol.* 9, 121-128
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO (1983), Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report, *Journal of Psychiatric Research*, 17:37-49.
- Yesavage, J.A. (2002), *Escala de Depresión Geriátrica version corta, GDS-Short form*, Internet.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., y Adey, M. (1983), *The geriatric depression rating scale: Comparison with other self-report and psychiatric rating scales*, En T. Crook, S.



- Ferris y R. Bartus (Eds), *Assessment in geriatric psychopharmacology* (p. 153-167), New Canaan, CT: Mark Powley Associates.
- Young, J.E., (1982), Loneliness, depression and cognitive therapy: theory and application. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley y Sons (Cap.7)
- Zarit J.M. y Zarit S.H., *Envejecimiento molar: Fisiología y psicología del envejecimiento normal*, en Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A., (1989), *El envejecimiento y sus trastornos*, Martínez Roca, Barcelona.
- Zenil, M.C., Rocha, R.S.Y., Córdoba, N.L., y cols., *Personalidad del anciano*, Gobierno del Estado de México, ISSEMYM, México, 1976
- Zetzel, E.R., (1965), Dynamics of the metapsychology of aging process, en Y.A. Berezin y S.H. Cath (comp), *Geriatric Psychiatry: Grief, Loss and Emotional Disorders in the Aging Process*, International Universities Press Inc., Nueva York.
- Zinnbauer, B.J.; Pargament, K.I.; Scott, A.B.; (1999), The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects, *Journal of Personality*, 67:6, December 889-919
- Zuckerman, DM, Kasl, SV, Osfeld, AM., (1984), Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor: the rol of religion, well-being, and social contacts, *Am J Epidemiol*, 119:410-23

ANEXO 1

Cuestionario aplicado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VARIABLES IDENTIFICADAS POR NÚMERO DE REACTIVO SEGÚN APARECEN EN EL CUESTIONARIO EMPLEADO EN EL TRABAJO DE CAMPO

Variables	Reactivos que forman la variable en el Cuestionario
Numero de sujeto	Anotación libre
Origen del sujeto	Anotación libre
Hombre-Mujer	1
Años cumplidos	2
Nivel educativo	3
Estado civil	4
Tiene pareja	5
Con quien vive	6
Personas que apoyan	7
Amigos	8 ^a
Familiares	8 ^b
Trabaja ahora	9
Grupo religioso	10
Satisfacción religiosa	11
Asistencia religiosa	12
Frecuencia de rezo	13
Frecuencia de oración	14
Frecuencia de lectura de la Biblia	15
Importancia de la fe en la Tercera Edad	16
Contacto con amigos	18
Escala de Depresión Geriátrica (Puntaje total de la GDS)	19/33
Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales (Puntaje total del SBI-15R)	34/48
Convicción Religiosa (Sub escala I del SBI_15R)	34,35,37,39,41,43,44,45,47,48
Soporte Social Religioso (Sub escala II del SBI_15R)	36,38,40,42,46
Escala de afrontamiento de la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Puntaje total del MOOS)	49/67
Afrontamiento conductual del MOOS	49/51, 57,61,63,67,17
Afrontamiento cognitivo del MOOS	52,53,56,58,59,62,66
Afrontamiento de evitación del MOOS	54,55,60,64,65,17
Soledad (Puntaje total de la sub escala de Bienestar emocional del IMSOL)	68/70, 72/75, 77/79, 81/83, 85,86, 88/90,92,93
Afrontamiento religioso (Sub escala del IMSOL)	71,76,80,84,87,91

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Antes de comenzar, tenga presente lo siguiente:

- ☐ Debe saber que toda la información que usted nos proporcione es totalmente confidencial. Tenga usted plena confianza en que su participación será totalmente anónima. No es necesario que nos proporcione su nombre ni cualquier otro dato de identificación personal.
- ☐ En este cuestionario no se le harán preguntas para saber que tanto sabe usted acerca de cosas que se aprenden en la escuela. Sólo se le harán preguntas personales acerca de su vida, de su manera de sentir o de pensar, y que cualquier persona puede contestar con facilidad.
- ☐ Trate de ser lo más sincero (a) posible. La información que usted nos proporcione es muy importante para el trabajo clínico futuro con personas de la Tercera Edad.
- ☐ La mejor manera de responder, es eligiendo la respuesta que mejor se adapte a su manera de pensar, de sentir o de actuar según el caso. Si duda acerca de alguna respuesta, elija la que mejor le describa. Seleccione sólo una respuesta para cada pregunta. No deje ninguna pregunta sin contestar.

Gracias por su valioso apoyo.

TERCER CON
TALLA DE ORIGEN

1. ¿Es usted...?

1	Hombre
2	Mujer

2. ¿Cuántos años tiene usted?.....

3. ¿Su nivel máximo de estudios?
(considere sólo estudios
terminados)

- | | |
|---|---|
| 1 | No pude estudiar o de 1° a 5° de primaria |
| 2 | Primaria o de 1° a 2° de secundaria |
| 3 | Secundaria / Estudios técnicos o de 1° a 2° de Prepa., Voca. Bachi. o Normal |
| 4 | Preparatoria / Vocacional / Bachillerato / Normal o algún año de licenciatura |
| 5 | Licenciatura o estudios de posgrado sin concluir. |
| 6 | Maestría, doctorado o especialidad terminadas. |

4. Su estado civil es:

- | | | | |
|---|-------------|---|----------------|
| 1 | Soltero (a) | 4 | Separado (a) |
| 2 | Casado (a) | 5 | Divorciado (a) |
| 3 | Unión libre | 6 | Viudo (a) |

5. ¿Tiene pareja (novio (a), etc.);
alguien a quien quiera de
manera especial, como pareja?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 2 | No |

6. ¿Con quién vive?

- | | | | |
|---|-------------------------|---|---|
| 1 | Sólo con su pareja | 4 | Con su familia (hermanos, tíos, padres, etc.) |
| 2 | Pareja e hijos | 5 | Con amigos o conocidos |
| 3 | Sólo con su(s) hijo (s) | 6 | Solo |

7. ¿Con cuántas personas cuenta
realmente, cuando tiene un
problema?

8. De esas personas con las que
cuenta, ¿cuántas son familiares
y cuántas son amigos (as)?

Amigos (as)

Familiares

9. ¿Trabaja usted actualmente?

- | | |
|---|----|
| 1 | Si |
| 2 | No |

RECIBO DE ENTREGA
FAMILIA DE QUINCE
TRES COP
HOS SIGAL

10. ¿A qué religión o creencia espiritual pertenece usted?

- 1 Cristiano sin denominación
- 2 Católica
- 3 Metodista
- 4 Presbiteriana
- 5 Bautista

- 6 Mormona
- 7 Testigo de Jehová
- 8 Adventista
- 9 A ninguna
- 10 A otra. ¿Cual?:

11. ¿Qué tan satisfecho está con su Religión o creencia espiritual?

- 1 Muy insatisfecho
- 2 Insatisfecho
- 3 Regular
- 4 Satisfecho
- 5 Muy satisfecho

12. Normalmente, ¿con qué frecuencia asiste a los eventos de su Iglesia (Misa, Culto, Servicio, Grupos en casa, grupos de Oración, etc.).

- 5 Diario o casi diario
- 4 2 o 3 veces a la semana
- 3 1 vez a la semana
- 2 3 veces o menos al mes
- 1 Normalmente no asisto

13. ¿Con qué frecuencia reza?

- 5 Varias veces durante el día
- 4 Una vez al día
- 3 Pocas veces a la semana
- 2 1 vez a la semana
- 1 No lo hago

14. ¿Con qué frecuencia platica con Dios?

- 5 Varias veces durante el día
- 4 Una vez al día
- 3 Pocas veces a la semana
- 2 1 vez a la semana
- 1 No lo hago

15. ¿Con qué frecuencia lee la Biblia?

- 5 Varias veces durante el día
- 4 Una vez al día
- 3 Pocas veces a la semana
- 2 1 vez a la semana
- 1 No lo hago

RECIBO DE ENTREGA
FOLIO DE OBTENCION
1000000000

16. ¿Cree que la religión, o su fe, se haya vuelto más importante para su vida ahora que usted está en la Tercera Edad, que cuando era más joven?

- 2 Si
 1 No

17. Cuando tengo problemas, trato de relajarme o tomarlo con calma haciendo lo siguiente:

- 6 Bebiendo más
 5 Comiendo más
 4 Fumando más
 3 Haciendo más ejercicio
 2 Durmiendo más
 1 Hago otras cosas

18. ¿Con qué frecuencia suele hablar o mantener un contacto cercano con su círculo de amigos?

- 6 Una vez al día.
 5 Una vez a la semana
 4 Una vez al mes.
 3 Una vez cada 6 meses
 2 Una vez al año.
 1 Una vez cada 2 años

TRABAJE CON
FALLA DE ORIGEN

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted últimamente. Elija la respuesta que mejor le describa contestando SI o NO según proceda.

19. ¿Está satisfecho con su vida?
20. ¿Ha renunciado a muchas actividades?
21. ¿Siente que su vida está vacía?
22. ¿Se encuentra aburrido?
23. ¿Tiene a menudo buen ánimo?
24. ¿Teme que le ocurra algo malo?
25. ¿Se siente feliz muchas veces?
26. ¿Se siente a menudo abandonado?
27. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?
28. ¿Nota más problemas de memoria que los demás?
29. ¿Piensa que es maravilloso vivir?
30. ¿Se siente usted inútil?
31. ¿Se siente usted lleno de energía?
32. ¿Cree que su situación es desesperada?
33. ¿Cree que el resto de la gente está mejor que usted?

SI	NO
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0
1	0

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo vive usted su religión o su vida espiritual. Conteste lo más sinceramente posible, escuchando con atención cada afirmación y eligiendo la opción de respuesta que mejor represente su opinión.

34. ¿La religión o la vida espiritual es importante para usted todos los días de su vida?
35. ¿La oración o la meditación le ha ayudado a afrontar ocasiones de seria enfermedad?

T-1	Totalmente en desacuerdo	Mayormente en desacuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	0	1	2	3
T-2	En ninguna ocasión	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
	0	1	2	3

REVISADO POR EL COMITÉ DE CALIFICACIÓN
 15/05/2014

	T-1	Totalmente en desacuerdo	Mayormente en desacuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
36		0	1	2	3
¿Disfruta asistiendo a los eventos que se celebran en su grupo religioso o espiritual?					
37		0	1	2	3
¿Siente usted que ciertamente Dios existe en alguna forma?					
38		0	1	2	3
Cuando necesita sugerencias u orientación sobre que hacer con sus problemas, ¿sabe que puede acudir con alguien de su iglesia o comunidad religiosa o espiritual?					
39		0	1	2	3
¿Cree que Dios no va a darle una carga que no pueda soportar? *					
	T-2	En ninguna ocasión	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
40		0	1	2	3
¿Disfruta reunirse o platicar con personas que comparten sus creencias religiosas o espirituales?					
	T-1	Totalmente en desacuerdo	Mayormente en desacuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
41		0	1	2	3
Durante los tiempos de enfermedad, ¿sus creencias religiosas o espirituales han sido fortalecidas?					
42		0	1	2	3
¿Cuando se siente solo confía en el apoyo de las personas que comparten sus creencias religiosas o espirituales?					
43		0	1	2	3
¿Ha experimentado una sensación de esperanza como resultado de sus creencias religiosas o espirituales?					
44		0	1	2	3
¿Ha experimentado paz a través de sus oraciones o la meditación?					
45		0	1	2	3
¿Cree que la vida o la muerte de uno mismo, siguen un plan de Dios?					
	T-2	En ninguna ocasión	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
46		0	1	2	3
Cuando necesita ayuda, ¿busca a la gente de su iglesia o comunidad religiosa o espiritual?					
	T-1	Totalmente en desacuerdo	Mayormente en desacuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
47		0	1	2	3
¿Cree que Dios le protege del mal?					
	T-2	En ninguna ocasión	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
48		0	1	2	3
¿Ora o reza para obtener ayuda durante los tiempos malos?					

* SE SUGIERE EVITAR LA DOBLE NEGACIÓN DE ESTE REACTIVO EN VERSIONES FUTURAS.

TERCERA PARTE
 ORIGEN

Las siguientes afirmaciones son acerca de como se siente usted. Elija la respuesta que mejor le describa.

T-4

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
68. ¿Siente que sólo cuenta consigo mismo (a)?	0	1	2	3	4
69. ¿Se siente rechazado (a)?	0	1	2	3	4
70. ¿Se siente inseguro (a) acerca de su futuro?	0	1	2	3	4
71. ¿Cuando se siente solo trata de encontrar consuelo en su religión?	0	1	2	3	4
72. ¿Se siente aislado (a)?	0	1	2	3	4
73. ¿Se siente incomprendido (a) en su familia?	0	1	2	3	4
74. ¿Se siente vacío (a) de cariño?	0	1	2	3	4
75. ¿Se siente cansado (a) de luchar por la vida?	0	1	2	3	4
76. ¿Cuando se siente solo hace más oración o reza con más fervor?	0	1	2	3	4
77. ¿Se siente como encerrado (a) en si mismo (a)?	0	1	2	3	4
78. ¿Se siente solo (a)?	0	1	2	3	4
79. ¿Se siente apartado de su familia?	0	1	2	3	4
80. ¿Cuando se siente solo le entrega a Dios su soledad?	0	1	2	3	4
81. ¿Se siente abandonado?	0	1	2	3	4
82. ¿Siente su vida vacía?	0	1	2	3	4
83. ¿Cree que su familia desconoce sus sentimientos?	0	1	2	3	4
84. ¿Cuando se siente solo busca la guía de su religión?	0	1	2	3	4
85. ¿Se siente insatisfecho (a) con su vida?	0	1	2	3	4
86. ¿Siente que su familia desaprueba su manera de ser?	0	1	2	3	4
87. ¿Cuando se siente solo busca la ayuda de Dios?	0	1	2	3	4
88. ¿Siente que su vida carece de propósito, o de un por qué para vivir?	0	1	2	3	4
89. ¿Se siente desamparado (a)?	0	1	2	3	4
90. ¿La soledad es su única compañía?	0	1	2	3	4
91. ¿Cuando se siente solo pone su confianza en Dios?	0	1	2	3	4
92. ¿Siente que la vida está llena de conflictos y tristezas?	0	1	2	3	4
93. ¿Se siente triste?	0	1	2	3	4

Muchas gracias por su ayuda.

RECIBIDO EN LA DIVISION DE PSICOLOGIA
 EL DIA 10 DE ABRIL DE 2011

ANEXO 2

Cualidades psicométricas de los
instrumentos utilizados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE SISTEMAS DE CREENCIAS (SBI-15R) (Holland, et al., 1998)

El SBI-15R es un inventario auto-aplicable diseñado para su uso en investigaciones psicosociales de calidad de vida en estudios de ajuste a la enfermedad. El SBI-15R fue diseñado para medir creencias y prácticas religiosas y espirituales, y el soporte social derivado de la comunidad que comparte esas creencias. Los autores proponen esta escala para amplias exploraciones enfocadas a las creencias espirituales y religiosas en relación con investigaciones de calidad de vida, estrés y enfrentamiento.

Elaboración del instrumento

El instrumento fue elaborado por un equipo multidisciplinario formado por clérigos y profesionales de la salud. El equipo identificó 4 áreas que incluían creencias y prácticas religiosas y espirituales, como sigue:

1. El grado en que las personas sienten que encuentran sentido en sus vidas en una perspectiva existencial tal como una naturaleza inmaterial o etérea.
2. El uso de ciertas prácticas religiosas y rituales, tales como la meditación o la oración.
3. La relación con un poder superior o con un ser superior, tal como Dios.
4. El nivel de soporte social derivado de los individuos que comparten las mismas creencias.

Las tres primeras áreas parecen tener parecido con la *orientación intrínseca* identificada por Allport y Ross (1967), en la cual el valor es puesto en la religión separada de los demás. En contraste, la última área se encuentra más identificada con la *orientación extrínseca*, que mide la importancia de los otros (clero, parientes, amigos) en las experiencias religiosas del sujeto.

El SBI-15R es la versión corta de un inventario que inició con 54 reactivos (SBI-54) basados en las 4 áreas descritas. El SBI-54, una vez puesto a prueba con una muestra de 301 sujetos sanos, identificó dos factores, en contraste con las cuatro áreas descritas (rotación varimax). Estos factores parecen corresponder a creencias y prácticas religiosas (Factor I: 14 ítems vinculados a prácticas, perspectiva existencial y la fe en un ser superior), y al soporte social relacionado con la comunidad religiosa o espiritual (Factor II: 11 ítems).

La consistencia interna del SBI-54 fue de 0.97 (Alfa de Cronbach). La validez convergente, realizada contra dos instrumentos de uso común para medir creencias religiosas y espirituales; el *Religious Orientation Inventory, ROI* (Allport y Ross, 1967) y el *Index of Core Spiritual Experiences INSPIRIT* (Kass et al. 1991), fue satisfactoria ($r = 0.88$ y 0.85 , respectivamente). La validez divergente entre el SBI-54 y el *Brief Symptom Inventory (BSI)* (Derogatis, 1983) y el *Medical Outcomes Study*. (MOS; Stewart et al. 1988) obtuvo entre estos instrumentos una correlación cercana a cero. La confiabilidad test-retest fue de 0.95. La validez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

discriminante fue significativa; el SBI-15R fue capaz de discriminar entre un grupo religioso y otro laico.

A partir de la versión de 54 reactivos se buscó llegar a otra versión más corta del mismo inventario. A partir del análisis de los componentes principales (rotación varimax) se seleccionaron reactivos cuyos pesos estuviesen entre 0.61 y 0.86, encontrándose 10 reactivos para el factor I y 5 reactivos para el factor II. Con los resultados de estos reactivos, y siguiendo la misma metodología practicada con el SBI-54, se obtuvo una consistencia interna de 0.93 para todo el inventario (SBI-15), y de 0.92 para el factor I y 0.89 para el factor II. La correlación entre el SBI-54 y el SBI-15 fue significativa ($p < 0.000$) con $r = 0.98$. La confiabilidad test-retest fue de 0.95. La validez convergente calculada contra el ROI y el INSPiRiT alcanzó valores de $r = 0.84$ y 0.82 , respectivamente. La validez divergente fue también adecuada. La validez discriminante continuó, discriminando adecuadamente entre grupos religiosos y laicos.

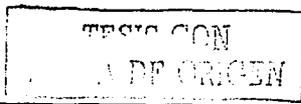
Finalmente, y a fin de ampliar la aplicabilidad del SBI-15, a pacientes con amenaza de perder la vida, o con enfermedades crónicas, se modificó un reactivo, cambiándolo de "*La oración o la meditación me ha ayudado a afrontar mi diagnóstico*", a *La oración o la meditación me ha ayudado a afrontar ocasiones de seria enfermedad*. Los otros ítems son aplicables a sujetos sanos o enfermos. Los autores asumen que la versión resultante, el SBI-15R es altamente similar al SBI-15. El instrumento se investiga en muestras de Israel, Alemania y Nueva York, en pacientes con melanoma y VIH.

Inventario Multifacético de Soledad, (IMSOL) (Montero, 2000)

Antecedentes

El Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL), es un instrumento creado para la medición de la soledad, entendida como un fenómeno con tres características esenciales de acuerdo con Montero (1998, 1999):

1. Es *multidimensional* pues involucra aspectos de personalidad (evaluaciones cognitivas, antecedentes de desarrollo afectivo, autoestima), de habilidades conductuales, de interacción social y cultural.
2. Es un *fenómeno potencialmente estresante* ya que depende de la interpretación que haga el sujeto de la situación que esté viviendo para que la carencia afectiva, social y/o física que identifique, sea evaluada como una situación negativa o bien como una oportunidad de auto conocimiento.
3. Es *situacional*, varía en intensidad y duración, y se le puede identificar antecedentes, manifestaciones y consecuencias, vinculadas al funcionamiento físico, psicológico y social del individuo que la experimenta.



En síntesis, a la soledad se le concibe como un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto.

De Jong-Gierveld y Raadschelders (1982) abordan tres aspectos fundamentales de soledad:

1. *Características emocionales de la soledad*, referidas a la ausencia de emociones positivas tales como felicidad o afecto, y la presencia de emociones negativas como miedo e incertidumbre.
2. *Tipo de privación*, referida a la naturaleza de las relaciones ausentes. Los autores sostienen que es de fundamental importancia obtener información relacionada con aquéllas relaciones que el sujeto considere como relevantes o significativas para él / ella. Este aspecto puede dividirse de acuerdo con De Jong-Gierveld (1978), en tres subcategorías: a) Sentimientos de privación vinculados a la ausencia de un apego íntimo; b) Sentimientos de vacío, y c) Sentimientos de abandono.
3. *La perspectiva del tiempo*, que también puede dividirse en tres subcomponentes referidos a la proporción en la cual la soledad es experimentada como a) Incambiable; b) Temporal; c) Como resignación de la persona a la soledad, atribuyendo la causa de su soledad a otros.

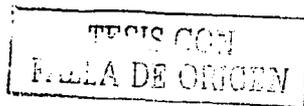
Estos componentes fueron considerados en el esquema teórico que sirvió de base para el desarrollo del IMSOL. Esto es, las características emocionales, el tipo de privación y la duración de la experiencia solitaria, fueron dimensiones consideradas durante el desarrollo del instrumento. Tales dimensiones son denominadores comunes a la experiencia de la soledad en diversos esquemas teóricos (Young, 1982; Paloutzian y Janigian, 1989; Weiss, 1973; Rokach, 1988; Mijuskovic, 1985; Moustakas, 1961; Peplau y Perlman, 1982).

El IMSOL tiene en común con otros instrumentos de medida de la soledad, por un aparte, el reconocimiento de las dimensiones características de dicho fenómeno, y por otra, la particularidad de haber considerado las características culturales de los adultos mexicanos.

Desarrollo del instrumento

El IMSOL se desarrolló a partir de una muestra total de 1,613 sujetos residentes en la Ciudad de México (Distrito Federal) con un rango de edad entre los 15 y los 61 años.

Dentro de la etapa de diseño, se identificó en la muestra descrita: a) Si la soledad era un fenómeno reconocible por los adolescentes y adultos mexicanos; lo cual se confirmó; b) El significado psicológico que los adultos mexicanos asocian con la soledad; c) Los déficits afectivos que facilitan la experiencia de soledad en la



población adulta, y d) Las conductas típicas que emplean los adultos mexicanos para afrontar la soledad.

Con esta información se estructuró el IMSOL en una primera versión con 111 reactivos, 55 de ellos correspondientes a *Fuentes de Afecto Deficitario (FAD's)*, y 56 que evaluaban *Conductas de Afrontamiento ante la Soledad (CAS's)*, aglutinando los reactivos dentro de 14 factores hipotéticos (5 factores o sub escalas dentro de las FAD's y 9 dentro de las CAS's). Ya con esta estructura inicial se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio, estimándose la discriminación de reactivos, ratificación de la direccionalidad de los reactivos, análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua, y finalmente el análisis de la confiabilidad mediante la estimación de la consistencia interna del instrumento (Alpha de Cronbach).

Los resultados arrojaron 4 factores para las FAD's y 6 para las CAS's, con índices de consistencia interna entre .72 y .94. A continuación se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante el método de extracción de máxima verosimilitud con rotación oblicua, ratificándose los factores para las FAD's. Las CAS's reportaron la posibilidad de reducir los factores de 6 a 4, pero se decidió no proceder con esa posibilidad a fin de mantener un adecuado índice de varianza explicada.

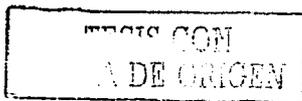
Finalmente, la validez discriminante del IMSOL fue ratificada al compararla contra el *Inventario de Autoestima de Coopersmith* (Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993) con una correlación de -0.80 . La validez convergente se estimó contra la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D* (Medina-Mora, y cols. 1992), deduciéndose que ambos constructos miden aspectos diferentes aunque están fuertemente correlacionados ($r = .82$).

La estructura final del IMSOL fue la siguiente:

Area	Factor o Sub-escala	No. Reactivos
Déficits en el afecto percibido en diferentes fuentes (FAD's).	1. Bienestar emocional	20
	2. Amistad	4
	3. Pareja	7
	4. Compañeros de trabajo	7
Conductas de afrontamiento ante la soledad (CAS's)	1. Evitación	3
	2. Apoyo en religión	6
	3. Apoyo socio-emocional	6
	4. Expresión de emociones	3
	5. Reinterpretación positiva	4
	6. Aceptación	6
Totales:	10 factores o subescalas	66 reactivos

Vale hacer notar que cada sub-escala puede ser utilizada en forma independiente o combinada con las demás en forma selectiva.

Así las cosas, el IMSOL es un instrumento válido y confiable para medir la frecuencia de experiencia de soledad, entendida como percepción de déficits del



afecto recibido de diferentes fuentes, y algunas conductas de afrontamiento que los adultos mexicanos emplean ante la soledad.

**Escala de Depresión Geriátrica
(GDS, Short form)
(Yesavage, et al. 1983)**

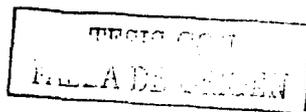
La GDS es una escala para evaluar síntomas depresivos, de fácil manejo, que puede ser auto-administrada. El tiempo aproximado en la aplicación es de 10 a 15 minutos.

La GDS está diseñada para aplicarse en poblaciones de ancianos, tanto en la investigación, como en el trabajo clínico. Esta escala ha sido utilizada ampliamente en investigaciones, y ha sido combinada con otras escalas para comprobar su validez (Yesavage et al., 1983).

En un estudio llevado a cabo en una muestra de Sydney, Génova y Camberra, con sujetos con edades por arriba de los 70 años, se reportan los resultados sobre confiabilidad y validez, de las escalas DSM-III-R, EL Psychogeriatric Assessment Scales (PAS), y el Geriatric Depression Scale. La confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna, alfa de Cronbach, y test-retest. Mientras la validez se evaluó en términos de su sensibilidad (identificación correcta de presencia de síntomas depresivos y depresión) y su especificidad (identificación correcta de la ausencia de síntomas depresivos y depresión), a través de curvas ROC, cuando se trata de juzgar y distinguir un diagnóstico clínico de depresión, con respecto a otros padecimientos. Los resultados reportados son excelentes sobre la confiabilidad y validez de esas escalas.

La versión corta de la GDS fue aplicada por González-Celis & Sánchez-Sosa (2002) a una muestra de 124 sujetos ancianos, mexicanos, de bajo nivel educativo; la media fue de 3.55, con una desviación estándar de 2.85; la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach fue de 0.5474. La confiabilidad test-retest fue de $r = 0.673$, con $p < .01$. En esta muestra, la GDS fue útil para diferenciar entre sujetos con depresión, que se perciben como menos auto-eficaces para realizar actividades de protección a la salud, actividades recreativas activas, pasivas, y actividades sociales, en contraste con los sujetos sin depresión, cuya percepción de auto-eficacia en estas áreas fue significativamente más alta. Adicionalmente, en este estudio, la GDS obtuvo una asociación negativa tanto con Calidad de vida ($r = -0.570$) como con Bienestar subjetivo ($r = -0.463$).

La GDS en su versión corta está compuesta por 15 reactivos dicotómicos; la versión larga incluye 30 reactivos (Brink, 1985). De los 15 reactivos, 10 puntúan positivo a depresión si se contesta "SI"; 5 lo hacen si se contesta "NO". El ordenamiento de estos reactivos en el instrumento ha sido aleatorio. El total de los síntomas que puntuaron positivo a depresión indica el grado en que el sujeto posee este atributo. La puntuación mínima es 0 y la máxima 15. Una puntuación de 5 sugiere la presencia significativa de síntomas depresivos que ameritan una



entrevista de evaluación posterior; puntajes mayores a 10 siempre indicarán la presencia de depresión (Yesavage, 2002)

Escala de Salud y Vida Cotidiana, HDL (Moos, 1984)

La Escala de Salud Física y Vida Cotidiana (HDL), es un procedimiento estructurado que puede administrarse tanto en forma de entrevista como auto-administrada. La HDL incluye preguntas en las que se detectan factores sociodemográficos así como también una gran variedad de series o conjuntos de indicadores que sondean el funcionamiento social y de salud física, los eventos estresantes y su resistencia, así como las respuestas de afrontamiento y los recursos sociales.

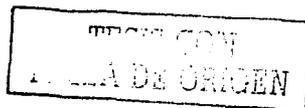
Forma A.

La versión inicial del HDL (Forma A; Cf. Acevedo, 1996) se desarrolló para su uso en un estudio longitudinal del tratamiento de consulta externa entre pacientes alcohólicos y sus familias. También ha sido usada para el estudio del estrés y sus formas de afrontamiento entre grupos de parejas casadas de la comunidad, así como para evaluar la importancia de los factores sociales en el proceso rehabilitatorio de pacientes de infarto al miocardio.

Este cuestionario está basado en un marco conceptual general que evoca la teoría ecológica del desarrollo (Brasferbrenner, 1977), la cual considera que los factores ambientales del entorno físico y social determinan las circunstancias estresantes de la vida diaria y los recursos sociales y de afrontamiento como moderadores adaptativos en dichas circunstancias. Dichos factores se encuentran en diferentes subsistemas con los que interacciona el sujeto. Tales subsistemas son:

- **Microsistema**, el ambiente inmediato del individuo
- **Mesosistema**, la forma en que el medio promueve el desarrollo del individuo
- **Exosistema**, las estructuras sociales formales e informales que influyen y determinan lo que pasa dentro de ellas
- **Macrosistema**, los valores culturales y sistemas de creencias que existen en la comunidad influyendo en el desarrollo del individuo.

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Hablar de afrontamiento significa hablar de cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Las variaciones pueden ser resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno, o su traducción interior modificando su resultado o incrementando su comprensión, así como los cambios en el entorno independientemente del individuo y de su actividad para afrontarlo.



Cualquier cambio en la relación sujeto-entorno, dará lugar a una re-evaluación de lo que está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. Su función principal es disminuir la ansiedad que provoca la situación estresante mediante estrategias que pueden estar enfocadas ya sea a la emoción o al problema concreto y puede ser:

1. Eliminando o modificando las condiciones que dan origen al problema.
2. Controlando el significado de la experiencia para neutralizar el problema.
3. Manteniendo las consecuencias emocionales de los problemas dentro de los límites manejables.

Moos y Cronkite (1984), se han referido a estudios previos donde Kessler (1982), Pearling et al., (1981) y Robkin y Streuning (1976) han identificado una relación consistente entre eventos estresantes de la vida y desórdenes físicos y psicológicos, bajo la premisa de que crean estados temporales de desequilibrio. Ellos observaron en su estudio con parejas de pacientes alcohólicos, que un bajo nivel socioeconómico y un pobre funcionamiento adaptativo, son factores predisponentes y se relacionan con altos niveles de estrés. Las estrategias de afrontamiento de evitación están relacionadas tanto con la enfermedad y el estrés, como con el ánimo depresivo.

Moos y Holahan (1981) señalaban que los resultados de su estudio apoyaban la predicción de que la disminución del apoyo social tanto familiar como laboral se relaciona significativamente con el incremento de desajustes psicológicos a lo largo de un año.

Se han utilizado los indicadores de HDL para analizar los recursos sociales y de procesos de afrontamiento que utilizan las personas para adaptarse y evitar los eventos estresantes de la vida diaria. Este trabajo se basa en un marco conceptual general que considera que los factores ambientales y sociales determinan las circunstancias estresantes de la vida diaria y a los recursos personales y de afrontamiento como los que moderan dichas circunstancias estresantes. De acuerdo con lo anterior se desarrolló el HDL conteniendo indicadores de:

- **Salud física (13).** Evalúan condiciones de salud, síntomas físicos que pueden estar relacionados con estados depresivos o ánimo, consumo de alcohol, tabaco, su relación con el estado de salud y uso de medicamentos.
- **Funcionamiento y recursos sociales del individuo (4).** Evalúan actividad social con amigos, redes de contacto social, número de relaciones interpersonales significativas, calidad de las relaciones interpersonales cercanas y afectivas.
- **Funcionamiento y ambiente familiar (6).** Evalúan actividades sociales, tareas conjuntas, tareas realizadas por uno mismo, por la pareja, discusiones familiares y ambiente familiar negativo.
- **Eventos de cambio de vida (3).** Miden los eventos negativos, de pérdida y eventos positivos.

TESIS CON
L. A. DE ORIGEN

El afrontamiento está medido por 32 respuestas que miden la frecuencia de afrontamiento, clasificadas en dos grandes rubros:

- a. **Modo de afrontamiento.** Este puede ser:
 - **Activo cognitivo:** Se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar la dificultad del evento.
 - **Activo conductual:** Se refiere a conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.
 - **Evitación:** Se refiere a evitar confrontar activamente el problema o a reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer más.
- b. **Enfoque del afrontamiento.** Incluye:
 - **Análisis lógico:** Se refiere a establecer relaciones entre experiencias pasadas y el problema que se está enfrentando. Una comprensión cuidadosa del hecho.
 - **Búsqueda de información:** Se refiere a comunicarse o consultar a otras personas para obtener una guía que ayude a solucionar el problema.
 - **Resolución de problemas:** Se refiere a establecer planes de acción y determinar conductas específicas que conduzcan a un resultado positivo para la situación problemática.
 - **Regulación afectiva:** Se refiere a un control de la emoción negativa que se genera a partir del problema.
 - **Descarga emocional:** Se refiere a manifestar las emociones a través de actos y/o verbalizaciones.

Finalmente, se consideraron otros 4 indicadores de búsqueda de ayuda para la obtención de un índice de funcionamiento y recursos sociales:

- Número de relaciones estrechas
- Actividades sociales con amigos
- Actividades sociales con la familia
- Redes sociales

Forma B (Breve).

Moos, Cronkite, Billings y Finney, (1986)

De acuerdo con Aduna (1998), este instrumento fue traducido y adaptado por Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano en 1988 y ha sido aplicado en México por Medina (1997); Cárdenas (1995), Cárdenas y col. (1991); Aduna, (1990), Aduna, Coffin y Villa (1990); Aduna y Ayala (1989, 1991), Ayala (1998), Aduna, Lozano y Ayala (1988, 1990). Esta forma incluye 107 reactivos que exploran las siguientes variables:

- Funcionamiento psicológico
- Uso de recursos sociales
- Conductas de afrontamiento

Dentro de las conductas de afrontamiento se manejan las mismas categorías que en la forma A, pero con menos reactivos.

