

# UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

Espiritualidad y religiosidad en una muestra de  
adultos mayores guatemaltecos

Trabajo de investigación presentado por  
Andrea Faride Daccarett Tejeda  
para optar al grado académico de  
Licenciada en Psicología

Guatemala  
2006



# Espiritualidad y religiosidad en una muestra de adultos mayores guatemaltecos

# UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

Espiritualidad y religiosidad en una muestra de  
adultos mayores guatemaltecos

Trabajo de investigación presentado por  
Andrea Faride Daccarett Tejeda  
para optar al grado académico de  
Licenciada en Psicología

Guatemala  
2006

## **PREFACIO**

Al iniciar a escribir sobre religiosidad y espiritualidad en el adulto mayor, pensaba acerca de estas personas cuando eran jóvenes; seguramente con objetivos a corto y largo plazo, con sueños por cumplir y promesas por esperar. Reflexionaba sobre el cambio que estos individuos han experimentado en sus vidas, muchas veces lejos de lo que se habían imaginado cuando trazaron sus metas y se encaminaron hacia la búsqueda de su autorrealización.

Durante el trabajo de campo, me sorprendió mucho la necesidad que los adultos mayores manifestaron, agradeciendo que hubiera alguien interesado en sus problemas e inquietudes, alguien que les preguntara acerca de sus sentimientos, sus creencias y prácticas. Este estudio fue para mí una fuente de inspiración, siendo esta experiencia una oportunidad valiosa de aprendizaje acerca de esta etapa de la vida.

Quiero agradecer principalmente a Dios y a la Virgen por permitirme realizar este trabajo tan enriquecedor y gratificante. A mi familia por su constante apoyo y entusiasmo en el transcurso de esta investigación, en especial a mis papás, Ahmid Daccarett y Verónica Tejeda de Daccarett, a mis hermanos, Luis y Ahmid y a Irwin Donis, a quienes quiero dedicar este estudio.

Agradezco al Departamento de Psicología por toda su colaboración, y especialmente a (MSc.) Lda. Claudia García de la Cadena, Directora del Departamento de Psicología, por su constante asesoría y su valioso aporte en este proyecto. Asimismo, expreso mi gratitud a Dra.

María Montero y MSc. Armando Rivera-Ledesma de la Universidad Autónoma de México (UNAM), por su colaboración e interés en este estudio, así como por facilitar los instrumentos psicométricos utilizados. Además, mi más sincero agradecimiento a todos los asistentes de investigación (Lda. Claudia Luna, Lda. Evelyn Espinosa, Ana Cristina Nistal, Ana Gabriela González, Anahí Peláez, Alejandra Auyón, Elynore Estrada, María José Castillo, Meri Lubina y Verónica Tejeda) y demás asesores, quienes dedicaron su tiempo y esfuerzo al cumplimiento de los objetivos propuestos. También expreso mi agradecimiento a todas aquellas personas que directa e indirectamente colaboraron con la excelencia de este trabajo de investigación.

Además quiero agradecer personalmente a todos los adultos mayores que decidieron participar en este estudio, por el tiempo que dedicaron y principalmente por compartir acontecimientos e historias de sus vidas. Así como también agradezco al Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Cultura y Deportes, por abrir las puertas para la elaboración de este proyecto, especialmente a Alfredo Luna, Coordinador de dicho programa, por su colaboración y gran apoyo.

## RESUMEN

La población del adulto mayor en la sociedad guatemalteca ha tenido un crecimiento en los últimos años, demandando atención ante diversas necesidades, tanto físicas como psicológicas, sociales y espirituales por parte de la comunidad. Para responder ante estos requerimientos, se vuelve necesario investigar acerca de la situación actual de los adultos mayores, promoviendo el desarrollo de nuevos programas que beneficien a esta parte de la población.

Este estudio estuvo dirigido a indagar sobre las necesidades psicológicas, sociales y espirituales de los adultos mayores guatemaltecos, con el fin de determinar las relaciones existentes entre la convicción religiosa, el bienestar espiritual, las estrategias para afrontar esa etapa y el apoyo social religioso con el ajuste psicológico de los adultos mayores, definido como depresión y soledad. Para esto la muestra estuvo constituida por 165 adultos mayores, de ambos sexos, entre los 60 y 85 años, que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

Mediante la aplicación de algunos instrumentos psicométricos (*Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R*; Escala de Bienestar Espiritual (EBE-R), *Escala de Salud y Vida Cotidiana Forma Breve (Sub-escala de Estrategias de Afrontamiento)*; *Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL* y *Escala de Depresión Geriátrica (GDS) Versión corta*); así como un cuestionario sobre datos demográficos y hábitos religiosos y espirituales, se encontró que la convicción religiosa se asocia en forma directa con el ajuste psicológico de los adultos mayores guatemaltecos (tanto depresión como soledad), de forma que las personas que presentan más sentimientos de tristeza o desolación son aquellas que tienen una tendencia a ser más religiosas y/o espirituales, pero no significa que éstas obtengan un mayor ajuste psicológico como consecuencia de estas prácticas e ideologías.

Por otra parte, el soporte social religioso, las estrategias de afrontamiento y el bienestar espiritual se relacionan únicamente con la soledad. Sin embargo, solamente existe una asociación inversamente significativa entre el bienestar espiritual y la soledad, de forma que los

adultos mayores que poseen un mayor grado de bienestar espiritual orientado a la relación con Dios, tienden a manifestar un nivel inferior de soledad en sus vidas.

Pudo concluirse que los adultos mayores guatemaltecos en general, consideran que la espiritualidad y religiosidad se han vuelto más importantes en esta etapa de sus vidas, en comparación a la trascendencia que le daban en la juventud.

## CONTENIDO

PREFACIO	ii
RESUMEN	iv
LISTA DE CUADROS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii

### Capítulos

I. INTRODUCCIÓN	1
II. EL ADULTO MAYOR	3
III. EL ADULTO MAYOR EN GUATEMALA	29
IV. ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD	34
V. METODOLOGÍA	40
VI. RESULTADOS	48
VII. DISCUSIÓN	59
VIII. CONCLUSIONES	65
IX. RECOMENDACIONES	66
X. BIBLIOGRAFÍA	67
XI. APÉNDICE I: CONSENTIMIENTO INFORMADO	73
XII. APÉNDICE II: INSTRUMENTOS	74

## LISTA DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Las crisis psicosociales del ciclo vital según Erikson	4
2. Teorías explicativas de la vejez	7
3. Definición de variables	41
4. Confiabilidad de los instrumentos utilizados	45
5. Correlaciones entre variables	58

## LISTA DE GRÁFICOS

Ilustración:	Página
1. Riesgos del adulto mayor	9
2. Género	48
3. Condición civil	49
4. Cohabitación	49
5. Nivel educativo	50
6. Situación laboral	51
7. Pensión económica	51
8. Servicios médicos	52
9. Procedencia étnica	52
10. Comparación del apoyo social entre amigos y familiares	53
11. Afiliación religiosa y espiritual	54
12. Importancia de la religión en la vejez	54
13. Satisfacción con la religión o creencia espiritual	55
14. Asistencia a la iglesia o actividades religiosas	55
15. Comparación entre rezar y platicar con Dios	56
16. Frecuencia de lectura de la Biblia	57

# I. INTRODUCCIÓN

«He ahí la fuente del sentimiento trágico de la vida.

Quisiéramos ser inmortales pero sabemos que no podemos serlo» (Juárez, 2005).

La frase anterior hace referencia al sentimiento de aspiración de los seres humanos por ser inmortales, tanto para la sociedad, como para la familia y los seres queridos. Este deseo de dejar huella con la propia existencia tiene su inicio en el momento en que las personas tienen conciencia de su mortalidad, cuando se percatan que la vida no es eterna y pueden afirmar con certeza que algún día ya no existirán. Es a través del sufrimiento, del descubrimiento de la muerte, de las enfermedades, los accidentes y las pérdidas de las facultades físicas y mentales, que los individuos tienden a aferrarse a algo que les prometa una vida después de la muerte, en la que puedan concebir su propia inmortalidad.

El envejecimiento inicia el día del nacimiento y tiene su fin hasta la muerte, pero la conciencia acerca del mismo empieza a medida que las personas pierden a sus seres queridos, cuando cambian físicamente, dejan de ser tan fuertes y hábiles, e incluso cuando dejan de ver u oír tan bien como lo hacían antes. Y a pesar que el envejecimiento es algo subjetivo, pues no depende de la edad sino de la actitud que se tenga ante la vida, el envejecimiento es una realidad, de la que nadie queda libre. En la vejez se presentan diversos cambios, tanto físicos como psicológicos, de forma que la percepción del mundo cambia, así como los roles que se desempeñan en la vida, las personas que están alrededor y las actividades que se realicen.

El adulto mayor experimenta un abanico de emociones nuevas al presentarse este cambio en su vida, cuestionándose, evaluándose y valorándose por sus logros y alcances. Es dentro de esta fase de la vida que las personas se acercan a la muerte y desean “transmitir sus vidas” a las generaciones más jóvenes, para no quedar en el olvido y dejar algo a la sociedad en la que vivieron. Este es el inicio de una nueva etapa del desarrollo, la cual es tan común como el nacimiento, la infancia o la adolescencia, y sobre todo, tan relevante para la comunidad y la familia.

En esta investigación, se abordaron temas que ayudarán a entender los procesos de cambio que experimentan los adultos mayores, como lo son las teorías explicativas de la vejez, los cambios físicos y psicosociales, los intentos de protección al adulto mayor, la situación actual de este grupo social, entre otros. Asimismo, se tomaron en cuenta variables como espiritualidad y religiosidad de los adultos mayores guatemaltecos, con el objetivo de determinar los aspectos

que influyen en la calidad de vida y bienestar de las personas mayores, como pueden ser las creencias y prácticas religiosas y espirituales, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, así como la forma en que éstas se relacionan con el bienestar psicológico de este grupo social.

Este estudio es de gran importancia para la sociedad guatemalteca actual, ya que la vejez ha tenido en los últimos años un crecimiento acelerado como resultado del incremento en el índice de longevidad, de forma que se vuelve indispensable y humanamente necesario brindar una atención especial y adecuada a los adultos mayores, con el fin de favorecer la calidad de vida, de manera que la personas no sólo vivan más tiempo, sino en mejores condiciones.

Asimismo, esta investigación podrá ser utilizada como una herramienta útil para desarrollar programas clínicos y sociales que contribuyan a la salud mental y bienestar psicológico de los adultos mayores guatemaltecos, facilitando la comprensión acerca de las relaciones existentes entre la espiritualidad y religiosidad de los adultos mayores y el ajuste psicológico que éstos manifiesten; variables psicosociales de gran importancia para una proporción significativa de la población guatemalteca y que pueden influir en situaciones críticas de la vida como la depresión y la soledad.

## II. EL ADULTO MAYOR

### A. Definición del adulto mayor

Para algunos autores, adulto mayor en los países subdesarrollados es toda persona que tiene sesenta años, mientras que en los demás países esta etapa inicia desde los sesenta y cinco años (Herrera, 1999; pág. 2). Sin embargo, para las Naciones Unidas, la frontera entre la adultez y la vejez inicia a los 60 años. Dicho límite no responde a ningún parámetro biológico o social, sino es una definición que facilita hacer referencia a este grupo social (Informe de Desarrollo Humano, 2003). Sin embargo, puede afirmarse que la definición de adulto mayor es una construcción social que varía según el contexto histórico, la cultura y el nivel socioeconómico (Informe de Desarrollo Humano, 2002; pág. 245).

El envejecimiento puede definirse como «un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre sí» (Fernández, *et al.* 2001). Constituye un fenómeno complejo en el que se interponen cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales, afectando la esencia de la persona, su identidad y los roles que juega en la sociedad.

El envejecimiento forma parte natural de la secuencia del ciclo de vida, el cual abarca desde el nacimiento hasta la muerte (Herrera, 1999; pág. 1). El desarrollo humano no se da de igual forma en todas las personas, de manera que cada individuo vive el envejecimiento de forma diferente. No obstante, el envejecimiento es un proceso universal, (sucediendo a todos sin excepción), es progresivo (porque forma parte de cada etapa del ciclo de vida), irreversible y deletéreo (debido a que está unido a un deterioro de las estructuras y funciones biológicas) (Informe de Desarrollo Humano, 2003).

De forma paradójica, puede decirse que «todo hombre desea llegar a la vejez; sin embargo, se queja cuando lo consigue», ya que éste supone cambios en circunstancias sociales, emocionales y psicológicas que estresan al individuo y que pueden encaminarlo hacia la autorrealización o a la desesperación (Duporte y Megret, 2002). Sin embargo, el envejecimiento no es una enfermedad ni un problema y no debe verse como una crisis. Representa un proceso natural en el ciclo de vida del ser humano (Informe del Desarrollo Humano 2003), el cual puede verse como una etapa de crecimiento (Ysern, 1999), ya que los adultos mayores sanos contribuyen al desarrollo de su familia y la comunidad en diversas formas, favoreciendo al bienestar de todas las generaciones (Cáceres, 2000).

Es posible envejecer con éxito si se superan de forma satisfactoria las diversas etapas de la vida, manteniendo una relación de bienestar con el medio social y cumpliendo con los parámetros biológicos (Herrera, 1999). El resultado individual dependerá de variados factores, tales como el estilo de vida a lo largo de la existencia, los riesgos a los que se ha estado expuesto, las enfermedades experimentadas, el apoyo social, la herencia, la cultura, entre otros aspectos (Informe de Desarrollo Humano, 2003).

## B. Teorías explicativas de la vejez:

Existen diversas teorías que intentan, de alguna forma, dar explicación a la última etapa del desarrollo, la cual corresponde a la vejez.

1. Teoría psicosocial (Erik Erikson). De acuerdo con Erikson (1994), existen ocho etapas en el ciclo vital del ser humano, las cuales están basadas en ocho conflictos que se deben resolver a lo largo de la vida (Erikson, 1994). Las etapas del desarrollo que propone Erikson son las siguientes:

**Cuadro No. 1: Las crisis psicosociales del ciclo vital según Erikson**

Número	Etapa	Crisis psicosociales	Resultado de la resolución de la crisis
1	Infancia	Confianza contra desconfianza	Esperanza
2	Niñez temprana	Autonomía contra vergüenza o duda	Voluntad
3	Edad de jugar	Iniciativa contra culpa	Propósito
4	Edad escolar	Laboriosidad contra inferioridad	Competencia
5	Adolescencia	Identidad contra confusión	Fidelidad
6	Adulthood joven	Intimidad contra aislamiento	Amor
7	Adulthood	Generatividad contra estancamiento	Cuidado
8	Vejez	Integridad contra desesperación	Sabiduría

(Erikson, 1994; pág. 537)

Las etapas del desarrollo psicosocial señaladas en el Cuadro No. 1 están conectadas con algunas modalidades sociales básicas, las cuales se pueden resumir en las siguientes: 1) recibir / corresponder; 2) retener / soltar; 3) hacer / simular; 4) hacer cosas / completar; 5) ser uno mismo / compartir ser uno mismo; 6) perderse y encontrarse en otros; 7) hacer / ser / cuidar de sí; y 8) pasar por haber sido y haber tenido que ser / enfrentarse a no ser (Erikson 1994; pág. 533).

Esta teoría enfatiza las influencias de los aspectos adaptativos en el curso de la vida, ya que las personas mayores deben enfrentarse al último periodo de las ocho etapas vitales que se van superando a lo largo de la vida, la cual corresponde a la "integridad del yo vs. desesperación". Erikson afirma que en la vejez se hace necesario aceptar la forma en que los adultos mayores llevaron su vida, con el fin de admitir la cercanía a la propia muerte (Craig, 1997). De esta forma, implica una conciliación de lo que se ha sido o no se ha podido ser; y el resultado de esta etapa depende de la forma en que se resuelva la crisis.

De acuerdo con Erikson, durante esta etapa del desarrollo se desarrolla la sabiduría, virtud que consiste en la aceptación de la forma en que se llevó la vida, así como la conciliación con los propios padres como personas que hicieron lo mejor que pudieron y que merecen amor; asimismo implica aceptar la propia muerte como «el fin inevitable de una vida desarrollada de la mejor manera». Además, en esta etapa es importante admitir los propios defectos, así como las imperfecciones de los familiares y la vida misma (Craig, 1997).

Los adultos mayores pueden buscar caminos que los conduzcan hacia la integridad vital o tender al conflicto y la desesperación, de forma que pueden concluir esta etapa teniendo un sentimiento de logro o un remordimiento por lo que se pudo haber hecho y no se alcanzó (Erikson 1994). Si los adultos mayores logran solucionar esta crisis, manifiestan paz consigo mismos, alcanzando la integridad, la cual es definida como un estado de espíritu de aceptación de la realidad de sí mismo y la propia vida, aceptando los fracasos y los sueños no alcanzados (Ysern, 1999). De forma contraria, las personas que no alcancen la conciliación con la vida tienden a la desesperación, sintiendo que el tiempo no les es suficiente para alcanzar todo lo que habían deseado y solucionar todo lo que está pendiente (Craig, 1997).

**2. Teoría del retiro o desvinculación.** De acuerdo a esta teoría, las personas mayores tienden al aislamiento social, desvinculándose de las obligaciones sociales y laborales después de la jubilación. Esto se debe a diversas causas; físicamente, la falta de energía produce menos actividad; psicológicamente, las personas mayores tienden a centrar el interés en ellas mismas; mientras que socialmente puede estar causada por una disminución en la participación en la sociedad. (Feldman, 1998). Esta desvinculación es de dos vías, por una parte el adulto mayor voluntariamente reduce sus actividades y compromisos, y a su vez la sociedad estimula el retiro de las personas de sus actividades sociales y laborales (Craig, 1997).

De acuerdo a esta teoría, durante esta etapa las personas mayores pueden volverse más espirituales e introvertidos para lograr una reestructuración de los roles y cambiar su estilo

de vida, de forma que le permita una superación satisfactoria de esta etapa. Los adultos mayores deberán adaptarse a los cambios físicos que conlleva el envejecimiento y aprovechar la desvinculación social para prepararse a su propia muerte (Armadans, 2002).

3. **Teoría de la actividad.** Supone que solamente el individuo activo puede ser feliz y sentirse satisfecho con su vida. De esta forma, las personas mayores podrían sentirse satisfechas con sus vidas únicamente si se consideran necesarias para la sociedad, envejeciendo de manera más beneficiosa si se mantienen activas durante esta etapa de la vida (Craig, 1997).

De esta manera, las personas que envejecen con mayor satisfacción son aquellas que mantienen sus intereses y actividades que les motivaba durante la adultez, y se rehúsan a disminuir su interacción con su entorno social (Feldman, 1998). El ejercicio, el ajuste social y las actividades productivas les ayudan a contrarrestar el deterioro que causa el envejecimiento (Sanduvete, 2004). Sin embargo, algunos autores señalan que no sólo es necesario mantenerse activo durante la vejez, sino que influye el tipo de actividad que se realiza, siendo aquellas denominadas como informales (en compañía de amigos y familiares) las que influyen más en la felicidad de los adultos mayores. Las actividades formales, tales como el trabajo, pueden influir negativamente en la satisfacción del individuo y las actividades individuales (como leer o ver televisión) no tienen ningún efecto en el bienestar personal (Craig, 1997).

4. **Teoría de afrontamiento.** Afirma que cualquier factor del entorno puede afectar el proceso de envejecimiento, de forma que el comportamiento en la vejez depende tanto de condiciones biológicas como sociales, tales como la salud, el apoyo social y el estado económico (Armadans, 2002). La calidad de vida de las personas mayores puede verse afectada por el medio social en que se desenvuelva, la cultura, los roles que juegue en la sociedad, el estado de salud y seguridad, el sentido de vida, entre otros. De esta manera, los adultos mayores requieren de asistencia social, médica y psicológica para contrarrestar las deficiencias que la edad conlleva, para lograr un envejecimiento sano y productivo.

5. **Teoría de los roles.** Según esta teoría, el autoconcepto y la autoestima de las personas mayores se ven influenciados por el tipo de funciones que éstas desempeñan dentro de la sociedad, siendo los roles la principal fuente de satisfacción en la vida. Al envejecer, algunos roles de los adultos mayores reemplazan a otros, debido al abandono de actividades que realizaban cuando eran más jóvenes. Por ejemplo, muchos dejan de trabajar y empiezan a ser económicamente dependientes, algunos aprovechan la oportunidad para desenvolverse en actividades sociales, mientras que otros tienden desarrollar los proyectos que no habían podido

realizar por falta de tiempo. La pérdida de los roles sociales en esta etapa del desarrollo puede significar pérdida de funcionalidad (Craig, 1997).

6. **Teoría de la continuidad.** Expone que la última etapa del ciclo vital es una continuación de las fases anteriores. De forma que tanto la adaptación que se logre como el estilo de vida que se manifieste durante este periodo, se ven influenciados por los hábitos y costumbres adquiridos a lo largo de la vida (Armadans, 2002). Las personas mayores pueden influir en la forma en que desean vivir su vejez, definiendo su modo de vida en la adolescencia, juventud y adultez.

7. **Teoría evolutiva.** Considera la vejez como la culminación del ciclo de vida, la cual es una época de pérdidas, pero también de ganancias (Sanduvete, 2004). De esta forma, las personas mayores experimentan diversas pérdidas físicas, mentales y sociales debido al envejecimiento; sin embargo, también perciben algunos beneficios. Por ejemplo, los adultos mayores pueden tener problemas de memoria, pero contar con mayor experiencia y sabiduría. Pueden advertir pérdida de su rol laboral, pero dedicar tiempo a las actividades que son de su interés y antes no había tenido tiempo de realizar.

**Cuadro No. 2: Teorías explicativas de la vejez**

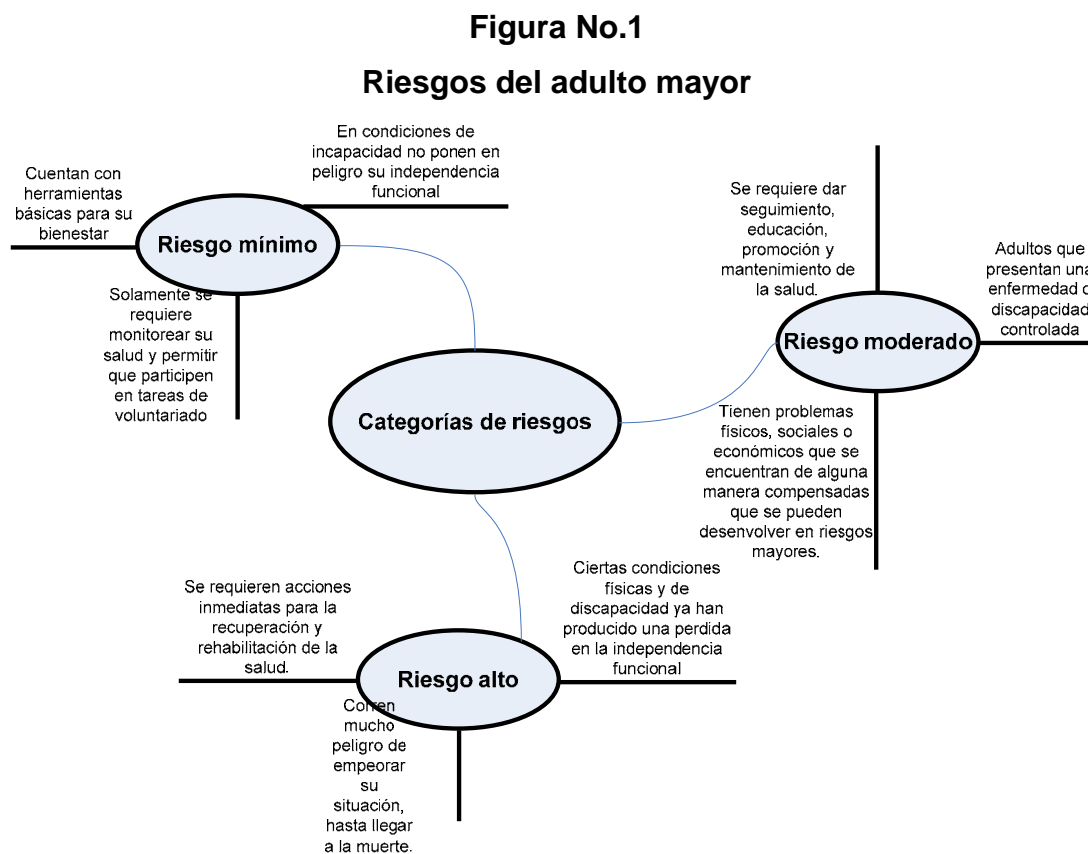
TEORÍA	DESCRIPCIÓN
Teoría psicosocial	De acuerdo con Erikson, esta etapa corresponde a la crisis de "integridad del yo vrs. desesperación". Si los adultos mayores logran solucionar esta crisis, manifiestan paz consigo mismos, mediante la aceptación de los fracasos y las metas no alcanzadas (Ysern, 1999). De forma contraria, las personas que no alcancen la conciliación con la vida tienden a la desesperación, sintiendo que el tiempo no les es suficiente para alcanzar todo lo que habían deseado y solucionar todo lo que está pendiente (Craig, 1997)
Teoría del retiro	Las personas mayores tienden al aislamiento social, desvinculándose de las obligaciones sociales y laborales después de la jubilación. Esta desvinculación es de dos vías, ya que por una parte el adulto mayor voluntariamente reduce sus

	<p>actividades y compromisos, mientras que a su vez la sociedad estimula el retiro de las personas mayores de sus actividades sociales y laborales (Craig, 1997).</p>
Teoría de la actividad	<p>Supone que solamente el individuo activo puede ser feliz y sentirse satisfecho con su vida. De esta manera, las personas que envejecen con mayor satisfacción son aquellas que mantienen sus intereses y actividades que les motivaba durante la adultez, y se rehúsan a disminuir su interacción con su entorno social (Feldman, 1998).</p>
Teoría de afrontamiento	<p>Afirma que cualquier factor del entorno puede afectar el proceso de envejecimiento, de forma que el comportamiento en la vejez depende tanto de condiciones biológicas como sociales y emocionales (Armadans, 2002).</p>
Teoría de los roles	<p>Según esta teoría, el autoconcepto y la autoestima de las personas mayores se ven influenciados por el tipo de funciones que desempeñan dentro de la sociedad, siendo los roles la principal fuente de satisfacción en la vida. Al envejecer, algunos roles de los adultos mayores reemplazan a otros, debido al abandono de actividades que realizaban cuando eran más jóvenes (Craig, 1997).</p>
Teoría de la continuidad	<p>Afirma que esta última etapa de la vida es una continuación de las fases anteriores, de forma que tanto la adaptación que se logre como el estilo de vida que se manifieste durante este periodo, se ven influenciados por los hábitos y costumbres adquiridos a lo largo de la vida (Armadans, 2002).</p>
Teoría evolutiva	<p>Considera la vejez como la culminación del ciclo de vida, la cual es una época de pérdidas, pero también de ganancias, de forma que, aunque las personas mayores experimentan diversas pérdidas físicas, mentales y sociales debido al envejecimiento también perciben algunos beneficios (Sanduvete, 2004).</p>

## C. Factores de riesgo en el adulto mayor

Una vez la persona haya alcanzado la vejez, se ve sometida a una serie de riesgos, los cuales pueden causar que el individuo pierda su independencia funcional. Las personas en mayor peligro son las siguientes: Los que viven solos, los que no disponen de descendencia (especialmente de hijas, debido a que culturalmente se encargan del cuidado de los adultos mayores), discapacitados o padecen de enfermedades, los que tienen pareja discapacitada, los muy pobres, los que no tienen acceso a cuidados médicos, los que toman medicamentos y los que viven en instituciones (Grupo Ermita Alzheimer de Guatemala y Universidad Galileo, 2003).

Los riesgos anteriores se pueden categorizar en tres grupos, los cuales se resumen a continuación en el siguiente esquema:



Sin embargo, gracias al desarrollo de la ciencia y los avances médicos, se ha dado un fuerte crecimiento de esta población, aumentando el índice de longevidad, de forma que las personas tienden a alcanzar edades más avanzadas (Montalvo, 1997; pág. 461). Es por esto, que la psicología actual ha prestado más interés en el estudio de los diversos aspectos que influyen en la calidad de vida de las personas mayores. Son los psicólogos quienes deben

enfrentar las frustraciones que experimentan los adultos mayores, con el fin de aumentar el bienestar y procurar que el proceso de envejecimiento sea una etapa agradable de la vida (Montalvo, 1997; pág. 461).

La importancia psicosocial de la vejez ha aumentado en los últimos años a causa del incremento del promedio de vida humana, girando alrededor de los 50 años a principios del Siglo XX, mientras que en la actualidad sobrepasa los 70 años. Además, la disminución de la natalidad y el desarrollo de la medicina ha influido considerablemente el incremento cuantitativo de la población de edad avanzada (Rodríguez, 1989).

Esta última etapa de la vida se encuentra vinculada al proceso de envejecimiento en que se encuentra la persona a través de su estado físico, espiritual y social. De esta forma, el envejecimiento puede estudiarse de acuerdo a diferentes puntos de vista: cronológico, psicobiológico, psicoafectivo y social (Armadans, 2002)

## D. Cambios físicos

*«¡Qué difíciles y penosos son los últimos días del anciano!  
Día tras día se vuelve más débil; sus ojos se empañan, sus oídos se ensordecen; su fuerza se desvanece; su corazón ya no conoce la paz; su boca permanece silenciosa y ya no dice palabra alguna. El poder de su mente disminuye y ya no puede recordar cómo fue el ayer. Le duelen todos los huesos. Aquello que no hace mucho tiempo se realizaba con placer, ya es doloroso ahora; el gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que pueden afligir al hombre»  
(Barash, 1987).*

Desde la juventud se pierden diariamente miles de células nerviosas que no llegan a reponerse, de forma que en el adulto mayor decrecen sus capacidades cognitivas, así como la habilidad para aprender cosas nuevas; además se pierde progresivamente las papilas gustativas, la piel pierde su tesura y aumenta la profundidad de la grasa subcutánea, mientras que el tejido conjuntivo del cuerpo tiene que la piel sin apoyo forman arrugas. Se pierden con frecuencia los dientes, los huesos pierden el calcio, volviéndose más frágiles (Barash, 1987). Por lo general, el tiempo de reacción es más lento, se pierde fuerza y precisión en los movimientos; disminuye la capacidad del corazón para bombear sangre, así también se dificulta la absorción de los nutrientes por parte del cuerpo (Feldman, 1998).

A continuación se señalan los cambios más frecuentes en las personas mayores:

1. **Capacidad funcional.** La funcionalidad geriátrica se refiere a la capacidad del adulto mayor para realizar las actividades cotidianas de forma autónoma. De forma contraria, el abatimiento funcional es la pérdida o disminución de las facultades mentales o físicas que dificultan la ejecución de las tareas básicas e instrumentales requeridas para el desempeño diario, caracterizado por dependencia y pérdida de autonomía (Encinas, 2003).

La OMS define el “adulto mayor sano” como las personas que mantienen sus capacidades funcionales (Ysern, 1999). Sin embargo, gran parte de adultos mayores pierden la habilidad de realizar de forma independiente las acciones de su vida cotidiana, necesarias para la supervivencia (Cáceres, 2000).

2. **Estado de salud.** En la vejez existe una tendencia a la disminución del peso corporal, así como de la fuerza y la resistencia. Los huesos se vuelven más débiles y frágiles, lo cual hace que los adultos mayores sean más tendientes a las fracturas. Disminuye la reacción y funcionamiento muscular, tardándose más tiempo para alcanzar el estado de relajación que acontece un gran esfuerzo físico (Craig, 2001).

Los vasos sanguíneos pierden elasticidad, por lo que algunos pueden obturarse y causando una disminución en la transmisión de sangre a los músculos; esto puede desencadenar en presión alta, produciendo mayor tensión en el corazón. Asimismo, disminuye el funcionamiento de los pulmones por lo que se reduce el aporte de oxígeno a los músculos y al cerebro. Por esta razón, decrece la coordinación motora fina y tiempo de reacción (Barash, 1987).

Por otra parte, los adultos mayores tienden a presentar diversos padecimientos físicos debido a su edad, ya que en la vejez el sistema inmunológico tiende a alterarse, decreciendo la producción de anticuerpos que protejan contra los microorganismos y las enfermedades (Craig, 2001). Entre las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores pueden mencionarse las siguientes: cardiopatías, diabetes mellitus y tumores malignos (Zuñiga, et al.2004); infecciones respiratorias agudas, diarrea, parasitismo, enfermedad péptica, anemia, infecciones urinarias, desnutrición, amebiasis, amigdalitis, enfermedades de la piel, hipertensión, diabetes, infartos, diarrea, cáncer, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, sepsis, cirrosis, tuberculosis, entre otros.

En el caso de Guatemala, en el año 2001 las causas de consulta más frecuentes de los adultos mayores fueron las siguientes: Hipertensión arterial, diabetes, enfermedad péptica, dislipdemia, cardiopatía isquémica, artritis, ansiedad, accidentes, enfermedades respiratorias y

lumbago (Informe de Desarrollo Humano, 2002). Sin embargo, entre las principales causas de mortalidad se encuentran los accidentes cerebro vascular, los infartos, la desnutrición, y enfermedades como cáncer, tétanos y SIDA (Informe de Desarrollo Humano, 2002).

Es importante señalar que el ejercicio apropiado para esta etapa de la vida, ayuda al adulto mayor a contrarrestar la debilidad muscular y fragilidad física, facilitando el flujo de sangre y oxígeno al cuerpo, lo cual puede ser beneficioso tanto para las funciones físicas como mentales de los adultos mayores (Craig, 2001). Además, una actividad física adecuada puede favorecer las condiciones del sistema inmunológico, beneficiando el estado anímico de los adultos mayores.

3. **Esperanza de vida.** Varía de acuerdo al género; mientras los hombres tienen más factores de riesgo que los hacen propensos a sufrir enfermedades crónicas a edades más tempranas; las mujeres los manifiestan durante periodos más largos, afectándoles su calidad de vida (Cáceres, 2000). De esta forma, las mujeres tienen una tendencia a vivir más tiempo, pero no necesariamente dentro de mejores condiciones de vida.

En el caso de Guatemala, éste constituye un país eminentemente joven, en el cual 4 de cada 10 habitantes son menores de 15 años; sin embargo, en los últimos cincuenta años se ha observado un aumento significativo de las personas mayores de 65 años. Entre las causas puede observarse una disminución tanto en la fecundidad como en la mortalidad (Informe de Desarrollo Humano, 2002).

La disminución de los índices de mortalidad puede deberse a un incremento de servicios de salud. En el año 1990 solamente el 54% de la población guatemalteca tenía acceso a algún servicio, mientras que en el 2004 ya se había incrementado al 89.7%. De este total, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) tiene una cobertura del 47.4% de la población, mientras que el 23.7% es atendido por programas de salud impulsados por el ministerio; un 10.4% es cubierto por el Instituto de Seguridad Social (IGSS) y el 8.1% por servicios privados lucrativos (Informe de Desarrollo Humano, 2005; pág. 171).

Los países que cuentan con una mayor esperanza de vida al nacer son Japón, Hong Kong, China e Islandia. En el caso de Guatemala, la esperanza de vida al nacer se sitúa en 61.4 años para los hombres y 67.2 años en el caso de las mujeres, índices que únicamente superan a los datos de Bolivia y Haití. A pesar de haber incrementado más de 10 años en las últimas tres décadas, aún se ubica bastante bajo del promedio en comparación con otros países latinoamericanos (Informe de Desarrollo Humano, 2005; pág. 187).

Las altas tasas de mortalidad en Guatemala tienen varias causas, entre las cuales se encuentran diversos problemas como los homicidios, violencia, accidentes, y suicidios. Pueden mencionarse además, enfermedades como la cirrosis causada por la ingestión de bebidas alcohólicas, así como enfermedades cardiovasculares y el cáncer en los pulmones como resultado del tabaquismo (Informe de Desarrollo Humano, 2005; pág. 189).

4. **Discapacidades sensoriales.** Las personas mayores experimentan una disminución de los sentidos olfato, vista, oído, gusto y tacto (Cáceres, 2000). La vista se ve afectada de un 20% a un 50% en las personas mayores de 60 años, lo cual puede provocar accidentes como caídas y fracturas, además de causar aislamiento, depresión, disminución de la calidad de vida, etc. (Cáceres, 2000). Entre las deficiencias visuales las más comunes son la pérdida de enfoque y percepción de profundidad, disminución de la flexibilidad del cristalino, de la agudeza visual y de la capacidad de acomodación; asimismo puede presentarse complicaciones como cataratas y glaucoma (Craig, 2001).

Las deficiencias auditivas son muy frecuentes (Craig, 2001), lo cual puede provocar aislamiento social en el adulto mayor (Cáceres, 2000). Además, parece disminuir la capacidad de distinguir los sabores amargos y sabores de alimentos combinados, a causa de la pérdida de la capacidad olfativa.

5. **Deterioro cognitivo.** Hay una disminución de las funciones cognoscitivas, las cuales incluyen orientación, memoria reciente, razonamiento, cálculo, lenguaje, capacidad para realizar tareas complejas, capacidad de programación, etc. (Cáceres, 2000). Son frecuentes las enfermedades del cerebro, entre las que se puede mencionar la enfermedad de Pick y las enfermedades demenciales como el Alzheimer. Estas se caracterizan por pérdida de memoria, cambios de personalidad, trastornos del habla, inestabilidad motora, atrofia cerebral (Barash, 1987).

Por otra parte, existen otros factores que pueden alterar el funcionamiento cognoscitivo, como por ejemplo la mala salud o la extrema pobreza. Además, puede afectar la mala condición física, las deficiencias nutricionales, el consumo prolongado de alcohol u otras drogas, los efectos secundarios de algunos medicamentos, entre otros (Craig, 2001).

De acuerdo con Craig (2001), la mayoría de los adultos mayores mantienen las capacidades mentales relativamente intactas, percibiéndose una reducción en la rapidez del procesamiento cognoscitivo, el cual puede compensarse mediante entrenamiento. La memoria a

corto plazo tiende a conservarse con la edad, sin embargo la memoria a largo plazo presenta un deterioro más notorio (Craig, 2001).

A pesar de las dificultades que presenten los adultos mayores para recordar información o aprender cosas nuevas, la sabiduría que caracteriza a esta edad tiende a compensar estas deficiencias. Los adultos mayores se centran en aspectos pragmáticos de la vida, manteniendo el buen juicio y aportando consejos sobre asuntos trascendentales de la vida (Craig, 2001). De esta forma, los adultos mayores cuentan con estrategias basadas en la experiencia para resolver problemas y tomar decisiones (Feldman, 1998).

## **E. Cambios psicosociales**

«Cuando era joven, dormía como una piedra; Cuando era joven, crecía como un árbol. Ahora estoy tumbado en la cama, solo, y me pregunto si soy yo» (Barash, 1987).

Además de los cambios físicos y biológicos que pueden experimentar los adultos mayores, existen alteraciones emocionales, sociales y psicológicas que pueden aparecer durante el envejecimiento. Entre las emociones más comunes se encuentran la depresión y angustia, sensación de pérdida, soledad, frustración, enojo, temor, falta de propósito, entre otros (Grupo Ermita Alzheimer de Guatemala y Universidad Galileo, 2003; pág. 31).

En el aspecto psicológico se puede observar una pérdida progresiva de los procesos cognitivos, pesimismo y un inadecuado enfrentamiento al estrés. En el ámbito social, hay pérdida de roles que no pueden ser sustituidos, como por ejemplo, el rol de trabajador, hijo, estudiante, etc. Además, puede haber ausencia de apoyo social, soledad, conflictos interpersonales e inactividad (Fernández, et al. 2001).

Según Thomas (2003) entre las fuentes de estrés en la vejez se pueden señalar: el retiro o jubilación, la soledad, los problemas de salud y la pérdida de personas significativas (Thomae, 2002). Fuentes y García (2003) a su vez, afirman que la vejez se caracteriza por diferentes pérdidas, entre las cuales se incluye la salud, el bienestar económico, la independencia y las capacidades físicas y mentales (Fuentes y García, 2003; pág. 27).

Asimismo, pueden manifestarse diversos problemas del desarrollo y cambios de personalidad. Por ejemplo, crisis de identidad, desintegración de la personalidad, dificultad para

adaptarse y asumir la realidad biológica, social y psicológica de la vejez, presentando temor ante la nueva etapa (Rodríguez, 1989).

Es importante recalcar que durante este periodo de la vida, muchas personas experimentan una serie de situaciones difíciles, entre las cuales puede señalarse las pérdidas de seres queridos, dificultades físicas y mentales, cambio de roles, etc. con lo cual experimentan una serie de procesos de duelo difíciles de manejar, y que conllevan, muchas veces, sentimientos de ansiedad y angustia. Además, tanto la muerte de los seres queridos como la propia muerte, puede ser considerada como un estresor de la vejez (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

Según Armadans, el envejecimiento se caracteriza por cambios sociales, los cuales se manifiestan en tres acontecimientos vitales: la jubilación, la viudez y el síndrome de nido vacío. Las personas mayores deben aprender a afrontar diversos cambios en su vida para desempeñar nuevos roles y dar sentido a su tiempo libre (Armadans, 2002).

1. **Empleo y jubilación.** El empleo tiene un efecto psicológico positivo, aumentando el bienestar y salud mental. De acuerdo con Álvaro, et al. las personas empleadas presentan una mejor salud mental en comparación a los que no tienen trabajo. De estos individuos empleados, aquellos que cuenten con un trabajo fijo tienden a presentar un menor deterioro psicológico que los que poseen un trabajo temporal. Sin embargo, el bienestar psicológico también se ve influenciado por las condiciones laborales, tales como oportunidad de aprendizaje, seguridad laboral, oportunidad de promoción, relaciones interpersonales, capacidad personal, salario y grado de control que se ejerza sobre el medio (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 143).

En algunos estudios ha sido posible concluir que el paso de empleo a desempleo está asociado a la reducción de bienestar psicológico general. En especial se observa un aumento de la ansiedad, depresión, insomnio, irritabilidad, falta de confianza, apatía y nerviosismo, mientras que también pueden presentar problemas psicosomáticos como dolor de cabeza, hipertensión y úlcera (Álvaro, *et al.* 1992).

La teoría de la privación afirma que el trabajo consiste en una institución social que tiene diversas implicaciones, tales como: a) provee una estructura temporal a la vida diaria del empleado; b) implica experiencias y relaciones interpersonales fuera del contexto familiar; c) motiva al individuo a seguir metas y propósitos que trascienden los propios; d) define aspectos importantes del estatus e identidad de la persona; y f) impulsa al desarrollo de una actividad (Álvaro, 1992; pág. 6). Según la teoría de la agencia, estos beneficios derivados del empleo son

aplicables a todas las personas, sin importar sus características personales, de forma que el trabajo promueve la satisfacción de necesidades universales (Álvaro, 1992; pág. 9). Ambas teorías exponen que la falta de empleo trae como consecuencia diversos efectos negativos, sin embargo existen algunas diferencias. La teoría de la privación considera que las consecuencias del desempleo se originan por las presiones socioculturales y necesidades psicológicas no satisfechas, mientras que la teoría de la agencia afirma que estos efectos negativos de la pérdida del trabajo surgen como respuesta al proceso de resistencia y adaptación que todo cambio social implica (Álvaro, 1992). De esta forma, la teoría de la agencia considera que las personas son seres activos que organizan y dirigen su propia conducta, quienes se basan en motivaciones internas; de forma contraria, la teoría de la privación supone que las fuerzas motivacionales que dirigen la conducta individual son de naturaleza externa (Álvaro, 1992; pág. 6-12).

Entre las consecuencias del desempleo que estas teorías señalan, puede mencionarse la reducción de ingresos, restricción en la variedad de la vida personal, reducción de metas y actividades, así como disminución de la capacidad para tomar decisiones. Asimismo, se presenta un menor desarrollo de conocimientos y capacidades personales, existe una tendencia a manifestar sentimientos de inseguridad acerca del futuro e inestabilidad, disminuyendo las relaciones interpersonales y deteriorándose el autoconcepto y la autoestima (Álvaro, 1992; pág. 9).

El modelo de roles planteado por Warr, intenta explicar estos cambios producidos por la pérdida del empleo como un proceso de transición de funciones. Los roles pueden ser definidos en función a su contenido (tareas, rutinas, posición social, medio físico, etc.) y resultados (beneficios físicos, psicológicos y materiales), de forma que las personas que pierden el empleo tienden a experimentar una reducción de relaciones sociales, una carencia de ingresos económicos, una disminución de tareas y actividades, así como la privación de un espacio físico. Además, es frecuente que manifieste un incremento de la inestabilidad y reducción de la libertad de acción (Álvaro, 1992; pág. 20).

Por otra parte, la teoría de la incongruencia mental supone que el desequilibrio experimentado por las personas en reacción al desempleo, están basadas en la incongruencia existente entre elementos evaluativos y cognitivos, entrando en juego los propios valores y creencias, así como las presiones y normas percibidas por parte de la sociedad (Álvaro, 1992; pág. 13). De esta forma, los individuos desempleados pueden manifestar una disminución en el bienestar psicológico, como resultado de la incoherencia entre lo que la persona define como ideal y la realidad (Álvaro, 1992).

Por su lado, la teoría de la expectativa afirma que entre mayor es la esperanza de encontrar un empleo, así como el valor asociado al mismo, mayor es la motivación para encontrarlo. Asimismo, los efectos psicológicos negativos que se den como consecuencia de la dificultad para conseguir empleo, serán mayores en aquellas personas que tienen expectativas más altas y que perciben el empleo de una forma más positiva (Álvaro, 1992; pág. 6). La teoría de la indefensión aprendida expone que las personas que han experimentado una serie de fracasos en el intento de conseguir un empleo, tienden a disminuir su motivación para seguir luchando por este fin, como resultado de sentimientos de indefensión y falta de control (Álvaro, 1992; pág. 17).

El inicio de la vejez suele coincidir con la jubilación, la cual implica la finalización de la actividad laboral, generalmente a los 60, 65 o 70 años (Armadans, 2002). En el caso de Guatemala, hay dos sistemas de jubilación, la primera se basa en la cantidad de años de servicio laboral, mientras que la segunda se orienta hacia la edad que tengan las personas. De acuerdo al primer sistema, la jubilación se otorga como una prestación del estado después de quince años de actividad laboral, mientras que según el segundo régimen, la jubilación tiende a presentarse al cumplir los 60 años de edad. Es importante mencionar que como consecuencia del incremento en el índice de longevidad, las personas mayores de 60 años aún cuentan con varios años de vida a partir de la jubilación (Zuñiga, *et al.* 2004).

La jubilación no significa lo mismo para todas las personas, ésta puede tener diferentes efectos de acuerdo a las creencias, actitudes y situaciones personales. Para algunos puede significar una oportunidad para realizar aquello que se desea, para otros puede resultar una pérdida de rol funcional dentro de la sociedad. Por ejemplo, la reacción ante la jubilación puede variar por las circunstancias en las que ésta se experimentó, ya que ésta puede ser el resultado de una decisión propia o como consecuencia de la presión que ejerció la sociedad para ello. Por otra parte, puede influir las condiciones económicas a las que se ve inmerso el adulto mayor, así como la salud que se tenga durante esta etapa (Craig, 2001).

Puede ser vista como un proceso, un acontecimiento y un rol. Al conceptualizarla como un proceso, ésta se refiere al paso del desempeño de un rol (trabajador) al desempeño de otro (jubilado), lo cual tiene varias fases: pre-retiro (expectativas de la jubilación), luna de miel (hacer lo que no se había podido hacer antes), desencanto (problemas económicos, de salud, aislamiento social, etc.), reorientación (reestructuración de roles nuevos) y estabilidad (ajuste entre actitudes y posibilidades reales) (Armadans, 2002).

Al definir la jubilación ésta puede verse como un rol, el cual se refiere a la acción de asumir y reconocer nuevas funciones, que implican responsabilidad, estatus y prestigio social no laboral. Si se explica desde el punto de vista de un acontecimiento, ésta significa un momento crítico de la vida, en el que se producen diversos cambios, los cuales pueden ser causados por pérdida de ingresos, identidad profesional, estatus social, etc. (Armadans, 2002). Sin embargo, no es posible generalizar las expectativas o consecuencias de la jubilación a todos los adultos mayores, ya que esto dependerá de características personales y de su propio proceso de desarrollo. De esta forma, la actitud que la persona haya tenido hacia el trabajo influye en los sentimientos que experimente en el momento de la jubilación. Por ejemplo, para quienes la actividad laboral haya sido la función más importante de sus vidas, la jubilación puede significar el abandono de sus ilusiones y satisfacción personal (Craig, 2001).

Es importante tomar en cuenta, que para lograr una jubilación exitosa es necesario seguir una preparación adecuada. Antes que nada debe existir una «desaceleración», la cual puede definirse como la reducción de las responsabilidades; a lo cual prosigue la planificación del retiro y las actividades que se desean realizar en los tiempos libres (Craig, 2001). En el caso de Guatemala, existen algunas instituciones que brindan programas de apoyo al adulto mayor, pero la gran mayoría de las personas en edad de jubilación no se encuentran psicológicamente preparadas para enfrentar el retiro.

2. **Dependencia.** Se refiere a la necesidad de apoyo de una persona para ajustarse a su medio e interactuar con él. Puede decirse que es uno de los retos más importantes que tienen que hacer frente las políticas a favor de los adultos mayores (Pérez y Yanguas, 1998). Una persona (generalmente familiar) ayuda a otra de forma constante a realizar las actividades necesarias para vivir. La dependencia incluye factores físicos (pérdida de funciones corporales), sociales (pérdida de personas o relaciones significativas), económicos (jubilación) y mentales (pérdida de funciones cognitivas). Las actividades pueden ser instrumentales, las cuales se refieren a transportes, cocina, compras, trabajos domésticos, etc. y personales, que incluyen el baño, vestido, higiene, entre otros (Pérez y Yanguas, 1998).

Existen diversos factores que influyen en la dependencia. Entre los factores físicos se encuentran: fragilidad física (deterioro de sistemas biológicos, deficiencia de fuerza física, movilidad, equilibrio y resistencia), mientras que también existen aspectos contextuales que varían de acuerdo al ambiente físico y social en que el adulto mayor se desenvuelva (Pérez y Yanguas, 1998).

3. **Muerte y duelo.** La sociedad actual está orientada a la juventud, al «aquí y el ahora», alimentando un «tabú» acerca de la muerte. De esta forma, aunque no existe verdad más certera que la idea de la muerte, existen limitaciones sociales que causan resistencia a hablar abiertamente acerca de la misma. Los adultos mayores generalmente pasaron sus vidas evadiendo los sentimientos sobre su propia muerte, sin embargo, durante la vejez tienden a experimentar algunas pérdidas de seres queridos, así como a padecer diversas enfermedades o deficiencias que les hace reflexionar sobre la proximidad con esta la última fase de la vida (Craig, 2001).

Pinazo y Bueno (2004) en su estudio sobre las reflexiones acerca del final de la vida en las personas mayores de 65 años, explican que la muerte puede adquirir distintos significados, pudiendo ser considerada como «un hecho biológico, un rito de traspaso, algo inevitable, un hecho natural, un castigo, la extinción, la realización de la voluntad de Dios, el absurdo, la separación, la reunión...una causa razonable de enfado, de depresión, de negación, de represión, de culpa, de frustración, de alivio...». Estas percepciones varían de acuerdo a diversos factores, entre los cuales se encuentra la edad de las personas (Pinazo y Bueno 2004). Los adultos mayores tienden a sufrir la pérdida de amigos, familiares y conocidos, por lo que son más propensos a vivir periodos de duelo (Pinazo y Bueno 2004; pág. 23).

Para Elisabeth Kübler-Ross, las personas, al enfrentar las pérdidas, tienden a pasar por cinco etapas de duelo: Negación, enojo, negociación, depresión y aceptación. Durante la etapa de negación, las personas se resisten ante la idea de la muerte, propia o ajena, así como a diversas pérdidas, tanto físicas, mentales, materiales o emocionales. La fase de enojo se caracteriza por molestarse por su “mala suerte”, mientras que en el periodo de negociación los sujetos tratan de buscar soluciones que impidan el desenlace de la pérdida. En la etapa de depresión, las personas entienden que no se puede hacer nada para evitar la realidad, experimentando sentimientos de profunda tristeza. Finalmente, en la fase de aceptación, los individuos aceptan la pérdida y alcanzan un sentimiento de paz y tolerancia (Kübler-Ross, 1969).

Gala León y sus colaboradores (2002), en su investigación *Actitudes Psicológicas ante la Muerte y el Duelo*, afirma que «la muerte, de todas las certezas, es la más absoluta» (Gala, *et al.* 2002; pág. 3), mientras que definen la vida como «un conjunto de funciones que nos resisten a la muerte» (Gala, *et al.* 2002; pág. 4). Las personas tienden a olvidarse de su mortalidad, intentando comportarse como si no supieran acerca de la muerte. Se inclinan por tener una menor tolerancia a la frustración, luchando por una mayor esperanza de vida y valorando cada vez más la juventud (Gala, *et al.* 2002; pág. 4). Otros autores, consideran que el miedo a la muerte es un motivador del comportamiento humano, ya que el hombre busca reducir la

ansiedad que le causa su mortalidad, y lo hace mediante la búsqueda de la religiosidad, que le promete una vida después de la muerte y le asegura su inmortalidad (Cohen, *et al.* 2003).

4. **Estrategias de afrontamiento.** Puede definirse afrontamiento como «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 desbordante de los recursos del individuo». Es decir, son las estrategias para manejar, reducir o tolerar las demandas de la situación estresante, sin importar si se tiene éxito de estos esfuerzos (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 105-106).

Los recursos de afrontamiento juegan como tales a nivel individual, es decir, algunos funcionan en un individuo, mientras que puede que no lo hagan con otro. De esta forma, existen diversos estresores, los cuales pueden clasificarse en culturales, estructurales, sociales, psicológicos y físicos. Las variables culturales se refieren a las normas, valores, creencias y prácticas que se transmiten entre generaciones a través de la socialización. Las variables estructurales son aquellas que están relacionadas con los compromisos y roles que se juegan dentro de la sociedad. Las variables sociales están relacionadas con la interacción y el apoyo social que perciba un individuo. Las variables psicológicas se refieren a los estados afectivos y cognitivos de una persona para obtener un sentido de control. Las variables físicas son aquellas que están vinculadas con el entorno físico y a las características fisiológicas y corporales de un individuo (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 112).

El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas de una situación determinada y las capacidades de una persona para reaccionar ante tales demandas. El fallo en la adaptación consiste en una discrepancia entre las demandas de una situación y las capacidades que presenta el individuo para responder a ellas (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 115).

Es posible que la diferencia en el bienestar psicológico entre hombres y mujeres se deba a la disponibilidad de recursos de afrontamiento. Por ejemplo, los hombres tienden a utilizar distintas respuestas ante el estrés en comparación a las mujeres; mientras que ellos basan sus defensas en la autoestima, el dominio del medio, el éxito y los logros, el equilibrio afectivo positivo, las relaciones personales significativas, entre otros, ellas se inclinan a presentar síntomas psicósomáticos (tales como ansiedad, llanto, pérdida del apetito) o enfermedades mentales como la depresión (Álvaro, *et al.* 1992). No obstante, los hombres tienen una mayor tendencia a recurrir al abuso de alcohol y drogas como reacción a problemas psicológicos (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 65-67). De acuerdo con algunos autores, los hombres parecen pasar de estrategias activas a pasivas, ya que después de haber tenido una vida llena de responsabilidades se

sienten libres para expresar más aspectos de su personalidad. De forma contraria, las mujeres tienden a volverse más agresivas, manipuladoras y dominantes conforme pasan los años (Craig, 2001).

Sin embargo, a pesar que la depresión se considera un trastorno psicológico, algunos autores exponen que puede surgir como una respuesta positiva de afrontamiento ante determinadas circunstancias en las que no se cuenta con otros medios para afrontar los problemas. De esta forma, en algunas ocasiones la depresión no es una respuesta patológica sino una reacción adaptativa ante el estrés, cuando no se puede recurrir a otras estrategias o éstas ya han fallado. En el caso de las mujeres, a quienes se les facilita más admitir la presencia de síntomas psicológicos, lo cual no es síntoma de debilidad sino la única manera de enfrentarse a una situación difícil. Muchas personas utilizan las enfermedades como una ventaja para llamar la atención de su círculo social, de forma que al expresar sus necesidades éstas puedan verse satisfechas (Álvaro, et al. 1992; pág. 68).

Como se ha podido analizar, los adultos mayores viven una serie de cambios en su estilo de vida y diversas pérdidas, tanto físicas como mentales y emocionales. De esta forma, las personas mayores deben hacer frente a la realidad que les acontece, por lo que durante esta etapa éstas tienden a establecer estrategias de afrontamiento ante la ansiedad y/o tristeza que les causa el cambio. Es importante señalar, que no es solamente en esta etapa de la vida que las personas experimentan cambios o pérdidas, pero en esta edad pueden estar más relacionadas con su identidad, resultando más amenazadoras y estresantes (Craig, 2001).

Las estrategias de afrontamiento pueden distinguirse entre cognitivas, conductuales y de evitación, dependiendo de la forma en que éstas se manifiesten. Las estrategias cognitivas son aquellos intentos por alcanzar la dificultad del evento; las conductuales indican el comportamiento de una persona para enfrentarse a un problema de forma directa, mientras que el afrontamiento por evitación establece la forma en que un individuo evita confrontar un problema activamente.

Por otra parte, Rivera-Ledesma y Montero López-Lena, en su estudio sobre medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos, mencionan dos tipos de afrontamiento religioso, los cuales pueden dividirse en positivo y negativo. El primero se enfoca en las apreciaciones benevolentes, es decir, a la búsqueda de soporte espiritual y purificación religiosa, luchando constantemente para obtener el perdón y tranquilidad interior. Por el otro lado, el afrontamiento religioso negativo, incluye métodos punitivos que reflejan el descontento espiritual y religioso (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

## F. Calidad de vida

Puede asociarse con satisfacción de las necesidades básicas, sin embargo no puede reducirse a eso. De acuerdo con Giusti, la calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (Mora *et al.* 2004). Asimismo, puede definirse como la satisfacción que experimentan las personas como resultado de su participación en la sociedad, lo cual ejercita sus capacidades humanas y desarrolla su personalidad. Está relacionada con la felicidad, el bienestar psicológico, la calidad de interacción social, etc., y además está ligada a la espiritualidad del individuo (Reyes *et al. s.f.*)

La calidad de vida puede verse desde distintas perspectivas, las cuales incluyen aspectos económicos, sociales, emocionales y espirituales (Lugones, 2002) y es medida de acuerdo al grado con que las personas consiguen satisfacer sus deseos y expectativas (Armadans, 2002). Desde la perspectiva psicológica, puede evaluarse el bienestar interior, la satisfacción existencial y la integración de la personalidad (Lugones, 2002). Desde el punto de vista económico, pueden tomarse en cuenta factores como estabilidad laboral, satisfacción de necesidades básicas, entre otros. Si se parte del enfoque de salud, pueden encontrarse la ausencia de dificultades físicas y enfermedades, presencia de facultades mentales; además, según algunos autores, los niveles de actividad física son importantes predictores de los índices de calidad de vida en este grupo social, influyendo en el optimismo de los adultos mayores (Mora *et al.* 2004). Siguiendo la visión social, la calidad de vida depende de las oportunidades culturales y de aprendizaje y el mantenimiento de relaciones interpersonales significativas. Por otra parte, Montero y Sierra (1996) consideran la espiritualidad como un indicador de la calidad de vida, al estar relacionada con la vinculación de los valores personales y las necesidades afectivas de las personas (Montero y Sierra, 1996). De forma que el bienestar espiritual tiene dos dimensiones, una vertical, la cual está constituida por la relación directa con Dios, y una horizontal, que se refiere a la satisfacción existencial propiamente, sin tomar en cuenta la religión o creencia a la que se pertenezca (Montero y Sierra, 1996).

Entre los indicadores de calidad de vida se encuentran: el apoyo social, el estilo de vida, la estabilidad, la salud, seguridad y bienestar, los derechos sociales y la satisfacción. Cuando el nivel de calidad de vida no es elevado, las personas mayores tienden a mostrar deficiencia en las áreas cognitivas (memoria, atención, razonamiento), motivacionales y emocionales. Las personas mayores deben sentir que realizan actividades por sí mismas, tomar decisiones, planificar, tener responsabilidades, contar con apoyo social, sentir que tienen el control sobre su vida, recibir un buen trato y satisfacer sus necesidades biológicas (Sanduvete, 2004).

Es importante señalar que la temporalidad en que viven los adultos mayores puede afectar la calidad de vida. Esta se refiere al tiempo en que un mismo grupo de individuos vive y se relaciona en un ámbito socio histórico determinado. La generación actual de personas mayores de 60 ó 65 años se ha visto afectada por dos revoluciones, industrial y tecnológica, por lo que han tenido que acomodarse a un medio con nuevas exigencias (Armadans, 2002). Esto puede traerles beneficios pero también dificultades en la comprensión y adaptación ante el nuevo estilo de vida.

Actualmente diversas personas en el mundo estudian la nueva cultura de longevidad, con el fin de favorecer la calidad de vida de las personas mayores. Esto implica, la búsqueda, no sólo de alargar la vida, sino favorecer la condiciones, tanto físicas como sociales, mentales y emocionales, para que los adultos mayores vivan más y mejor (Mora *et al.* 2004). De esta forma, la calidad de vida se define como un estado de bienestar, el cual integra condiciones físicas, sociales, emocionales, espirituales, intelectuales y ocupacionales de las personas, las cuales les permitan satisfacer sus necesidades individuales y colectivas (Mora *et al.* 2004).

## **G. Ajuste psicológico**

A partir de la adolescencia uno de los principales afanes es el de mantener una identidad personal estable, lo cual se vuelve sumamente importante en la vejez. Según algunos teóricos, esta tarea consiste en asimilar los cambios que se presentan en el autoconcepto ya existente, conservando un equilibrio entre la estabilidad y la apertura a nuevas experiencias. En la adultez mayor la cohesión de la identidad personal puede resultar indispensable cuando se experimentan grandes cambios en la salud y estilo de vida, ya que esto contribuye al mantenimiento de un ajuste psicológico adecuado durante esta etapa de la vida (Craig, 2001).

Por otra parte, de acuerdo con algunos autores, las expectativas psicológicas y la salud mental influyen significativamente con el funcionamiento cognoscitivo de los adultos mayores, de forma que aquellos que tienden a pensar que quedarán desvalidos y dependientes terminan por hacerlo, mientras que las personas que mantienen una actitud positiva ante el cambio presentan mejores condiciones de vida. Asimismo, puede afirmarse que la personalidad juega un papel muy importante en el ajuste psicológico de los adultos mayores, ya que ésta influye en la forma en que las personas se enfrentan y responden ante los cambios de la vejez, así como la apertura que tengan ante nuevas experiencias. Además, la personalidad está vinculada con el sentido de

bienestar que los adultos mayores manifiesten, de forma que la aceptación del cambio es una cualidad importante en el funcionamiento positivo (Craig, 2001).

Pueden mencionarse algunos estudios sobre la satisfacción con la propia vida, en los cuales se ha encontrado que los adultos mayores definen el bienestar psicológico a partir de la relación con otras personas y el interés por que sienten hacia ellas. Asimismo, la comparación social que exista entre los adultos mayores puede afectar el ajuste psicológico, la cual es definida como la evaluación que una persona hace de sí misma en relación con la situación de los demás. De esta manera, puede afirmarse que lo que será de la vejez de una persona depende en gran medida de su autoconcepto y autoestima (Craig, 2001).

En esta investigación, se definió ajuste psicológico como el grado en que las personas mayores presentan sentimientos de soledad o depresión. De esta forma, entre menor sea el nivel de depresión y soledad, el ajuste psicológico será mayor.

1. **Soledad.** Puede definirse 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 psicológica del sujeto» (Rivera-Ledesma y Montero, 2005). Los adultos mayores tienden a volverse cada vez más aislados de su entorno a causa de la pérdida de roles o la falta de apoyo social, provocando sentimientos de soledad (Barash, 1987). Como señalaba Barash (1987) en su libro sobre envejecimiento: «Hacerse viejo es como vivir en una isla que constantemente estuviese reduciéndose de tamaño» (Barash, 1987).

El apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar psicológico, independientemente del nivel de estrés que se presente, al constituir una percepción de que e es querido, estimado o que está íntimamente relacionado con otras personas (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 223). Las relaciones sociales pueden ser beneficiosas de tres formas: a) al proporcionar al individuo una identidad social, previniendo la ansiedad y favoreciendo la pertenencia a un grupo; b) al ser una fuente de autoevaluación positiva, promoviendo la autoestima, y c) al generar sentimientos de placer, satisfacción y orgullo (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 224-225).

Por otra parte, las relaciones sociales promueven el ánimo positivo, la autoestima y la estabilidad acerca de la propia vida, generando una sensación de control sobre el ambiente. De esta forma, el apoyo social produce un incremento del bienestar psicológico de las personas (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 225). Pueden distinguirse tres procesos básicos por los que el apoyo social brinda beneficios a una persona: a) mediante una ayuda instrumental y material,

reduciéndose las tensiones al recibir apoyo informativo, doméstico o financiero; b) a través del apoyo emocional, mediante la comunicación con un amigo comprensivo y tolerante que favorezca la autoestima y contribuya a la superación de la depresión y ansiedad; y c) como resultado de la integración social, la cual permita sentimientos de pertenencia y elimina la soledad (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 238).

La vejez es un periodo de desarrollo y cambio, los adultos mayores deben redefinir su identidad e individualidad y dar sentido a su propia vida. Las deficiencias biológicas, los cambios en la estructura familiar y el acercamiento a la propia muerte pueden generar incertidumbre, falta de control y necesidad de adaptarse a una nueva situación social (Armadans, 2002). Sin embargo, los adultos mayores también pueden experimentar cambios emocionales positivos, como por ejemplo mayor preocupación por los demás, aumento de interés en la religión, deseo de sentirse útil, mayor sociabilidad y deseo de ayudar a los demás (Grupo Ermita Alzheimer de Guatemala y Universidad Galileo, 2003; pág. 32). De esta forma, pueden aprovechar la oportunidad de realizar actividades que anteriormente no podían por la falta de tiempo al desempeñar otros roles, procurando alejarse del aislamiento social que puede provocarles sentimientos de soledad y depresión.

El apoyo social y familiar forma parte importante del bienestar del adulto mayor, favoreciendo su calidad de vida. De esta manera, las personas mayores pueden asumir nuevos roles que les llenen un vacío existencial y los alejen de los sentimientos de soledad, por ejemplo, pueden dedicarse a desempeñar el rol de abuelos o bisabuelos, desempeñando nuevas tareas en sus tiempos libres (Craig, 2001). Además, muchos individuos tienden a acercarse a sus hermanos(as) y amigos(as), quienes le ofrecen consuelo y apoyo en momentos de crisis. Lo que se trata es de adquirir nuevos estilos de vida para satisfacer las necesidades que se presentan durante esta etapa.

2. **Depresión.** Se puede afirmar que todos los seres humanos experimentan sentimientos de tristeza y cambio en el estado de ánimo, sin embargo éstos constituyen un trastorno psicológico cuando están asociados a la pérdida de concentración, dificultad para tomar decisiones e interferencia con la vida social y laboral. Asimismo, en casos extremos esta alteración anímica puede poner en riesgo la vida de la persona o el contacto con la realidad (Feldman, 1998).

La salud mental está vinculada a variables como el desarrollo neurobiológico, la herencia, la educación familiar y escolar, el grado de realización personal, las situaciones socioculturales y económicas (Álvaro, *et al.* 1992). De esta forma, existen diversos factores que influyen el

desequilibrio psicológico que experimenten las personas, entre las cuales pueden mencionarse las siguientes: experiencias negativas que ha vivido, la pérdida de seres queridos, la inestabilidad emocional, la falta de apoyo social y la falta de estrategias de afrontamiento (Álvaro, *et al.* 1992).

La depresión está caracterizada por sentimientos de desesperanza, desánimo, pérdida de significado de la vida, visión negativa acerca del futuro, baja autoestima, pérdida de interés por las cosas que normalmente disfrutaba, pasividad, sentimiento de incapacidad e incluso ideas de suicidio (Álvaro, *et al.* 1992). Además, está asociada con falta de energía, disminución del apetito, trastornos del sueño, etc. (Feldman, 1998). Puede relacionarse con enfermedades físicas como el mal de parkinson, enfermedades vasculares, diabetes, infecciones, cáncer, e incluso puede ser una causa de muerte prematura (Cáceres, 2000).

Al hablar de depresión, no se toma en cuenta los sentimientos de tristeza que surgen como consecuencia de procesos de duelo, como por ejemplo la pérdida de un ser querido, el rompimiento de una relación, el cambio de actividades y roles, etc., ya que es totalmente normal que las personas padezcan cierto tipo de depresión como consecuencia de las desilusiones o decepciones de la vida. De forma contraria, la depresión se asocia a la severidad y la prolongación con que estos sentimientos se manifiestan (Feldman, 1998)

Se considera que las personas que tienen una clase social baja son aquellas que presentan un mayor deterioro psicológico, de forma que algunos estudios demuestran que esto no solamente se debe a una mayor tendencia a experimentar sucesos no deseados, sino que la falta de recursos hace más vulnerables a los mismos (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 11). Por otro lado, los individuos que están viudos o divorciados tienen una mayor tendencia a la depresión en comparación a aquellos que están casados, diferencia que puede observarse tanto en hombres como en mujeres (Álvaro, *et al.* 1992).

En cuanto al género, las mujeres tienen una incidencia mayor en trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad, tanto por las alteraciones hormonales como por la tendencia a una mayor expresividad de los sentimientos. Sin embargo, existen autores que consideran que los mecanismos biológicos que se han propuesto como las posibles causas de la diferencia entre ambos sexos respecto a la depresión, tales como las diferencias genéticas, la tensión premenstrual, la depresión postparto, la menopausia y el uso de anticonceptivos orales, no parecen ser suficientes para explicar las grandes diferencias entre hombre y mujeres. De esta forma, pueden mencionarse otras posibles causas de las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la depresión. Por ejemplo, los roles adscritos a la mujer, los cuales, no sólo tienden a

estar ausentes de recompensas, sino que se relacionan con bajo estatus social, aislamiento, discriminación, etc. Puede mencionarse también, que las mujeres casadas que trabajan pueden estar sometidas además, a una tensión psicológica como resultado de las demandas físicas y la existencia de responsabilidades duales con sus hijos y actividad laboral, así como por el temor de no desempeñar bien ninguno de los dos roles (Álvaro, *et al.* 1992; pág. 54).

Con relación a la edad, puede afirmarse que la depresión es común en la vejez, a causa de la disminución que experimentan las personas en sus facultades físicas, la pérdida de roles sociales, así como pérdidas de sus seres queridos. Asimismo, es frecuente que los adultos mayores intenten suicidarse, al no encontrar motivaciones en sus vidas o en el futuro (Barash, 1987).

## **H. Impacto mundial del envejecimiento**

Esta etapa de la vida ha sido muy poco estudiada a causa de la desvalorización de este grupo social en algunas culturas. No obstante, en la actualidad la vejez tiene una mayor relevancia en la sociedad, ya que el número de adultos mayores en general ha aumentado en los últimos años de manera significativa.

Las sociedades se están envejeciendo, lo que significa que gran parte del porcentaje de sus miembros son personas mayores de 60 años. De acuerdo con algunos autores, entre los factores que determinan el envejecimiento poblacional se encuentra el control de la natalidad, la mortalidad infantil y los fenómenos migratorios de personas jóvenes (Semino *s.f.*). Además, puede observarse en la sociedad una lamentable violencia, la cual deja un gran porcentaje de muertes en los niños, jóvenes y adultos.

Una “sociedad envejecida” sería aquella en que los adultos mayores forman el 7% o más de la población total, mientras que una “sociedad madura” tiene un índice de 4% a 6.9% de personas mayores y una “sociedad joven” posee un 4% o menos de este grupo social (Semino *s.f.*). La población guatemalteca tiene actualmente el 5% de adultos mayores, por lo que puede decirse que desde esta definición constituye una sociedad “madura”.

En el caso de algunos países, la esperanza de vida a partir de los sesenta años de edad en el 2002 era de 20.4 para los hombres y 22.3 en las mujeres. La reducción de la mortalidad de los adultos mayores permitió una ganancia de 1.9 años en hombres y 1.8 en mujeres, entre

1980 y 2002, lo cual significa que hay una esperanza de vida de 22.3 en el caso de los hombres y 24.1 para las mujeres a partir de los 60 años. (Zuñiga, *et al.*2004).

De esta forma, la probabilidad que tiene un recién nacido de llegar con vida a los sesenta años, bajo las tasas de mortalidad actuales, es de 80% para los hombres y 88% para las mujeres. Para el año 2025 tendrán 87% en el caso de los hombres y 93% en el caso de las mujeres, mientras que en el año 2050 la probabilidad será de 90% y 95% para hombres y mujeres respectivamente (Zuñiga, *et al.*2004).

### **III. EL ADULTO MAYOR EN GUATEMALA**

#### **A. Información poblacional**

De acuerdo al Censo Poblacional del INE (Instituto Nacional de Estadística, 2002) la población total de habitantes en el país de Guatemala equivale a 11,237,196; de los cuales el 48.9% (5,496,839) son hombres y el 51.1% (5,740,375) son mujeres. Del total de la población el 41% (4,610,440) pertenecen al grupo étnico indígena y el 59% (6,626,756) al grupo étnico de no indígenas. El 58% de los habitantes, siendo estos un total de 6,520,361 viven en el área rural y el 42% (5,184,835) viven en el área urbana. Por último, el 95% (10,715,401) son menores de 60 años, de forma que el 5% de la población son personas mayores de 60 años, aportando con un total de 521,725 habitantes. Dentro del Departamento de Guatemala la cifra del adulto mayor aumenta, aportando el 6.8% de la población (total de 173,363), mientras que en el Municipio de Guatemala el 9% de los habitantes son adultos mayores de 60 años (total de 83,873).

Según el Censo Nacional XI de población y VI de habitación 2002 publicado por el INE (Instituto Nacional de Estadística), donde se describen las características de la población y de los locales de habitación, se puede afirmar que la población del país de Guatemala ha estado constituida exclusivamente por niños y adolescentes, sin embargo, en la actualidad se ha reducido este grupo de edad y ha aumentado la participación de jóvenes, adultos y personas mayores de 60 años. De esta forma, a partir de 1981 a 2002, la población guatemalteca registró un marcado envejecimiento (Instituto Nacional de Estadística, 2002).

Lo mencionado en el párrafo anterior, se denomina: «Envejecimiento demográfico», el cual puede ser definido como un «crecimiento que sufre en una población el porcentaje de personas de edad avanzada paralelamente a la disminución relativa de la proporción de personas jóvenes, o por el aumento de la edad media de sus miembros» (Rodríguez, 1989). De esta forma, el envejecimiento demográfico, está causado por el aumento cada vez mayor de la población de personas mayores de 60 años debido a diversos factores como la disminución de la fecundidad y el descenso de las tasas de mortalidad, incrementándose el número de personas que tienen acceso a la salud y disminuyéndose la probabilidad de morir prematuramente (Valencia, 1998).

El envejecimiento poblacional en Guatemala puede deberse a un descenso de la tasa de fecundidad, la cual en 1995 era de 5.4% y en el 2025 se espera un 2.9%; además, con el

descenso de la mortalidad se incrementará la esperanza de vida de 64.8 en 1995 a 72.3 en el 2025 (Valencia, 1999). En forma de proyección, para el año 2025 se espera que la población el adulto mayor aporte un 7.4 % del total de la población de Guatemala, una de las variables de suma importancia a considerar en estudios enfocados a personas de esta edad. De esta forma, para el año 2025 la población guatemalteca entrará dentro de la categoría de sociedad envejecida (Semino *s.f.*).

Por otra parte, en el área urbana los adultos mayores son principalmente mujeres, mientras que en los sectores rurales prevalecen los hombres (Valencia, 1999). El Informe Nacional de Desarrollo Humano (2002) indica que del total de los adultos mayores que habitan en el área urbana, el 70% de los hombres y el 52% de las mujeres son alfabetas, de forma que los hombres cuentan con un nivel de estudios mayor que las mujeres.

Haciendo referencia al estado civil de los adultos mayores en Guatemala, puede decirse que el 44% están casados, el 26% son viudos y el 20% están unidos con su pareja; el 7% se encuentran solteros y el 3% están divorciados. Por otra parte, en relación con la situación laboral del adulto mayor en Guatemala, únicamente el 15% de la población del adulto mayor reporta estar jubilada, pensionada o rentista (Valencia, 1999). El índice de dependencia de los adultos mayores es en la actualidad de 8.1% y éste se incrementará para el año 2020 al 9.3% (Valencia, 1999).

En 1991 se realizó en Guatemala una encuesta sobre las necesidades básicas del anciano, encontrándose que el 97% de los adultos mayores no presentan ninguna discapacidad física o mental. La mayoría de esta población está constituida por personas independientes y activas, quienes pueden realizar actividades funcionales como bañarse, alimentarse, tomar medicinas, salir solos de casa, hacer sus necesidades, entre otros (Valencia, 1999). Por otro lado, del total de los adultos mayores guatemaltecos el 38% trabaja, prevaleciendo el sexo masculino en el ámbito laboral en un 88% (Valencia, 1999). La situación económica de los adultos mayores tiene una tendencia a ser más elevada en las áreas rurales que en las urbanas, a causa de la cobertura de IGSS y la existencia de esquemas de jubilación de los trabajadores (Valencia, 1999).

Por otra parte, en la encuesta mencionada anteriormente pudo encontrarse que el 75% de los adultos mayores manifestaron estar satisfechos con su vida en general. El 25% restante afirmó estar insatisfecho y muy insatisfecho, a causa de problemas económicos en su mayoría, pero también se pueden mencionar problemas de vivienda, de tipo social, de alimentación y de transporte (Valencia, 1999).

Asimismo, con relación al estado de salud de los adultos mayores, el 27% considera que su salud es buena o muy buena, mientras que el 73% restante la percibe como mala o muy mala y el 90% manifestó tener alguna enfermedad en el momento de la entrevista. El 20% de los adultos mayores afirmó contar con servicios médicos en alguna institución, de los cuales el 93% asiste al IGSS (Valencia, 1999).

## **B. Protección del adulto mayor**

1. **Principios de las Naciones Unidas.** La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena en 1982 por la Organización de las Naciones Unidas, presentó diversas recomendaciones para satisfacer las necesidades de los adultos mayores, enfatizando aspectos como la salud, nutrición, vivienda, medio ambiente y educación (Valencia, 1999)

Naciones Unidas, en la Resolución 48/71 señala cinco principios a favor de las personas de edad: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad, los cuales se describen a continuación:

La independencia se refiere a la oportunidad de las personas mayores de contar con acceso a los servicios básicos como alimentación, vestuario, vivienda, seguridad y salud; así como acceso a la educación y posibilidades de ingresos económicos. La participación incluye el derecho de pertenecer a grupos sociales, en donde se compartan conocimientos y habilidades, se preste servicio a la comunidad o se socialice con personas de edad avanzada (Estrada *s.f.*).

El adulto mayor deberá contar con los cuidados básicos que contribuyan a su salud, tales como medios de protección, rehabilitación y estímulo; además, deben contar con servicios de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel adecuado de bienestar tanto físico como mental y emocional. De esta manera, las personas mayores tienen derecho a oportunidades de desarrollo, teniendo acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos que favorezcan su autorrealización. Además, deben poder vivir con dignidad, libres de maltratos tanto físicos como mentales y emocionales, independientemente de la edad, sexo, procedencia étnica, estado de salud, contribución económica, etc. (Estrada *s.f.*).

2. **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.** Toma en cuenta el carácter multidimensional del envejecimiento para asegurar un enfoque positivo y orientado

hacia el desarrollo. Señala la necesidad de establecer políticas y /o programas que favorezcan el bienestar del adulto mayor, los cuales incluyan aspectos como educación, empleo y seguridad de ingresos, vivienda, salud e higiene y bienestar social (Estrada s.f.).

3. **Ley de Protección del Adulto Mayor.** El Congreso de la República de Guatemala decreta la ley de protección para personas de la vejez, la cual tiene como fin tutelar los intereses y necesidades de las personas mayores, de forma que el Estado promueva el derecho de los adultos mayores de tener acceso a un nivel de vida óptimo, el cual incluya educación, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica, recreación y servicios sociales. Esta ley define como adulto mayor a toda persona que tenga 60 años o más de edad, independientemente del sexo, religión o grupo étnico; e indica que todas las personas mayores serán beneficiarios de la presente ley sin importar la condición social o características personales (Estrada s.f.).

4. **Programas de Adulto Mayor.** Existen instituciones que se encargan de proteger al adulto mayor, asegurándose que éstos cuenten con las necesidades básicas de alimentación, vivienda, seguridad, apoyo social, salud, entre otros. Pueden mencionarse los siguientes programas:

a. **Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM).** Se atienden actualmente alrededor de 4,500 adultos mayores en asistencia alimenticia, servicios médicos geriátricos (atención oftalmológica, odontológica, entre otros) y salud mental (PRONAM, 2005). Este programa tiene la finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Entre sus objetivos están:

- 1) Concienciar a la población y a las autoridades nacionales sobre las necesidades y problemas que enfrentan los adultos mayores.
- 2) Intervenir para que los adultos mayores tengan acceso a los servicios públicos y privados.
- 3) Promover la participación de los adultos mayores en la comunidad y en las actividades educativas, formativas, recreativas, etc.
- 4) Impulsar actividades intergeneracionales para fortalecer el respeto y la solidaridad de la población (PRONAM, 2005).

b. Programa de Adulto Mayor del Ministerio de Cultura y Deportes. Ofrece diversas actividades culturales, educativas y deportivas en una serie de centros de atención, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor a través de programas acordes a las características propias del grupo. Entre las áreas se encuentran: actividad física, deporte no federado y recreación; arte y cultura; educación o capacitación; y voluntariado (Ministerio de Cultura y Deportes).

Por otra parte, también existen 24 asociaciones que velan por los derechos del adulto mayor, entre las cuales pueden enumerarse las siguientes:

- 1) Asociación Luisa de Marillac
- 2) Secretaría de Asuntos Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP)
- 3) Comité Nacional de Protección a la Vejez
- 4) Asociación Guatemalteca de Geriatria
- 5) Plan de Pensiones de la Organización Paiz
- 6) Fraternidad Militar
- 7) Red Nacional de Asociaciones de Adultos Mayores
- 8) Instituciones de atención al adulto mayor

En Guatemala existen diversos hogares y centros de cuidado y atención del adulto mayor, las cuales se encargan de velar por el bienestar del mismo. Entre estas instituciones pueden encontrarse las siguientes:

- 1) Hogar de Ancianos San Vicente de Paul
- 2) Hogar Fray Rodrigo de la Cruz
- 3) Hogar Santa Lucía
- 4) Centro de Atención Médica Integran para Pensionados (CAMIP-IGSS)
- 5) Instituto de Previsión Militar

## IV. RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD

### A. Definición

Religión viene del latín «religare» que significa «unir». Religiosidad se define como «participación en creencias, rituales y actividades particulares de la religión» (Wasner, *et al.* 2005; pág. 100). Puede ser definida como «una experiencia interna y personal que constituye una respuesta particular a eventos o relaciones específicas» (Payne 1990), compuesta por un conjunto de sentimientos, valores, acciones y experiencias que tiene un individuo con relación a un ser supernatural y divino (Maki, 2005).

Para Franca-Tarragó, la religión puede verse desde dos perspectivas siguiendo el punto de vista sociológico: la funcional y la conflictual. La primera afirma que la religión tiene un efecto benéfico para la sociedad, ya que reduce la confusión, el sufrimiento, el mal y la injusticia, al mismo tiempo que provee de una moral y una forma satisfactoria de vivir. Además, provee de un sentido de identidad y una serie de rituales que da estabilidad. Por otra parte, el enfoque conflictual considera que la religión da al individuo una oportunidad para valorar el pasado y el futuro. La teoría psicosocial considera que la religión tiene componentes emotivos y racionales que permiten al individuo buscar significado a todo lo que hace y percibe. La religión ayuda a resolver conflictos interpersonales e intrapersonales, mientras que favorece a la integración social. Por otra parte, desde el punto de vista antropológico, la experiencia religiosa da sentido al grupo social, mientras que los rituales están asociados a las creencias Franca-Tarragó *s.f.*; pág. 5).

Por otra parte, la religión, tiene diferentes dimensiones o componentes. Las creencias se refieren a los componentes cognitivos, las actitudes son aquellos aspectos emotivos y afectivos de la religión, mientras que la práctica es la manifestación de las creencias y actitudes y se visualizan en las conductas y acciones. Asimismo, pueden identificarse cuatro tipologías religiosas: 1) creyentes intelectuales, aquellos que basan sus creencias en el esfuerzo de hacer inteligible el mundo, 2) verdaderos creyentes, los que basan sus creencias en la verdad religiosa que asumen como única y verdadera, 3) creyentes prácticos, quienes basan sus creencias de acuerdo a su conveniencia, y 4) no creyentes, aquellos que no creen en lo trascendente. Además, pueden mencionarse cuatro dimensiones con las cuales puede medirse la religiosidad de un individuo: 1) el conocimiento religioso (conocimientos específicos sobre la religión), 2) la experiencia (forma en que es vivida la religión), 3) la conducta (participación en actividades

religiosas ya sea públicas o privadas) y 4) las consecuencias (la influencia que tiene la fe en la persona creyente) (Franca-Tarragó s.f.).

Raja Hernández (2002) afirma que la tendencia a considerarse «creyente religioso» por pertenecer a alguna religión no significa que la persona ponga en práctica sus creencias (Raja, *et al.* 2002). De esta forma, al momento de estudiar la religiosidad deben tomarse en cuenta variables intrínsecas y extrínsecas de la religiosidad. La religiosidad intrínseca es aquella que se vive intencional y sinceramente, mientras que la extrínseca está basada en rituales y tradiciones (Cohen, *et al.* 2003; pág. 8).

Sin embargo, Mahoney y Graci (1999), en su estudio sobre los significados y relaciones de la espiritualidad, sostienen que es importante distinguir entre religiosidad y espiritualidad. La espiritualidad es más abstracta que la religiosidad, e incluye componentes como caridad, perdón, esperanza, paz, propósito de vida, compasión y moralidad (Mahoney y Graci 1999; pág. 522). Las personas más espirituales tienden a tener un sentido de vida más claro que los individuos que presentan niveles menores de espiritualidad. Además, tienden a sufrir menos en el proceso de morir (Mahoney y Graci 1999; pág. 524).

Asimismo, para Rivera-Ledesma y Montero, la religiosidad tiene un carácter directivo y social, y está constituido por un cuerpo de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y valores, a diferencia de la espiritualidad, la cual es específica y que corresponde a un estado interno de la persona, favoreciendo el bienestar físico y mental (Rivera-Ledesma y Montero, 2005). De esta forma, la espiritualidad puede definirse como la condición íntima del hombre y está constituida por las características que tiene para vivir en tal condición (Velásquez, 1993). Asimismo, la espiritualidad está compuesta por los recursos internos que tiene una persona para encontrarle sentido a la existencia, no importando si pertenece o no a una religión (Maki, 2005).

## **B. Religiosidad en Guatemala**

En Guatemala la religiosidad es un componente cultural de mucha importancia en la vida social, sin embargo no existen estadísticas sobre religión. Puede afirmarse que en Guatemala existe libertad de culto, siendo la religión católica la que predomina en este país (Informe de Desarrollo Humano, 2005). De los practicantes de la religión católica, la mayoría son hombres, mientras que en la religión evangélica la relación es inversa. Por otra parte, hay más hombres que mujeres que declaran no profesar ninguna religión; así como los indígenas expresan en

mayor proporción practicar una religión, en comparación con los no indígenas (Informe de Desarrollo Humano, 2005).

A pesar de la predominancia de la religión católica en Guatemala, en los últimos años ha incrementado el número de personas que profesan la religión evangélica. En la actualidad existen diversas personas, originalmente católicas, que se han convertido a la fe evangélica (Informe de Desarrollo Humano, 2005). No existen datos estadísticos confiables que permitan cuantificar el número de personas guatemaltecas pertenecientes a la profesión evangélica, sin embargo puede decirse que hay cerca de 25,000 pastores, quienes atienden unos 22,000 centros a nivel nacional (Informe de Desarrollo Humano, 2005).

### **C. Beneficios de la religiosidad y espiritualidad en el adulto mayor**

Es posible afirmar que la religión cambia con la edad; sin embargo se considera que esta diferencia existe a partir de la edad mental en lugar de la edad cronológica. A partir de los 30 años las personas tienden a aumentar sus actividades religiosas y alrededor de los 60 años aumenta la importancia que le dan a la vida después de la muerte (Argyle, 1958). Esto puede deberse a que diversas religiones ofrecen la promesa de longevidad, e incluso de inmortalidad. Por ejemplo, el cristianismo afirma que no existe la muerte como tal, sino representa, para quienes han vivido de acuerdo a los principios y valores cristianos, la resurrección y la trascendencia de la vida terrestre, lo cual conlleva a la vida eterna (Barash, 1987).

Reyes (1998) en su estudio sobre la importancia de la religión en los ancianos, toma en cuenta dos facetas de la religiosidad: intrínseca (individual) y extrínseca (grupal) (Reyes, 1998; pág. 155). Estas orientaciones se asocian con la salud de las personas de la vejez, ya que tienden a disminuir los problemas cardíacos, el estrés y la depresión, así como también la ansiedad y depresión ante la muerte, aumentando la satisfacción de vida, la autoestima, el bienestar y el deseo de vivir. «La religiosidad promueve mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento». Estos beneficios de la religiosidad pueden estar causados por mecanismos como «proveer fe, esperanza y sentido de trascendencia; dar apoyo socio emocional, proporcionar comunicación, relajación y catarsis» (Reyes, 1998; pág. 156).

Rivera-Ledesma y Montero, en su estudio sobre *Religiosidad y Espiritualidad en Adultos Mayores Mexicanos*, afirman que las personas en la vejez tienden a presentar múltiples

pérdidas y estresores que podrían estar relacionados con la muerte de seres queridos o de su propia muerte (Rivera-Ledesma y Montero, 2005). Para estos autores, existen variables mediadoras entre dichos estresores y el ajuste psicológico, las cuales pueden agruparse en: a) Recursos Internos, b) Recursos externos y c) Recursos de afrontamiento (Rivera-Ledesma y Montero, 2005). En este estudio, se consideran las creencias espirituales como un recurso de tipo interno, el soporte social religioso como un recurso externo, y el afrontamiento es también de tipo religioso. En esta investigación, se encontró que el grado de convicción espiritual, el soporte social y las estrategias de afrontamiento no están relacionados con el ajuste psicológico de los adultos mayores (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

Sin embargo, algunos autores afirman que la vida espiritual tiene una gran influencia en el afrontamiento del estrés y la ansiedad, así como en el mantenimiento de la salud en el adulto mayor, de forma que la espiritualidad sirve como mediadora entre los acontecimientos estresantes y la calidad de vida. Por otra parte, existen diversas formas en que la espiritualidad contribuye a una mejor salud y calidad de vida en los adultos mayores, regulando las emociones durante periodos de enfermedad y cambio, así como en circunstancias en las que las personas no tienen el control (Maki, 2005). De esta forma, la espiritualidad está relacionada inversamente con la depresión, soledad, ansiedad, tendencias al suicidio y patologías mentales; asimismo, está asociada con mayor longevidad, incremento de la autoestima y salud mental (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

Tomás-Sábado y Gómez-Benito, refieren que los aspectos religiosos constituyen una de las variables más estudiadas en torno a la ansiedad ante la muerte, por sugerir una esperanza de vida después de la muerte (Tomas-Sábado y Gómez-Benito 2003). Según Elias (1987). De esta forma, estos autores afirman que las creencias religiosas pueden presentarse como una necesidad de protección contra la ansiedad ante la muerte y la angustia provocada por la idea de la total desaparición. Algunos autores señalan que es la espiritualidad como tal la que disminuye la ansiedad ante la muerte, y no la práctica de una religión. (Tomas-Sábado y Gómez-Benito, 2003; pág. 270).

Según un estudio realizado por Mc Grath, respecto a la religiosidad y el reto de una enfermedad terminal, podrían surgir tres tendencias religiosas. Estas tendencias pueden variar según el individuo y cualquier situación que le provoque ansiedad ante la muerte, como en el caso de padecer una enfermedad terminal o ser una persona de la vejez. Estas orientaciones pueden ser las siguientes: 1) Que no se conviertan a ser personas religiosas, 2) Que se alejen de la religión, o 3) Que fortalezcan sus creencias (McGrath, 2003; pág. 886). La mayoría de las personas que no se convirtieron a lo religioso durante una época de estrés, era debido a varias

situaciones. Por ejemplo, se decía que la conversión posiblemente sería bienvenida pero no realística. En otras situaciones, se dan reacciones de enojo en torno a experiencias religiosas por memorias difíciles que tuvieron durante su infancia, a causa de la presión ejercida para ser personas religiosas. Otros habían vivido experiencias tan fuertes e injustas durante su vida, que no podían optar por ser personas religiosas. Por otra parte, algunos consideraban que no iban a obtener ningún beneficio al ir a la iglesia y que esto no iba correlacionado con su creencia religiosa. Entre otros, se mostraron rebeldes y debatieron que ellos solamente creían en la vida y no en nada más. En algunos casos, la depresión de algunos provocó que se alejaran de la religión, quienes postulaban que habían sido buenos individuos y que aún así iban a morir. También hubo personas que reaccionaron a causa de la presión que ejercían familiares o conocidos para que se convirtieran en religiosos. Las personas que fortalecieron sus creencias consideraban que la religiosidad les traería tranquilidad interna, así como podría curar su enfermedad (McGrath, 2003; pág. 888).

Leichtentritt y Rettig (1999) en su estudio sobre el significado y las actitudes relacionadas con el final de la vida, plantea que las personas de la vejez, se encuentran más influenciadas por regulaciones acerca del final de la vida (Leichtentritt y Reting 1999). Por otra parte, Marrone (1999) menciona tres tareas espirituales que deben seguir las personas que viven su propia muerte: 1) Necesidad de encontrar sentido a la propia vida, 2) Necesidad de morir de acuerdo a los propios valores y su estilo de vida y 3) Necesidad de trascender a la muerte, es decir, volverse inmortal al reconocer que vivirá en las siguientes generaciones después de morir (Marrone 1999; pág. 15). Para McFadden y Gerl (1999), el desarrollo cognitivo y emocional en la adultez favorece la sabiduría en la vejez, contribuyendo con la aceptación de su propia mortalidad (McFadden y Gerl 1999).

Por otra parte, Long y Elghanemi (1987) realizaron una investigación sobre religiosidad y miedo a la muerte, en el cual estudiaron las siguientes dimensiones de miedo a la muerte y al morir 1) miedo a morir y a la muerte, 2) miedo a ser significativo para otros y 3) miedo a una muerte prematura. Encontraron una correlación negativa y significativa entre asistencia a la iglesia y el miedo a una muerte prematura, así como también entre la percepción de su religiosidad y el miedo a ser significativo para otros (Long y Elghanemi 1987).

Parker *et al.* (2003) estudiaron la relación de diversas dimensiones de religiosidad y salud mental en las personas mayores, definiendo la espiritualidad como un conjunto experiencias individuales, no necesariamente religiosas, que contribuyen con la satisfacción existencial, mientras que delimitan la religiosidad como una actividad social de un individuo dentro en un contexto religioso. Asimismo, afirman que las personas más religiosas tienden a puntuar más

bajo en trastornos mentales como depresión y ansiedad, asegurando que las creencias y prácticas religiosas y espirituales favorecen a la reducción de ansiedad y promueven la esperanza, el optimismo, el propósito y satisfacción de vida y el sentimiento de bienestar (Parker, *et al.* 2003; pág. 391-392).

Por otra parte, Cohen *et al.*, en su estudio sobre «Religiosidad Intrínseca y Extrínseca, Creencia en la Vida Después de la Muerte, Ansiedad Ante la Muerte y Satisfacción de Vida en Católicos y Protestantes», afirman que una forma en que la religiosidad promueve la calidad de vida es reduciendo el miedo a la muerte, mediante la creencia de una vida después de la misma. De esta forma, la religiosidad aumenta los niveles de salud física y mental, la autoestima y la calidad de vida (Cohen, *et al.* 2003; pág. 4-5).

De esta forma, las creencias religiosas pueden reducir el miedo a los aspectos desconocidos de la muerte (Long y Elghanemi 1987), sin embargo, en un estudio se encontró que es la creencia en una vida después de la muerte, y no la religiosidad, la que influye positivamente en la satisfacción de vida, mientras que esta última y la religiosidad extrínseca favorecen la disminución de la ansiedad ante la muerte (Cohen, *et al.* 2003; pág. 7).

## V. METODOLOGÍA

### A. Objetivo:

Determinar si la convicción religiosa, el bienestar espiritual, el soporte social religioso y las estrategias de afrontamiento están relacionados con el ajuste psicológico (soledad y depresión) de los adultos mayores.

### B. Hipótesis:

1. **Hipótesis nula.** El grado de convicción religiosa, el bienestar espiritual, el soporte social religioso y las estrategias de afrontamiento están relacionados con el ajuste psicológico (soledad y depresión) de los adultos mayores.

2. **Hipótesis alterna.** El grado de convicción religiosa, el bienestar espiritual, el soporte social religioso y las estrategias de afrontamiento no están relacionados con el ajuste psicológico (soledad y depresión) de los adultos mayores.

### C. Definición de variables:

#### 1. Variables independientes.

- a. Convicción religiosa
- b. Bienestar espiritual
- c. Estrategias de afrontamiento (cognitivas, conductual y por evitación)
- d. Soporte social religioso

#### 2. Variables dependientes:

- a. Depresión
- b. Soledad

Cuadro 3: Definición de variables

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	
		CONCEPTUAL	OPERACIONAL
Dependientes	<b>Convicción religiosa</b>	Son las creencias y prácticas religiosas y espirituales de una persona.	Puntaje total de la sub-escala de Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales del Inventario de Sistema de Creencias, SBI-15R.
	<b>Bienestar espiritual</b>	Es el grado de sensación de bienestar que percibe una persona como resultado de su espiritualidad.	Puntaje total de la Escala de Bienestar Espiritual (EBE-R)
	<b>Estrategias de Afrontamiento</b>	Son las estrategias que presenta una persona para lidiar con las dificultades o problemas que e le presentan. El afrontamiento cognitivo se refiere a los intentos de una persona por analizar la dificultad del evento. El afrontamiento conductual indica el comportamiento que tiene una persona para enfrentar un problema directamente El afrontamiento por evitación establece la forma en que un individuo evita confrontar un problema activamente.	Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moos) Forma B - Sub-escala de estrategias de afrontamiento.
	<b>Soporte social religioso</b>	Es el apoyo social que las personas afines a un grupo religioso le proporcionan a un sujeto.	Puntaje de la sub-escala de Soporte Social del Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-R.

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	
		CONCEPTUAL	OPERACIONAL
Dependientes	<b>Depresión</b>	Estado psicopatológico en el cual el adulto mayor se caracteriza por afecto deprimido, sentimientos de minusvalía, desesperanza, desamparo, desánimo, insatisfacción con la vida, infelicidad, aislamiento social, auto-percepción de dificultades de memoria, sentimientos de inutilidad y falta de energía".	Puntaje total de la Escala de Depresión Geriátrica, versión corta, (GDS, short-form)
	<b>Soledad</b>	Fenómeno psicológico y multidimensional como resultado de carencias afectivas, ya sean reales o imaginarias, que tiene un impacto sobre el funcionamiento y salud tanto física como psicológica del sujeto.	Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL)

#### D. Población:

La muestra estuvo compuesta por adultos mayores de ambos sexos de 60 años en adelante de la Ciudad de Guatemala que pertenecían al Programa de Adulto Mayor del Ministerio de Cultura y Deportes.

#### E. Muestra:

Se tomó una muestra no probabilística, constituida originalmente por 255 adultos mayores residentes de la Ciudad de Guatemala, de ambos sexos, entre 60 y 85 años, elegidos por su disponibilidad en el Programa de Adulto Mayor del Ministerio de Cultura y Deportes. Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de 60 años, cognitivamente funcionales; sexo, nivel educativo y religión indistintos y con disponibilidad para participar voluntariamente en la investigación.

Finalmente la muestra estuvo formada por 165 adultos mayores, quienes completaron debidamente los cuestionarios. Fue necesario eliminar el resto de los cuestionarios por estar incompletos o a causa de no tener la edad mínima establecida. De esta forma, la muestra final estuvo conformada por el 65% del total inicial.

## F. Diseño:

Este estudio consistió en una investigación transversal de tipo cuantitativo, y correlacional. Se utilizaron tres escalas para medir religiosidad y espiritualidad de las personas que constituyen la muestra, así como las estrategias de afrontamiento. Se utilizaron además dos escalas para medir la soledad y depresión (ver el siguiente inciso).

## G. Instrumentos:

Se utilizó un consentimiento informado (ver Apéndice I) en el cual se explicó el objetivo de la investigación y se aseguró la confidencialidad y anonimato de la participación en el estudio. Se aplicó una batería compuesta por cinco instrumentos de medición psicológica y un cuestionario de datos sociodemográficos y conductas religiosas (ver Apéndice II). En total fueron 115 reactivos con opciones de respuesta dispuestas en escalas tipo Likert (de 4, 5 y 6 puntos) para las variables nominales así como opciones dicotómicas (sí o no) según fuera el caso.

Los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

1. **Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R.** Este inventario es útil para evaluar las creencias y prácticas espirituales y religiosas (10 reactivos) y el soporte social religioso (5 reactivos). Los autores proponen utilizar este inventario para estudiar las creencias espirituales y religiosas y su relación con la calidad de vida, el estrés y el afrontamiento (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

2. **Escala de Bienestar Espiritual (EBE- R).** Esta escala mide el bienestar espiritual de las personas, es decir, el grado de sensación de satisfacción que percibe un individuo como resultado de su espiritualidad. Puede diferenciarse el bienestar espiritual constituido por una relación significativa con Dios de aquel que conlleva una satisfacción puramente existencial De

esta forma, se evalúa tanto el nivel de complacencia como resultado del contacto con un ser superior, así como el grado de la auto percepción del propio ser.

Este instrumento utiliza una escala utiliza de tipo Likert para medir el grado de bienestar espiritual: 0=Completamente en desacuerdo, 1=En desacuerdo, 2= Moderadamente en desacuerdo, 3=Moderadamente de acuerdo, 4=De acuerdo y 5=Completamente de acuerdo.

3. Escala de Salud y Vida Cotidiana Forma Breve (Sub-escala de Estrategias de Afrontamiento). Mide el funcionamiento social, salud física, eventos estresantes y su resistencia, así como estrategias de afrontamiento y recursos sociales (Rivera-Ledesma y Montero, 2005). En el presente estudio únicamente se tomó en cuenta la Sub-escala de Estrategias de Afrontamiento, la cual tiene 19 reactivos distribuidos en tres áreas: afrontamiento conductual (7), afrontamiento cognitivo (7) afrontamiento de evitación (5). Es una escala de tipo Likert que mide la frecuencia con que un sujeto elige las estrategias de afrontamiento, utilizando seis opciones de respuesta: 0=Nunca, 1=Casi Nunca, 2=Pocas Veces, 3=A veces si, 4=Con mucha frecuencia, 5=Siempre o casi siempre (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

4. Escala de Depresión Geriátrica (GDS) Versión corta. Se aplicó para evaluar síntomas depresivos en los adultos mayores, diferenciando sujetos que presentan depresión de aquellos que no manifiestan. Consta de 15 reactivos dicotómicos (Sí-No). (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

5. Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL). Este inventario mide la soledad mediante dos áreas: Fuentes de Afecto Deficitarias (FAD's) y Conductas de Afrontamiento ante la Soledad (CAS's), con 4 y 6 subescalas respectivamente. Se utiliza una escala de tipo Likert para medir la frecuencia con que un sujeto experimenta la cualidad estudiada: 0=Nunca, 1=Casi nunca, 2=Algunas veces, 3=La mayor parte del tiempo y 4=Todo el tiempo. En esta investigación sólo se tomó en cuenta la Sub-escala de Carencia de Bienestar Emocional (CBE) y la Sub-escala de Afrontamiento Religioso (AR) (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

## H. Cualidades psicométricas de los instrumentos utilizados:

1. **Confiabilidad.** Mediante el alfa de Croanbach, se analizó la consistencia interna de los instrumentos utilizados. Los resultados de este análisis pueden observarse en el cuadro No.3, en el cual se puede observar que todos los índices de confiabilidad se encuentran por encima de 0.9, lo cual indica que los instrumentos tienen las cualidades psicométricas adecuadas para ser utilizados con adultos mayores.

**Cuadro No. 4. Confiabilidad de los instrumentos utilizados**

INSTRUMENTO	Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales (SBI-15R)	Soledad (IMSOL)	Estrategias de Afrontamiento (MOOS)	Depresión (GDS- breve)	Bienestar Espiritual (EBE-R)	TOTAL
Alfa de Croanbach	0.9671	0.9855	0.9849	0.9619	0.9891	0.9842

## I. Procedimiento:

1. **Adaptación del cuestionario.** A partir del cuestionario original que se utilizó en una investigación sobre adultos mayores en México (Rivera-Ledesma y Montero, 2005), se incluyeron a la versión original cuatro reactivos de datos demográficos, con el objetivo de identificar la procedencia étnica de los adultos mayores, determinar si reciben servicios médicos y/o pensión económica. Asimismo, se adaptaron las opciones de respuesta para el reactivo sobre religiones y creencias espirituales, de forma que reflejara la realidad guatemalteca.

Siguiendo la recomendación de los autores, se modificó un reactivo del Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R:

Reactivo 42: La pregunta «¿Cree que Dios no va a darle una carga que no pueda soportar?» se modificó de la siguiente forma «¿Cree que Dios va a evitarle una carga que no pueda soportar?», con el fin de eliminar la doble negación y evitar el sesgo.

2. **Estudio piloto.** El cuestionario fue piloteado en una muestra de 10 adultos mayores, que voluntariamente aceptaron participar en este estudio. De esta forma, la muestra estuvo constituida por un 70% (N=7) de mujeres, mientras que solamente el 30% (N=3) fueron hombres. Las edades fluctuaron entre 66 y 85 años, con una media de 73. La mayoría de las personas que colaboraron (60%) contaba con estudios a nivel secundaria o bachillerato.

Como resultado del estudio piloto, se incluyó formato numérico en las opciones de respuesta de la Escala de Bienestar Espiritual (EBE-R), siguiendo la forma de los demás instrumentos, con el fin de facilitar la aplicación del mismo, así como la tabulación de las respuestas.

3. **Selección de los participantes.** Contándose con una versión definitiva de los instrumentos, se procedió a solicitar la autorización de los autores involucrados, después lo cual se inició con la aplicación de la batería a la muestra previamente establecida, siguiendo los criterios de inclusión señalados en el inciso F de esta sección. Para esta actividad, se acudió a los centros deportivos del Programa de Adulto Mayor del Ministerio de Cultura y Deportes de la Ciudad de Guatemala, en los horarios establecidos por la institución, el cual osciló entre las ocho y las doce horas. Al iniciar cada clase de gimnasia, se explicó a los integrantes, los objetivos y la metodología de la investigación, solicitándoles su participación, mientras que se aseguraba que ésta era voluntaria y anónima. Sin embargo, los cuestionarios se aplicaron posteriormente a las clases de gimnasia, con el fin de contar con condiciones adecuadas para la administración de las pruebas, procurando llevar a cabo este proceso en un lugar sin ruidos o distracciones, que contara con la adecuada iluminación y el mobiliario necesario para la aplicación de las escalas. Sin embargo, debido a las diversas actividades que se realizan en los centros, se percibió música en algunos casos.

4. **Aplicación de las escalas.** De esta forma, posteriormente a las actividades deportivas, los adultos mayores que deseaban participar, acudían a las investigadoras y/o asistentes de investigación para llenar el cuestionario correspondiente. En caso que la persona requirió de apoyo para este procedimiento, por deficiencias físicas o dificultad para leer o escribir, se aplicaron los instrumentos de forma individual, para lo cual se contó con investigadores y asistentes de investigación para ayudar en el estudio. Para contrarrestar estas limitaciones se aplicaron los instrumentos de forma individual cuando fue necesario. Con el fin de facilitar la recolección de los datos, se desarrolló material de apoyo dispuesto en forma de tarjetas, las cuales incluían las opciones de respuesta para cada serie de preguntas, sin embargo, no se utilizaron en todos los casos, ya que resultó más provechoso contar con entrevistas de cara a cara.

La aplicación de las escalas tuvo una duración aproximada de 30 minutos por persona, dependiendo de diversos factores, como el nivel, las dificultades visuales o auditivas, el estado emocional del adulto mayor, entre otros.

En la aplicación individual del cuestionario fue posible notar que algunas personas se deprimían ante el contenido de los reactivos correspondientes a las escalas de soledad y depresión, y varios lloraron. Asimismo, fue interesante notar, que varios adultos mayores acudieron a los investigadores para solicitar ayuda psicológica, de forma que las entrevistas se ampliaron más allá de lo establecido para la aplicación de los instrumentos.

## J. Análisis estadístico

Posteriormente a la tabulación de los datos en hojas de cálculo, se procedió a obtener los datos de la estadística descriptiva, con el fin de analizar la información por cada pregunta.

Por otra parte, los datos de cada escala y sub-escala fueron procesados mediante los programas R-Versión 2.2.1 y SPSS-Versión.10.0, utilizándose el método de correlación para determinar relaciones significativas entre las variables independientes y dependientes.

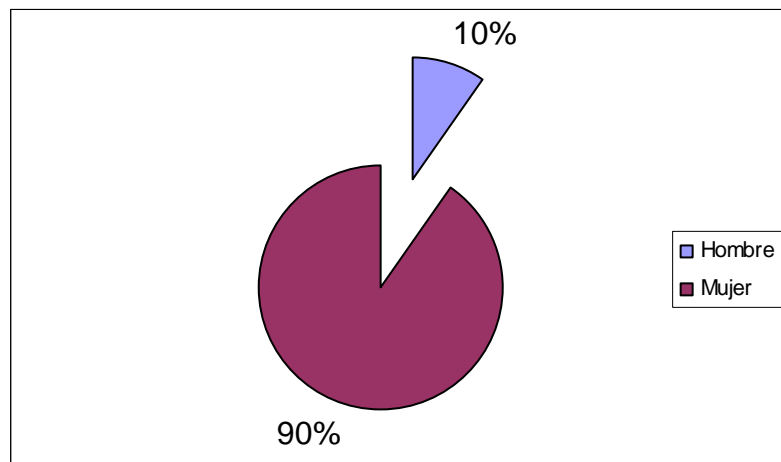
## VI. RESULTADOS

### A. Características sociodemográficas:

Con la finalidad de conocer las cualidades de la muestra investigada se realizó un primer acercamiento a los datos mediante un análisis descriptivo sobre los datos generales.

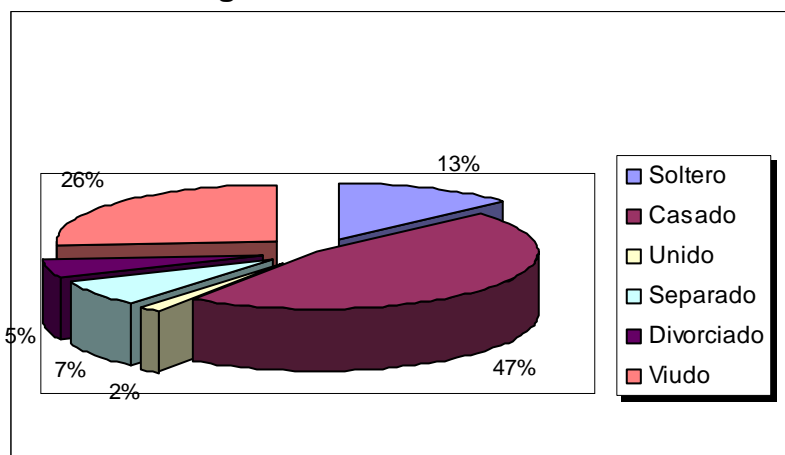
1. **Edad y género.** Se analizó la edad y el género de los participantes, con el fin de determinar la forma en que estuvo constituida la muestra. Se encontró que la gran mayoría de los individuos fueron mujeres (90.3%), mientras que solamente el 9.7% (n=16) fueron hombres (ver figura No. 2). La edad de los participantes osciló entre 60 y 85 años, con una media de  $67 \pm 6$ . Sin embargo, la moda indicó que las personas que más participaron fueron aquellas que tienen sesenta años.

**Figura No. 2: Género**



2. **Condición civil y cohabitación.** Al indagar sobre su estado civil actual, el 46% (n=76) de la muestra indicó estar casado, mientras que el 26% de los participantes expresó haber enviudado y el 13% (n=22) de los individuos reportó encontrarse soltero (ver figura No. 3).

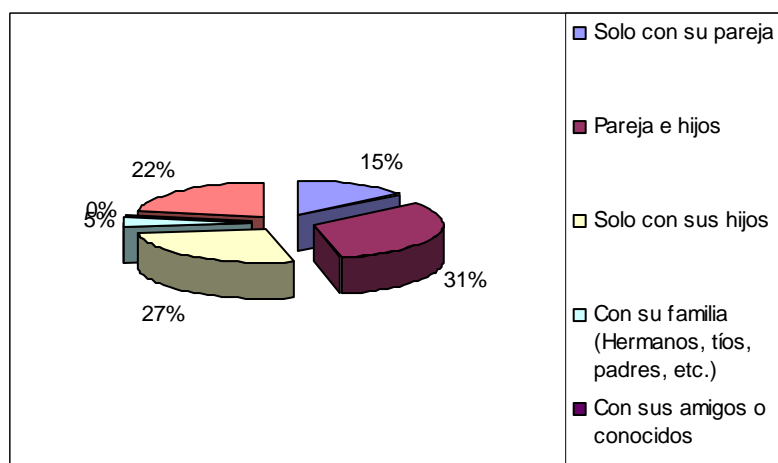
**Figura No. 3: Condición civil**



Además, al explorar si las personas tenían pareja, se encontró que poco más de la mitad de la muestra (53%) no tienen pareja en este momento, mientras que el 47% (n=77) sí posee pareja o compañero.

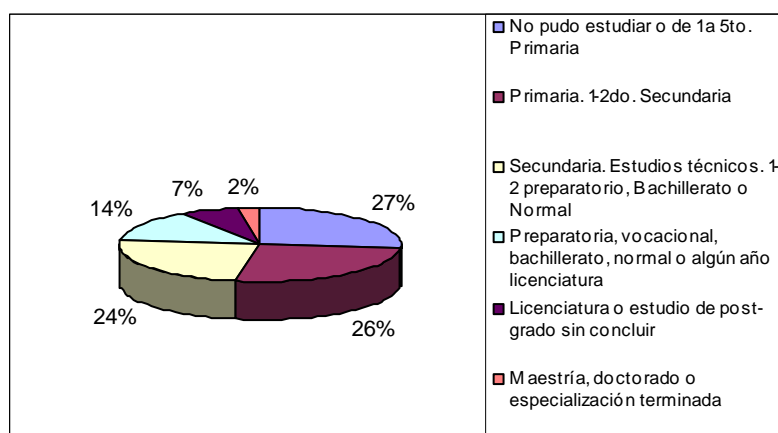
Se investigó con quién viven los participantes, encontrándose que el 32% (n=53) reside tanto con su pareja como con hijos; el 27% (n=44) de la muestra únicamente habita con su(s) hijo(s), mientras que el 15% (n=24) de las personas vive sólo con su pareja. Además, el 22% (n=36) de los adultos mayores vive solo (ver figura No. 4).

**Figura No. 4: Cohabitación**



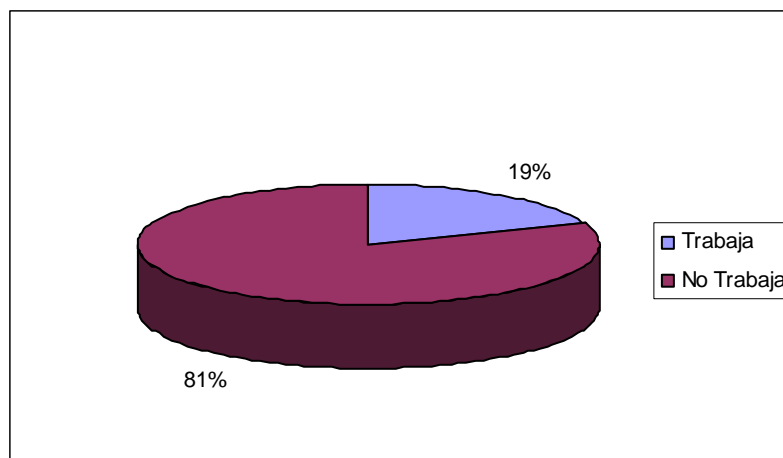
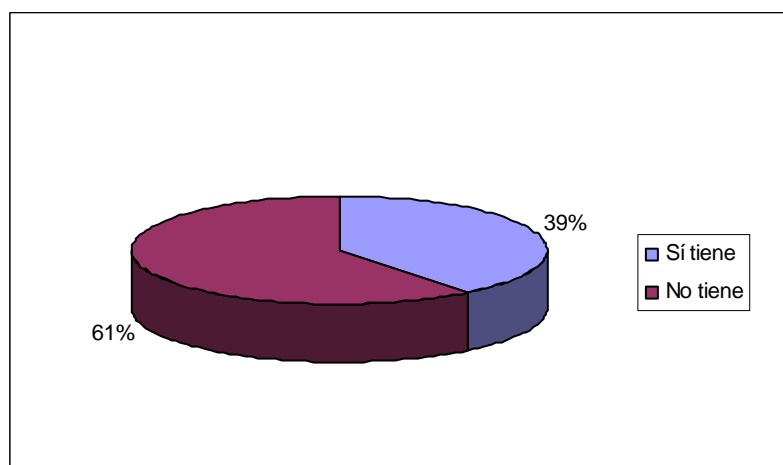
3. **Nivel educativo.** Con el fin de determinar la escolaridad de los participantes, se investigó acerca del nivel educativo, encontrándose que un poco más de un cuarto de la muestra (27%) no pudo estudiar o cursó del primero al quinto año de primaria y el 26% (n=43) alcanzó el nivel primario o inició la secundaria. Asimismo, el 24% (n=40) de los individuos terminó la secundaria y el 7% (n=11) la licenciatura. De esta forma, puede observarse, que alrededor de la mitad de las personas consiguió apenas un nivel primario de educación, mientras que la minoría logró estudios de bachillerato y licenciatura (ver figura No. 5).

**Figura No. 5: Nivel educativo**

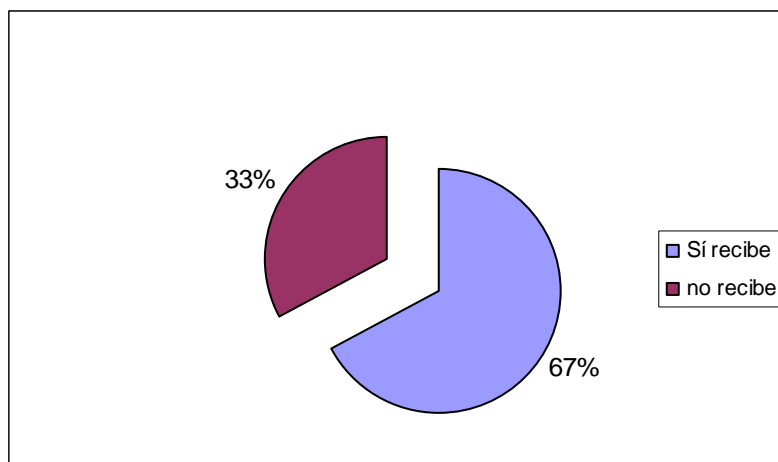


4. **Situación laboral y pensión económica.** Se estudió la situación laboral de los participantes, con el objetivo de reflejar la situación económica de los mismos. Puede observarse que el 81% (n=133) no trabaja, mientras que el 19% (n=32) tiene una actividad laboral activa (ver figura No. 6). Puede observarse que existe una diferencia con la encuesta realizada en 1991, en la que se encontró que cerca del 38% de los adultos mayores trabaja. Esto puede deberse a que la mayoría de las personas que participaron en este estudio fueron mujeres, mientras que en la encuesta anteriormente mencionada predominaron los hombres.

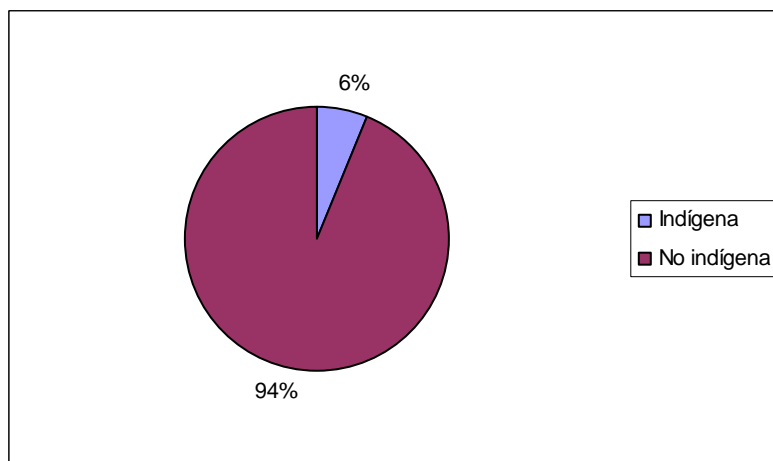
Alrededor del 39% (n=65) de los adultos mayores cuenta con pensión monetaria, mientras que el 61% no obtiene ninguna ayuda económica por parte del estado (ver figura No. 7). De esta forma, es posible señalar que los ingresos de las personas son limitados, lo cual puede causar que los individuos vivan en condiciones económicas escasas. Sin embargo, sería importante incluir en futuras investigaciones la variable de estatus socioeconómico, con el fin de indagar acerca de la situación económica y social de los adultos mayores guatemaltecos.

**Figura No. 6: Situación laboral****Figura No. 7: Pensión económica**

5. **Servicios médicos.** Puede observarse en la figura No. 8 que más de la mitad de la muestra (67%) recibe algún servicio médico en la actualidad, mientras que el 33% (n=54) reportó no contar con ayuda médica. Cabe recalcar que en reacción a las necesidades de salud que requieren los individuos, el programa del adulto mayor del Ministerio de Cultura y Deportes, brinda a estas personas, servicios médicos gratuitos y/o de bajo costo, conforme a sus requerimientos. De esta forma, es posible que las personas que no reciben ningún servicio médico en la actualidad es porque no lo necesitan.

**Figura No. 8: Servicios médicos**

6. **Procedencia étnica.** Al indagarse acerca de la auto percepción de los participantes sobre su procedencia étnica, pudo encontrarse que del total de la muestra estudiada la gran mayoría (94%) afirmó pertenecer a una étnia no indígena, mientras que el 6% (n=10) expresó ser un individuo de descendencia indígena, como se puede observar en la figura No. 9.

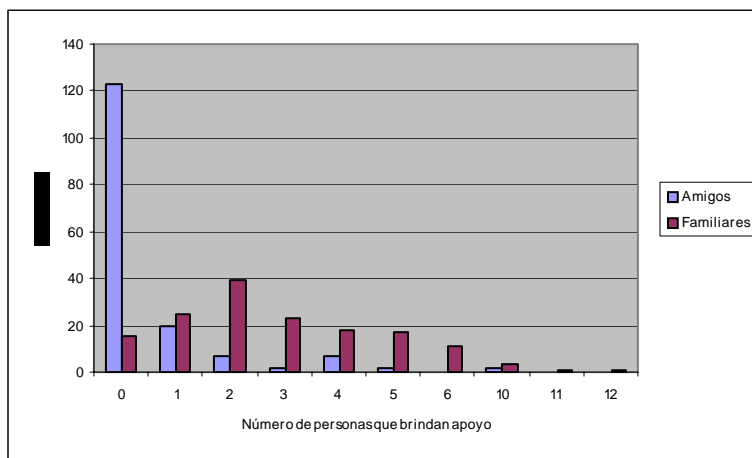
**Figura No. 9: Procedencia étnica**

## B. Importancia del soporte social familiar y de pares:

Con el fin de determinar el impacto que tiene el apoyo social en los adultos mayores, se indagó acerca de la cantidad de personas con las que cuentan al encontrarse en un problema, estudiándose tanto el número de familiares como de amigos que les brindan soporte social. Se

encontró que los adultos mayores obtienen ayuda de cuatro individuos en promedio, pero la gran mayoría recibe apoyo por parte de dos personas. Por otra parte, de los individuos con los que cuentan, en promedio predominan los familiares con relación a los amigos, con una relación de 3:1, encontrándose que la mayoría de los adultos mayores cuentan con dos familiares, mientras que no cuentan con ningún amigo.

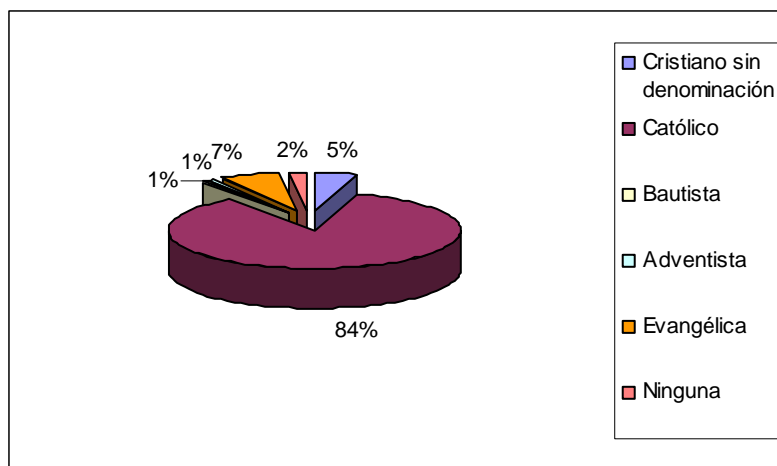
**Figura No. 10: Comparación del apoyo social entre amigos y familiares**



### C. Hábitos religiosos y vida espiritual:

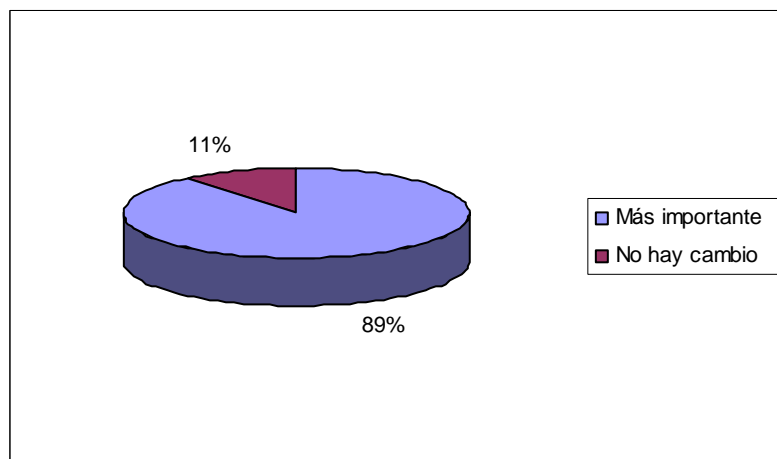
Al indagarse sobre la afiliación religiosa y/o espiritual de los adultos mayores, pudo encontrarse que la gran mayoría (85%) eran católicos, mientras que el 5% (n=9) indicó pertenecer al cristianismo, pero sin ninguna denominación especial y el 7% (n=11) reportó ser evangélico. Únicamente el 1% afirmó pertenecer a la religión mormona. El 2% (n=3) señaló no pertenecer a ninguna religión o creencia espiritual, concluyendo así que la mayoría de los participantes son personas que están asociadas a una afiliación religiosa o espiritual (Ver Figura No. 11).

**Figura No. 11: Afiliación religiosa o espiritual**

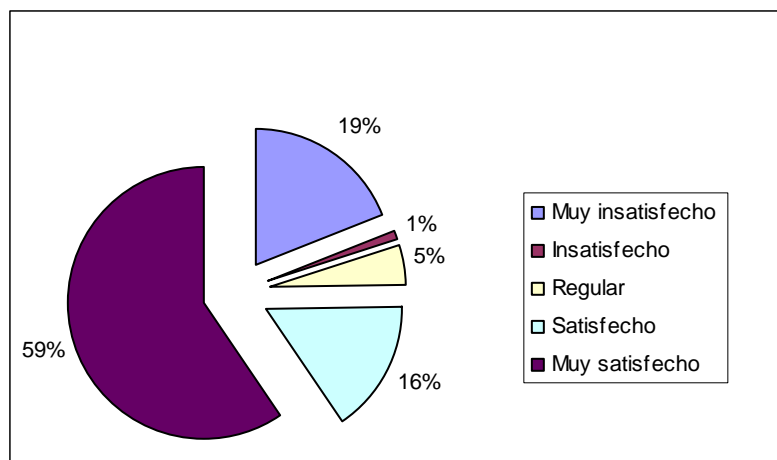


Asimismo, es importante mencionar que el 89% (n=147) afirmó que la religión se ha vuelto más importante para ellos ahora que están en la vejez, que cuando era más joven, mientras que el 11% (n=18) indicó que ésta no ha cambiado con el pasar de los años (ver figura No. 12). Por otra parte, el 59% (n=98) de los adultos mayores están muy satisfechos con su religión o creencia espiritual, mientras que el 19% (n=31) se encuentran muy insatisfechos con la misma (ver figura No. 13).

**Figura No. 12: Importancia de la religión en la vejez**

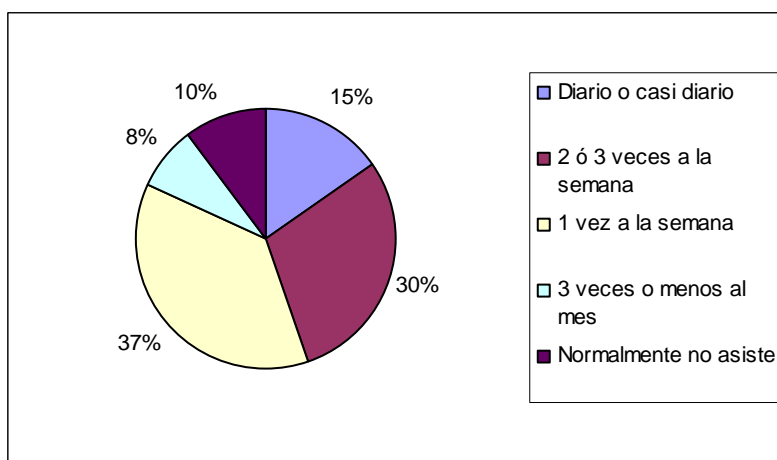


**Figura No. 13: Satisfacción con la religión o creencia espiritual**



Además de las creencias religiosas, también fue importante determinar los hábitos en las que están inmersas las personas; al indagar acerca de su asistencia a eventos de la iglesia, tales como cultos, misas, servicios, grupos de oración, entre otros. El 37% (n=61) de los sujetos indicó concurrir una vez a la semana, mientras que el 30% (n=49) acude 2 o 3 veces semanales, el 15% (n=25) frecuenta la iglesia diariamente y por último el 10% (n=17) generalmente no asiste (ver figura No. 14).

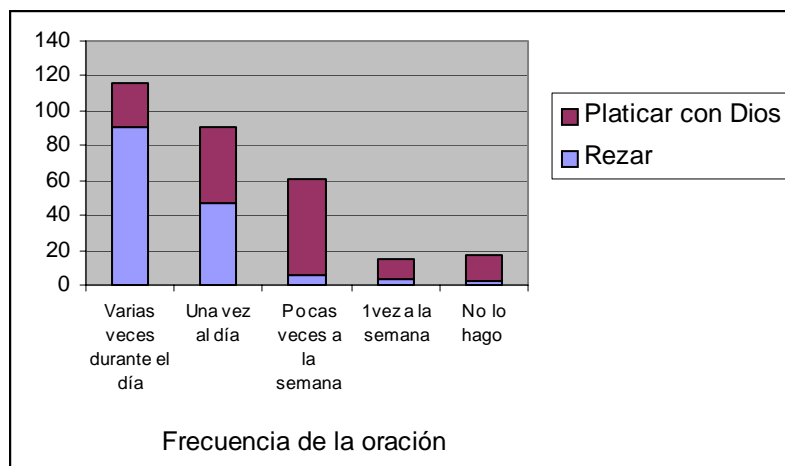
**Figura No. 14: Asistencia a iglesia o actividades religiosas**



Asimismo, entre otros hábitos religiosos, se encuentra el rezar y platicar con Dios. Dentro de los anteriores, se puede observar en la figura No. 15, que del 99% de los sujetos que

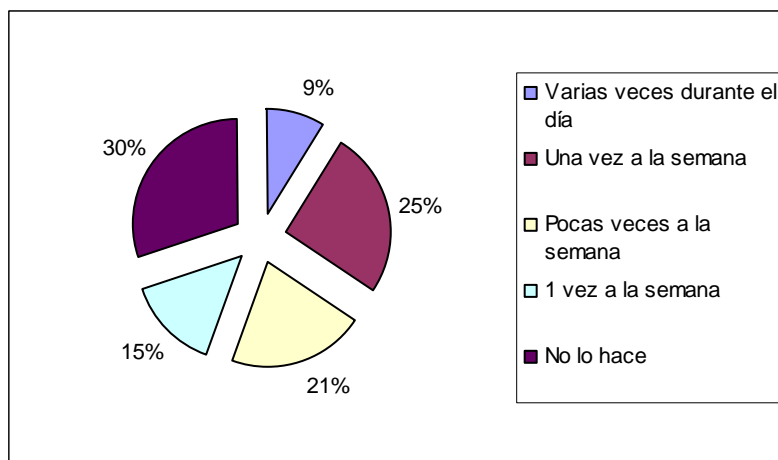
informaron rezar cotidianamente, el 63% (n=104) lo hace varias veces durante el día, mientras que el 30% (n=49) lo hace solamente una vez al día. Únicamente el 1% (n=2) declaró no rezar nunca. Por otra parte, el 84% (n=139) manifestó platicar con Dios varias veces al día y el 12% (n=20) lo hace una vez. Solamente el 1% no platica con Dios. Los datos reflejan que para los adultos mayores estudiados, es más frecuente platicar con Dios que rezar, de forma que puede suponerse que tienen una orientación más espiritual que religiosa.

**Figura No. 15: Comparación entre rezar y platicar con Dios**



Se investigó también la frecuencia con que los adultos mayores leen la Biblia, encontrándose que este hábito es practicado por el 70% (n=115) de los individuos, de los cuales el 34% (n=57) lo lleva a cabo todos los días, mientras que el 36% (n=58) lo ejecuta semanalmente y el 30% (n=50) no la leen nunca (ver figura No. 16).

**Figura No. 16: Frecuencia de lectura de la Biblia**



#### D. Depresión:

Con la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica, versión corta (GDS-Breve), pueden obtenerse tres categorías de acuerdo al nivel de depresión de los adultos mayores: normal, leve o establecida. De acuerdo a los resultados de esta investigación, puede afirmarse que del total de los adultos mayores que constituyeron la muestra, el 85% presenta depresión en forma leve, mientras que el 12% manifiesta una depresión establecida y el 3% se encuentra en el índice normal.

#### E. Prueba de hipótesis de investigación:

1. **Correlación entre variables.** Con el 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 correlación múltiple para las variables dependientes depresión y soledad. Los resultados se enumeran en el cuadro No. 4 que se muestra a continuación:

**Cuadro No. 5. Correlaciones entre variables**

Variables		DEPENDIENTES	
INDEPENDIENTES		Soledad (R)	Depresión (R)
Sistema de creencias y prácticas religiosas y espirituales y soporte social religioso		<b>0.8485***</b>	0.8485
Convicción religiosa		<b>0.4394***</b>	<b>0.4394*</b>
Soporte social religioso		<b>0.2685**</b>	0.2685
Estrategias de afrontamiento	Escala total	<b>0.1958*</b>	0.1958
	Afrontamiento cognitivo	<b>0.2326**</b>	0.2326
	Afrontamiento conductual	0.2075	0.2075
	Afrontamiento por evitación	0.2516	<b>0.2516*</b>
Bienestar espiritual	Escala total	0.2494	0.2494
	Relación con Dios	<b>-0.2864*</b>	0.2864
	Satisfacción existencial	0.4089	0.4089

\* p&lt;0.05

\*\* p&lt;0.01

\*\*\* p&lt;0.001

Como se puede observar en el cuadro anterior, se encontró una relación significativa directa entre la convicción religiosa y el ajuste psicológico de los adultos mayores (soledad y depresión), de forma que las personas que posean mayores hábitos religiosos, así como creencias más fuertes acerca de la religión o espiritualidad, tienden a presentar niveles superiores de soledad y depresión. Asimismo, se presentó una correlación representativa entre el soporte social religioso y los sentimientos de soledad que los adultos mayores manifiesten en sus vidas, sin embargo, no se mostró relación entre apoyo social religioso y la depresión.

Por otra parte, se reportó una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento, en especial cognitivas, y el grado de soledad, es decir, que los adultos mayores que expresen mayores formas de confrontar los problemas tienden a presentar en mayor grado los sentimientos de soledad. De la misma forma, se encontró una correlación directa entre las estrategias de afrontamiento por evitación y el nivel de depresión que manifiesten las personas mayores, siendo ésta inferior cuando existe una mayor tendencia a escapar de las situaciones difíciles.

Por último, puede mencionarse una relación inversa entre el bienestar espiritual orientado a la relación con Dios y la percepción de soledad, desamparo y aislamiento. De esta forma, los adultos mayores que adviertan una mayor cercanía a un ser superior, tienden a sentir menos soledad a causa de la sensación de tener a alguien que los protege del mal.

## VII. DISCUSIÓN

Es fundamental recalcar que en este estudio, se reflejó claramente que los adultos mayores guatemaltecos tienden a considerar que la religión es más importante conforme pasan los años, de forma que el 89% de las personas mayores consideran que ésta es más fuerte en la vejez que en la juventud. Esto sustenta las teorías planteadas por varios autores, quienes afirman que la espiritualidad es un indicador de la calidad de vida y favorece la capacidad para afrontar los cambios y pérdidas que se presentan en esta etapa del desarrollo, al mismo tiempo que promueve la salud mental y emocional de este grupo social (Mahoney y Graci 1999; Rivera-Ledesma y Montero, 2005; Maki, 2005). La espiritualidad puede estar asociada inversamente con la depresión, soledad, ansiedad, tendencias al suicidio y otras patologías mentales (Parker, *et al.* 2003); además, está asociada con mayor longevidad, el incremento de la autoestima y la salud mental (Rivera-Ledesma y Montero, 2005). De esta forma, es primordial facilitar a los adultos mayores el acceso a su fe religiosa o creencia espiritual, con el fin de promover la salud mental, espiritual y emocional de este grupo social.

Sin embargo, aunque los resultados obtenidos en esta investigación apoyan la hipótesis planteada, referente a las relaciones existentes entre la convicción religiosa con la soledad y depresión, los adultos mayores guatemaltecos que poseen creencias más fuertes y tienen hábitos religiosos más consistentes, son aquellos que presentan mayores sentimientos de aislamiento, desamparo y tristeza, evidenciando una diferencia con relación a un estudio similar realizado en México, en el cual no se encontró ninguna relación significativa entre dichas variables (Rivera-Ledesma y Montero, 2005). Esto puede deberse a la influencia que ejercen algunas religiones sobre las personas, ofreciéndoles una promesa de inmortalidad (Barash, 1987), de forma que los adultos mayores que tienden a presentar sentimientos de soledad o depresión, encuentran algún tipo de consuelo en la religión. Cabe mencionar que la mayoría de los adultos mayores que participaron en la investigación (85%) están afiliados a la religión católica, la cual es la orientación religiosa predominante en Guatemala. Esta religión se basa en la trascendencia de la vida terrestre hacia una eternidad en la que se alcanza un bienestar pleno y sublime (Barash, 1987). Esto puede explicar por qué los adultos mayores religiosos tienden a acercarse más a la iglesia en épocas difíciles, por compensar ésta los sentimientos de incertidumbre y miedo ante el hecho inevitable de la muerte, e incrementar la fe y la esperanza hacia una vida inmortal, en la cual ya no existe más sufrimiento.

Es interesante señalar que durante la aplicación de los instrumentos, pudo observarse que la mayoría de personas valoran expresivamente la religión o las doctrinas a las que pertenecen, atribuyéndole a su espiritualidad los beneficios reflejados en el diario vivir. De esta

forma, los adultos mayores que afirmaron tener fe en un ser superior, exteriorizaban con gran ímpetu y entrega, las recompensas que la religiosidad y la espiritualidad causan a su existencia; probablemente no suficientes para aliviar el dolor de las pérdidas presentadas en esta etapa de la vida, así como los sentimientos de desolación y abandono que conlleva el cambio de roles, actividades, e incluso carencia de compañía. De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la Escala de Depresión Geriátrica, puede afirmarse que, aunque son pocas (12%) las personas que padecen depresión en forma establecida, solamente el 3% manifiestan un índice de depresión normal. La mayoría (85%) de los adultos mayores guatemaltecos de la muestra estudiada presentan depresión en una forma leve.

Es importante señalar que la población del adulto mayor ha tenido en los últimos años un crecimiento acelerado, constituyendo el 5% de la población total del país de Guatemala, el 6.8% del Departamento y el 8% del Municipio. Se espera que para el año 2025 se esté acercando al 7.4% de la población total. Este envejecimiento demográfico se ha dado como consecuencia de diversos factores, tales como el descenso de las tasas de mortalidad, así como de los índices de natalidad y el incremento de las muertes prematuras en personas jóvenes como resultado de situaciones sociales de mucha violencia. Con relación al descenso de los índices de mortalidad en Guatemala, puede mencionarse que ha habido diversos factores que han influenciado, pero el más importante es el incremento de la disponibilidad de servicios de salud para el adulto mayor. De forma que la esperanza de vida ha tenido un notorio ascenso; en 1995 ésta se ubicaba alrededor de los 64.8 años y se tiene proyectado una esperanza de vida de 72.3 para el año 2025 (Valencia, 1999). Con respecto al descenso de las tasa de natalidad, puede mencionarse que a disminuido de 5.4% en 1995 a 2.9% en el año 2025, de forma es notoria el descenso de los índices de fecundidad en Guatemala (Valencia, 1999).

Con relación a la salud mental de los adultos mayores guatemaltecos, puede mencionarse que los resultados obtenidos en una encuesta realizada en 1991 muestran que el 97% de los individuos mayores de 60 años no presentan dificultades físicas ni mentales, constituyendo un grupo de personas activas e independientes (Valencia, 1998). Sin embargo, a pesar que el indicador es bastante alto, en esa encuesta se encontró que el 20% del total de la población del adulto mayor, recibía algún servicio médico en el momento de la encuesta, mientras que el 90% presentaba una enfermedad. Sin embargo, en el presente estudio se encontró que el 67% de la muestra recibe algún servicio médico en la actualidad. Respecto al nivel de satisfacción que los adultos sienten sobre sus vidas, en la encuesta señalada anteriormente se encontró que el 75% consideraba estar satisfechos con su vida en general, pero cerca del 73% de las personas percibía sus condiciones de salud como malas o muy malas (Valencia, 1998).

De acuerdo con la teoría de la actividad, las personas que se mantienen activas durante esta etapa de la vida, tienden a ser más sanas y funcionales; al mismo tiempo que se sienten más útiles y motivadas. De forma contraria, los adultos mayores que se tornan pasivos y dependientes generalmente son individuos con baja autoestima y sentimientos de desamparo (Craig, 2001). Con relación a esta premisa, es importante señalar que el perfil del adulto mayor que formó parte de la muestra, constituye el de una persona activa y enérgica, que en su mayoría, no presenta problemas físicos que le dificulten el desenvolvimiento dentro de la sociedad. Además, los adultos mayores estudiados forman parte de un programa que promueve la salud física y favorece el desarrollo social dentro de este grupo, de forma que la mayoría de las personas participa en actividades deportivas y culturales que contribuyen al desenvolvimiento interpersonal.

En general, el 72% de los adultos mayores guatemaltecos no trabaja, mientras que el 38% mantiene una actividad laboral. De las personas que tienen un empleo, el 88% son hombres. Sin embargo, al comparar la situación laboral de la muestra estudiada, el número de personas mayores de 60 años que trabaja aumenta a 81%, mientras que alrededor del 15% de los adultos mayores guatemaltecos son jubilados o pensionados. Por otra parte, el índice de dependencia en Guatemala se ha incrementado significativamente, constituyendo en 1995 el 8.1% de la población, mientras que se espera el 9.3% para el año 2025 (Valencia, 1999).

Es importante señalar que el empleo constituye una actividad enriquecedora para las personas en general, al aumentar el bienestar psicológico y salud mental. De acuerdo con Álvaro, et al. (1992) en los individuos que no trabajan puede observarse un aumento de la ansiedad, depresión, insomnio, irritabilidad, falta de confianza, apatía y nerviosismo, además de presentar problemas psicosomáticos como dolor de cabeza, hipertensión y úlcera (Álvaro, et al. 1992). De esta forma, la jubilación puede tener efectos negativos en los adultos mayores, en especial a aquellos que consideraban el trabajo como la parte esencial de sus vidas. Cabe mencionar que gran parte de los adultos mayores que participaron en esta investigación (89%) no trabajan, lo cual podría estar afectando el bienestar psicológico que éstos presenten, por lo que sería importante que las personas mayores se ocupen en actividades que contribuyan a la calidad de vida y salud mental que éstas manifiesten.

Es esencial señalar que los adultos mayores que formaron parte de la muestra, generalmente vivieron en un mundo con muchas restricciones de educación, así como con limitaciones de la tecnología que ahora se conoce. En este estudio hubo una predominancia de la participación de las mujeres, dato que puede compararse con la realidad guatemalteca, ya que

en el área urbana prevalece el género femenino. Del total de las mujeres adultas mayores guatemaltecas, el 52% son analfabetas, índice menor que el de los hombres de la misma edad (Informe de Desarrollo Humano, 2002).

Sin embargo, el hecho que las mujeres vivan más tiempo, no significa necesariamente que esos años de vida sean de calidad ni que tengan más oportunidades de desarrollo. Las mujeres experimentan un conjunto de situaciones de desigualdad y exclusión, entre las que se puede mencionar un acceso limitado a la educación, al empleo remunerado, a la propiedad de la tierra, al poder político etc. Además, las mujeres son vulnerables a la violencia, el abandono y el maltrato (Informe de Desarrollo Humano, 2002).

Como se esperaba, los hallazgos reportados reflejan una correlación entre el apoyo social religioso y la soledad que experimentan los adultos mayores en sus vidas. En esta etapa del desarrollo, las personas generalmente pierden a seres queridos, alteran sus hábitos, se desprenden de actividades que frecuentaban, así como se alejan de los familiares con los que acostumbraban vivir. De acuerdo con Álvaro, *et al.* (1992), el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar psicológico, independientemente del nivel de estrés que se presente, al constituir una percepción de que se es querido y estimado (Álvaro, *et al.* 1992), de forma que los adultos mayores tienden a buscar el apoyo de otras personas, creando lazos con nuevos grupos, según los roles que recientemente han obtenido dentro de la sociedad. De esta manera, los nuevos lazos sociales pueden estar asociados con individuos religiosos que promuevan el bienestar en las personas y que llenen ese vacío en sus corazones.

No obstante, contrariamente a lo que se esperaba, no se encontró ninguna influencia del apoyo de personas religiosas hacia la depresión. Probablemente la religión promueve los sentimientos de pertenencia, esperanza y fe, pero no contribuye a la tristeza y desconsuelo de vivencias que hayan tenido los adultos mayores a lo largo de sus experiencias. Es importante recalcar, que muchas de las personas mayores que participaron en el estudio, expresaron abiertamente estremecimiento y dolor ante situaciones cotidianas, tales como negligencia por parte de sus hijos, aislamiento social, pérdida de facultades físicas que les imposibilita realizar las actividades que disfrutaban anteriormente, entre otras circunstancias. Puede ser que la espiritualidad le dé sentido a la existencia, compensando de alguna forma los vacíos que los adultos mayores pudieran sentir (Barash, 1987). Sin embargo, las experiencias problemáticas que las personas soporten, pueden causarles sufrimiento constante, ocasionándoles apatía, desaliento o desgano, que puede desencadenar en trastornos psicológicos como la depresión.

Es importante recalcar la necesidad de tienen los adultos mayores de vivir procesos de duelo adecuados para cerrar los círculos de tristeza y ansiedad que les ocasiona la serie de pérdidas a las que se ven expuestos. En este sentido, Elizabeth Kübler-Ross propone un modelo en el que las personas dan cierre a los periodos de luto, el cual contiene cinco etapas (negación, enojo, negociación, depresión y aceptación). A lo largo de este proceso, los individuos experimentan diversos sentimientos, los cuales pueden variar desde ansiedad hasta enojo, culpa o tristeza, pero este ciclo se culmina con la aceptación de la realidad, con lo que se alcanza un sentimiento de paz y tolerancia (Kübler-Ross, 1969).

Sin embargo, no es posible hablar de depresión, si se trata de los sentimientos de tristeza que surgen como consecuencia de procesos naturales de duelo, los cuales pueden darse luego de la pérdida de un ser querido o de un objeto o actividad. De acuerdo con Álvaro, *et al.* (1992) la depresión puede surgir como una reacción positiva de afrontamiento ante determinadas circunstancias en las que no se cuenta con otros medios para afrontar los problemas, de forma que constituye una respuesta adaptativa ante el estrés. (Álvaro, *et al.* 1992). Contrariamente, la depresión como trastorno psicológico está asociada a un conjunto de manifestaciones severas que se mantienen durante un largo periodo de tiempo y que interfieren con el funcionamiento normal de la persona. (Feldman, 1998)

Es importante señalar que las personas mayores tienden a establecer estrategias de afrontamiento ante la ansiedad y/o tristeza que les causa el cambio. En este estudio se ha encontrado que existe una relación directa entre las estrategias de afrontamiento por evitación y la depresión, de forma que los adultos mayores que se resistan con mayor frecuencia a las situaciones difíciles de la vida tienden a exteriorizar niveles elevados de depresión. Este hallazgo supone que los individuos que tienen una tendencia a escapar de los problemas, en lugar de afrontarlos, padecen más sentimientos de tristeza y desánimo, lo cual fue encontrado también en un estudio similar en realizado en México (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

Resulta trascendental además analizar que en este estudio se presentó una relación inversa entre el bienestar espiritual, definido como una relación significativa con Dios, y los sentimientos de soledad, desamparo y aislamiento. De esta forma, los adultos mayores que advierten mayores lazos con un ser superior, tienden a sentir menos soledad a causa de la sensación de contar con alguien que los protege del mal. Así como señalaron Tomas-Sábado y Gómez-Benito, en su estudio sobre las variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte, los adultos mayores se entregan a la religiosidad y espiritualidad con el fin de encontrarle sentido a su propia vida, pues «no existe idea alguna, por extraña que parezca, en la que los hombres no estén dispuestos a creer con profunda devoción, con tal de que les proporcione alivio ante el

conocimiento de que algún día ya no existirán; con tal de que les ofrezca la esperanza de una forma de eternidad para su existencia» (Tomas-Sábado y Gómez-Benito, 2003). De esta forma, algunos estudios concluyen que es la creencia en una vida después de la muerte y no la religiosidad la que influye positivamente en la satisfacción de vida, al asegurarle al ser humano su propia inmortalidad (Cohen, *et al.* 2003).

## VIII. CONCLUSIONES

- A. La convicción religiosa que posean los adultos mayores, se relaciona directamente con el grado de soledad y depresión que experimenten en sus vidas, de forma que las personas más religiosas son aquellas que presentan mayores sentimientos de soledad y depresión.
- B. El apoyo social religioso que los adultos mayores reciban por parte de su iglesia o creencia espiritual, se asocia significativamente con el nivel de soledad que perciban. Esto significa mayor es el grado de soledad que manifiesten, que mayor es la tendencia a buscar apoyo por parte de su comunidad religiosa.
- C. Existe una correlación directa entre las estrategias de afrontamiento, en especial el afrontamiento cognitivo, y la soledad que presenten los adultos mayores. Por otra parte, las personas que tienden a afrontar los problemas mediante la evitación, son aquellas que manifiestan un mayor grado de depresión.
- D. No existe relación significativa entre el bienestar espiritual y el ajuste psicológico (depresión y soledad). Sin embargo, se asocia significativamente el bienestar espiritual orientado hacia la relación con Dios con los sentimientos de soledad que los adultos mayores manifiesten, de forma que las personas que perciban un bienestar espiritual mayor como consecuencia de la aproximación con un ser superior, son aquellas que presentan un nivel inferior de soledad.

## IX. RECOMENDACIONES

- A. En futuras investigaciones dirigidas a la espiritualidad y religiosidad de los adultos mayores guatemaltecos, sería conveniente ampliar la muestra a otros programas de apoyo a este grupo social, así como a otros sectores de la sociedad, tales como instituciones, asilos, ámbitos laborales, etc. El perfil del adulto mayor que participó en este estudio constituyó el de personas activas y llenas de energía, con el suficiente ánimo de asistir a actividades de ejercicio, baile o entretenimiento.
- B. Dado a que los adultos mayores tienden a presentar problemas visuales y auditivos, es importante considerar que el tamaño de la letra en los cuestionarios sea la adecuada para ese grupo de edad, lo cual facilitaría la aplicación de los instrumentos. Asimismo, la estructura del cuestionario debe ser lo más clara y sencilla posible, con escalas que contengan un máximo de 3 ó 4 alternativas de respuesta para cada pregunta, y con el menor número de reactivos posibles, ya que para los adultos mayores se vuelve difícil prestar atención a tantos estímulos al mismo tiempo.
- C. Resultaría interesante realizar una investigación cualitativa sobre el tema de espiritualidad y religiosidad en los adultos mayores, para profundizar más sobre los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que conllevan las prácticas y creencias religiosas, así como los sentimientos de soledad y/o depresión que éstos manifiesten.
- D. Es ética y humanamente necesario contar con asistencia psicológica para los participantes que requieran ser reconfortados durante la aplicación de los instrumentos, ya que muchas personas se deprimieron ante preguntas que ahondaban acerca de sentimientos de soledad y depresión.
- E. Se recomienda controlar variables como sexo y religión en investigaciones futuras, ya que da la posibilidad de comparar resultados entre hombres y mujeres, así como entre adultos mayores pertenecientes a religiones o creencias espirituales divergentes.

## X. BIBLIOGRAFÍA

- Abraira, Víctor, *et al.* 1996. *Métodos multivariantes en bioestadística*. Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid, España.
- Allanan, M. y P. Kelley. 1992. *Final Gifts: Understanding te special awareness, needs, and communications of the dying*. Estados Unidos. Publishing History. Págs. 231.
- Álvaro, José. 1992. *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid, España. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Págs. 237.
- Álvaro, José, *et al.* 1992. *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid, España. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Págs. 268.
- Argyle, Michael. 1958. *Religious Behavior*. Gran Bretaña. The free Press. Págs. 196
- Arias de Blois, Jorge. 1992. *La vejez en Guatemala: un estudio demográfico*. Instituto de Investigaciones Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala. Pág. 6-78.
- Armadans, Inmaculada. 2002. *Actividad de ocio-turístico y personas mayores: Análisis de las diferencias sociales entre viajeros y no viajeros*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología. Barcelona, España.
- Barash, David. 1986. *El envejecimiento*. Barcelona, España. Biblioteca Científica Salvat. Págs. 230.
- Cáceres, Rhina. 2000. Estado de salud físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica. Costa Rica. Págs. 53.
- Canto, H. y E. Castro. 2004. *Depresión, autoestima y ansiedad en el adulto mayor : Un estudio comparativo. Enseñanza e Investigación en Psicología*. Xalapa, México. 9 (2).
- Cohen, Adam, *et al.* 2003. *Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young catholics and protestants*. [Estados Unidos].
- Craig, Grace. 1997. *Desarrollo Psicológico*. Séptima edición. México. Prentice Hall. Pág: 561-568.

- Craig, Grace. 2001. *Desarrollo Psicológico*. Octava edición. México. Prentice Hall. Pág: 561 a 627.
- Encinas Reza, Jaime Enrique. 2003. *Abatimiento funcional en el adulto mayor*. Módulos de capacitación a personal de centros de atención integral del adulto mayor. Tomo 1. Grupo Ermitia Alzheimer de Guatemala y Universidad Galileo. Págs. 169.
- Erikson, Erik. 1994. *Un modo de ver las cosas: Escritos selectos de 1930 a 1980*. México. Fondo de Cultura Económica. Págs. 686.
- Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad.
- Estrada, Gustavo. *Diplomado a distancia: Promoción de la salud en el adulto mayor. Unidad I. La salud en el adulto mayor, su promoción y atención*. Guatemala. Págs. 149.
- Guatemala. 2003. *Características de Población y Habitación*. Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Feldman, Robert. 1998. *Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana*. Tercera Edición. México. McGrawHill. Págs. 646.
- Fernández, Sonia *et al.* 2001. *Factores psicosociales presentes en la tercera edad*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. [La Habana, Cuba]. 39 (2).
- Franca-Tarragó, Omar. *La investigación en la psicología de la religión*.
- Frankl, Viktor. 1999. *El hombre en busca del sentido último: El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. Barcelona, España. Paidós. Págs. 236.
- Fry, P.S. 2000. *Religious involment, spirituality and personal meaning for life: existencial predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders*. Aging & Mental Health. [Canadá] 4 (4): 375-387.
- Fuentes, M. y A. García. 2003. *Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor*. Revista del Hospital General "La Quebrada". [Cuautitlán, México]. 2 (1): Pág. 25-29.

- Gala León, et al. 2002. *Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual*. Cuadernos de Medicina Forense [Sevilla, España] 30.
- Herrera, Adela. 1999. *La vejez no es una enfermedad*. Revista Médica. [Santiago, Chile] 10 (3).
- Informe de Desarrollo Humano 2002. Guatemala: Desarrollo humano, mujeres y salud*. Naciones Unidas. Guatemala, Guatemala.
- Informe de Desarrollo Humano 2003. Guatemala: Una agenda para el desarrollo humano* Naciones Unidas. Guatemala, Guatemala.
- Informe de Desarrollo Humano 2005. Diversidad Étnico-Cultural: La ciudadanía en un Estado plural*. Naciones Unidas. Guatemala, Guatemala.
- Juárez, P. 2005. «Filosofía» *El Periódico* [Guatemala]. 5 de abril.
- Leichtentritt, R. y K. Rettig. 1999. *Meanings and attitudes toward end of life preferences in Israel*. Death Studies. 23.
- Long, D. y S. Elghanemi. 1987. *Religious correlates of fear of death among saudi arabians*. Death Studies. 11: 89-97.
- Lugones, Miguel. 2002. *Algunas consideraciones sobre la calidad de vida*. Revista Cubana de Medicina General Integral. [La Habana, Cuba]. 18 (4).
- Kübler-Ross, Elisabeth. 1969. *On death and dying*. New York, Estados Unidos.
- Mahoney, M. y G. Graci. 1999. *The meanings and correlates of spirituality: Suggestions from an exploratory survey of experts*. Death Studies. [Estados Unidos] 23.
- Maki, Alicia. 2005. *The relationship between spirituality and successful aging among older minority women*. Estados Unidos.
- Marrone, Robert. 1999. *Dying, mourning, and spirituality: A psychological perspective*. Death Studies. 23 (6).
- McFadden y Gerl. 1990. *Approaches to understanding spirituality in the second half of life*. Generations. 14 (4).

- McGrath, Pam. 2003. *Religiosity and the challenge of terminal illness*. *Death Studies*. [Australia] 27: 881-899.
- Mckenzie, John. 1957. *Nervous disorders and religion*. Estados Unidos. Collier Books. Págs. 160.
- Montalvo Toro, Jessica. 1997. *La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento*. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 29 (3): 459-473.
- Montero. M. y L. Sierra. 1996. *Escala de Bienestar Espiritual: Un estudio de validación*. *La Psicología Social en México* [México]. VI: 28-33.
- Mora, M. et al. 2004. *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. *Revista MH salud*. [Costa Rica]. 1 (1).
- Papalia, Diane. 1992. *Desarrollo Humano*. Cuarta Edición. México. McGraw-Hill.
- Parker et al. 2003. *Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults*. *Aging & Mental Health*. [Estados Unidos] 7 (5): 390-397.
- Payne, Barbara. 1990. *Research and theoretical approaches to spirituality and aging*. *Generations*. 14 (4).
- Pérez, M. y J. Yanguas. 1998 *Dependencia, personas mayores y familias: De los enunciados a las intervenciones*. *Anales de Psicología*. [Muncia, España] 14 (1).
- Pérez, J. y E. García. 2002. *Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad pastorita*. *Revista Cubana Enfermería*. [Cuba] 18 (3).
- Pinazo y Bueno. 2004. *Reflexiones acerca del final de la vida: Un estudio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años*. *Revista. Mul. Gerontol.* [Valencia, España] 14 (1): 22-26.
- Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM)*. 2005. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP). Guatemala.
- Raja Hernández, et al. 2002. *Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal sanitario (p.s.) ante la muerte*. *Cuadernos de Medicina Forense*. 29.

- Reyes, Carlos Alfonso. 1998. *Importancia de la religión en los ancianos*. Colombia Médica. [Cali, Colombia] 29 (4): 155-157.
- Reyes, Teresa *et al.* 2002. *Calidad de vida y envejecimiento*. Cuba.
- Rivera-Lidesma A. y M. Montero. 2005. *Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos*. Salud Mental. [México] 28 (6).
- Rivera-Ledesma A. y M. Montero. 2005. *Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos*. México.
- Rodríguez, Sandalio. 1989. *La vejez: historia y actualidad*. Salamanca, España.
- Sanduvete, Susana. 2004. *Calidad de vida en las personas mayores*. Apuntes de Psicología. [Universidad de Sevilla, España] 22 (2).
- Semino, Eugenio. *El falso paradigma de la construcción de la vejez: transición demográfica*.
- Thomas, Hans. 2002. *Haciéndole frente al estrés en la vejez*. Revista Latinoamericana de Psicología. [Alemania] 34 (1-2): 41-54.
- Tomas-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. 2003. *Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte*. Revista de Psicología General y Aplicada [España, Barcelona] 56 (3): 257-279.
- Valencia, Hilda. 1998. *Plan operativo nacional de atención integral de la salud de las personas mayores*. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Valencia, Hilda. 1999. *El envejecimiento en Guatemala, situación actual*. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Velásquez, Jorge. 1993. *Tiempo nuevo para el adulto mayor: Un enfoque interdisciplinario*. Pág. 108-115. Santiago, Chile. Sandoz.
- Wasner *et al.* 2005. *Effects of spiritual care training for palliative care professionals*. Palliative Medicine. [Alemania] 19: 99-104.
- Ysern, José Luis. 1999. *Inteligencia emocional en el adulto mayor: Avances y desafíos para un enfoque integral*. Chillán, Chile.

Zuñiga, Elena. *et al.* 2004. *Mortalidad de la población de 60 años o más. La situación demográfica de México.*

**XI. APÉNDICE I:**  
**Consentimiento informado**

## **XII. APÉNDICE II: Instrumentos**