



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Religiosidad y Depresión en adultos mayores
institucionalizados de Lima Metropolitana**

TESIS

Para optar el título profesional de Psicóloga

AUTOR

Acosta Cruzado, Rocio del Pilar (0000-0001-6543-019X)

Sánchez Sánchez, Jennyfer Kelly (0000-0003-0021-057X)

ASESOR DE TESIS

Manzanares Medina, Eduardo Luis (0000-0002-3377-311X)

Lima, 14 de Setiembre de 2017

Resumen

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

Palabras Clave: Religiosidad; depresión; adulto mayor

Abstract

The main objective of the study was to know the relationship between religiosity and depression in the elderly living in old age homes in Lima Metropolitana. The sample consisted of 150 older adults, 88 women and 62 men; age range of the individual was 65 to 90 years (average of 77.84 years) from Peru. Participants were assessed with Age universal I-E 12 (Simkim & Etchezahar, 2013) and Geriatric Depression Scale (GDS-15) (Gómez-Angulo & Campo-Arias, 2011). The results revealed that the Social Religious Orientation has a weak and significant correlation with Depression, while Personal Religious Orientation has no significant correlation with Depression; thus resorting in rejecting the hypothesis raised. Likewise, results of the correlations between the variables according to the socio-demographic record were obtained. Implications and suggestions for future research were discussed.

Keywords: Religiosity; depression; elderly

Tabla de Contenido

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS.....	5
INTRODUCCION	6
METODO	18
PARTICIPANTES.....	18
MEDIDAS	20
<i>Ficha Sociodemográfica</i>	20
<i>Age Universal I-E 12</i>	20
<i>Escala de Depresión Geriátrica (GDS – 15)</i>	23
PROCEDIMIENTO	26
RESULTADOS.....	28
EVIDENCIAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA AGE UNIVERSAL I E 12.....	28
EVIDENCIAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (GDS-15).....	32
DISCUSION	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
APENDICE 1.....	57
APÉNDICE 2.....	58
APENDICE 3.....	59
APENDICE 4.....	60

Índice de tablas

Tabla 1 Características demográficas de la muestra	19
Tabla 2 <i>Análisis de Componentes Principales de la Escala I-E-12</i>	22
Tabla 3 <i>Comparación de los Modelos de Dos y Tres Factores de la Escala I-E-12</i>	23
Tabla 4 <i>Matriz de correlaciones de la GSD-15 con rotación promax</i>	25
Tabla 5 <i>Análisis de Componentes Principales de la Escala I-E-12</i>	30
Tabla 6 <i>Correlación total de elementos corregida de la Orientación Personal de la Escala I-E-12</i>	31
Tabla 7 <i>Correlación total de elementos Corregida de Orientación Social de la Escala I-E-12</i>	31
Tabla 8 <i>Matriz Factorial de la Escala de Depresión Geriátrica GDS-15</i>	33
Tabla 9 <i>Correlación total de elementos corregidos de la GDS-15</i>	34
Tabla 10 <i>Prueba de normalidad para pruebas de correlaciones</i>	35
Tabla 11 <i>Prueba de normalidad para variables sociodemográficas</i>	35
Tabla 12 <i>Prueba de normalidad para la variable Sexo</i>	36
Tabla 13 <i>Prueba de normalidad para la variable Estado Civil</i>	36
Tabla 14 <i>Matriz de correlaciones de los componentes Orientación Personal, Orientación Social y Estado Deprimido con las variables</i>	39

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Gráfico de Sedimentación de la Escala Age Universal IE 12.....	29
<i>Figura 2.</i> Gráfico de Sedimentación de la Escala de Depresión Geriátrica.	33

Introducción

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. Esto se debe a un crecimiento rápido de la población adulta mayor (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2013).

Se entiende como población adulta mayor aquella que se ubica dentro del rango de la adultez tardía, es decir la que se inicia a los 65 años y se caracteriza por una serie de cambios físicos, cognitivos y sociales (Lefrancois, 2001). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016) la población de 65 y más años de edad en el país representa el 6,6% de la población total. En Lima Metropolitana, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2015), la población adulta mayor alcanzó el 7,4% de los 8 millones 894 mil 412 habitantes de población total. Asimismo, el Global AgeWatch Index ubica al Perú en la posición número 48 de 96 países con respecto al bienestar social y económico de los adultos mayores, teniendo como fortalezas el estado de empleo y salud, mientras que sus debilidades estarían la seguridad de ingresos y entornos adecuados para dicha población (HelpAge International, 2015).

Debido a los cambios físicos y sociales en la tercera edad, hay algunos ámbitos de la vida que se podrían fortalecer. No obstante, existen elementos, como las enfermedades, que pueden afectar el bienestar físico y psicológico (Urquiza, Arnold-Cathalifaud, Thumala & Ojeda, 2008). Una persona a esa edad debe adaptarse a las pérdidas (energía, vigor físico, amigos, parientes, trabajo, relación estrecha con los hijos), y a que para superarlo debe ser

capaz de enfrentar sentimientos difíciles de dolor y de tristeza (Mahaluf, Armando & Rosita, 1998).

A partir de estos elementos positivos o negativos inherentes de la edad avanzada, es importante que se analice el estado físico y psicológico en los adultos mayores (Manrique, 2014), los cuales presentan conexiones con el desarrollo de la religiosidad y espiritualidad. En la presente investigación se busca conocer la relación existente entre la religiosidad y la depresión en un grupo de adultos mayores que se encuentren institucionalizados en centros geriátricos o residencias en Lima Metropolitana.

En los últimos años, la esperanza de vida ha aumentado por acciones de prevención y la mejora de las condiciones de vida de la población peruana. En el caso de los adultos mayores, el proceso de envejecimiento en nuestro país ha ido incrementándose de forma sostenida, es así que en el 2010, 5.9% de la población era mayor de 65 años, actualmente representa el 6,6% y para el 2025 se estima que representarán el 8.6% de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2015).

Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas, entre ellas en términos de programas sociales, y en las instituciones que brindan servicios en geriatría y gerontología; de manera que dicha población acceda a una adecuada atención (MIMP, 2013).

La presente investigación representa un aporte en el marco de la psicología, especialmente dentro de la Psicología de la Religión y la Psicología Positiva, ya que intenta ampliar los conocimientos vinculados a los efectos de la religiosidad en el bienestar psicológico de las personas (Casullo, 2002). Las creencias religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés de estudio en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud desde mitad del siglo XX (González-Valdés, 2004); presentando a la religiosidad

como un componente en la vida del ser humano que podría influir positivamente en el adulto mayor puesto que diversas investigaciones indican que los adultos mayores con actividades religiosas soportan de mejor forma situaciones estresantes, gozan de mejor salud física y mental y viven más que otras personas sin ellas (Rivera Ledesma & Montero, 2005).

Por otro lado, personas que padecen síntomas depresivos tienden a buscar refugio en la religión (por ejemplo en atender a servicios religiosos o lectura de la biblia), lo cual podría incrementar su aparente religiosidad (Ferraro & Kelley-Moore, 2000).

Otro estudio realizado en relación con las variables es el de Koenig (1993 como se citó en Drucker, 2005), sobre la relación entre la ansiedad y las prácticas religiosas, el cual tuvo como resultado que la religión es un factor que posibilita una mayor sensación de bienestar, causando que haya una mayor relación social de los adultos mayores, esto a su vez genera una disminución de los síntomas tanto depresivos como ansiosos. Asimismo, este autor más adelante hizo un estudio en donde asoció los estados depresivos, la religiosidad intrínseca y la hospitalización; en donde se pudo concluir que la vivencia y la práctica religiosa intrínseca pueden ser factores predictores positivos de la remisión de la depresión, ya que los pacientes que tenían características depresivas empezaron a responder al tratamiento realizado en menor tiempo (30 semanas) que el grupo que no tenía dicha experiencia (47 semanas) (Drucker, 2005).

La importancia de las organizaciones religiosas para las personas mayores es notable. Según el estudio “Beliefs about God across Time and Countries” de Smith (2012), la creencia en Dios es mayor en adultos mayores (43%) que en menores de 27 años (23%). La trascendencia de la religión en la sociedad limeña indica que el 94.4% de la población es creyente (Compañía Peruana de Estudios de Mercado y Opinión Pública [CPI], 2014), por lo que son necesarios estudios que generen resultados relevantes y una ampliación de

conocimientos sobre los efectos psicológicos de la religiosidad en la salud mental de la sociedad creyente adulta mayor.

En ese sentido, a nivel social en base a las implicancias psicológicas referidas a la religión se podría plantear la inclusión del tema religioso o actividades de dicha índole dentro de los planes de servicios de las instituciones que albergan residentes adultos mayores.

Además, la presente investigación explorará el desempeño psicométrico de los instrumentos en población peruana de adultos mayores institucionalizados, en especial el desempeño del Age Universal I E 12, puesto que no se han encontrado investigaciones utilizando dicho instrumento.

Es importante establecer las diferencias entre los conceptos de religiosidad y espiritualidad. La religiosidad se plantea sobre dos aspectos; religión y espiritualidad, y ambas están vinculadas al individuo de alguna u otra manera (Hafeez & Rafique, 2013), ya que se ha observado que ambos representan categorías complementarias de modo que las personas pueden ser religiosas y espirituales así como espirituales pero no religiosas (Simkin & Etchevers, 2014). Es por ello que es necesario mencionar que estas son diferentes. Con respecto a la espiritualidad, ésta es usualmente definida como un constructo multidimensional, que describe la búsqueda del significado de la vida, un encuentro con lo trascendente, un sentido de comunidad, una búsqueda de lo que es realmente la verdad o el valor, un respeto y apreciación por lo misterioso de la creación y una transformación personal (Fernander, Wilson, Staton, & Leukefeld, 2005). En otras palabras, los sentimientos, creencias y comportamiento se relacionan con el hecho de buscar trascender.

Por otro lado, la religión es colectiva, particular y distinguida por los límites, encarnada en un nivel social y cultural; es decir que la religión es algo que se comparte con un grupo de personas, es necesaria la práctica para compartir este sistema y lo más importante es la

creencia en el dogma (Hafeez & Rafique, 2013). Dentro de la religiosidad, la espiritualidad es moldeada, y se expresa a través de una organización comunitaria o social (Koenig, George & Titus, 2004; Zinbauer & Pargament, 2005 como se citó en Barúa, 2014); y tienen un abordaje culturalmente institucionalizado, organizando así a las personas en un sistema cerrado de creencias y prácticas que refuerzan la espiritualidad, siendo un ejemplo la participación en los servicios religiosos (Dias, 2011).

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

Asimismo, entre los adultos mayores, los estudios indican que las creencias religiosas contribuyen a la búsqueda de un balance personal, además de dar mejores condiciones a los individuos para hacer frente con su dependencia y tendencia hacia el aislamiento (Chaves, Freire, Salgado, Mesquita, Santana & Alves, 2014); esto podría indicar que efectivamente podría existir una relación en la mejora del adulto mayor con respecto a lo que cree, ya que la religiosidad se vería como un tipo de soporte o como un contenedor en la vida del adulto mayor. Además, esta búsqueda de balance personal se relaciona con el incremento de la edad, en relación directa con la pérdida de la salud, de los seres queridos o de los bienes materiales; buscando generar bienestar físico y mental (Vázquez, 2001).

Sin embargo, investigaciones previas han identificado varios tipos de motivación religiosa (Wong – McDonald & Gorsuch, 2004), como la religiosidad intrínseca y extrínseca.

La primera ha sido definida como la vivencia de los valores y las creencias de la religión (McMahon & Biggs, 2012). En donde la persona internaliza la religión y la considera como la máxima motivación de su vida en donde esta es el foco central es decir que viven para y por ella (Stojkovic & Miric, 2012). Asimismo, puede ser entendida como el compromiso que hace la persona con Dios, es decir que las actitudes o creencias, la fe, la oración están ligadas a un estilo de vida en donde otras necesidades, son consideradas como de menor significación, y estas son traídas en armonía entre lo que creo y las prescripciones religiosas, para así internalizarlos y seguirlos plenamente, ligada a actividades solitarias (Koenig & Büsing, 2010).

La segunda, representa una motivación más externa en donde la religión es adoptada principalmente para obtener beneficios y ganancias, es decir que es más utilitaria para la persona (Wong – McDonald & Gorsuch, 2004). Lo anterior hace referencia a que la religiosidad extrínseca provee de seguridad, consuelo, distracción, estatus y auto justificación (Núñez-Alarcón, Moreno-Jiménez & Moral-Toranzo, 2011), lo que envuelve fines propios.

Lo dicho anteriormente tiende a ser dividido en dos formas: la primera es la extrínseca personal, en donde el factor que envuelve el uso de la religión como una ganancia de experiencias emocionales personales positivas como calma, consuelo y alegría (Stojkovic & Miric, 2012).

La segunda es la extrínseca social, en donde los individuos tienden a usar la religión como una herramienta para tener una ganancia personal y ganar popularidad, es decir que tiene un fin personal, buscando así tener una fuente de confort como rezar para tener protección o tranquilidad propia (Power & McKinney, 2014) y como un medio social (Simkin & Etchezahar, 2013). Es decir que se busca algo más allá de creer solo en Dios, sino que se

busca algo que pueda llenar necesidades propias. Además, ambas pueden fusionarse y aparecer en una sola persona (Ocampo, Romero, Saa, Herrera & Reyes – Ortiz, 2001).

La importancia de la religión prevalece en que las prácticas, la asistencia y la participación religiosa muestran aspectos positivos en el bienestar en adultos mayores (Valiente & García, 2010).

Maltby, Lewis y Day (1999) mencionan que existe una relación entre la religiosidad y el bienestar psicológico, este último está relacionado con los rasgos de ansiedad, depresión y autoestima.

Uno de los rasgos en los que este estudio se enfocará es la depresión, lo cual es un importante problema de salud pública entre el adulto mayor alrededor del mundo. En efecto, la Organización Mundial de la Salud (2016) refiere que la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

En nuestro medio, se estima que la prevalencia de depresión en la población adulta mayor en Lima Metropolitana es de 9.8%, una prevalencia mayor que la hallada en jóvenes (8.6%) y en adultos (6.6%) (Juárez, León & Alata, 2012). Por otro lado, las carencias económicas, afectivas y sociales, lleva a los adultos mayores a vivir en auspicios y albergues, lo cual afecta su sentimiento de valía, bienestar y felicidad (Arias, Yopez, Núñez, Oblitas, Pinedo, Masías & Hurtado, 2014). Por ejemplo, la más alta prevalencia de síntomas depresivos ha sido hallada en adultos mayores de 80 años, en personas mayores viviendo en centros de atención residencial y en personas con demencia (Conradsson, Rosedahl, Littbrand, Gustafson, Olofsson & Lövheim, 2013).

Asimismo, en una investigación realizada por González (2008), se encontró que el 14,89% de los adultos mayores internados en asilos mostraban niveles serios de depresión,

mientras que los adultos mayores que asistían a Centros del Adulto Mayor, no presentaban niveles significativos.

Sin embargo, la detección de la depresión en adultos mayores puede ser difícil ya que algunas personas e incluso algunos profesionales de la salud, señalan a la depresión como un hecho normal en el proceso de envejecimiento del ser humano (Gómez-Angulo & Campo-Arias, 2011; Riu, s.f.). Esta creencia ocasiona que los síntomas depresivos puedan pasar desapercibidos causando sufrimiento innecesario a aquellos no tratados, es decir que se crea una carga para el paciente, la familia, la comunidad y a su vez genera un incremento en el gasto económico (Wiese, 2011).

Existen otros factores que dificultan la detección de la depresión en el adulto mayor, entre ellos se encuentra la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes o enfermedad de Parkinson, cardiopatías (Tanner, 2005; Unsar & Sut, 2010), hipotiroidismo, enfermedad de Alzheimer (Becerra et al., 2010), cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis (Martínez, Martínez, Esquivel & Velasco, 2007; Riu, s.f.); el aislamiento social, un comienzo insidioso de los síntomas y la ausencia ocasional de ánimo deprimido obvio (Berger et al., 1998, Gallo et al., 1997, Lebowitz et al., 1997 como se citaron en Almeida & Almeida, 1999).

Por ello, la Asociación Psiquiátrica Americana (2014) refiere que la depresión se caracteriza por una pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a la persona a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Debido a lo anterior, Becerra et al. (2010) indican que los profesionales de la salud deben identificar primero aquellos aspectos de la vida que solía disfrutar el paciente, por ejemplo: ver televisión, recibir visitas, la compañía de los miembros

más jóvenes de la familia, escuchar música, etcétera, y posteriormente interrogarle sobre su capacidad de disfrute actual de tales situaciones.

Por otro lado, la depresión presenta una sintomatología asociada a una pérdida o ganancia de peso significativa, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), falta de energía (anergia), disminución de concentración, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (APA, 2014; Riu, s.f.). Asimismo, la depresión geriátrica es usualmente acompañada de experiencias subjetivas los cuales engloba problemas degenerativos en donde se ven implicadas las dimensiones tanto físicas (menos ejercicios físicos, osteoporosis), mentales (pérdida de memoria, demencia) y sociales (no salen mucho, jubilación) (Adegoke, 2014), síntomas que son menos frecuentes en los jóvenes.

A su vez, otro factor importante de realizar un diagnóstico diferencial es que la depresión en el adulto mayor suele estar encubierta por síntomas somáticos, que suelen ser el principal motivo de consulta y que pueden ser parte del trastorno depresivo o como la acentuación de síntomas de otras enfermedades concomitantes; entre ellos están los dolores, el cansancio, alteraciones en la alimentación y el sueño (Artiles & López, 2009). Otro gran problema es la confusión de demencia con depresión en el adulto mayor; el síndrome de pseudodemencia con un retardo psicomotor y una pasiva negatividad a responder apropiadamente tests cognitivos es depresión malinterpretada como demencia (Yesavage et al., 1983).

No obstante, en la depresión no solo están presentes manifestaciones físicas o emocionales, sino que como señalan Juárez, León y Alata (2012), la depresión repercute también sobre lo que el paciente opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento general. En tal sentido, la depresión también tiene un factor cognitivo, Beck,

Rush, Shaw y Emery (1983) plantearon una triada cognitiva con respecto a la depresión; en la que el paciente experimenta una visión negativa de sí mismo, considerándose una persona deficiente, inadecuada, inútil, con poca valía, llegando a rechazarse a sí misma; el segundo componente de dicha triada se refiere a una interpretación negativa de las experiencias, en las que el mundo se interpone en el logro de sus objetivos; y el tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro.

En este sentido, situaciones como que la jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente *productivo*, modificaciones en el modo de vida, restricciones del entorno social y aislamiento, así como pérdidas del cónyuge o amistades; pueden ser traducidas en vivencias angustiantes, generadoras de frustración y síntomas depresivos (Losada & Strauch, 2014).

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

Por otro lado, González (2004) plantea sobre la desvalorización social que hacen del adulto mayor; en la que la sociedad asocia a la vejez con decadencia física y mental; esa

descalificación de dicha etapa hace que el adulto mayor incorpore dichos pensamientos y se perciba con una imagen de incapacidad, de inutilidad social, de obsolescencia y de rigidez; dichos pensamientos hacen que el adulto mayor acepte su deterioro como algo fatal y que tienda a asumir una actitud de resignación y apatía frente a lo que le acontece, restringiéndose así cualquier iniciativa de superación.

A continuación señalaremos algunas investigaciones que han explorado la variable depresión. Por ejemplo, en la investigación realizada por Borda, Anaya, Pertuz, Romero, Suárez y Suárez (2013) para determinar el nivel de depresión en cuatro hogares geriátricos en Colombia, se detectó que de una muestra de 66 adultos mayores entre 65 a 95 años, existía una predominancia de una depresión leve (73%) y severa (56%) en los hogares geriátricos públicos; por otro lado, la prevalencia de depresión la obtuvo el grupo de 65 a 70 años con un 62.5% y en donde el sexo masculino tuvo un predominio de riesgo de depresión (40.8%).

De igual forma, en la investigación de Licas (2015) en un Centro de Atención Integral "Tayta-Wuasi", se detectó que de 73 adultos mayores de 60 años, el 58% presentaba depresión leve, predominando en el grupo de 65 - 69 años (27.3%). Por su parte, González y Robles (2011), determinaron que de 353 adultos mayores del Centro Residencial Canevaro, estos tenían un riesgo moderado de depresión, siendo el grupo etario de 60-80 años con el mayor riesgo; en donde las mujeres (28.1%) presentaban mayores índices de depresión de los hombres (22,2%).

El objetivo general de la presente investigación es establecer la relación existente entre religiosidad y depresión en adultos mayores entre los 65 a 90 años pertenecientes a asilos o albergues de Lima Metropolitana. Asimismo, comparar los niveles de depresión de dichos adultos mayores institucionalizados de Lima Metropolitana, según sexo, grupo etario, estado civil, grado de instrucción y tiempo de residencia en un albergue. Y comparar la

orientación de religiosidad personal o social según género, grupo etario, estado civil, grado de instrucción y tiempo de residencia en un asilo o albergue.

La hipótesis de la presente investigación es determinar la existencia de una correlación inversa entre las variables de religiosidad y depresión en el adulto mayor; es decir que a mayor nivel de religiosidad, menor será el nivel de depresión.

Con respecto a las investigaciones que consideran hay una correlación entre las variables, plantean que la religiosidad podría actuar como un posible factor protector ante sintomatología depresiva, ya que se ha encontrado la relación entre religiosidad con felicidad y bienestar (Al-Kandari, 2011). Asimismo, la religiosidad se presenta como un componente que influye positivamente en la vida del adulto mayor puesto que diversas investigaciones indican que los que hacen actividades religiosas soportan de mejor forma situaciones estresantes, gozan de mejor salud física y mental, y viven más que otras personas sin ellas (Rivera Ledesma & Montero, 2005). Por otro lado, personas que padecen síntomas depresivos tienden a buscar refugio en la religión. (Smith, McCullough & Poll, 2003).

Hay otras investigaciones en las que no se establece una relación entre religiosidad y depresión, puesto que las prácticas religiosas no estaban vinculadas a bajos índices de depresión. Cabe resaltar que en dichas investigaciones se tuvieron limitaciones en cuanto al método utilizado (Rivera Ledesma & Montero, 2005) y las características de la muestra (lugar de donde se tomó la muestra, la situación institucionalizada o no del adulto mayor), lo cual repercutió en los resultados finales. Por otra parte, Ardelit (2003) encontró que la religiosidad intrínseca estaba asociada negativamente con la depresión.

Método

Participantes

La población estuvo conformada por adultos mayores pertenecientes a centros residenciales o albergues de Lima Metropolitana. Para la selección de la muestra se realizó un muestro no probabilístico, es decir que las muestras no son representativas por el tipo de selección y se basan en supuestos general sobre la distribución de las variables en la población (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Asimismo, es de tipo intencional, el cual especifica que los elementos van a ser escogidos en base a los criterios o juicios pre-establecidos por el investigador (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

El cálculo del tamaño de la muestra fue delimitada por el programa estadístico G*Power, el cuál determinó un mínimo de 144 participantes, donde se asumió un poder estadístico de .95, asimismo se tomó un margen de error de .05 y un tamaño de efecto de 0.27.

Con respecto a este último parámetro, se analizaron estudios que evaluaran ambas variables; no obstante, en los estudios con el grupo poblacional de muestra si bien enunciaban que existía o no una correlación entre las variables, no especificaban dicho valor por lo que el valor del tamaño del efecto ha sido tomado de estudios que evalúen ambas variables pero no en adultos mayores. Por ello, se utiliza el valor de correlación de .27 del estudio de Alborzi y Samani (2001 como se citó en Safara & Bhatia, 2008).

La muestra final estuvo conformada por 150 adultos mayores, de los cuales 41.3% eran varones y 58.7% mujeres, con edades que fluctúan entre los 65 a 90 años de edad con una media de 77.84 años, provenientes en su mayoría de provincia (66.7%). Según su estado civil, la mayor parte son solteros (38.7%), seguidos de las personas viudas (36.7%). Por otro lado, 144 de los participantes profesan una religión, siendo gran parte de ellos pertenecientes a la religión católica (86.0%), seguidos de los que profesan la religión evangélica (7.3%). En cuanto a su grado de instrucción, la mayoría tienen estudios secundarios (36.0%) o primarios (28.0%). Además, según el tiempo de residencia en un centro o albergue, la mayor parte de los participantes tienen un tiempo de residencia de 1 a 5 años (48.7%), seguidos de quienes han residido menos de 1 año (26.0%) y entre 6 a 10 años (18.0%) (ver Tabla 1).

Tabla 1

Características demográficas de la muestra

Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Hombre	62	41.3
	Mujer	88	58.7
Edad	65 – 76 años	60	40.0
	77 – 90 años	90	60.0
Lugar de Nacimiento	Lima	50	33.3
	Provincia	100	66.7
Estado Civil	Casado	26	17.3
	Viudo	55	36.7
	Soltero	58	38.7
	Divorciado	11	7.3
Profesa una religión	Si	145	96.7
	No	5	3.3
Religión	Católico	130	86.7
	Mormón	0	0
	Testigo de Jehová	1	0.7
	Evangélico	11	7.3
	Judío	2	1.3
	Otro	1	0.7
	No tiene religión	5	3.3
Grado de Instrucción	Primaria	42	28.0
	Secundaria	54	36.0
	Superior Técnico	25	16.7
	Superior Universitario	29	19.3
Tiempo de estancia en el centro	Menos de un año	39	26.0
	1 – 5 años	73	48.7
	6 - 10 años	27	18.0
	11 - 15 años	8	5.3
	16 – 23 años	3	2.0

Medidas

Ficha Sociodemográfica La ficha sociodemográfica fue destinada para el recojo de datos que han sido identificados como relevantes para el estudio de religiosidad y depresión. En tal sentido, se incluyó información respecto al sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, si el participante es creyente de alguna religión, grado de instrucción y tiempo de residencia en el centro residencial o albergue (ver Apéndice 1).

Age Universal I-E 12 de Simkim y Etchezahar (2013). La “Religious Orientation Scale” fue creado por Allport y Ross (1967), para estudiar así las diferentes escalas religiosas, ya que este es un proceso que controla y organiza el comportamiento de los individuos que se adhieren a una religión; para dicha escala proponen observar dos orientaciones que son la extrínseca e intrínseca.

Más adelante, Gorsuch y Venable (1983) desarrollaron la escala “Age Universal I – E Scale” de modo que los ítems sean comprensibles tanto para niños y adolescentes, para que esta escala sea aplicable de modo general. A partir de esas investigaciones Kirkpatrick, en 1988, empezó a reanalizar diferentes estudios sobre las escalas que medían la orientación intrínseca y extrínseca, descubriendo así que la orientación extrínseca tenía dos categorías, que son la extrínseca personal y la extrínseca social (Gorsuch & Mcpherson, 1989).

Seguidamente, Gorsuch y Mcpherson, en 1989, deciden hacer una revisión de la escala para confirmar que las nuevas orientaciones sean medidas por la escala, dando lugar a una estructura de tres factores (Gorsuch & Mcpherson, 1989). Más adelante, Leong y Zachar (1990), testearon la dimensionalidad de la escala I – E, hallando cargas factoriales cruzadas, por lo que eliminaron cinco ítems.

Finalmente, Maltby (1999) decidió continuar con dicho trabajo, eliminando tres ítems más, dos por contenido antiguo y uno por no reflejar ningún aspecto de religiosidad. A esta

nueva estructura la denominó “Age universal I-E-12”. Es en el 2002, que Matby la pone a prueba mediante modelos de ecuaciones estructurales en una muestra de 4160 participantes (Simkin & Etchezahar, 2013). Esta muestra estuvo conformada por 1702 hombres y 2458 mujeres, de diferentes países (como EE.UU, Inglaterra, etc.). Las edades iban de 12 a 68 años de edad. Se hace un procedimiento de análisis múltiple de la varianza para ver si había mayores efectos. Asimismo, se realizó un análisis confirmatorio para ver las discrepancias entre el modelo de dos factores y el de tres factores, en donde este último da una explicación adecuada a la data (GFI = .95, NFI= .97 y CFI = .97) (Maltby, 2002).

Esta escala incluye preguntas relacionadas con dos aspectos simultáneos de la orientación religiosa en las personas: primero, la religiosidad intrínseca (consiste en promedio de 6 ítems) que evalúa creencias, actitudes y fe religiosa (ejemplo: trato de vivir la vida muy de acuerdo con mis creencias religiosas); segundo, la religiosidad extrínseca (consiste en promedio de 6 ítems, haciendo la división de la religiosidad personal (3 ítems) y la religiosidad social (3 ítems) que evalúa aspectos de las relaciones sociales (ejemplo: voy a la capilla o iglesia porque me ayuda a hacer amigos) (Simkin & Etchezahar, 2013). Es una escala tipo Likert que evalúa desde 1 (estoy en completo desacuerdo) a 5 (estoy en completo acuerdo).

Para la presente investigación se trabajó con la adaptación de la escala en el contexto argentino, aplicada en un grupo de estudiantes universitarios que tenían un rango de edad de 18 a 42 años, trabajada por Simkin y Etchezahar en donde examinan la estructura interna de la prueba, concluyendo que esta es pertinente para el contexto argentino (Simkin & Etchezahar, 2013).

En cuanto al criterio de confiabilidad del instrumento adaptado, esta escala incluye en la religiosidad intrínseca una consistencia interna de .88 y en la religiosidad extrínseca para la

religiosidad personal una consistencia interna de .87 y la religiosidad social una consistencia interna de .79 (Simkin & Etchezahar, 2013).

En cuanto el criterio de validez, según Simkin y Etchezahar (2013) la varianza total de la investigación realizada fue de 70.30% distribuyéndose en un 28.80% para el primer factor (I), 22.70% para el segundo (ES) y 18.80% para el tercero (EP). Las cargas factoriales estuvieron distribuidas desde .61 a .95 (ver Tabla 2). Asimismo, para fines de la siguiente investigación, se ha realizado la siguiente tabla que muestra los ítems con sus cargas factoriales junto con su varianza total extraídas del estudio de Simkin y Etchezahar (2013).

Tabla 2

Análisis de Componentes Principales de la Escala I-E-12

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Varianza Total
Orientación Intrínseca				
1. Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión	.96			
3. Me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas	.75			
5. He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios	.69			
7. Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre el sentido de la vida	.67			
9. Disfruto leyendo sobre mi religión	.66			
11. Es importante para mí para tiempo pensando y rezando en privado	.61			
Orientación Extrínseca – Social				
2. Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos		.91		
6. Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco ahí		.86		
10. Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos		.78		
Orientación Extrínseca – Personal				
4. Rezo principalmente para conseguir alivio y protección			.88	
8. Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza			.86	
12. Rezar es para obtener paz y felicidad			.80	

Notas. Se realizó rotación Oblimin

Asimismo, luego de la obtención de resultados con el Análisis factorial exploratorio

(AFE) se decidió hacer un análisis factorial confirmatorio (AFC) para así poder hacer una

comparación de los datos a los modelos de dos dimensiones trabajados por Allport y Ross en 1967 con el modelo de tres dimensiones trabajado por Gorsuch y Mcpherson en 1989 y el revisado por Maltby tanto en 1999 como en el 2002. Además, se hizo uso como método de estimación, el de máxima verosimilitud (ML) y la corrección de los datos no normales se realizó a través de la estimación robusta de Satorra – Bentler (S – B) (ver Tabla 3).

Tabla 3

Comparación de los Modelos de Dos y Tres Factores de la Escala I-E-12

	$\chi^2_{gl}^*$	S-B $\chi^2_{gl}^*$	S-B/ χ^2	NNFI	CFI	IFI	RMSEA
Dos factores	324.83 (53)	278.67 (53)	5.25	.81	.85	.85	.135
Tres factores	150.60 (51)	89.76 (51)	1.76	.97	.97	.97	.057

* $p < 0,001$

Se destaca una alta correlación entre la orientación religiosa Intrínseca y la orientación Extrínseca Personal, $r(277) = .69$. Por otra parte, mientras la correlación entre los factores Intrínseca y Extrínseca Personal fue moderada, $r(274) = .39$, la correlación entre Extrínseca Social y Extrínseca Personal fue baja, $r(274) = .24$.

En el Apéndice 2 se podrá observar la prueba Age Universal I E – 12.

Escala de Depresión Geriátrica (GDS – 15) de Gómez-Angulo y Campo-Arias, (2011). La Geriatric Depression Scale (GDS -15) fue creada por Yesavage, et al. (1983), con el propósito de desarrollar una escala validada que fuese diseñada para medir los niveles de depresión en adultos mayores como un método de screening, a partir de ello ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. Para este trabajo de investigación se ha utilizado la versión corta de 15 ítems creada el 1986 por Yesavage y

Sheikh, en la cual se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS (30 ítems) que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación.

La escala tiene un patrón de respuesta dicotómico (respuestas sí o no), lo que facilita su administración (duración aproximada de 5 minutos) y calificación. Asimismo, indaga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, dejando de lado aspectos somáticos, debido a su alta prevalencia en adultos mayores.

De los 15 ítems, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa (Kurlowics & Greenberg, 2007).

De la versión original de la prueba realizada por Sheikh y Yesavage en 1986, su muestra estuvo conformada por 100 participantes estadounidenses mayores de 55 años residentes en centros geriátricos y albergues ($N=40$) y pacientes de geriatría bajo tratamiento ($N=60$). Esta versión original cuenta con una consistencia interna de .94 comparada con un .87 de la Escala Autoadministrada de Depresión (SDS) y un .90 de la Escala de Valoración sobre Depresión de Hamilton (HRSD). En relación con el puntaje total, el GDS presenta una correlación entre sus ítems y el puntaje de .56 (rango .32 - .83). Y una correlación inter-ítem de 0.36. Por otro lado, presenta una confiabilidad de test – retest, con pacientes que completaron el cuestionario dos veces en un lapso entre 1 semana, de .85 ($p<.001$). Además, presenta una sensibilidad y especificidad para detectar depresión de 84% y 95%, respectivamente.

Para el siguiente estudio, se utilizará la versión adaptada de Gómez-Angulo y Campo-Arias (2011), cuya muestra consistió en 105 adultos colombianos mayores de 60 años,

residentes en 5 centros comunitarios de asistencia integral en donde excluyeron a participantes con deterioro cognitivo.

Esta versión indica para el GDS-15 presentó una consistencia de .78 determinada con la fórmula 20 Kuder-Richardson, una confiabilidad de constructo de .87 determinada por la fórmula de Mosier. La prueba de esfericidad de Bartlett, para la exploración de la estructura factorial mostró un $\chi^2 = 390.80$; $gl = 105$; $p < .001$. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin tuvo un coeficiente de .70. Se observaron dos factores principales (desesperanza y estado de ánimo deprimido) que explicaban el 37.10 % de la varianza total.

La solución factorial se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4

Matriz de correlaciones de la GSD-15 con rotación promax

Ítems	Factor I	Factor II
1. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	.72	
8. ¿Siente a menudo que no vale nada?	.68	
7. ¿Se siente feliz gran parte de su tiempo?	.66	
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	.65	
3. ¿Siente que su vida está vacía?	.62	
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	.56	
6. ¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar?	.55	
12. ¿Siente que vale poco en su actual condición?	.50	
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	.46	
9. ¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle?	.32	
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?		.74
2. ¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan?		.63
14. ¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual?		.61
13. ¿Se siente lleno de energía?		.46
11. ¿Piensa que es agradable estar vivo?		.42

En el Apéndice 3 se podrá observar la Escala de Depresión Geriátrica (GDS – 15).

Procedimiento

Para esta investigación se realizó una prueba piloto con adultos mayores con similares características a la muestra real, con el objetivo de evaluar si las indicaciones, ítems y de manera general, si el contenido era comprensible para evaluar si se realizarían modificaciones. Luego de la aplicación del piloto se obtuvieron los siguientes resultados: en primer lugar, no se realizaron modificaciones en el contenido debido a que no se encontraron variantes significativas que indicaran que los cuestionarios no se entendían. Asimismo, las características de la muestra piloto demostraron que ambos sexos (hombres, $N=16$ y mujeres, $N=24$) con edades entre los 65 a 90 años tuvieron una óptima comprensión del contenido, sin distinción de su procedencia (Lima, $N= 10$ y provincia, $N= 30$).

Con la finalidad de acceder a la muestra real, se contactó vía telefónica con los centros geriátricos o residencias, a los cuales se les hizo mención del propósito de la investigación, y se hizo entrega de cartas de presentación de la universidad. Para la recopilación de datos, se visitaron los centros geriátricos o residencias y se procedió a seleccionar a los participantes, en el que se tuvo en cuenta como criterio de exclusión un deterioro cognitivo significativo debido a enfermedades neurodegenerativas o psiquiátricas.

La aplicación se realizó de manera individual, donde se les comunicó el propósito y el carácter confidencial del estudio, el tiempo de aplicación (tiempo no mayor a 25 minutos) y se resolvieron dudas existentes. Se pidió a cada persona que lea atentamente el consentimiento informado (ver Apéndice 4) y que firmaran si estaban de acuerdo, en caso contrario se agradeció por su colaboración. Teniendo el consentimiento de los participantes, se les indicó llenar la ficha sociodemográfica y completar ambos cuestionarios: el Age Universal (I-E 12) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) con la mayor sinceridad posible. Al finalizar la aplicación se agradeció a cada participante por el tiempo dedicado.

Cabe resaltar que muchos de los participantes no llenaron personalmente los cuestionarios, por lo que pidieron a las investigadoras que marquen las opciones de respuesta puesto que presentaban alguna limitación en la competencia lectora o de escritura. En dichos casos, la participación de dichos adultos mayores fue tomada como una entrevista en tanto las evaluadoras leían en voz alta los ítems y el participante enunciaba su respuesta; asimismo, cabe resaltar la ética del cuidado hacia los participantes puesto que muchos de ellos no solo enunciaban su respuesta sino comentaban libremente anécdotas personales; las evaluadoras respetaban dichos espacios para luego seguir con los ítems restantes.

Los datos obtenidos de la muestra fueron procesados con el programa estadístico SPSS 22. En primer lugar, se analizaron las evidencias de validez y confiabilidad de los cuestionarios empleados. Con respecto a la validez de la estructura interna, se empleó un análisis funcional exploratorio y la confiabilidad se obtuvo mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach. Luego, se realizó un reporte de los estadísticos descriptivos del cuestionario Age Universal I-E 12 y de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS – 15) según factores.

Posteriormente, se realizó el análisis de normalidad correspondiente, utilizando el estadístico Kolmogorov-Smirnov para determinar el uso de una prueba de correlación paramétrica o no paramétrica. Puesto que las variables no cumplieron con el principio de normalidad se utilizaron las pruebas no paramétricas de Spearman, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Finalmente, se consideraron para la interpretación aquellas correlaciones estadísticamente significativas.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados correspondientes a los análisis de las propiedades psicométricas de ambas escalas.

Evidencias de validez y confiabilidad de la Escala Age Universal I

E 12

Para realizar el reporte que evidencia la validez relacionada a la estructura interna de la Escala Age universal I E 12 se efectuó un análisis de ejes principales con rotación Oblimin con normalización Kaiser. Previamente, se calculó la medida de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) la cual evalúa hasta qué punto las puntuaciones en cada una de las variables son predecibles desde las demás (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). El KMO obtenido tiene un valor de .83, el cual es un valor considerado óptimo. Por otra parte, la prueba de esfericidad de Barlett resultó estadísticamente significativa, ya que se obtuvo un $\chi^2 = 693.65$, $gl = 66$, $p < .001$, que indica una relación alta entre las variables (ítems), por lo tanto se concluye que es pertinente llevar a cabo el análisis factorial.

En primer lugar, se procedió a extraer un número fijo de tres factores debido a que se trató de que coincida con los análisis factoriales en donde se hallaron soluciones trifactoriales, como las reportadas en investigaciones previas como la de Cattell (1966), Maltby (1999), y Shaw y Joshep (2004), en donde se obtienen autovalores mayores a 1 (Simkin & Echezahar, 2013). Puesto que como refiere Kirkpatrick en 1988, se descubre que es mejor hacer una división de tres factores debido a que se obtiene una mejor distribución de ítems y cargas (Gorsuch & Mcpherson, 1989).

No obstante, luego de hacer el análisis factorial considerando tres factores, dio como resultado que un ítem quedara aislado formando el tercer factor, con lo cual no podría haber sido considerado válido, ya que un ítem como factor único no es interpretable. Debido a esto, se decide trabajar con un análisis de cuatro factores pero tampoco se obtiene una distribución interpretable.

A partir de eso, se sigue lo sugerido por el gráfico de sedimentación (ver Figura 1) que recomienda la extracción de dos factores. Se tiene como resultado que el primer factor obtuvo un autovalor de 4.26 y una varianza explicada el 35.51%, y el segundo factor obtuvo un autovalor total de 1.24 con una varianza explicada de 10,33% lo cual da como varianza total acumulada 45.84%.

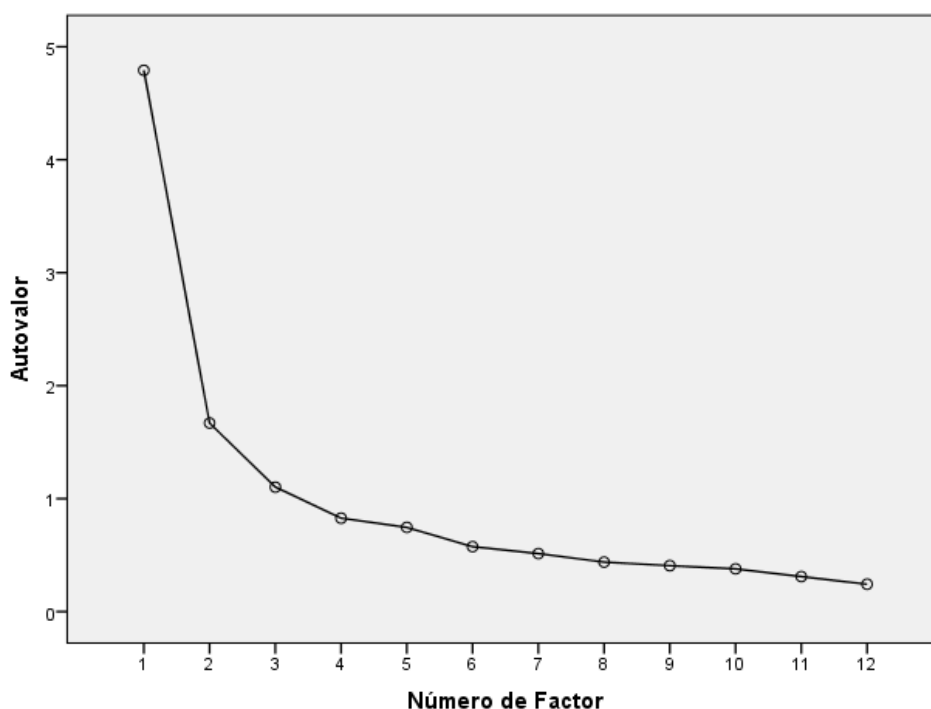


Figura 1. Gráfico de Sedimentación de la Escala Age Universal IE 12.

De esta manera, se decide trabajar con el análisis de dos factores porque es más factible de interpretar y tiene una distribución aceptable. Además, coincide con estudios

previos como el de Allport y Ross en 1967 (como se citó en Simkin & Echezahar, 2013) que también consideraban solo dos factores para su análisis factorial.

El primer factor une los factores de religiosidad Intrínseca y Extrínseca personal de la prueba original, por lo que se podría denominar factor de Orientación Personal, en donde se encuentran los ítems 12, 7, 1, 11, 8, 3, 4, 5 y 9; los cuales presentan cargas factoriales que oscilan entre .38 a .72, lo cual sugiere que son aceptables, ya que superan el .30 mínimo que recomiendan Tabachnick y Fidell (2013). Mientras que el segundo factor mantiene intacto los ítems del factor extrínseco social, que se podría denominar factor de Orientación Social, en donde se encuentran los ítems 10, 6 y 2, con cargas factoriales entre .65 a .83 (ver Tabla 5).

Tabla 5

Análisis de Componentes Principales de la Escala I-E-12

Ítems	Orientación Personal	Orientación Social
12. Rezar es para obtener paz y felicidad	.72	
7. Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre el sentido de la vida	.72	
1. Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión	.71	
11. Es importante para mí para tiempo pensando y rezando en privado	.70	
8. Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza	.68	
3. Me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas	.66	
4. Rezo principalmente para conseguir alivio y protección	.63	
5. He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios	.54	
9. Disfruto leyendo sobre mi religión	.38	
10. Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos		.83
6. Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco ahí		.77
2. Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos		.65

Con respecto a la confiabilidad de las puntuaciones obtenidas de la Escala I-E-12, el factor Orientación Personal obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de

.85. Asimismo, se obtuvo una correlación total de elementos corregida que tiene un rango que va de .35 hasta .69, por lo que es considerada aceptable al ser mayores a .30 (ver Tabla 6).

Tabla 6

Correlación total de elementos corregida de la Orientación Personal de la Escala I-E-12

Ítems	Orientación Personal
7. Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre el sentido de la vida	.69
12. Rezar es para obtener paz y felicidad	.65
8. Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza	.63
1. Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión	.62
11. Es importante para mí para tiempo pensando y rezando en privado	.62
3. Me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas	.61
4. Rezo principalmente para conseguir alivio y protección	.55
5. He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios	.49
9. Disfruto leyendo sobre mi religión	.35
7. Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre el sentido de la vida	.69
12. Rezar es para obtener paz y felicidad	.65
8. Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza	.63

Por otro lado, con respecto a la confiabilidad del factor Orientación Social se obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .79. Asimismo, como se observa en la tabla 7, se obtuvo una correlación total de elementos corregida que tiene un rango que va de .56 hasta .67.

Tabla 7

Correlación total de elementos Corregida de Orientación Social de la Escala I-E-12

Ítems	Orientación Social
10. Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos	.67
6. Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco ahí	.65
2. Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos	.56

Evidencias de validez y confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Para realizar el reporte que evidencia la validez de la estructura interna de la Escala de Depresión Geriátrica se efectuó un análisis factorial exploratorio. Específicamente se realizó un análisis factorial de ejes principales con rotación promax. En el análisis se obtuvo un KMO de .75, que indica una relación óptima entre las variables (ítems). En la prueba de esfericidad de Barlett, se obtuvo un $\chi^2 = 326.64$, $gl = 55$, $p < .001$ lo cual indica que es pertinente llevar a cabo el análisis factorial (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

El análisis bajo el criterio de factorización de ejes principales dio como resultado seis factores que explicaron el 64.65% de la varianza total explicada; sin embargo, esto no puede ser interpretado de acuerdo a la estructura de la prueba original.

En ese sentido, se intenta con la extracción de dos factores como se aplica en la estructura del instrumento de la versión adaptada de Gómez-Angulo y Campo-Arias (2011). Sin embargo, el número de factores no era apropiado puesto que los ítems pertenecientes en la prueba original al factor 1, habían pasado a ser parte del factor 2 del análisis, esto indica que dichos factores no pueden ser interpretados. Por consiguiente, para confirmar que el número de factores con el que se procedería a trabajar fuese uno, se realizó un análisis adicional con el programa Factor Analysis 8.1, el cual recomendaba trabajar con un factor. Es por ello que se realiza un análisis factorial adicional de un solo factor con el programa SPSS 22, en el que se obtiene lo siguiente: el gráfico de sedimentación corrobora que es apropiado trabajar con un factor (ver Figura 2) y este obtiene un autovalor de 2.68 y una varianza total de 26.81%.

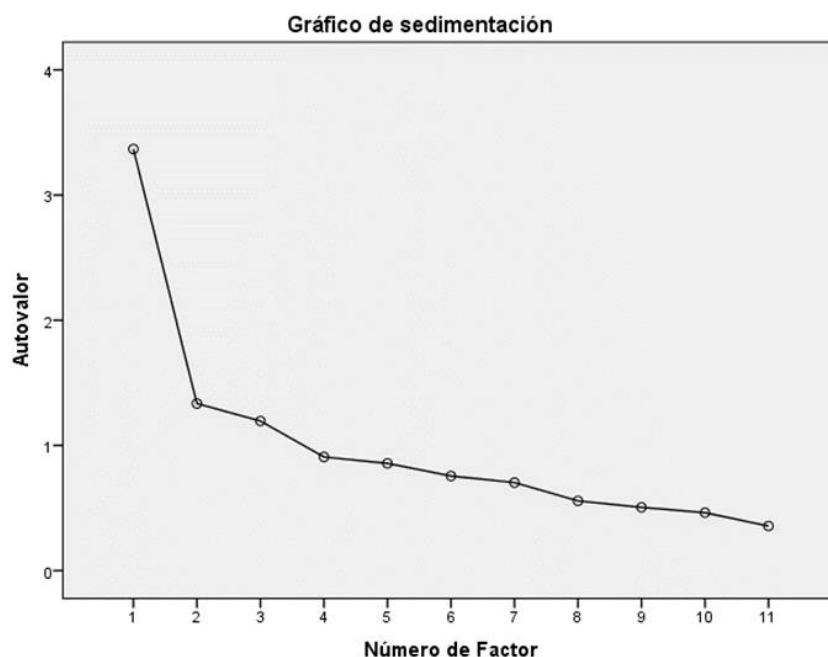


Figura 2. Gráfico de Sedimentación de la Escala de Depresión Geriátrica.

Este factor ha recibido la denominación de Estado Deprimido por el contenido de sus ítems, a su vez que como recomiendan Tabachnick y Fidell (2013) se han eliminado los ítems cuyas cargas factoriales sean menores a .30, es decir los ítems 1, 2, 7, 9 y 13. En la Tabla 8 se puede observar que las cargas factoriales de los ítems que responden al único factor oscilan entre .34 a .72, lo que sugiere que son aceptables.

Tabla 8

Matriz Factorial de la Escala de Depresión Geriátrica GDS-15

Ítems	Estado deprimido
12. ¿Siente que vale poco en su actual condición?	.72
3. ¿Siente que su vida está vacía?	.60
14. ¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual?	.57
11. ¿Piensa que es agradable estar vivo?	.52
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	.51
8. ¿Siente a menudo que no vale nada?	.50
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	.46
6. ¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar?	.42
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	.37
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	.34

Con respecto a la confiabilidad, la Escala de Depresión Geriátrica obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .76. La correlación total de elementos corregidos tiene un rango entre .29 y .61 lo cual será presentado en la Tabla 9.

Tabla 9

Correlación total de elementos corregidos de la GDS-15

Ítems	Estado deprimido
12. ¿Siente que vale poco en su actual condición?	.61
3. ¿Siente que su vida está vacía?	.52
14. ¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual?	.49
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	.46
11. ¿Piensa que es agradable estar vivo?	.44
8. ¿Siente a menudo que no vale nada?	.42
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	.38
6. ¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar?	.38
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	.34
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	.29

En cuanto a los estadísticos descriptivos de la escala I-E-12 se puede mencionar que la media del factor orientación social fue de 2.38 puntos, lo que indica que la población tiende a tener un nivel de religiosidad de orientación social media y con respecto al factor de orientación personal, se obtuvo una media de 3.74 puntos que indica que los participantes tienen una religiosidad de orientación personal alta. Por otro lado, acerca de los estadísticos descriptivos de la escala GDS 15 se puede mencionar que la media fue de 5.22 puntos, lo que indica que la población tiende a tener un nivel de depresión leve. En donde el 45.3% no presenta depresión, el 42.7% presenta depresión leve, el 10.0% presenta depresión moderada y el 2.0% presenta depresión grave.

Para determinar el tipo de distribución de los puntajes obtenidos en la muestra, se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov el cual permite conocer si nuestros datos se asemejan a una distribución normal o no. En relación a los factores de la Escala I-E- 12 y al único

factor de la Escala GDS – 15, se obtuvo que estos no estaban distribuidos normalmente (ver Tabla 10).

Tabla 10

Prueba de normalidad para pruebas de correlaciones

	Orientación Personal	Orientación Social	Estado deprimido
D	.09**	.13***	.16***
Sig. asintótica (bilateral)	.00	.00	.00

Asimismo, utilizándose el procedimiento antes expuesto, se realizó también el análisis de normalidad para los factores que conforman las variables edad, grado de instrucción y el tiempo de residencia en meses que llevan en el centro o albergue. En el que se obtuvo que las distribuciones de los puntajes obtenidos no se aproximan a una distribución normal (ver tabla 11).

Por lo tanto, se aplicara un estadístico no paramétrico específicamente la prueba de correlación de Spearman.

Tabla 11

Prueba de normalidad para variables sociodemográficas

	Edad	Grado de Instrucción	Meses
D	.14	.24	.24
Sig. asintótica (bilateral)	.00	.00	.00

Por otra parte, se realizó la prueba de normalidad para la variable sexo. A partir de ello, se determina que según la Orientación Social tanto el grupo de mujeres como el grupo de hombres obtienen puntajes que no se aproximan a una distribución normal. Además, cuando se compara según la Orientación Personal se obtiene que el grupo de hombres se acerca a la normalidad pero como en el grupo de mujeres no existe dicha normalidad, se puede decir que no se aproximan a una distribución normal. Asimismo, se hace una

comparación según el Estado Deprimido en donde ninguno de los grupos según sexo obtiene puntajes que se aproximen a una distribución normal. Esto concluye que se debe trabajar con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 12

Prueba de normalidad para la variable Sexo

	Mujeres		Hombres	
	D	Sig.	D	Sig.
Orientación Social	.13	.00	.13	.00
Orientación Personal	.09	.03	.11	.06
Estado Deprimido	.18	.00	.15	.00

Para la variable Estado Civil también se realizó una prueba de normalidad. En comparación con la Orientación Social se obtiene que tanto los casados y los divorciados, obtienen puntajes que se acercan a la normalidad; sin embargo, los puntajes para las personas viudas y solteras no se aproximan a una distribución normal. Además, cuando se compara con la Orientación Personal se obtiene que los puntajes para casados, solteros y divorciados, se acercan a la normalidad pero como en el grupo de viudos, no existe dicha normalidad, se puede decir que no se aproximan a una distribución normal. Asimismo, se hace una comparación con el Estado Deprimido en donde tanto casados, viudos, solteros y divorciados obtienen puntajes que no se aproximan a una distribución normal. Esto concluye que se debe trabajar con la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis.

Tabla 13

Prueba de normalidad para la variable Estado Civil

	Orientación Social		Orientación Personal		Estado Deprimido	
	D	Sig.	D	Sig.	D	Sig.
Casado	.14	.19	.11	.20	.17	.04
Viudo	.14	.00	.12	.03	.18	.00
Soltero	.13	.01	.08	.20	.15	.00
Divorciado	.16	.20	.20	.20	.36	.00

Además, se procede a conocer el nivel de depresión según el sexo y grado de instrucción.

Según el sexo, se obtiene que el grupo de mujeres presenta una media de 5.56, en donde el 42.0% presenta depresión leve, el 12.5% presenta depresión moderada, el 3.4% presenta depresión grave y el 42.0% no presenta depresión. Mientras que el grupo de varones tuvo una media de 4.74; el 43.5% presenta depresión leve, el 6.5% depresión moderada y el 50.0% no presenta depresión. A pesar de que dichos porcentajes no se diferencian significativamente, se puede señalar que el grupo de mujeres presenta mayor tendencia a desarrollar depresión moderada y grave que el grupo de varones; mientras que estos presentan mayor porcentaje de depresión leve o no presentarlo.

Con respecto al grado de instrucción, se obtiene que en el grupo de primaria, el 42.9% no presenta depresión, el 50.0% presenta una depresión leve y el 7.1% presenta una depresión moderada. De los participantes con estudios secundarios, el 37.0% no presenta depresión, el 44.4% presenta depresión leve, el 13% presenta depresión moderada y 5.6% presenta depresión grave. En el caso de los participantes con estudios superiores técnicos, el 52.0% no presenta depresión, el 32.0% presenta una depresión leve y el 16.0% presenta una depresión moderada. Y en el grupo con educación superior universitaria, el 58.6% no presenta depresión, el 37.9% presenta una depresión leve y el 3.4% presenta una depresión moderada. Por lo tanto, la mayoría de los participantes presentan un nivel de depresión leve; asimismo, aquellos con estudios hasta nivel secundario, presentaron mayores porcentajes en los 3 niveles de depresión que aquellos con estudios superiores.

A continuación, se procede a realizar un análisis correlacional entre los factores de Orientación Personal y Social de la Escala Age Universal I E 12 y el factor Estado Deprimido de la Escala de Depresión Geriátrica GDS 15.

Los resultados mostraron que el factor de Orientación Personal presenta una correlación débil y estadísticamente no significativa ($p = .13$) con la variable Estado Deprimido. Esto quiere decir, que no existe una relación significativa entre Orientación Personal y Estado Deprimido. (Ver Tabla 14)

Por otro lado, el factor de Orientación Social presenta una correlación débil y significativa ($p > .05$) con la variable Estado Deprimido. Por lo tanto, existe una relación significativa entre ambas variables, lo que quiere decir que a mayor Orientación Social habrá un mayor Estado Depresivo. (Ver Tabla 14)

Además, se realiza una correlación con los componentes del instrumento, teniendo así como resultado, que la variable Edad presenta correlaciones negativas y no significativas con los componentes Orientación Personal ($p < .41$), Orientación Social ($p < .47$) y Grado de Instrucción ($p < .13$), lo cual sugiere que no hay una relación significativa entre variables. Por otro lado, la variable Edad presenta correlaciones débiles y no significativas con los componentes de Estado Deprimido ($p < .24$) y Meses que lleva en la institución ($p < .51$). Lo que sugiere que no hay una relación entre las variables mencionadas anteriormente. (Ver Tabla 14)

A su vez, se realiza lo anterior con la variable Grado de Instrucción, la cual presenta correlaciones negativas y no significativas con los componentes Orientación Personal ($p < .69$) y la variable Meses en el centro o albergue ($p < .16$), lo cual sugiere que no hay una relación significativa entre variables. Por otro lado, la variable Grado de instrucción presenta correlaciones negativas y significativas con los componentes de Estado Deprimido ($p < .00$) y Orientación Social ($p < .00$). Lo cual sugiere que a mayor Grado de instrucción, menor Estado Deprimido, así como a mayor Grado de instrucción habrá una menor Orientación Social. (Ver Tabla 14)

Finalmente, se trabaja con la variable Meses en el centro o albergue, la cual presenta correlaciones débiles y no significativas con los componentes Estado Depresivo ($p < .505$) y Orientación Personal ($p < .087$). Por otro lado, tiene una correlación débil y significativa con Orientación Social ($p > .024$). Lo que sugiere que a mayor Meses en el centro o albergue, mayor será la Orientación Social.

Tabla 14

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

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

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

Para el caso con la variable Sexo se realizó las comparaciones respectivas con la U de Mann Whitney. Al comparar la variable Sexo con Orientación Personal ($U = 2.55$, $Z = -.56$, $p = .58$) se encontró que no existen diferencias significativas tanto en varones ($Md = 3.78$) como en mujeres ($Md = 3,83$). Además, no se encontraron diferencias significativas al comparar la variable Sexo con la Orientación Social ($U = 3.07$, $Z = 1.33$, $p = .18$), tanto en varones ($Md = 2.33$) como en mujeres ($Md = 2.00$). Finalmente, al Comparar la variable Sexo con el Estado Depresivo ($U = 2.47$, $Z = -.99$, $p = .32$) se encontró que no existen diferencias significativas tanto en varones ($Md = 2.00$) como en mujeres ($Md = 2.00$). Ante ello, se muestra como resultado que no existen diferencias significativas entre el grupo de mujeres y el grupo de varones.

Por último para el caso de la variable Estado Civil, se realizaron las comparaciones con la prueba H de Kruskal-Wallis. Para el caso de Orientación Social no se encontraron

diferencias estadísticamente significativas según estado civil ($\chi^2 = 2.67$, $p = .45$). En el caso de Orientación Personal no se encontraron diferencias significativas según estado civil ($\chi^2 = 3.96$, $p = .27$). Finalmente tampoco se encontraron diferencias significativas para Estado Deprimido ($\chi^2 = 7.24$, $p = .07$).

Discusión

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

Por ello, se planteó como objetivo establecer la relación entre religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana. Los resultados señalan que el factor de Orientación Social de la variable Religiosidad presentó una correlación débil y significativa con la variable Depresión; en donde a mayor tendencia por obtener ganancias sociales se observa un mayor Estado Deprimido. Mientras que el factor de Orientación Personal no presentó correlación con la Depresión. De esta manera, se rechaza la hipótesis planteada, puesto que para la muestra del estudio la religiosidad no estaría actuando como un factor protector frente a la depresión.

Con respecto a ello, estudios que examinan la influencia de la religiosidad en el estado psicológico sufren de ambigüedad conceptual, puesto que la religiosidad es un constructo de múltiples dimensiones, lo que ocasiona que el rol que juega en la dinámica depresión- estrés no sea clara (Kilbourne, Cummings & Levine, 2009). Asimismo, Florenzano et al. (2012) mencionan que la definición de religiosidad o espiritualidad ha sido sujeto de controversia.

Algunos investigadores plantean que tiene poco efecto sobre el bienestar subjetivo (Greeley & Hout 2006; Lim & Putnam, 2010), e incluso influye en la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad (Scheitle & Adamczyk, 2010).

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

En cuanto a la correlación de la variable religiosidad con las variables sociodemográficas, se obtuvo que en relación al tiempo de residencia en los centros geriátricos, a mayor tiempo de residencia existe una mayor Orientación Social. La interacción social de los residentes, al pasar un mayor tiempo en los centros, con sus compañeros genera una imagen de pertenencia; la religión en este sentido es utilizada como un medio para proveer participación en grupo y generar un status social (Singh, 2014). En donde los residentes más antiguos podrían acercarse a las actividades religiosas con el objetivo de generar nuevas amistades de nuevos residentes o en otros espacios. Si bien estas relaciones interpersonales significativas podrían jugar un rol vital para el adulto mayor, ya que al haber un reconocimiento de índole social, podría tener una implicancia en su autoestima y, por ende, en su identidad., en algunos casos, la participación en dichas actividades grupales de

índole religioso o con sus compañeros del albergue, podría ocasionar también la percepción de discapacidad ligada a la pérdida de sus capacidades físicas o intelectuales, influyendo en su de inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia (Duran, Orbegoz, Uribe & Uribe, 2008).

Con respecto al grado de instrucción, se obtuvo una correlación negativa y significativa con la Orientación Social y el Estado Deprimido, en donde a mayor grado de instrucción existiría una menor tendencia a la orientación social y a deprimirse. Para los adultos mayores, un mayor grado de instrucción estaría ligado al concepto de autoeficacia, en donde la persona se siente capaz de resolver conflictos, aportar soluciones, contar con otro tipo de pasatiempos y actividades de recreación (Ortiz & Castro, 2009). Esto se observa en nuestra muestra, debido a que más del 50% de los participantes que tienen estudios superiores técnicos y universitarios no presentan depresión. Por otro lado, aquellos con estudios de nivel escolar tanto de primaria (57.1%) y secundaria (63.0%) presentan depresión. Dichos resultados concuerdan con el contexto peruano, en donde se evidencia que los mayores de 60 años en su mayoría tienen un grado de instrucción de nivel escolar, lo cual ha sido una desventaja en su ingreso al mercado laboral, restringiéndoles de mayores ingresos, posibilidad de acceder al sistema de pensiones y mayor reconocimiento social (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, 2008). Por otro lado, en su correlación negativa con la religiosidad de orientación social, este mayor grado de instrucción estaría ligado a que al haber mantenido un rol social activo en el aspecto laboral, este adulto mayor tendría una percepción de ser más útil, con la posibilidad de interactuar con otros círculos sociales y con mayor valor para sus significativos cercanos (Cifuentes, 2005; Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen, 2006).

En relación a las demás variables sociodemográficas, no se encontraron correlaciones y diferencias significativas entre el grupo de mujeres y varones o según la edad, lo cual podría estar vinculado al hecho de que los participantes compartían las mismas condiciones y espacios dentro de los centros geriátricos. No obstante, de manera descriptiva si se presentaron diferencias, en donde el grupo de mujeres (57.9%) presentó un mayor índice de algún grado de depresión que el grupo de varones (50.0%). Dichos resultados son similares a los estudios obtenidos por Juárez, León y Alata (2010) con los residentes del asentamiento humanos de Viña Alta, los de González y Robles (2011) con los residentes del Centro Residencial Canevaro y los resultados de Fressia, Olazo y Zapata (2005) en el que señalan que el grupo de mujeres son las que presentan depresión moderada y grave en comparación con el grupo de varones.

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

Ante la multiplicación de casas de reposo para adultos mayores, se evidencia un panorama en donde no todas estas residencias cumplen con los requisitos mínimos de funcionamiento como lo estipula el Decreto Supremo N° 009-2010-MIMDES (MIMP, 2010),

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

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

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

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

Por otro lado, se podría incluir en la ficha sociodemográfica si el participante ingresó por voluntad propia o por su familia, si recibe visitas de sus familiares y la frecuencia del mismo, dicha recomendación parte del contenido que los participantes compartieron con las evaluadoras con respecto al apoyo familiar percibido, y cómo ello impactaba en ellos. A partir de esto, estudios con enfoque metodológico cualitativo podrían permitir analizar la

significación que tiene para los adultos mayores el participar de actividades religiosas en relación a su bienestar, así como el proceso de adaptación al mudarse a un centro residencial y otros factores que podrían contribuir en la aparición de sintomatología depresiva. Lo cual permitiría obtener datos que pueden enriquecer futuras investigaciones.

Referencias bibliográficas

- Adegoke, T. G. (2014). Geriatric Depression, Health Status and Loneliness influencing Psychosocial Well-Being of Elderly Persons from Selected Households in Ibadan, Nigeria. *Gender & Behaviour, 12*(3), 6256-6264
- Al-Kandari, Y. (2011). Religiosity, Social Support, and Health among the Elderly in Kuwait. *Journal of Muslim Mental Health, 6*(1), 81-98. doi: jmmh.10381607.0006.106
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 858-865.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 432-443.
- Ardelt, M. (2003). Effects of Religion and Purpose in Life on Elders' Subjective Well-Being and Attitudes Toward Death. *Journal of Religious Gerontology, 14*(4), 55-77.
Recuperado de: <http://users.clas.ufl.edu/ardelt/Effects%20of%20Religion%20and%20Purpose%20in%20Life.pdf>
- Arias, W., Yepez, L., Núñez, A., Oblitas, A., Pinedo, S., Masías, M. & Hurtado, J. (2014). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y Representaciones, 1*(2), 83-103. Recuperado de <http://ucsp.edu.pe/imf/wp-content/uploads/2014/12/Felicidadydepresionenancianos.pdf>
- Artiles, R. & López, S. (2009). Síntomas somáticos de la depresión. *SEMERGEN, 35*(1), 39-42.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Médica Panamericana.
- Barricelli, I., Sakumoto, I., Da Silva, L. & Araujo, C. (2012). Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 15*(3), 505-515.
- Barúa, J. (2014). *Religiosidad y Esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor* (Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5791>

- Becerra, M., Calleja, J., García, E., Sosa, A., Lozano, M., Medina, L. (...) & Trujillo, Z. (2010). Depresión en el adulto mayor: Guía de Consulta para el Médico General. Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano. México, D.F.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- Borda, M., Anaya, M., Pertuz, M., Romero, L., Suárez, A. & Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): Prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*, 29(1), 64-73. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a08.pdf>
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires, Paidós.
- Compañía Peruana de Estudios de Mercado y Opinión Pública [CPI] (2014). Estudio de Opinión Pública sobre Religión. Recuperado de: http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/23/OPNAC201407_01.pdf
- Conradsson, M., Rosendahl, E., Littbrand, H., Gustafson, Y., Olofsson, B., & Lövheim, H. (2013). Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 17(5), 638–645. doi: 10.1080/13607863.2012.758231
- Corsentino, E., Collins, N., Sachs-Ericsson, N., & Blazer, D. (2009). Religious Attendance Reduces Cognitive Decline Among Older Women With High Levels of Depressive Symptoms. *Journal of Gerontology*, 64, 1283-1289.
- Chaves, E., Freire, C., Salgado, V., Mesquita, A., Santana, F. & Alves, D. (2014). Quality of life, Depressive symptoms and Religiosity in elderly adults: A cross – sectional study. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 23(3), 648-655. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00648.pdf>
- Choy, M. (11 de octubre de 2015). Cuando llegar a ser adulto mayor se convierte en un desafío en el Perú. *La República*. Recuperado de: <http://larepublica.pe/impresamundo/709579-cuando-llegar-ser-adulto-mayor-se-convierte-en-un-desafio-en-el-peru>
- Cifuentes, P. (2005). Adulto mayor institucionalizado (Tesis de Pregrado de Trabajo Social).

- Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tesis.pdf;jsessionid=C095F9C279A6E6EC89F3E1FFE546F18C?sequence=1>
- Dias, C. M. (2011). *Religiosidade intrínseca e extrínseca: implicações no bem-estar subjetivo de adultos de meia-idade* [Religiosidad intrínseca y extrínseca: implicaciones en el bienestar subjetivo de adultos de mediana edad] (Tesis de Magíster no publicada). Universidade de Lisboa, Portugal. Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5131/1/ulfpie039715_tm.pdf
- Díaz, A., De la Torre, A., Heissenberg, D. & Gatti, G. (2011). Asociación entre depresión y religiosidad en ancianos institucionalizados. *Alcmeon*, 17(2), 129 - 135.
- Drucker, C. (2005). *Religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos: em um serviço de saúde mental de São Paulo, Brasil* (Tesis de maestría). Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Educação, Sao Paulo.
- Duran, D., Orbegoz, L., Uribe, A. & Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Univ. Psychol.*, 7(1), 263-270. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v7n1/v7n1a19.pdf>
- Fernander, A., Wilson, J., Staton, M. & Leukefeld, C. (2005). Exploring the Type-of-Crime Hypothesis, Religiosity, and Spirituality in an Adult Male Prison Population. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 49(6), 682-695. DOI: 10.1177/0306624X05274897
- Ferrando, P. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1793.pdf>
- Ferraro, K. F., & Kelley-Moore, J. A. (2000). Religious consolation among men and women: Do health problems spur seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39, 220-234.
- Flores, I. (2012). El Perdón y la Espiritualidad en pacientes oncológicos con respuesta favorable al tratamiento médico. En *Psicología Positiva*. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/psicologia/publicacion_psicologia_positiva_virtual.pdf.
- Flores-Pacheco, S., Huerta-Ramírez, Y., Herrera-Ramos, O., Alonso-Vázquez, O. F. & Calleja-Bello, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos

- mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 89-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221802007>
- Florenzano, R., Rodríguez, J., Sieverson, C., Cataldo, E., Pastorino, S., & Fernández, L. (2014). Suicidal risk, depression, and religiosity: A study of women in a general hospital in Santiago de Chile. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(1), 23-27. doi:10.1111/appy.12102
- Fressia, A., Obando, O. & Zapata, I. (2005). *Nivel de depresión según género y apoyo familiar en adultos mayores del programa de autocuidado de la municipalidad de Jesús María*. Tesis de Postgrado en Salud Pública. Universidad Peruana Unión, Lima.
- Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377008>
- González, C. (2004). *Niveles de depresión en un grupo de adultos de 60 a 80 años de un centro del adulto mayor y de un asilo de la ciudad de Lima* (Tesis Pregrado). Recuperado de la Biblioteca de la Universidad de San Martín de Porres (Código No. T 150 Z68G 2004).
- González, C. (2008). Depresión en adultos de 60 a 80 años de un centro del adulto mayor y de un asilo de la ciudad de Lima. *Nuevos Paradigmas*, 2, 47-62.
- González, M. & Robles, J. (2011). *Riesgo de depresión del adulto mayor según Test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro* (Tesis de pregrado en Enfermería). Universidad Wiener, Lima.
- González-Celis, A. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Moderno.
- González-Valdés, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7 (2), 19-29. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol-7no2art2.pdf>.
- Gorsuch, R. L., & Venable, G. D. (1983). Development of "Age Universal" I-E Scale. *Journal for The Scientific Study Of Religion*, 22(2), 181-187. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=0f057d39-d9dd-430e-8b54-b05859a2f542%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXNM%3d#db=a9h&AN=4902622>

- Gorsuch, R. L., & McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/Extrinsic Measurement: I/E-Revised and Single-Item Scales. *Journal for the Scientific Study Of Religion*, 28(3), 348-354. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=40272e88-00ff-4759-b9cf-32fbc632f367%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXM%3d#db=a9h&AN=4894199>
- Greeley, A. & Hout, M. (2006). “Happiness and Lifestyle among Conservative Christians”. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Hafeez, A & Rafique, R (2013). Spirituality and Religiosity as predictors of Psychological well – Being in Residents of Old Homes. *The Dialogue*, 3(3), 285-301. Recuperado de: http://www.qurtuba.edu.pk/thedialogue/The%20Dialogue/8_3/Dialogue_July_September2013_285-301.pdf
- HelpAge International. (2015). [Ilustración gráfica]. AgeWatch report card. Recuperado de: <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Peru>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México, D.F.: McGraw-Hill
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2016). *Informe Técnico N° 01: Situación de la Población Adulto Mayor: Octubre - Noviembre - Diciembre 2015*. Recuperado de: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015). *Estado de la Población Peruana 2015*. Recuperado de: http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf
- Juárez, J., León, A. & Alata, V. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH “Viña alta”–La Molina, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico*, 12(2), 28-31.
- Kilbourne, B., Cummings, S. & Levine, R. (2009) The influence of Religiosity on Depression among Low Income People with Diabetes. *Health & Social Work*, 34(2), 137 – 147.

- Koenig, H., George, L. & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 554-562.
- Koenig, H & Büssing, A (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A five ítem measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1, 78-85. doi:10.3390/rel1010078
- Krause, N. (2006). Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *J. Gerontol. Soc. Sci.*, 61, 35-43.
- Kurlowics, L. & Greenberg, S. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). *The Hartford Institute for Geriatric Nursing*, 4. Recuperado de: http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida* (8va ed.). México: Thomsom.
- Leong, F. T. L. & Zachar, P. (1990). An evaluation of Allport's Religious Orientation Scale across one Australian and two United States samples. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 359-368.
- Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.Y 2014* (Tesis de Pregrado en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
- Lim, C. & Putman, R. (2010). Religion, social networks, and life satisfaction. *Am. Sociol. Rev.*, 75, 914-933.
- López, B. (2012). Rol de la Persona Adulta Mayor en la familia y la sociedad, en tiempos de cambio. *Boletín de la Dirección de Fortalecimiento de las Familias*, 1(3), 11-13. Recuperado de: <http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/2012-3.pdf>
- Losada, A. & Strauch, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Revista electrónica de Psicogerontología*, 1(1), 48-62. Recuperado de: <http://46.29.49.1/~creanete/neu/articulos/articulo4.pdf>
- Mahaluf, J., Armando, N. & Rosita, M. (1998). *Reflexiones Psicológicas para el Adulto Mayor*. Programa para el Adulto Mayor, Colección Adulto Mayor. Pontificia Universidad Católica de Chile: Santiago de Chile.

- Maltby, J. (1999). The internal structure of a derived, revised, and amended measure of the Religious Orientation Scale: the 'Age-Universal' I-E Scale-12. *Social Behaviour and Personality*, 27, 407-412.
- Maltby, J., Lewis, C. & Day, L. (1999). Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. *British Journal of Health Psychology*, 4(4), 363-378.
- Maltby, J. (2002). The Age Universal I – E Scale - 12 and Orientation Religion: Confirmatory Factor Analysis. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 136:5, 555 – 560. doi:10.1080/0022398020960550
- Manrique, B. (2014). *Calidad de Vida relacionada con la Salud y Esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana* (Tesis pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Martínez, J., Martínez, V., Esquivel, C. & Velasco, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28.
- McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research*, 2, 126–136.
- McMahon, B. T. & Biggs, H. C. (2012). Examining spirituality and intrinsic religious orientation as a means of coping with exam anxiety. *Vulnerable Groups & Inclusion*, 3(12). doi:10.3402/vgi.v3i0.14918
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2010). Requisitos Mínimos para el funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para personas Adultas Mayores. Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/DS_009_2010_MIMDES.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables (MIMP). (2013). PLANPAN 2013 – 2017. Plan nacional para las personas adultas mayores. Recuperado de: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2015). Lima Metropolitana: Población de PAM por grupos quinquenales de edad, según departamento, provincia y distrito. Recuperado de: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/archivo/limametropolitana2015.pdf>

- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2008). Informe Anual del Empleo de las Personas Adultas Mayores – 2007. Recuperado de: http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/publicacion/estudio_laboral_PAM_2007.pdf
- Núñez-Alarcón, M., Moreno-Jiménez, M. P. & Moral-Toranzo, F. (2011). Modelo causal del prejuicio religioso. *Anales de Psicología*, 27, 852-861.
- Ocampo, J.M., Romero, N., Saa, H., Herrera, J.A & Reyes – Ortiz, C. (2001). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Colombia Médica*, 37(1), 26-30. Recuperado de: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc06033>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016, Abril). *La Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ortiz, J. & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de Enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004
- Pickard, J. & Guo, B. (2008). Clergy as mental health service providers to older adults. *Aging Ment. Health*, 12, 615-624.
- Power, L., & McKinney, C. (2014). The Effects of Religiosity on Psychopathology in Emerging Adults: Intrinsic Versus Extrinsic Religiosity. *Journal Of Religion & Health*, 53(5), 1529-1538. doi:10.1007/s10943-013-9744-8
- Reyes-Ortiz, C., Berges, I., Raji, M., Koenig, H., Kuo, Y. & Markides, K. (2008). Church Attendance Mediates the Association between Depressive Symptoms and Cognitive Functioning among Older Mexican Americans. *Journal of Gerontology*, 63, 480-486. <http://dx.doi.org/10.1093/geron/63.5.480>
- Riu, S. (coord.) (s.f.) Depresión en el mayor: Manejo y prevención de la depresión en el mayor. *Fundació Josep Laporte*. Recuperado de: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/100114163853.pdf>
- Rivera Ledesma, A. & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262807>

- Safara, M. & Bhatia, M. (2008). Relationship of Religious Beliefs with Anxiety and Depression. *Delhi Psychiatric Journal*, 11(2), 177-179.
- Salgado, C. (2012) *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3293/1/Salgado_la.pdf
- Scheitle, C. & Adamczyk, A. (2010). High-cost religion, religious switching, and health. *J. Health Soc. Behav.*, 51, 325-342.
- Simkin, H. & Etchevers, E. (2014) Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.*, 60(4), 265-275.
- Simkin, H. & Etchezahar, E. (2013). Las Orientaciones Religiosas Extrínseca e Intrínseca: Validación de la “Age Universal” I-E Scale en el Contexto Argentino. *Psykhé*, 22(1), 97-106. Recuperado de: http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/477/pdf_1
- Singh, S. (2014) Well- being and emotion regulation in emerging adults: The role of religiosity. *Indian Journal of Positive Psychology*. 5(1), 46-50.
- Smith, T. (2012). *Beliefs about God across Time and Countries*. Recuperado de: http://www.norc.org/PDFs/Beliefs_about_God_Report.pdf
- Smith, T., McCullough, M. & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614–636.
- Stojkovic, I. & Miric, J. (2012). Construction of a religious motivation questionnaire. *Psihologija*, 45, 155-170. doi:10.2298/PSI1202155S
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6th.ed.). Nueva Jersey: Pearson.
- Tanner, E. (2005). Recognizing Late-Life Depression: Why is this important for nurses in the home setting?. *Geriatric Nursing*, 26 (3), 145-149. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2005.03.020
- Unsar, S. & Sut, N. (2010). Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 50(1), 6-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.12.011>

- Urquiza, A., Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D. & Ojeda, M. (2008). ¿Hay diferencias en la manera en que observan hombres y mujeres a los adultos mayores, ancianas y ancianos? *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, 18, 1-19.
- Valiente, C. & García, E. (2010). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriátrica. *Psicogeriatría*, 2(3), 153-165. Recuperado de <http://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25550.pdf>.
- Vázquez, F. (2001). La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, 615-634.
- Wiese, B. (2011). Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BCMJ*, 53(7), 341-347. Recuperado de: <http://www.bcmj.org/articles/geriatric-depression-use-antidepressants-elderly>
- Wong-McDonald, A. & Gorsuch, R. L. (2004). A multivariate theory of god concept, religious motivation, locus of control, coping, and spiritual well-being. *Journal Of Psychology & Theology*, 32(4), 318-334. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=f9db4d92-5c43-4e77-9914-df91ab35e541%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXM%3d#db=a9h&AN=15409576>
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Yoffe, L. (2012). La religión y la espiritualidad en los duelos: desde la visión de la psicología positiva. En *Psicología Positiva*. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/psicologia/publicacion_psicologia_positiva_virtual.pdf.
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*, 12 (2), 53-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007>

Apéndice 1

Ficha socio-demográfica

Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

Edad: _____**Lugar de nacimiento:** _____**Estado civil:**

Casado(a) ()

Viudo(a) ()

Soltero(a) ()

Divorciado(a) ()

¿Profesa alguna religión?

Si ()

No ()

Si contesto **SI**, indique cuál:

Católico(a) ()

Mormón ()

Testigo de Jehová ()

Evangélico(a) ()

Judío(a) ()

Otro: _____

Grado de instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior Técnico ()

Superior Universitario ()

Tiempo de estancia en el centro: _____

Apéndice 2

Age Universal I-E 12

Lea con atención los siguientes enunciados. Marque su respuesta con un aspa (X) en las columnas dependiendo de cuan de acuerdo o desacuerdo se encuentre.

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión					
2. Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos					
3. Me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas					
4. Rezo principalmente para conseguir alivio y protección					
5. He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios					
6. Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco ahí					
7. Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre el sentido de la vida					
8. Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza					
9. Disfruto leyendo sobre mi religión					
10. Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos					
11. Es importante para mí pasar tiempo pensando y rezando en privado					
12. Rezar es para obtener paz y felicidad					

Apéndice 3

Escala de Depresión Geriátrica (GDS – 15)

Lea con atención las siguientes preguntas. Marque su respuesta con un aspa (X) en las columnas de Si o No.

Preguntas	Si	No
1. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?		
2. ¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?		
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar?		
7. ¿Se siente feliz gran parte de su tiempo?		
8. ¿Siente a menudo que no vale nada?		
9. ¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle?		
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?		
11. ¿Piensa que es agradable estar vivo?		
12. ¿Siente que vale poco en su actual condición?		
13. ¿Se siente lleno de energía?		
14. ¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual?		
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?		

Gracias por su participación

Apéndice 4

Consentimiento informado

Por medio del siguiente documento se le solicita su participación voluntaria en un estudio, que estará a cargo de las estudiantes Rocio Acosta Cruzado y Jennyfer Sánchez Sánchez de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. El objetivo del estudio es investigar la relación entre la religiosidad y depresión en adultos mayores en Lima Metropolitana.

Es importante que usted sepa que su anonimato está garantizado, puesto que cualquier información obtenida se mantendrá bajo confidencialidad ya que su nombre no aparecerá en ninguna publicación. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación.

Por otro lado, usted puede retirar su participación si así lo estima conveniente y sin necesidad de justificación alguna. La duración total de su participación será de unos 25 minutos aproximadamente.

De tener preguntas adicionales sobre su participación, puede contactarnos a:

Rocio Acosta Cruzado u813152@upc.edu.pe

Jennyfer Sánchez Sánchez u201011773@upc.edu.pe

Yo, _____ identificado con el documento de identidad número _____, expreso de forma voluntaria mi deseo de participar en la realización de este estudio:

() Acepto

() No acepto

Fecha: _____

Firma: _____