

FACTORES FAMILIARES Y RELIGIOSOS EN LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

FAMILY AND RELIGIOUS FACTORS IN DEPRESSION IN OLDER ADULTS

Selene Flores-Pacheco

Yolanda Huerta-Ramírez

Oswaldo Herrera-Ramos

Omar Fernando Alonso-Vázquez

Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría en Psicología, Residencia en Terapia Familiar, Facultad de Psicología, México, D. F., México

Nazira Calleja-Bello

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México, D. F., México

Recibido: Agosto 5, 2011

Revisado: Septiembre 24, 2011

Aprobado: Octubre 13, 2011

Este artículo recibió apoyo parcial por parte del proyecto DGAPA-UNAM-PAPIME PE304710, en el cual participó Nazira Calleja como colaboradora. Los autores contribuyeron de la siguiente manera al escrito: SFP, YHR, OHR y OFAV: proyecto, marco teórico, recolección y análisis de datos, elaboración de la versión inicial, y NC: revisión del proyecto, análisis de datos y redacción de la versión final. Dirigir la correspondencia a Nazira Calleja [ncalleja@camefe.com.mx].

RESUMEN

La presencia de sintomatología depresiva constituye uno de los problemas de salud más frecuentes en los adultos mayores, e impacta fuertemente su calidad de vida. Se ha encontrado evidencia de la influencia de los factores familiares, así como de los religiosos y espirituales, sobre la sintomatología depresiva. El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación de ambas variables con la depresión en adultos mayores. Los 141 participantes en el estudio, hombres y mujeres de 60 a 91 años de edad, residentes de la ciudad de México, contestaron tres instrumentos: la subescala de Ambiente familiar positivo de la Escala de Funcionamiento Familiar, el Inventario de Sistema de Creencias y la Escala de Depresión Geriátrica. Se encontraron correlaciones positivas significativas entre las variables de la familia (cohesión y comunicación) con los sentimientos antidepresivos, y correlaciones negativas con los síntomas depresivos. El factor de apoyo en la comunidad religiosa no resultó asociado con los síntomas depresivos ni con las variables familiares. La gran mayoría de los entrevistados dijeron practicar una religión y creer en la existencia de Dios. Algunas de las variables sociodemográficas registradas se relacionaron con los factores estudiados. Se discuten los resultados en términos de la necesidad de efectuar más investigación enfocada a las variables psicosociales, particularmente familiares y espirituales, que afectan el bienestar de los adultos mayores. *Palabras clave:* Depresión, adultos mayores, familia, espiritualidad, religión.

ABSTRACT

Depressive symptoms are one of the most common health issues in older adults, strongly impacting their quality of life. There is evidence of family factors influence, as well as religious and spiritual factors on depression symptoms. The aim of this study was to identify the relationship of both variables with depression in older adults. The 141 study participants, men and women aged 60- 91 year old, residents of Mexico City, responded three instruments: The Positive Family Environment Subscale, the Beliefs System Inventory, and the Geriatric Depression Scale. Significant positive correlations were found between family variables (cohesion and communication) and antidepressant feelings, and negative correlations with depressive symptoms. The support factor in the religious community was not associated with depressive symptoms or family variables. The vast majority of participants said they practice a religion and believe in the existence of God. Some of the sociodemographic variables recorded had effect on the studied factors. Results are discussed in terms of the need for more research focusing on psychosocial variables that affect the welfare of the elderly.

Key words: Depression, elder adults, family, spirituality, religion.

INTRODUCCIÓN

El control de la natalidad y la planeación familiar han traído un importante cambio sociodemográfico en la mayoría de los países del mundo. Además, los avances en la medicina y el aumento en la calidad de vida han incrementado la longevidad de las personas. De acuerdo con datos del INEGI (2005, 2010a, 2010b), entre los cambios y las tendencias más significativas en México destaca el proceso de envejecimiento demográfico, el cual se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas. Se calcula que para el año 2020, uno de cada ocho mexicanos será un adulto mayor, y que para el 2030 esta población representará uno de cada seis. Estos hechos nos colocan frente a una apremiante necesidad de comprender e incidir en los principales padecimientos físicos y psicológicos que enfrenta este creciente grupo de la población.

El envejecimiento constituye un proceso gradual y adaptativo que se caracteriza por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de su historia (Wilson-Escalante, Sánchez-Rodríguez & Mendoza-Núñez, 2009).

González-Celis y Padilla (2006) apuntan que la vejez es un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, como la etapa final

del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales; la presencia más evidente de estos cambios comienza a partir de los 60 o 65 años de edad. Algunas de las situaciones que se asocian a la vejez son, en la dimensión social, la pérdida del estatus laboral y económico, además de mayor aislamiento social, que se acentúa por la menor capacidad y recursos para adaptarse a las circunstancias; en la dimensión biológica, se presentan con mayor frecuencia enfermedades físicas, las cuales conllevan en la mayoría de los casos discapacidad; y en la dimensión psicológica, aparece el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva, poca capacidad para afrontar las pérdidas y un manejo inadecuado de los recursos psicológicos, lo cual en su conjunto impacta la calidad de vida y el funcionamiento general.

La depresión es un padecimiento que se presenta en diferentes etapas a lo largo del ciclo vital. Se estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a escala mundial y la primera en países desarrollados (Espinosa-Aguilar *et al.*, 2007). En las personas de la tercera edad, la depresión es uno de los padecimientos psicogeríatricos más frecuentes. En México, su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).

La depresión se caracteriza por pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, 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 (American Psychiatric Association, 1995). Este padecimiento se refleja en sintomatología como: cambios en el apetito o peso, modificación de los patrones del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos de suicidio (Organización Mundial de la Salud, 1996). Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunas personas con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (American Psychiatric Association, 1995).

Blazer (2010) efectuó una revisión de los factores que contribuyen a la depresión en los adultos mayores, entre los que se encuentran los biológicos (p. ej., lesiones cerebro vasculares y estrés crónico) y los psicosociales (p. ej., disponibilidad de redes sociales de apoyo). Las redes sociales de apoyo están constituidas por todas aquellas relaciones significativas que una persona ha establecido a lo largo de su vida, específicamente con su pareja, familiares cercanos, amigos y compañeros de trabajo. Éstas son especialmente importantes en la adultez mayor, toda vez que constituyen un importante recurso de afrontamiento de diversos estresores asociados con el envejecimiento, como los sentimientos de soledad, inseguridad y ansiedad; al tener una red social, el adulto mayor sabe que cuenta con alguien capaz de brindarle ayuda, cuidado y consejo (Rivera-Ledesma & Montero, 2009). Los adultos mayores que carecen de soporte sociofamiliar presentan más depresión y alteraciones cognitivas, así como un peor estado de salud percibido, en comparación con quienes cuentan

con una red social de apoyo (Litwin, 2006; Ruiz-Dioses, Campos León & Peña, 2008; Zunzunegui, Koné, Johri, Béland, Wolfson & Bergman, 2004). Se ha identificado que la viudez, como la falta de contacto social y el vivir solo, aumenta la presencia de sintomatología depresiva (Bojorquez-Chapela, Villalobos-Daniel, Manrique-Espinoza, Tellez-Rojo & Salinas-Rodríguez, 2009).

La familia y las obligaciones familiares representan un valor esencial en nuestra cultura (Baer, Prince & Velez, 2005). Mujeres y hombres mexicanos consideran que los valores primordiales para la familia deben ser la unión, la comunicación y el amor, además de que los principales beneficios de una familia integrada son la armonía en la relación, la comunicación y el amor (Álvarez, 2006). De acuerdo con Díaz-Guerrero (2007), la lealtad a la familia, el respeto a los padres y los intereses de la familia antes que los del individuo, siguen siendo significativos dentro de la cultura mexicana. El funcionamiento familiar es el estilo que tiene cada familia para afrontar problemas, expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio (Rivera-Heredia & Andrade, 2010). Cuando existe un vínculo emocional entre los miembros de una familia, las directrices se marcan con claridad y los límites, roles y jerarquías son los adecuados, se dice que existe cohesión familiar (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2006; Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez & Sanz, 2006; Polaino & Martínez, 2003). En un ambiente familiar positivo, la comunicación, la armonía, el respeto y las demostraciones de afecto favorecen la cercanía y la expresión de sentimientos entre los integrantes de la familia, así como el intercambio de información sobre cualquier cosa que se considere relevante (García-Méndez *et al.*, 2006). Sin embargo, el que las personas atribuyan importancia a la familia no es equivalente a estar totalmente satisfecho con su vida en ese ámbito (Salles & Tuirán, 1998). En el estudio realizado por Torres de la Paz (2005), se concluyó que el adulto mayor es más vulnerable a padecer síntomas depresivos cuando es integrante de una familia disfuncional.

Además de la influencia de los factores familiares en la salud física y mental de las personas, en la última década han surgido estudios que han

mostrado evidencia del efecto de las creencias y las prácticas espirituales, así como de la afiliación congregacional, sobre el bienestar (Walsh, 2009).

La dimensión espiritual es un constructo escasamente abordado en la psicología, debido a que se consideraba un tema propio de la religión y cuyo abordaje correspondía a áreas como la teología y la filosofía. No obstante, cada vez existen más estudios empíricos del fenómeno de la espiritualidad (Huerta-Ramírez, 2010).

Para Vázquez-Palacios (2001), la experiencia religiosa se encuentra imbricada en la vida cotidiana. La espiritualidad se incrementa con la edad, en relación directa con la pérdida de la salud, de los seres queridos o de los bienes materiales, y genera bienestar físico y mental, alivio y sentido a lo que paulatinamente le ocurre al anciano (Daleeman & Kaufman, 2006).

De acuerdo con Moxey, McEvoy, Bowe y Attia (2011), la espiritualidad y el involucramiento religioso tienen un impacto benéfico en la percepción de apoyo social de adultos mayores australianos y permite un mejor enfrentamiento ante la presencia de múltiples comorbilidades en la vejez. Roh (2010) encontró en adultos mayores coreanos inmigrantes que el involucramiento religioso y espiritual se encontraban asociados con un elevado apoyo social, mayores ingresos económicos y buena salud física. Además, la pertenencia a una comunidad religiosa les brindada apoyo para adaptarse a su nuevo entorno, a través de información sobre servicios sociales y actividades culturales. En México, Rivera-Ledesma y Montero (2005) efectuaron una investigación con adultos mayores respecto a su "convicción espiritual", concepto que se refiere a sus creencias y prácticas religiosas y espirituales. En un estudio posterior, los autores citados (2007) encontraron que el ejercicio de la espiritualidad desempeña un papel fundamental en el enfrentamiento del estrés y en el mantenimiento de la salud en la adultez mayor, y que la espiritualidad influye positivamente en la salud, así como en el sentido de bienestar personal del anciano.

Las prácticas religiosas y espirituales tienen un efecto sobre los síntomas depresivos en los adultos mayores (Ornelas-Tavares, 2011). Daleeman y Kaufman (2006) reportaron menor

presencia de depresión en personas que consideran tener una adecuada espiritualidad. King, Lyness, Duberstein, He, Tu y Seaburn (2007) encontraron que los participantes que indicaron poseer un compromiso extremadamente alto o bajo en sus prácticas religiosas (oración, meditación o estudio de la Biblia) presentaron más depresión a un año de seguimiento, en comparación con los participantes que reportaron cantidades moderadas de dichas prácticas. Además del nivel de práctica religiosa, el tipo de creencias afecta la depresión. Los hallazgos de Koenig, Pargament y Nielsen (1998) con adultos mayores hospitalizados, mostraron que quienes tienen un estilo de afrontamiento religioso negativo (creencia en un dios castigador y en fuerzas demoniacas) presentaban mayor depresión, precario estado de salud y baja calidad de vida, en comparación con las personas con un estilo de afrontamiento religioso positivo (creencia en un dios benevolente, en la colaboración con Dios, búsqueda de conexión con Dios); también, la búsqueda de apoyo por parte de una comunidad religiosa y el proporcionar ayuda a otros se encontraron relacionados con una mejor salud mental.

Si bien se ha explorado el efecto del ambiente familiar sobre la depresión en adultos mayores y, por otra parte, la relación entre las prácticas religiosas y la presencia de síntomas depresivos, el presente estudio pretende evaluar la relación de ambas variables con la depresión en personas de la tercera edad. Además, se intenta determinar la influencia de variables sociodemográficas sobre los factores familiares, religiosos y de depresión.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 141 adultos jubilados de la tercera edad que residían en la Ciudad de México, con edades entre los 60 y los 91 años ($m= 68.24$; $d.e.= 6.78$). Sus características sociodemográficas y las relacionadas con su práctica y creencia religiosa se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.
Características demográficas y religiosas de los participantes

<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo	Femenino	74.5
	Masculino	25.5
Estado civil	Soltero	10.8
	Casado o en unión libre	54.0
	Separado o divorciado	12.2
	Viudo	23.0
Escolaridad	Primaria o secundaria	51.8
	Carrera téc. o preparatoria	30.2
	Licenciatura o posgrado	18.0
Número de hijos	Sin hijos	11.3
	1 o 2 hijos	32.6
	3 a 5 hijos	43.3
	6 o más hijos	12.8
Persona(s) con quienes vive	Vive solo(a)	12.8
	Con su familia	35.0
	Únicamente con su pareja	28.6
	Únicamente con sus hijos	23.6
Padece una enfermedad	Sí	80.0
	No	20.0
Practica una religión	Sí	89.3
	No	10.7
Cree en la existencia de Dios	Sí	98.4
	No	1.6
Cree en un plan de Dios para la vida o la muerte	Sí	91.9
	No	8.1
Experimenta paz a través de la oración o meditación	Sí	97.8
	No	2.2

Instrumentos

Además de un cuestionario sociodemográfico, fueron aplicadas las siguientes escalas:

- a) Subescala de Ambiente familiar positivo de la Escala de Funcionamiento Familiar (García-Méndez *et al.*, 2005). Consta de 45 reactivos y cuatro factores (ambiente familiar positivo, hostilidad/evitación del conflicto, mando/problemas en la expresión de sentimientos y cohesión/reglas), que explican el 56% de la varianza total, con un índice de consistencia de (α de Cronbach = 0.853). El factor de ambiente familiar positivo está integrado por 16 reactivos, explica el 20.79% de la varianza y tiene un índice de consistencia = 0.942.
- b) Inventario de Sistema de Creencias, SBI-15 (Holland *et al.*, 1998). Consta de 15 reactivos y dos subescalas: Creencias y prácticas religiosas y espirituales, con 10 reactivos, y Soporte social, con cinco reactivos. Sus índices psicométricos reportados son: $\alpha = 0.93$, confiabilidad test-retest = 0.95 y validez convergente = 0.82. La traducción y adaptación del inventario a población mexicana fue realizada por Rivera-Ledesma y Montero (2003).
- c) Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, Brink, Lum, Huang, Adley y Leiver (1983). En su versión corta, está compuesta por 15 reactivos, los cuales están formulados en formato de preguntas cortas con respuestas dicotómicas Sí-No. De ellos, 10 son signos positivos, es decir, preguntas que si se res-

ponden afirmativamente, indican depresión; mientras que los cinco reactivos restantes están formulados de tal forma que si el sujeto responde negativamente indica depresión. La escala permite obtener una aproximación a la presencia de síntomas depresivos en la persona, pero no un diagnóstico preciso (Aguilar-Navarro, Fuentes-Cantú, Ávila-Funes & García-Mayo, 2007). En México, González-Celis (2002) y Acosta-Quiroz (2010) han aplicado esta escala en población mexicana y reportaron un índice de consistencia interna de 0.88, y su validación de criterio con diagnósticos de depresión basados en el DSM-III-R.

Procedimiento

Se efectuó el piloteo de los instrumentos con mujeres y hombres de 60 a 82 años de edad, en su mayoría jubilados, y se realizaron correcciones y adaptaciones en algunos de los reactivos para facilitar su comprensión. En todos los casos se utilizaron afirmaciones en lugar de preguntas y cuatro opciones de respuesta tipo Likert: casi nunca, pocas veces, muchas veces, casi siempre, para la subescala de ambiente familiar positivo; y definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no y definitivamente no, para las dos escalas restantes.

Se estableció contacto con varias asociaciones de jubilados, así como con centros culturales y recreativos para la tercera edad de la Ciudad de México. Se expuso al personal directivo el propósito del estudio y se acordó la fecha de aplicación de los instrumentos. En el momento de la aplicación, se solicitó a los participantes su colaboración voluntaria y se especificó la naturaleza anónima y confidencial de sus respuestas. El análisis de los datos se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 15.

RESULTADOS

Para cada una de las tres escalas aplicadas se efectuaron los siguientes procedimientos psicométricos: análisis de reactivos (fueron eliminados aquellos reactivos que concentraban más del 60% en una de las opciones de respuesta), análisis factorial de componentes principales con rotación

varimax (con el criterio de cargas factoriales mayores o iguales a 0.40 y valores propios mayores a 1), y análisis de consistencia interna (α de Cronbach). En la tabla 2 se muestran los factores obtenidos en cada escala, sus respectivos reactivos, sus índices psicométricos y sus estadísticos básicos.

Particularmente en el Inventario de Sistema de Creencias, los reactivos de la subescala de Creencias y prácticas religiosas y espirituales fueron contestados en una de las opciones de respuesta con porcentajes superiores al 80% (dos incluso al 90%), por lo que la subescala completa fue eliminada por carecer de variabilidad.

La conformación factorial de las escalas difirió respecto de las escalas originales. Los reactivos del Ambiente familiar positivo constituían un solo factor y aquí formaron dos: Cohesión y Comunicación. El Inventario de Sistema de Creencias constaba de dos factores: Creencias y prácticas religiosas y espirituales, y Soporte social, y quedó sólo éste último, que aquí fue denominado Apoyo en la comunidad religiosa. Para la Escala de Depresión Geriátrica no se habían reportado factores y en el presente estudio se obtuvieron dos: Síntomas depresivos y Sentimientos antidepresivos. El índice de correlación entre los factores Cohesión y Comunicación de Ambiente familiar fue $r = 0.503$ ($p < .000$), y entre Síntomas depresivos y Sentimientos antidepresivos de la escala de Depresión geriátrica fue $r = -0.386$ ($p < .000$).

En cuanto a las diferencias por variables sociodemográficas, la edad tuvo un efecto significativo en el factor de comunicación en la familia, $F(4,126) = 3.213$, $p = .015$; los análisis post hoc efectuados, utilizando el criterio HSD de Tukey, indicaron que el grupo de edad de 75-79 años ($m = 3.47$, d.e. = 0.56; rango 1-4; media teórica = 2.5) obtuvo puntajes más altos que el grupo de 70-74 años ($m = 3.23$, d.e. = 0.60). Asimismo, quienes tenían de tres a cinco hijos puntuaron más alto ($m = 3.40$, d.e. = 0.59) que quienes tenían seis o más ($m = 3.10$, d.e. = 0.59), $F(2,127) = 2.80$, $p = .043$. En el factor de cohesión familiar, se obtuvieron diferencias significativas por escolaridad, $F(2,124) = 3.795$, $p = .012$: las personas con educación superior ($m = 3.41$, d.e. = 0.69) expresaron más cohesión familiar que aquellas con educación primaria ($m = 2.92$, d.e. = 0.86).

Tabla 2.
Subescalas y reactivos finales de los instrumentos aplicados, con sus propiedades psicométricas y estadísticas

<i>Escala</i>	<i>Subescala</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Varianza explicada</i>	<i>α de Cronbach</i>
Ambiente Familiar Positivo	Cohesión familiar m* = 3.18: d.e. = 0.74	En mi familia nos agrada realizar cosas juntos. Los miembros de mi familia realizamos actividades que nos benefician a todos. En mi familia se platican cosas entre hermanos.	61.583	0.796
	Comunicación en la familia m* = 3.31 d.e. = 0.63	Los miembros de mi familia tenemos la libertad de decir lo que nos agrada y lo que nos molesta de los demás. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo. En la toma de decisiones familiares participamos padre e hijos. En mi familia acostumbramos los detalles.		
Inventario de Sistemas de Creencias	Apoyo en la comunidad religiosa m* = 3.00 d.e. = 0.82	Cuando necesito ayuda, busco a la gente de la iglesia o comunidad religiosa o espiritual a la que pertenezco. Cuando necesito sugerencias u orientación sobre qué hacer con mis problemas, sé que puedo acudir con alguien de mi iglesia o comunidad. Cuando me siento solo(a) confío en el apoyo de las personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales. Disfruto reunirme o platicar con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales Disfruto asistiendo a los eventos que se celebran en la iglesia.	57.28%	0.813
Depresión Geriátrica	Síntomas depresivos m* = 1.55 d.e. = 0.65	Usualmente me siento abandonado(a). Creo que mi situación es desesperada. Temo que me ocurra algo malo. Creo que el resto de la gente está mejor que yo. Me encuentro aburrido(a).	59.38%	0.823
	Sentimientos antidepresivos m* = 3.51 d.e. = 0.62	Me siento feliz muchas veces. Usualmente tengo buen ánimo. Me siento lleno(a) de energía.		

*Media teórica = 2.5.

En la subescala de apoyo en la comunidad religiosa, las mujeres obtuvieron puntajes más altos ($m = 3.13$, $d.e. = 0.793$) que los hombres ($m = 2.61$, $d.e. = 0.797$), $t(129) = 3.19$, $p = .002$. Asimismo, se encontró que los participantes que tenían uno o dos hijos ($m = 2.74$, $d.e. = 0.86$) difirieron significativamente en esta subescala de los que tenían seis o más ($m = 3.53$, $d.e. = 0.52$), $F(3,127) = 4.18$, $p = .007$. Los viudos se percibieron más apoyados en la comunidad religiosa ($m = 3.32$, $d.e. = 0.79$) que los solteros ($m = 2.67$, $d.e. = 0.89$), $F(3,125) = 2.86$, $p = .040$.

Respecto a la Escala de Depresión Geriátrica, se encontró que la escolaridad tuvo un efecto significativo en la subescala de síntomas depresivos, $F(3) = 1.95$, $p = .002$, siendo las personas con primaria ($m = 1.78$, $d.e. = 0.76$) quienes mostraron puntajes más altos, en comparación con quienes tenían educación superior ($m = 1.18$, $d.e. = 0.30$), de acuerdo con los análisis post hoc según el criterio HSD de Tukey. El estado civil también se relacionó con los síntomas depresivos, $F(3,122) = 3.03$, $p = 0.032$: los separados o divorciados ($m = 1.89$, $d.e. = 0.78$) obtuvieron mayores puntajes que los solteros ($m = 1.25$, $d.e. = 0.33$).

No se observaron diferencias en los factores estudiados por las variables "personas con quienes vive" y "padecimiento de una enfermedad".

La práctica activa de una religión sólo se relacionó con el apoyo en la comunidad religiosa, ya que quienes dijeron ser practicantes activos de una religión obtuvieron puntajes significativamente más altos ($m = 3.11$, $d.e. = 0.75$) que los no practicantes ($m = 2.00$, $d.e. = 0.71$), $t(128) = 4.89$, $p = .000$. La creencia en la existencia de Dios, en un plan de Dios para la vida o la muerte, y la experiencia de paz a través de la oración o la meditación no pudieron asociarse con los factores estudiados, en virtud de la falta de variabilidad en las respuestas a estas variables.

Con el propósito de probar la hipótesis propuesta respecto a la relación entre el ambiente familiar, el apoyo de la comunidad religiosa y la depresión, se efectuaron análisis de correlación. Como se observa en la tabla 3, tanto la cohesión como la comunicación familiar se correlacionaron con los sentimientos antidepresivos, y la cohesión correlacionó negativamente con los síntomas depresivos. El apoyo de la comunidad

religiosa tuvo correlaciones cercanas a cero con la cohesión y la comunicación familiar, así como con los síntomas depresivos y los sentimientos antidepresivos.

Tabla 3.

Índices de correlación entre los factores de ambiente familiar y de depresión.

Ambiente familiar positivo	Escala de Depresión Geriátrica	
	Síntomas depresivos	Sentimientos antidepresivos
Cohesión familiar	-0.274, $p = 0.003$	0.295, $p = 0.001$
Comunicación en la familia	-0.140, ns	0.225, $p = 0.013$

ns=no significativa

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación muestran la relación directa existente entre los factores de un ambiente familiar positivo y los sentimientos antidepresivos, e inversa entre la cohesión familiar y los síntomas depresivos. Estos resultados confirman lo planteado por otros autores (González-Celis, 2003; Ornelas, 2011; San Martín & Pastor, 1990) respecto a que la familia constituye el principal recurso de apoyo social para las personas de la tercera edad, lo cual resulta determinante para su salud mental. Los ancianos inmersos en un ambiente familiar cohesivo y comunicativo reducen su sintomatología depresiva y aumentan su perspectiva de vida en armonía.

Tanto en las variables familiares (cohesión y comunicación) como en los sentimientos antidepresivos, las medias obtenidas por los participantes fueron altas (superiores a la media teórica); lo contrario ocurrió con los puntajes de síntomas depresivos, lo cual indicaría que en la muestra estudiada la depresión parece no constituir un rasgo preeminente y que las personas muestran un enfoque positivo de su situación vital. Valoran el realizar actividades juntos y conversar en familia, así como preocuparse por los demás, principios que aún son aspectos significativos dentro de la cultura mexicana (Díaz-Guerrero, 2007). Álvarez (2006) ha señalado que los princi-

pales beneficios de una familia funcional son la armonía en la relación, la comunicación y el amor.

La cohesión familiar fue afectada por la escolaridad de los entrevistados, ya que los adultos mayores con educación superior presentaron relaciones familiares caracterizadas por una mayor cohesión familiar, a diferencia de las personas que sólo contaban con educación básica, lo cual concuerda con lo planteado por Palomar (1998), en el sentido de que las familias con un alto nivel socioeducativo manifiestan mayores índices de proximidad entre sus integrantes. La comunicación en la familia se relacionó con la edad, siendo mayor en uno de los grupos de más edad, y con el número de hijos, puesto que quienes tenían de 3 a 5 hijos obtuvieron mayores puntajes que los que tenían seis o más.

El puntaje de síntomas depresivos fue similar en hombres y mujeres, pero mayor en las personas divorciadas y en las que se encontraban separadas de su pareja que en los solteros y viudos, lo cual difiere de resultados previos (p. ej., Bojorquez-Chapela *et al.*, 2009). De igual modo, los síntomas depresivos se asociaron con una menor escolaridad, hallazgo que concuerda con las prevalencias de depresión en México, reportadas por Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005). Padecer una enfermedad no se asoció con la depresión, lo cual podría deberse a que las personas entrevistadas no estaban hospitalizadas o incapacitadas, como sí ocurrió en el estudio de Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez (2007).

Contrariamente a lo hipotetizado, los factores religiosos no se encontraron asociados ni con las variables familiares ni con las de depresión. Si bien se han encontrado relaciones inversas entre espiritualidad y síntomas depresivos, y directas con satisfacción de vida y sentido de autoeficacia (Ornelas-Tavares, 2011), otros estudios (Rivera-Ledesma & Montero, 2005) han reportado la ausencia del efecto del comportamiento religioso en la depresión. En el presente estudio, la gran mayoría de los entrevistados respondieron en la opción extrema positiva del factor de creencias espirituales, por lo que la variabilidad en sus respuestas fue mínima y, como consecuencia de ello, la variable de espiritualidad no pudo asociarse con ninguna de las otras variables. El

segundo factor que evaluaba el Inventario del Sistema de Creencias era el apoyo en la comunidad religiosa, que se refiere no tanto a aspectos espirituales o religiosos sino al soporte social que es posible encontrar en el grupo religioso al que se pertenece. Una razón que podría explicar la nula correlación obtenida entre religión y síntomas depresivos/ sentimientos antidepresivos es la manera en que se han definido y medido estas variables. Habría que explorar con mayor acuciosidad tanto el comportamiento religioso, incluyendo la intensidad del compromiso religioso, según sugieren King *et al.*, (2007), como el tipo de creencias espirituales que se tiene (castigo y pecado frente a bondad y esperanza), de acuerdo con Koenig *et al.*, (1998).

Puesto que casi todos los participantes dijeron practicar una religión y creer en la existencia de Dios y en su plan para la vida o la muerte, sería necesario efectuar un estudio en el que se incluyeran personas de diferentes condiciones vitales y de diversos contextos culturales y sociales a fin de analizar en qué medida se modifican estas cogniciones y sus efectos.

Las personas con muchos hijos (seis o más) tendieron a recurrir mayormente al apoyo de la comunidad religiosa en comparación con aquellas con uno o dos hijos. Asimismo, Palomar (1998) encontró que las familias numerosas generalmente están orientadas hacia la religiosidad y el conflicto, a diferencia de las familias pequeñas, que se orientan hacia la expresividad y la independencia. Además, las mujeres recurrieron más que los hombres al apoyo en su comunidad religiosa, al igual que quienes practicaban activamente su religión.

En términos metodológicos, a pesar de que las escalas aplicadas habían sido previamente validadas, su reprocesamiento psicométrico permitió una evaluación más precisa de los factores en estudio, ya que el comportamiento de las escalas difirió de sus versiones originales, dadas las características particulares de la muestra. Se propone, por tanto, que los instrumentos utilizados sean revalidados en la propia investigación, máxime cuando se modifican algunos elementos, como se hizo en este caso con las opciones de respuesta. Ello incrementaría su generalización (Furr & Bachrach, 2008). Adicionalmente, un

aspecto que habría que considerar al aplicar escalas tipo Likert a adultos mayores con baja escolaridad es su dificultad para comprender el formato de respuesta, por lo que se sugiere el empleo de auxiliares didácticos gráficos para facilitar la aplicación.

La investigación respecto a los factores relacionados con el proceso de bienestar de los adultos mayores aún es incipiente. Continuar estudiando la influencia de los factores psicosociales sobre la depresión y otros padecimientos de la tercera edad es fundamental, considerando el gradual pero inexorable envejecimiento demográfico que enfrentamos en la actualidad.

REFERENCIAS

- Aguilar-Navarro, S., Fuentes-Cantú, A., Ávila-Funes, J., & García-Mayo, E. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México, 49*, 256-262. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007000400005>.
- Álvarez, B. J. (2006). La familia, sus valores y sus problemas: áreas de oportunidad para el progreso de la cultura cívica. *La Psicología Social en México, 11*, 39-44.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Baer, J., Prince, J., & Velez, J. (2005). Fusion or familialism: a construct problem in studies of Mexican American adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 26*, 263-273, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/0739986304267703>
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México, 47*, supl 1, S4-S11.
- Blazer, D. (2010). The origins of late-life depression. *Psychiatric Annals, 40*, 13-18, available via: <http://dx.doi.org/10.3928/00485718-20091229-01>.
- Bojorquez-Chapela, I., Villalobos-Daniel, V., Manrique-Espinoza, B., Tellez-Rojo, M., & Salinas-Rodríguez, A. (2009). Depressive symptoms among older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Revista Panamericana de Salud Pública, 26*, 70-77.
- Daleeman, T., & Kaufman, J. (2006). Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. *Southern Medical Association, 99*, 1340-1344, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/01.smj0000223948.59194.e9>
- Díaz-Guerrero, R. (2007). *Psicología del Mexicano 2: Bajo las garras de la cultura*. México: Trillas.
- Espinosa-Aguilar, A., Caraveo-Anduaga, J., Zamora-Olvera, M., Arronte-Rosales, A., Krug-Llamas, E., Olivares-Santos, R., Reyes-Morales, H., Tapia-García, M., García-González, J., Doubova, S., & Peña-Valdovinos, A. (2007). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental, 30*, 69-80.
- Furr, R. M., & Bachrach, V. R. (2008). *Psychometrics: An introduction*. Los Angeles: Sage.
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I., & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Interamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2*, 91-110.
- González-Celis, A., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica, 5*, 501-509.
- González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Celis, A. (2003). Los adultos mayores: un reto para la familia. En L. Eguiluz (comp.). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., Gronevrt, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S.M., Baider, L., & For, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-oncology, 7*, 460-469, available via: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<460::AID-PON328>3.0.CO;2-R).
- Huerta-Ramírez, Y. (2010). *Resiliencia familiar y recursos espirituales ante el cáncer infantil*. Tesis

- de Licenciatura en Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Recuperado en agosto de 2011, de: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010a). *Mujeres y hombres en México 2010*. Recuperado en enero de 2012 de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2010/myh_2010.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010b). *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado en enero de 2012 de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2010/Principales2010.aspx>
- King, D. A., Lyness, J. M., Duberstein, P. R., He, H., Tu, X. M., & Seaburn, D. B. (2007). Religious involvement and depressive symptoms in primary care elders. *Psychological Medicine*, 37, 1807–1815, available via: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707000591>
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 513-521, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199809000-00001>
- Litwin, H. (2006). Social networks and self-rated health: a cross-cultural examination among older Israelis. *Journal of Aging and Health*, 18, 335-58, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264305280982>
- Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, V., Esquivel-Molina, C., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45, 21-28.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 317-338.
- Moxey, A., McEvoy, M., Bowe, S., & Attia, J. (2011). Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Australasian Journal on Ageing*, 30, 82-88, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00453.x>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales. CIE-10*. Madrid: Izquierdo.
- Ornelas-Tavares, P. (2011). Bienestar subjetivo en adultos mayores: Relación entre los recursos personales, sociofamiliares y espirituales. Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Palomar, L. J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida*. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Polaino, A., & Martínez, P. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. España: RIALP.
- Rivera-Heredia, M. E., & Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28, 51-58.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30, 39-47.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2009). Variables con alto valor adaptativo en el desajuste psicológico del adulto mayor. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 1, 59-67.
- Roh, S. (2010). The impact of religion, spirituality, and social support on depression and life satisfaction among Korean immigrant older adults. PhD Dissertation, New York University, available via: <http://proquest.umi.com/pqdlink?did=2232329951&Fmt=7&clientid=79356&RQT=309&VName=PQD>
- Ruiz-Dioses, L., Campos-León, M., & Peña, N. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del

- adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25, 374-379.
- Salles, V., & Tuirán, R. (1998). Cambios demográficos y socioculturales: Familias contemporáneas en México. En B. Schmukler (coord.). *Familias y relaciones de género en transformación*. 83-126. México: Edamex.
- San Martín, H., & Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la vejez*. Madrid: McGraw-Hill.
- Torres de la Paz, J. (2005). *Funcionamiento familiar y depresión en el adulto mayor*. Tesis de Especialidad en Medicina General Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vázquez-Palacios, F. (2001). La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, 615- 634.
- Walsh, F. (2009). *Spiritual resources in family therapy* (2a. ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Wilson-Escalante, L., Sánchez-Rodríguez, M., & Mendoza-Núñez, V. (2009). Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 52, 244-247.
- Zunzunegui, M., Koné, A., Johri, M., Béland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081, available via: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.005>