

# Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile

Spirituality, religiosity, and depressive symptoms  
among elderly Chilean people in the north of Chile

**Lorena Gallardo-Peralta**

 0000-0003-3297-2704

lgallardo@uta.cl

Universidad de Tarapacá, Escuela de Trabajo Social, Arica, Chile. Profesora visitante en la Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense, España.

**Esteban Sánchez-Moreno**

 0000-0002-2978-9485

esteban.sanchez@cps.ucm.es

Universidad Complutense, Depto. de Sociología, Metodología y Teoría, Madrid, España.

## Resumen:

La depresión no es un trastorno inevitable en la vejez, aunque su prevalencia sea significativamente alta y, especialmente, en las personas mayores chilenas. De cara a la promoción de la salud mental y al tratamiento de los síntomas depresivos se vuelve relevante ahondar en aquellos factores que puedan inhibir su incidencia. Al respecto, este estudio analiza la asociación entre la religiosidad, la espiritualidad y la depresión en personas mayores de 60 años. Se dispone de una muestra de 777 personas mayores de la región de Arica y Parinacota, 65% son mujeres, 43% tiene entre 60 y 69 años (media: 69.93 años, DT=7.12), 48 tiene pareja (casado o convive) y la mayoría vive en la ciudad de Arica (87%). Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y un modelo de regresión jerárquica para depresión. Los resultados comprueban que solo las experiencias espirituales se relacionan con menor incidencia de síntomas depresivos. Concluyendo, los hallazgos muestran que en el tratamiento de la depresión geriátrica se podrían incluir recursos personales/psicológicos que movilizan el afrontamiento, la resiliencia y el optimismo, como es el caso de la espiritualidad.

**Palabras Clave:** Sintomatología, Depresión, Envejecimiento, Religión, Espiritualidad.

## Abstract:

Depression is not an inevitable disorder in old age, although its prevalence is significantly high and especially among elderly Chilean people. In order to promote mental health and the treatment of depressive symptoms it becomes relevant to delve into those factors that can inhibit their incidence. In this regard, this study analyses the association between religiosity, spirituality and depression in people over 60 years. The sample was made up of 777 older Chilean adults living in the region of Arica and Parinacota, 65% are women, 43% are between 60 and 69 years old (mean: 69.93 years, SD = 7.12), 48 have a partner (married or living together) and the majority live in the city of Arica (87%). Descriptive and bivariate analyses of the study variables and a hierarchical regression analysis was conducted for the depression variable. The results prove that only spiritual experiences are related to lower incidence of depressive symptoms. Concluding, the findings show that in the treatment of geriatric depression could be included personal/psychological resources that mobilize coping, resilience and optimism, as is the case of spirituality.

**Keywords:** Symptomatology, Depression, Aging, Religion, Spirituality.

## Introducción

Chile es uno de los países más envejecidos de América Latina. El envejecimiento progresivo de la población se ha gestado en las últimas décadas, así, los datos señalan que un 19,3% de la población chilena tiene más de 60 años (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Por este motivo existe una vasta actividad científica centrada en este grupo de edad y con el interés de comprender los elementos que permitan a las personas mayores chilenas envejecer con bienestar (Herrera, Elgueta y Fernández, 2014; Gallardo-Peralta, Mayorga-Muñoz y Soto Higuera, 2020; Vivaldi y Barra, 2012; Zegers, Rojas-Barahona y Förster, 2009). En este sentido, este artículo rescata dos recursos psicosociales que promueven la salud mental, específicamente, analiza cómo la religiosidad y la espiritualidad se asocian con menos síntomas depresivos en las personas mayores chilenas.

La prevalencia de síntomas depresivos en la vejez ha sido ampliamente investigada, dada su alta incidencia en este grupo de edad (Franco et al., 2017; Haupt, Jänner y Richert, 2020; Kok y Reynolds, 2017; Morin et al., 2019). Al respecto, los factores de riesgo que pueden desencadenar episodios depresivos, suelen estar agrupados en biológicos, psicológicos, económicos y sociales. Entre los factores biológicos destacan; la mayor prevalencia de enfermedades e incluso la comorbilidad y en algunos casos el deterioro físico vinculado a la dependencia funcional (Corcoran et al., 2013; Teixeira et al., 2013). En tanto los factores psicológicos más recurrentes suelen ser; la disminución de las funciones cognitivas y sensoriomotoras, la alta frecuencia en los sentimientos negativos, la pérdida de interés o motivación (Fernandes et al., 2014; Lamont, Swift, Abrams, 2015). En el plano económico, destacan los bajos ingresos en la vejez (pensiones o jubilaciones), los altos gastos en el tratamiento de enfermedades e incluso el apoyo económico que hacen los mayores a otros familiares (hijos, nietos) (Osler, Bruunsgaard y Lykke Mortensen, 2015). Finalmente, entre los aspectos sociales más señalados, destacan; el proceso de jubilación o retiro laboral, los estereotipos negativos asociados a vejez; el cambio de residencia e incluso la institucionalización, experimentar vivencias estresantes como la muerte de una familiar u otra persona significativa y muy vinculado a ello la reducción de las redes sociales de apoyo (Pérez, Martín y Riquelme, 2017). Muchos de estos acontecimientos negativos pueden aumentar el aislamiento y el sentimiento de soledad (Gené-Badia et al., 2016; Luo et al., 2020). Otra línea de investigación sobre los factores desencadenantes de la depresión en las personas mayores se orienta hacia trayectorias de vida adversas o experiencias vitales negativas, que supondrían un proceso de riesgo que se acumula en durante el ciclo vital y genera problemas de salud mental en la etapa de la vejez (Zeng, North y Kent, 2012).

La depresión en la vejez es compleja, por su diagnóstico, tratamiento y características (Pérez, Martín y Riquelme, 2017). En este sentido, Hoyl, Valenzuela y Marín (2000) afirman que la depresión en los pacientes mayores se presenta en forma atípica y no cumple clínicamente con los criterios de una depresión mayor, por tanto, se trata de una enfermedad que pasa inadvertida y no es diagnosticada a tiempo. Siguiendo esta línea, cuando se trata de un caso de depresión enmascarada, menor o secundaria, suelen ser tratada como síntomas o problemas propios del envejecimiento (von Mühlenbrock et al., 2011). Sierra-Taylor y Irizarry-Robles (2015) señalan además que las características de la depresión en edades avanzadas se asocian a episodios depresivos más prolongados e incluso más resistente al tratamiento. Estos episodios se caracterizan por una mayor frecuencia de agitación, irritabilidad, ansiedad, somatizaciones, hipocondría, pérdida de apetito, y una mayor tendencia a la letargia. Por tanto, es una enfermedad de salud mental que afecta la calidad de vida de las personas mayores (de Lima et al., 2017; Ruo et al., 2003).

En el caso concreto de Chile, las diversas investigaciones confirman la alta prevalencia de este trastorno psiquiátrico pasados los 60 años. En esta línea, el estudio de Sandoval et al. (2016) afirma que el 44.5% de las personas mayores dependientes presentan síntomas depresivos y de éstos, el 11% depresión severa. En tanto, la encuesta SABE mostró una prevalencia del 27% (Tapia-Muñoz, Mascayano y Toso-Salman, 2015). La investigación efectuada por Grundy et al. (2012) reveló una prevalencia de la depresión de 21% de los hombres y un 36% de las mujeres. Recientemente, el Ministerio de Salud (2019) señala una alta prevalencia de síntomas depresivos en la población de 65 y más años: 11,2% en ambos sexos, no obstante, mayor en las mujeres (16.9%) que en los hombres (4,1%). Por tanto, se trata de una incidencia alta de este trastorno psiquiátrico si lo comparamos con otros países latinoamericanos (Zunzunegui et al., 2009).

La depresión en las personas mayores chilenas es más frecuente en mujeres, en indígenas/aymaras, en viudos/as, en personas con menor nivel educativo, en aquellos que viven solos/as y quienes están disconformes con las condiciones de su vivienda. Asimismo, en personas con peores hábitos saludables (consumidores de alcohol y fumadores activos), en quienes consumen más fármacos, en pacientes geriátricos hospitalizados, en quienes reportan una peor auto-percepción de salud y peor funcionalidad para las actividades básicas (BADL) e instrumentales (IADL) de la vida diaria (Gallardo-Peralta et al., 2015a, Hoyl, Valenzuela y Marín, 2000; von Mühlenbrock et al., 2011; Sandoval et al., 2016). También influyen la alta sintomatología depresiva algunos rasgos de personalidad propios de la población chilena, tales como altos índices de extraversión, neuroticismo, tendencias al aislamiento e inclinaciones esotéricas (Heerlein et al., 2000). Por el contrario, los factores que pueden

actuar como promotores de la salud mental, es decir, disminuyen el riesgo a padecer síntomas depresivos en los adultos mayores chilenos suelen ser: disponer de sólidas redes sociales – especialmente familiares cercanos–, la reciprocidad del apoyo social a través del cuidado de los nietos/as y la religiosidad, tener una creencia y práctica religiosa (Gallardo-Peralta et al., 2015b; Grundy et al., 2012).

Al respecto, en el ámbito de la gerontología se ha investigado ampliamente la asociación positiva entre la salud mental y la religiosidad/espiritualidad (June et al., 2009; Lac et al., 2017; Lee, 2011; Ronneberg et al., 2016). En el caso específico de la depresión, esta asociación está bien documentada (Bosworth et al., 2003; Murphy, Fitchett y Emery-Tiburcio, 2016; Sternthal et al., 2010). Tanto la religiosidad como la espiritualidad, actúan como recursos psicosociales que promueven en las personas mayores la resiliencia, el afrontamiento positivo y el apoyo social. En otras palabras, son recursos personales y sociales que ofrecen a las personas mayores pautas, guías o estrategias para afrontar las diversas dificultades propias de la vejez, como son el deterioro en la salud y el declive en la funcionalidad; las pérdidas en términos de roles y redes sociales y en las funciones cognitivas; el deterioro del estatus económico; la presencia de sentimientos de soledad, tristeza o desesperanza, entre otros (González-Celis y Gómez-Benito, 2013).

Se ha debatido ampliamente la diferencia entre la espiritualidad y la religiosidad (Johnstone et al., 2009), aunque algunos autores plantean que en la vejez ambos conceptos se superponen y es difícil separarlos (Marler y Hadaway, 2002). Sin embargo, en este estudio separamos los constructos en su evaluación y partimos de la premisa de son constructos distintos. Por una parte, la espiritualidad es una experiencia singular, específica y personal con un ser superior, pudiéndose identificar como un proceso psicológico en la búsqueda personal por el sentido y el propósito en la vida. De allí su vinculación con procesos como el afrontamiento o la resiliencia ante situaciones estresantes o problemáticas. En tanto, la religiosidad es una experiencia social que surge y se desarrolla en comunidad, siendo por tanto su naturaleza eminentemente relacional y social. Por tanto, se vincula más con la integración social y al apoyo social (Gallardo-Peralta, 2017; Bowland, Edmond y Fallot, 2012; Cohen y Koenig, 2003; Koenig, 2009; Rote, Hill y Ellison, 2013; Sadler y Biggs, 2006).

En Chile escasos estudios analizan la relación entre la religiosidad y la espiritualidad en el bienestar de las personas mayores (Gallardo-Peralta y Sánchez-Moreno, 2014, Fonseca, 2016). Aunque Chile es un país religioso, se observa un cambio en la adherencia a la religión católica y un aumento sustantivo a la religión evangélica (Valenzuela, Bargsted y Somma, 2012) y en el caso específico de las personas mayores, el 73% declara ser católico y un 16%

evangélico. Además, se observa que las organizaciones religiosas ocupan un lugar destacado en las actividades de participación social de las personas mayores chilenas, en términos concretos, el 21,4% de los adultos mayores participa en alguna agrupación de carácter religioso y de ellos el 70% asiste a la iglesia/ templo semanalmente (Campos et al., 2014). Frente a lo cual, se tornan necesarios los estudios que ahonden en las implicancias que tienen las prácticas religiosas y las prácticas espirituales en el bienestar de las personas mayores.

Los objetivos de este estudio son examinar la relación entre la religiosidad y la espiritualidad con la sintomatología depresiva. Analizar, el aporte relativo de la religiosidad y la espiritualidad en la incidencia de la depresión en personas mayores. Se parte de la hipótesis de que la religiosidad y la espiritualidad se asocian negativamente con los síntomas depresivos, y que, la espiritualidad -como un recurso personal/psicológico- es un predictor de la depresión en edades avanzadas.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra está conformada por 777 personas mayores chilenas que residen en la región de Arica y Parinacota, en el extremo norte de Chile. Para asegurar la representatividad, se recurrió a un muestro estratificado por sexo, etnia y lugar de residencia (rural y urbano). Las características fundamentales, el 89% de las personas incluidas en la muestra tenía entre 60 y 79 años de edad (69.93 años; DT=7.12). El 63% son mujeres y el 41% tiene estudios básicos. En cuanto al estado civil, la mayoría tiene pareja (48%), ya sea en matrimonio o en convivencia. De aquellos que no tienen pareja, un 29% son solteros/as y un 23% son viudos/as. Esta muestra incluye personas que residen en zona urbana (87%) y en zonas rurales, ya sea valles pre-cordilleranos (5%) o el altiplano (8%). En lo que refiere a etnicidad, 232 personas mayores se declaran indígenas (30%), siendo la etnia Aymara la más frecuente (88% de los casos). Finalmente, el 97% declara una preferencia religiosa y su distribución es la siguiente: 71% católicos, 14% evangélicos, 5% testigos de Jehová, 3% mormones; 3% adventistas y un 4% otra religión.

### *Instrumentos*

Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Brink et al. (1982). La versión original consta de 30 preguntas, si bien en este estudio se utilizó la versión abreviada, que incluye solo 15. Esta última conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de administración. Según la clasificación de la escala, un puntaje de 0-5 es no depresivo (normal) y puntajes entre 6- 15 es depresivo (entre 6-9: depresión leve; 10 o más depresión establecida).El índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) fue de 0,81. Es un instrumento ampliamente

utilizado para evaluar la depresión en personas mayores chilenas (Hoyl, Valenzuela y Marín, 2000).

*Brief Multidimensional Measure of Religiosity/spirituality* (BMMRS) de The Fetzer Institute and the National Institute of Aging Working Group (1999). Este cuestionario evalúa distintos aspectos teóricos de la religiosidad y de la espiritualidad, se compone de 12 dominios (escalas) y un total de 38 ítems. Sin embargo, después de la adaptación y estudio de las propiedades psicométricas quedaron 25 ítems del cuestionario original, con buena fiabilidad y clara validez de constructo. De esta manera se utilizó la versión de 25 ítems que ha sido validada en personas mayores chilenas (Gallardo-Peralta, Cuadra-Peralta y Veloso-Besio, 2018). Los dominios que valora el BMMRS son (1) Dominio Prácticas religiosas privadas. Evalúa la frecuencia de comportamientos religiosos en espacios privados. Esta subescala tiene un total de cinco ítems y se mide en una escala de ocho puntos (1=nunca o casi nunca; 4= más de una vez al día). (2) Dominio Religiosidad organizacional. Evalúa la frecuencia en la participación en actividades religiosas de carácter público. Esta subescala tiene un total de dos ítems y se mide en una escala de seis puntos (1= nunca; 6=más de una vez a la semana). (3) Dominio Apoyo social de la congregación. Evalúa el apoyo social que recibe el individuo de la congregación ante situaciones problemáticas (beneficios congregacionales). Esta subescala tiene un total de dos ítems y se mide en una escala de cuatro puntos (1= nunca; 4= muy a menudo). (4) Dominio Experiencias espirituales diarias. Evalúa la conexión del individuo con un ser superior en el día a día. Esta subescala tiene un total de seis ítems y se mide en una escala de seis puntos (1=nunca o casi nunca; 6= muchas veces al día). (5) Dominio Valores y creencias. Evalúa la presencia de valores y creencias religiosas. Esta subescala tiene un total de dos ítems y se mide en una escala de cuatro puntos (1=muy en desacuerdo; 4=muy de acuerdo). (6) Dominio Perdón. Evalúa la capacidad de perdonar a los otros, a Dios y a sí mismo. Esta subescala tiene un total de tres ítems y se mide en una escala de cuatro puntos (1=nunca; 4= siempre o casi siempre). (7) Dominio Afrontamiento religioso/espiritual. Evalúa el uso de estrategias de afrontamiento con un componente religioso o espiritual ante problemas cotidianos. Esta subescala tiene un total de tres ítems y se mide en una escala de cuatro puntos (1=nada en absoluto; 4= mucho). Se optó por eliminar una pregunta de este dominio (I work together with God as partners) pues en la fase de aplicación del cuestionario piloto esta expresión generó problemas de comprensión cultural en un número significativo de adultos mayores. (8) Dominio Intensidad. Evalúa la autclasificación religiosa y espiritual. Esta subescala tiene un total de dos ítems y se mide en una escala de cuatro puntos (1= en desacuerdo; 4= muy de acuerdo).

En resumen, este estudio incluye del BMMRS los siguientes dominios para evaluar la religiosidad: prácticas religiosas privadas, religiosidad organizacional, apoyo social de la congregación, afrontamiento religioso e intensidad religiosa, con un total de 11 ítems (alpha de Cronbach fue de 0,77). En tanto para la valoración de la espiritualidad se incluyó los siguientes dominios: experiencias espirituales diarias, valores/creencias, perdón, afrontamiento espiritual e intensidad espiritual, con un total de 14 ítems (alpha de Cronbach fue de 0,94). Es importante señalar, que la consistencia interna del índice general (alpha de Cronbach) fue de 0,92.

### *Procedimiento*

La aplicación del cuestionario se realizó a través de entrevista personal, obteniendo de manera previa el consentimiento informado de los participantes. Se realizó un estudio piloto con 33 personas mayores, se adaptó el lenguaje de algunas preguntas al contexto sociocultural investigado. Los cuestionarios fueron aplicados por profesionales titulados en Trabajo Social y Psicología entre los meses de junio a agosto de 2015. La dificultad fundamental consistió en la necesidad de conseguir que la muestra contara con una población que pudiese representar la diversidad étnica y cultural (población indígena), incluyendo participantes que residieran en la zona altiplánica de los Andes. Para superar estas dificultades, se estableció contacto con la institución gubernamental de personas mayores (Servicio Nacional de Adultos Mayores, Municipalidad de Arica y Municipalidad de Putre), que facilitó la aplicación de los cuestionarios, aportando información sobre la composición de la población y de las principales agrupaciones de personas mayores en la región. Además, la aplicación de los cuestionarios en las zonas rurales y altiplánicas supuso afrontar grandes dificultades, como el difícil acceso a los poblados (por no contar con carreteras asfaltadas) o la existencia de horarios restringidos de luz pública y en los hogares de determinadas localidades (por tanto, con horarios restringidos de aplicación). En el caso específico de localidades altiplánicas se añaden las dificultades que entrevistador pueda presentar en términos físicos (por la altitud geográfica) y los rasgos culturales centrados en la desconfianza al extraño, siendo imprescindible contar con el apoyo de un agente social de la zona. Por todos esos motivos, en las zonas rurales y altiplánicas se contactaron agentes sociales clave (en clubes de personas mayores, parroquias y municipios). En resumen, los cuestionarios se aplicaron en cinco localidades diferentes (Arica, Putre, Socoroma, Visvirí y Codpa), asegurando de esa manera que la composición étnica y sociodemográfica de la población quedaba reflejada en la muestra. Los participantes fueron contactados a través de dos procedimientos. Cuando era posible y deseable, el primer contacto se produjo directamente por parte del equipo de investigación, que fijó una cita para realizar la entrevista. Cuando el primer contacto implicaba mayor dificultad, este se produjo a través de agentes sociales

claves, como por ejemplo profesionales del municipio o los líderes vecinales más relevantes. En ambos casos, el entrevistador acudía al lugar indicado para la entrevista, cuyo tiempo de cumplimentación fue de unos 40 minutos.

Este estudio fue supervisado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Tarapacá a través del informe de seguimiento ético a la ejecución de proyecto de investigación N°05/2016.

### *Análisis de Datos*

A partir de los objetivos del estudio el análisis se realizó en tres fases. En un primer momento, se realizan los análisis descriptivos y bivariados de la muestra con y sin síntomas depresivos a través de la asociación la razón de disparidad (Odds Ratio), con intervalos de confianza del 95%, según variables sociodemográficas. Posteriormente, se calculan los coeficientes de correlación entre las variables (Pearson) y se aplicó la prueba t de Student para comparar los grupos- personas mayores con depresión y aquellas sin depresión- según religiosidad y espiritualidad. Finalmente, para comprobar la asociación entre la religiosidad y la espiritualidad se realizó un análisis de regresión jerárquica que supuso la formulación de 3 modelos. El modelo 1 incorporó las variables de control edad (años), sexo (1=mujer), pertenencia a una etnia originaria (1=pertenece), tener pareja (1=tiene pareja) y vivir acompañado (1=vive acompañado). El modelo 2 incorpora la variable espiritualidad. El modelo 3 añade la religiosidad. El análisis de datos se realizó con el programa IBM-SPSS v.23.

## **Resultados**

Ciento setenta adultos mayores dan positivo en síntomas depresivos (73% depresión leve y 27% depresión establecida), que representa el 22% del total de la muestra. En la Tabla 1 se presenta la distribución de la submuestra de personas mayores que resultan positivas en depresión. En términos generales, la mayoría son mujeres, tiene 80 o más años, son viudos o viudas, son analfabetos, no siguen trabajando, no ejercen la jefatura del hogar y no son indígenas. Sólo se observan asociaciones estadísticamente significativas entre sintomatología depresiva con edad, estado conyugal y trabajo remunerado.

**Tabla 1:** Prevalencia de síntomas depresivos, según variables sociodemográficas

| Variable             | Categorías             | Depresión |          | OR       | IC95%       |
|----------------------|------------------------|-----------|----------|----------|-------------|
|                      |                        | Sí (%)    | No (%)   |          |             |
| Sexo                 | Mujer                  | 111 (23)  | 377 (77) | 1.148    | .804-1.638  |
|                      | Hombre                 | 59 (20)   | 230 (80) |          |             |
| Edad<br>(por grupos) | 60 –69 años            | 73 (17)   | 357 (83) | 1.674*** | 1.320-2.123 |
|                      | 70 –79 años            | 65 (25)   | 195 (75) |          |             |
|                      | 80 y más años          | 32 (37)   | 55 (63)  |          |             |
| Estado conyugal      | Casado/a o con pareja  | 67 (18)   | 303 (82) | 1.573**  | 1.113-2.224 |
|                      | Soltero/a              | 48 (21)   | 180 (79) |          |             |
|                      | Viudo/a                | 55 (31)   | 124 (69) |          |             |
| Alfabetización       | Analfabeto             | 19 (27)   | 51 (73)  | 1.372    | .786-2.393  |
|                      | Sabe leer y escribir   | 151 (21)  | 556 (79) |          |             |
| Trabajo              | Sigue trabajando       | 59 (17)   | 291 (83) | 1.733**  | 1.216-2.468 |
|                      | No trabaja             | 111 (26)  | 316 (74) |          |             |
| Jefatura del hogar   | Ejerce jefatura        | 85 (20)   | 342 (80) | .881     | .433-1.792  |
|                      | Otra persona la ejerce | 85 (24)   | 265 (76) |          |             |
| Etnicidad            | Indígena               | 45 (19)   | 187 (81) | .809     | .552-1.184  |
|                      | No indígena            | 125(23)   | 420 (77) |          |             |

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

En la Tabla 2 se ofrecen las correlaciones entre las variables del estudio, demostrando la relación estadísticamente significativa entre ellas. En tanto en la Tabla 3 se presentan los resultados de las comparaciones de medias correspondientes a espiritualidad y religiosidad en función de los síntomas depresivos. Hay diferencias estadísticamente significativas en las prácticas espirituales entre quienes tienen síntomas depresivos y quienes no lo padecen. Las puntuaciones medias de las personas mayores sin prácticas espirituales sugieren la presencia de síntomas depresivos. Sin embargo, no se corroboran estas diferencias en las prácticas religiosas.

**Tabla 2:** Correlación entre depresión, espiritualidad y religiosidad

|                   | 1 | 2       | 3       |
|-------------------|---|---------|---------|
| 1. Depresión      | - | -.222** | -.183** |
| 2. Espiritualidad |   | -       | .690**  |
| 3. Religiosidad   |   |         | -       |

\*\* p< .01

**Tabla 3** :Diferencias en síntomas depresivos, según espiritualidad y religiosidad

| Variables      | Categorías                      | Media | t     | g. l. | p    |
|----------------|---------------------------------|-------|-------|-------|------|
| Espiritualidad | No presenta síntomas depresivos | 56.14 | 4.870 | 747   | .001 |
|                | Con depresión                   | 51.06 |       |       |      |
| Religiosidad   | No presenta síntomas depresivos | 40.57 | 4.080 | 748   | .419 |
|                | Con depresión                   | 35.81 |       |       |      |

En la Tabla 4 se incluyen los resultados correspondientes al cálculo de las ecuaciones de regresión correspondientes a los tres modelos previamente descritos para depresión. Tomados en conjunto, estos resultados permiten alcanzar los objetivos de nuestra investigación. En primer lugar, los resultados muestran la importancia de analizar por separado la espiritualidad y la religiosidad, al tratarse de constructos distintos. En el modelo 1, las variables predictivas son la edad ( $\beta=.144$ ;  $p < .001$ ) y el vivir acompañado ( $\beta=-.087$ ;  $p < .05$ ). En el modelo 2, se mantiene la variable predictiva de la edad ( $\beta=.162$ ;  $p < .001$ ) y se añade la espiritualidad ( $\beta=-.233$ ;  $p < .001$ ). Finalmente, el modelo 3 muestra como variables predictivas la edad ( $\beta=.165$ ;  $p < .001$ ), el sexo ( $\beta=.082$ ;  $p < .05$ ), el vivir acompañado ( $\beta=-.085$ ;  $p < .05$ ) y la espiritualidad ( $\beta=-.181$ ;  $p < .001$ ) Por tanto, los resultados indican que la edad y ser hombre se asocian positivamente con la depresión. En cambio, vivir acompañado y tener prácticas espirituales se asocian negativamente con la depresión. Conviene señalar que el porcentaje de la varianza explicado en el modelo 3 alcanza el 8.9%.

**Tabla 4** :Regresión jerárquica para la variable depresión según espiritualidad y religiosidad

| Modelo                                      |                 | B     | E.T. | B        |
|---|-----------------|-------|------|----------|
| <b>Modelo 1</b>                             | Edad            | .064  | .016 | .144***  |
| Variables demográficas<br>(.035) (5.360***) | Sexo            | .244  | .248 | .037     |
|   | Etnia           | -.398 | .252 | -.057    |
|   | Tiene pareja    | -.056 | .261 | -.009    |
|   | Vive acompañado | -.694 | .324 | -.087*   |
| <b>Modelo 2</b>                             | Edad            | .072  | .016 | .162***  |
| Espiritualidad<br>(.086) (41.612***)        | Sexo            | .501  | .245 | .076     |
|   | Etnia           | -.169 | .248 | -.024    |
|   | Tiene pareja    | .057  | .255 | .009     |
|   | Vive acompañado | -.662 | .316 | -.083*   |
|   | Espiritualidad  | -.061 | .010 | -.233*** |
| <b>Modelo 3</b>                             | Edad            | .073  | .016 | .165***  |
| Religiosidad<br>(.089) (2.496)              | Sexo            | .540  | .246 | .082*    |
|   | Etnia           | -.160 | .248 | -.023    |
|   | Tiene pareja    | .069  | .255 | .011     |
|   | Vive acompañado | -.678 | .316 | -.085*   |
|   | Espiritualidad  | -.048 | .013 | -.181*** |
|   | Religiosidad    | -.018 | .011 | -.077    |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

## Discusión

La religiosidad y la espiritualidad son recursos psicosociales que promueven un afrontamiento positivo ante situaciones de estrés, esto ha sido confirmado en enfermedades mentales como: depresión, suicidio, ansiedad, psicosis y abuso de sustancias (Koenig, 2009; Ronneberg et al., 2016) y también en enfermedades físicas (Cohen y Koenig, 2003; Rivera-Hernandez, 2016). En este estudio nos hemos centrado en el análisis específico de la depresión y los resultados confirman que la relación entre las variables. Sin embargo, solo las prácticas espirituales logran predecir una menor incidencia de los síntomas depresivos en las personas mayores.

La espiritualidad en esta investigación ha sido valorada en cuatro dominios: experiencias espirituales diarias, valores/creencias, perdón y afrontamiento espiritual. Estas medidas apuntan a una evaluación de la espiritualidad como un proceso psicológico, mediante el cual el individuo se siente conectado con un ser superior y en esa experiencia individual encuentran fortaleza y apoyo, junto con la intencionalidad de realizar actividades comportamentales/cognitivas que permitan esta conexión con lo sagrado (como el perdón). Ya advertíamos los recurrentes factores de estrés que desencadenan episodios depresivos en la vejez y en este sentido la espiritualidad actúa como un amortiguador frente a estos estresores (Cohen y Koenig, 2003).

Otro elemento que puede dar sentido a los hallazgos de este estudio es el hecho de que la espiritualidad es una práctica que aumenta a medida que se cumplen años, como consecuencia de la maduración de la persona y de su necesidad de trascender. Además, en la vejez el individuo realiza un balance de su historia de vida, confrontando los momentos de adversidad versus los de crecimiento. En este proceso reflexivo involucra su nexo con lo divino con objeto de dar sentido a las experiencias vitales positivas o negativas (Wink y Dillon, 2002).

La espiritualidad como un recurso personal y psicológico ha sido incorporando en diversos modelos teóricos del bienestar en la vejez (Cohen y Koenig, 2003), destacando el modelo gerontológico successful aging (Sadler y Biggs, 2006; Kleineidam et al., 2019; Troutman, Nies, Small y Bates, 2011). Abundando en esta idea, la propuesta teórica/metodológica de Flood (2002) conceptualiza el envejecimiento como la adaptación satisfactoria a los cambios físicos y funcionales del envejecimiento, incorporando de manera explícita la experiencia de una conexión espiritual y/o un sentido de propósito en la vida. En otras palabras, la espiritualidad es un elemento constitutivo para poder envejecer con éxito y su valor radica, en su potencial como recurso de afrontamiento.

En este estudio igualmente se comprueban los resultados de otras investigaciones nacionales (von Mühlenbrock et al., 2011; Sandoval et al., 2016). A mayor edad, mayor posibilidad de

desencadenar episodios depresivos, ello por el inevitable deterioro físico, cognitivo y social de la vejez. Los hombres son menos propensos a la depresión, al respecto los estudios – principalmente los que incorporan una perspectiva de género– enfatizan en las condiciones de vida adversas y complejas que enfrentan las mujeres a lo largo de la vida que las pone en mayor riesgo psicosocial (Muñoz y Espinosa, 2008). Vivir solo aumenta también el riesgo, tanto la soledad como el aislamiento social son dos condicionantes ampliamente vinculados a la depresión (Gené-Badia et al., 2016; Rote, Hill y Ellison, 2013).

Dado el potencial de la espiritualidad es ampliamente incorporado en las estrategias de tratamiento en situaciones de depresión (Bosworth et al., 2003; Murphy, Fitchett y Emery-Tiburcio, 2016; Stanley et al., 2011). Se plantea que el tratamiento de primera línea en este trastorno psiquiátrico debiera ser la combinación de antidepresivos y la psicoterapia (Tapia-Muñoz et al., 2015). Desde la psicoterapia se observan diversas experiencias que incorporan la espiritualidad dentro del proceso terapéutico, informando resultados efectivos en el tratamiento (Bowland, Edmond y Fallo, 2012). Frente a lo cual retomamos la vinculación de la espiritualidad con el modelo bio-psico-social en la intervención gerontológica, y su potencial como recurso que promueve el afrontamiento, la resiliencia e incluso el optimismo (Vahia et al., 2011).

Finalmente, quisiéramos retomar el papel específico que tiene la religiosidad en la salud física y mental de las personas mayores (Cohen y Koenig, 2003). La religiosidad como una experiencia colectiva y de integración social, se asocia con mayor bienestar en la vejez (Gallardo-Peralta y Sánchez-Moreno, 2014; June et al., 2009). No obstante, en este estudio no se pudo comprobar su rol amortiguador frente a los síntomas depresivos y en cambio si se advierte un mayor peso de la experiencia individual/psicológica de la espiritualidad. Esto abre paso a un ámbito de investigación que se debiera profundizar en sociedades altamente religiosas y espirituales, como la chilena, más aún si estas variables tienden a aumentar en edades avanzadas.

Esta investigación tiene limitaciones que deben considerarse. El diseño del estudio es transversal, lo que invita a interpretar con cautela la posible existencia de relaciones causales. Son necesarios estudios longitudinales que se ocupen de analizar cómo los cambios y posibles crisis espirituales y religiosas pueden tener un impacto negativo en la salud mental de las personas mayores.

## Conclusión

La espiritualidad y la religiosidad están siendo incorporados como estrategias para la atención sociosanitaria en diversos países y también en Chile (Fonseca, 2016). En el ámbito de la salud mental geriátrica, destaca la asociación negativa entre la espiritualidad y la incidencia de síntomas depresivos. De esta manera, tanto la psicología como otras disciplinas afines debieran abrir un espacio a este recurso psicosocial en sus diseños de intervención en personas mayores.

## Financiamiento

Esta investigación ha sido financiada por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT N° 11140020) del Gobierno de Chile y el Proyecto Mayor de Investigación Científicas y Tecnológicas de la Universidad de Tarapacá (3762-17).

## Referencias

- Bosworth, H. B., Park, K. S., McQuoid, D. R., Hays, J. C., y Steffens, D. C. (2003). The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(10), 905-914. <https://doi.org/10.1002/gps.945>
- Bowland, S., Edmond, T., y Fallot, R. D. (2012). Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social work*, 57(1), 73-82. <https://doi.org/10.1093/sw/swr001>
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., y Rose, T. L. (1982). Screening Tests for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*, 1(1), 37-43. [https://doi.org/10.1300/J018v01n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J018v01n01_06)
- Campos, F., Herrera, S., Fernández, B. y Valenzuela, E. (2014). *Chile y sus mayores. Resultados tercera encuesta nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013*. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes.
- Cohen, A. B. y Koenig, H. G. (2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*, 28, 215-241. <https://doi.org/10.1007/s12126-002-1005-1>
- Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Pineda, M., Kadolph, J., y Bell, H. (2013). Depression in older adults: a meta-synthesis. *Journal of gerontological social work*, 56(6), 509-534. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.81114>

- de Lima Silva, V., de Medeiros, C., Guerra, G., Ferreira, P., de Araújo Júnior, R. F., de Araújo Barbosa, S. J., y de Araújo, A. A. (2017). Quality of Life, Integrative Community Therapy, Family Support, and Satisfaction with Health Services Among Elderly Adults with and without Symptoms of Depression. *The Psychiatric quarterly*, 88(2), 359-369. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9453-z>
- Fernandes, R.M., Welter, G., Fernandes, R. y de Lima, I. (2014). Correlaciones entre ansiedad y depresión en el rendimiento cognitivo de las personas mayores. *Diversitas*, 10(1), 143-150. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2014.0001.10>
- Fetzer Institute y National Institute on Aging Working Group (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.
- Flood, M. (2002). Successful aging: A concept analysis. *Journal of Theory Construction and Testing*, 6(2), 105-109.
- Fonseca, M. (2016). Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(3), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.011>
- Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Gázquez, J. y Pérez-Fuentes, M. (2017). Reducción de la ansiedad, la depresión geriátrica y la preocupación en una muestra de adultos mayores a través de un programa de entrenamiento en mindfulness. *Terapia Psicológica*, 35(1), 71-79. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082017000100007>
- Gallardo-Peralta, L. P. (2017). The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *International Social Work*, 60(6), 1498-1511. <https://doi.org/10.1177/0020872817702433>.
- Gallardo-Peralta, L. P., Cuadra-Peralta, A., y Veloso-Besio, C. (2018). Validación de un Índice Breve de Religiosidad y Espiritualidad en personas mayores. *Revista de psicología (Santiago)*, 27(1), 1-13. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2018.50736>
- Gallardo-Peralta, L. P., Mayorga Muñoz, C. y Soto Higuera, A. (2020). Health, social support, resilience and successful ageing among older Chilean adults. *International Social Work*. 002087281990114. <https://doi.org/10.1177/0020872819901147>
- Gallardo-Peralta, L. P., y Sánchez-Moreno, E. (2014). Participación religiosa y depresión en personas mayores de la región de Arica y Parinacota. *Interciencia*, 39, 495-501.

- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Barrón, A., y Arias, A. (2015a). Ethnicity, social support, and depression among elderly Chilean people. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149(6), 601-29. <https://doi.org/10.1080/00223980.2014.946462>
- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Barrón López de Roda, A., y Arias- Astray, A. (2015b). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología*, 31(3), 1018-1029. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., y Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atencion primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- González-Celis, A. L. y Gómez-Benito, J. (2013). Spirituality and quality of life and its effect on depression in older adults in Mexico. *Psychology*, 4(3), 178-182. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.43027>
- Grundy, E. M., Albala, C., Allen, E., Dangour, A. D., Elbourne, D., y Uauy, R. (2012). Grandparenting and psychosocial health among older Chileans: a longitudinal analysis. *Aging & mental health*, 16(8), 1047-1057. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.692766>
- Haupt, M., Jänner, M., y Richert, F. (2020). Mental disorders of geriatric inpatients: symptom characteristics and treatment outcome. *International psychogeriatrics*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000666>
- Heerlein, A., Gabler, G., Chaparro, C., Kraus, A., Richter, P. y Berkau, C. (2000). Comparación psicométrica transcultural de la depresión mayor entre Chile y Alemania. *Revista Médica de Chile*, 128(6), 613-618. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872000000600007>
- Herrera, M. S., Elgueta, R. P. y Fernández, M. B. (2014). Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Revista de saude publica*, 48(5), 739-749. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004759>
- Hoyl, T., Valenzuela, E., y Marín, P. P. (2000). Depression in the aged: preliminary evaluation of the effectiveness, as an screening instrument, of the 5-item version of the Geriatric Depression Scale. *Revista Médica de Chile*, 128(11), 1199-1204. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>

- Johnstone, B., Yoon, D. P., Franklin, K. L., Schopp, L., y Hinkebein, J. (2009). Re-conceptualizing the factor structure of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality. *Journal of religion and health, 48*(2), 146-163. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9179-9>
- June, A., Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Klebe, K. (2009). Religiousness, social support and reasons for living in African American and European American older adults: an exploratory study. *Aging & mental health, 13*(5), 753-760. <https://doi.org/10.1080/13607860902918215>
- Kleineidam, L., Thoma, M. V., Maercker, A., Bickel, H., Mösch, E., Hajek, A., ... Wagner, M. (2019). What Is Successful Aging? A Psychometric Validation Study of Different Construct Definitions. *The Gerontologist, 59*(4), 738-748. <https://doi.org/10.1093/geront/gny083>
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283-291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Kok, R. M., y Reynolds, C. F., III. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA, 317*(20), 2114-2122. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.5706>
- Lac, A., Austin, N., Lemke, R., Poojary, S., y Hunter, P. (2017). Association between religious practice and risk of depression in older people in the subacute setting. *Australasian journal on ageing, 36*(2), E31-E34. <https://doi.org/10.1111/ajag.12384>
- Lamont, R. A., Swift, H. J., y Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and aging, 30*(1), 180-193. <https://doi.org/10.1037/a0038586>
- Lee, K. H. (2011). The role of spiritual experience, forgiveness, and religious support on the general well-being of older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 23*(3), 206-223. <https://doi.org/10.1080/15528030.2011.533398>
- Luo, H., Lou, V., Chen, C., y Chi, I. (2020). The Effectiveness of the Positive Mood and Active Life Program on Reducing Depressive Symptoms in Long-Term Care Facilities. *The Gerontologist, 60*(1), 193-204. <https://doi.org/10.1093/geront/gny120>
- Marler, P. L. y Hadaway, C. K. (2002). "Being religious" or "being spiritual" in America: A zero-sum proposition?. *Journal for the Scientific Study of Religion, 41*(2), 289-300. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00117>

- Ministerio de Desarrollo Social (2017). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN): Adultos Mayores, Síntesis de resultados*. Santiago: Observatorio Social. <https://tinyurl.com/y7adbvpv>
- Ministerio de Salud (2019). *Manual de geriatría para médicos*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. <https://tinyurl.com/y9tvob7h>
- Morin, R. T., Nelson, C., Bickford, D., Insel, P. S., y Mackin, R. S. (2019). Somatic and anxiety symptoms of depression are associated with disability in late life depression. *Aging & mental health*, 1-4. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1597013>
- Muñoz, F. y Espinosa, J.M. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria*, 40(6), 305-309. <https://doi.org/10.1157/13123684>
- Murphy, P. E., Fitchett, G. y Emery-Tiburcio, E. E. (2016). Religious and spiritual struggle: prevalence and correlates among older adults with depression in the BRIGHTEN Program. *Mental Health, Religion & Culture*, 19(7), 713-721. <https://doi.org/10.1080/13674676.2016.1244178>
- Osler, M., Bruunsgaard, H., y Lykke Mortensen, E. (2015). Lifetime socio-economic position and depression: an analysis of the influence of cognitive function, behaviour and inflammatory markers. *European journal of public health*, 25(6), 1065-1069. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv134>
- Pérez, R., Martín, M. y Riquelme, A. (2017). Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(3).
- Rivera-Hernandez, M. (2016). Religiosity, Social Support and Care Associated with Health in Older Mexicans with Diabetes. *Journal of religion and health*, 55(4), 1394-1410. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0105-7>
- Ronneberg, C. R., Miller, E. A., Dugan, E., y Porell, F. (2016). The Protective Effects of Religiosity on Depression: A 2-Year Prospective Study. *The Gerontologist*, 56(3), 421-431. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu073>
- Rote, S., Hill, T. D., y Ellison, C. G. (2013). Religious attendance and loneliness in later life. *The Gerontologist*, 53(1), 39-50. <https://doi.org/10.1093/geront/gns063>
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., y Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA*, 290(2), 215-221. <https://doi.org/10.1001/jama.290.2.215>

- Sadler, E. y Biggs, S. (2006). Exploring the links between spirituality and 'successful ageing'. *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 267-280. <https://doi.org/10.1080/02650530600931757>
- Sandoval, F. A., Tamiya, N., Lloyd-Sherlock, P., y Noguchi, H. (2016). Relation of depression with health behaviors and social conditions of dependent community-dwelling older persons in the Republic of Chile. *International psychogeriatrics*, 28(12), 2029-2043. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001228>
- Sierra-Taylor, J. A. y Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en puerto rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>
- Stanley, M. A., Bush, A. L., Camp, M. E., Jameson, J. P., Phillips, L. L., Barber, C. R., ... Cully, J. A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & mental health*, 15(3), 334-343. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519326>
- Sternthal, M. J., Williams, D. R., Musick, M. A., y Buck, A. C. (2010). Depression, anxiety, and religious life: a search for mediators. *Journal of health and social behavior*, 51(3), 343-359. <https://doi.org/10.1177/0022146510378237>
- Tapia-Muñoz, T., Mascayano, F., y Toso-Salman, J. (2015). Collaborative care models to address late-life depression: lessons for low-and-middle-income countries. *Frontiers in psychiatry*, 6, 64. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00064>
- Teixeira, C. M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M. y Brustad, R. J. (2013). Physical activity, depression and anxiety among the elderly. *Social Indicators Research*, 113, 307-318. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0094-9>
- Troutman, M., Nies, M. A., Small, S., y Bates, A. (2011). The development and testing of an instrument to measure successful aging. *Research in gerontological nursing*, 4(3), 221-232. <https://doi.org/10.3928/19404921-20110106-02>
- Vahia, I. V., Depp, C. A., Palmer, B. W., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W., Allison, M., y Jeste, D. V. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging & mental health*, 15(1), 97-102. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501069>

- Valenzuela, E., Bargsted, M. y Somma, N. (2012) *¿En qué creen los chilenos? Naturaleza y alcance del cambio religioso en Chile*. Santiago: Centro de políticas públicas UC. <https://bit.ly/3dEzt55>
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Von Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L. y von Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 49(4), 331-337. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272011000400004>
- Wink, P., y Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 9(1), 79-94. <https://doi.org/10.1023/A:10138333419122>
- Zegers, B., Rojas-Barahona, C. y Förster, C. (2009). Validez y confiabilidad del índice de satisfacción vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una muestra de adultos y adultos mayores en Chile. *Terapia Psicológica*, 27(1), 15-26. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082009000100002>
- Zeng, W., North, N., y Kent, B. (2012). A framework to understand depression among older persons. *Journal of clinical nursing*, 21(17-18), 2399-2409. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04049.x>
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Béland, F., y Vissandjee, B. (2009). Explaining health differences between men and women in later life: a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Social science & medicine*, 68(2), 235-242. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.031>

## Para citar en APA

Gallardo-Peralta, L. P. y Sánchez-Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia Psicológica (En línea)*, 38(2), 169-187. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200169>