

Perspectiva espiritual, religiosidad y consumo de alcohol en adultos mayores

Spiritual perspective, religiousness and alcohol consumption in elderly

Perspectiva espiritual, religiosidade e consumo de álcool em idosos

Carlos Alberto Salazar Moreno¹, María Magdalena Alonso-Castillo²,
Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato³, Nora Angélica Armendáriz-García⁴

RESUMEN

Objetivo: conocer la relación entre la religiosidad y la perspectiva espiritual con el consumo de alcohol en los adultos mayores. **Método:** estudio descriptivo correlacional, en 39 participantes de Santa Catarina, Nuevo León, México. Se aplicó una cédula de datos personales, la Escala de Perspectiva Espiritual, el Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL) y el Michigan Alcoholism Screening Test-Versión Geriatric (MAST-G). **Resultados:** el 82.1% de los participantes perteneció al sexo femenino, la edad de inicio de consumo fue a los 20 años ($DE \pm 18.8$). Existieron diferencias significativas en la clasificación del consumo de alcohol según el sexo ($U = 70.00$; $p < 0.05$), el sexo femenino mostró mayor proporción de consumo sensato y el masculino de consumo riesgoso. Se observa relación negativa entre la religiosidad y el consumo de alcohol ($r_s = - .328$, $p = .041$), sin embargo, no se observó significancia entre la perspectiva espiritual y el consumo de alcohol. **Conclusión:** es posible que las normas, prácticas y la participación en organizaciones religiosas contribuyan como factores protectores

¹Enfermero. Maestro en Ciencias de Enfermería. Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. E-mail: charlie_salazar1992@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7130-2274> **Autor principal** – Endereço para correspondência: Bahía de la Paz 502, Col. San Gilberto, Santa Catarina, N.L., CP. 66369.

²Enfermera. Doctora en Filosofía con especialidad en Psicología. Profesor de tiempo completo. Líder del Cuerpo Académico Prevención de Adicciones. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, Nuevo León, México. E-mail: magdalena_alonso@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7197-8116>

³Enfermera. PhD Enfermería. Docente asociado del Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias humanas, Escuela de Enfermería. Universidad de Sao Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: nane@eerp.usp.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7475-6650>

⁴Enfermera. Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. E-mail: nordariz@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5319-8039>



Este artículo está licenciado bajo la forma de una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional, que permite uso irrestricto, distribución e reproducción en cualquier medio, desde que la publicación original sea correctamente citada.

del consumo de alcohol en los adultos mayores. Reconocer que el consumo de alcohol está presente en adultos mayores y es más alto y de riesgo en varones.

Descriptores: Espiritualidad; Religión; Consumo de Bebidas Alcohólicas; Anciano.

ABSTRACT

Objective: to know the relationship between religiousness and spiritual perspective with alcohol consumption in elders. **Method:** correlational descriptive study, with 39 participants from Santa Catarina, Nuevo León, Mexico. A personal data record, the Spiritual Perspective Scale, the Index of Religion at Duke University (DUREL) and the Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G) were applied. **Results:** 82.1% of participants were females, the age of onset of consumption was 20 years ($SD \pm 18.8$). There were significant differences in the classification of alcohol consumption by sex ($U = 70.00$; $p < 0.05$); female sex showed higher proportion of sensible consumption and male showed higher risk drinking. There is a negative relationship between religiousness and alcohol consumption ($r_s = - .328$, $p = .041$), however, no relationship was observed between spiritual perspective and alcohol consumption. **Conclusion:** It is possible that norms, practices and participation in religious organizations contribute as protective factors of alcohol consumption in the elderly. Recognize that alcohol consumption is present in older adults and is higher and of risk in males.

Descriptors: Spirituality; Religion; Alcohol Drinking; Aged.

RESUMO

Objetivo: conhecer a relação entre religiosidade e perspectiva espiritual com o consumo de álcool em idosos. **Método:** estudo descritivo correlacional, realizado com 39 participantes de Santa Catarina, Nuevo León, México. Foram aplicados um questionário de dados pessoais, a Escala de Perspectiva Espiritual, a Escala de Religiosidade da Duke University (DUREL) e o Teste de Triagem Alcoolista de Michigan - versão geriátrica (MAST-G). **Resultados:** 82,1% dos participantes pertenciam ao sexo feminino. A idade de início do consumo foi de 20 anos ($DE \pm 18,8$). Houve diferenças significativas na classificação do consumo de álcool por sexo ($U = 70,00$, $p < 0,05$). As mulheres apresentaram maior proporção de consumo sensato e os homens de consumo de risco. Evidenciou uma relação negativa entre religiosidade e consumo de álcool ($r_s = - .328$, $p = .041$), porém não foi observada significância entre perspectiva espiritual e consumo de álcool. **Conclusão:** é possível que as normas, práticas e participação em organizações religiosas contribuam como fatores protetores do consumo de álcool em idosos. Reconhece que o consumo de álcool está presente em idosos e é mais alto e de risco em homens.

Descritores: Espiritualidade; Religião; Consumo de Bebidas Alcoólicas; Idoso.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, influye en el aumento de la proporción de Adultos Mayores (AM)

del planeta de forma más rápida que en cualquier otro grupo de edad¹.

Entre los años 2000 y 2050 el crecimiento de la población AM se habrá más que triplicado pasando de 600 millones a 2000 millones, la

mayor parte de este aumento se producirá en los países menos desarrollados donde el incremento pasará de 400 millones en el 2000 a 1700 millones en el 2050².

Este cambio demográfico afecta los sistemas de salud por el aumento de la demanda de atención médica y de enfermería como consecuencia de la presencia de enfermedades no transmisibles y sus complicaciones. Así como de la existencia de los síndromes geriátricos como la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión³.

Además de estos problemas el AM puede experimentar síntomas emocionales negativos como el miedo, la ansiedad, la tristeza, la frustración y el agobio, como consecuencia de ciertos hechos o eventos de la vida que pueden amenazar el bienestar del AM como la viudez, la jubilación, los problemas económicos y el abandono; lo anterior puede determinar el consumo de alcohol como una respuesta de afrontamiento ante estas situaciones^{4,5}.

El consumo de alcohol en la población AM representa un problema serio de salud pública, el cual está recibiendo mayor atención por el

sector gubernamental y se considera más grave de lo que había sido reconocido anteriormente⁶. Se estima que este fenómeno se convertirá en un problema aun mayor, a medida que la población de AM envejezca dado que algunos de ellos comenzaron a consumir alcohol en exceso desde temprana edad y han sobrevivido hasta la edad adulta continuando con su consumo o experimentando períodos de recuperación y exacerbación; así mismo algunos AM han empezado a beber alcohol en exceso durante la vida media, continuando con su consumo el cual puede ser más problemático al avanzar la edad, además otros AM han comenzado a consumir en las últimas etapas de la vida⁷.

En relación al consumo de esta sustancia aproximadamente el 40% de los AM de Estados Unidos consumen alcohol y en Alemania el 52.9% de la población de 60 a 69 años y el 48.8% de los 70 a 79 años lo consumen una vez a la semana^{8,9}.

En México según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT)¹⁰ el 22.1% de los adultos entre 18 y 65 años consumen alcohol de forma excesiva; sin embargo en dicha

encuesta no se incluye a los AM de más de 65 años. En un estudio realizado por Alonso et al¹¹ reportaron que el 26.5% de los AM tenían un consumo de riesgo y el 18.4% de los AM presentaron un consumo abusivo. Por lo anterior se considera que existe un vacío del conocimiento sobre este fenómeno en la población AM, además es de vital importancia identificar qué factores contribuyen en la disminución del consumo de esta sustancia.

Dos factores que han mostrado estar relacionados con mejores resultados de salud son la perspectiva espiritual y la religiosidad¹²⁻¹⁵.

La perspectiva espiritual es la fuerza o el impulso que mueve al ser humano y que se manifiesta según las creencias espirituales del AM, que le permite tener un vínculo consigo mismo, con los demás, con el entorno y con un ser supremo.

Es la esencia del ser humano en la búsqueda de un sentimiento de paz, seguridad, afrontamiento a problemas y enfermedades, esperanza y significado, que sirve como guía para la toma de decisiones y como respuesta a preguntas sobre el significado de la vida¹².

Se ha documentado que la espiritualidad tiene un efecto positivo en los hábitos saludables, incrementa el sentido de bienestar, limita el consumo de alcohol y tabaco, además puede ser un predictor y factor de recuperación del consumo abusivo de estas sustancias^{16,17}.

La religiosidad por su parte incluye la búsqueda de la presencia de Dios o de un ser superior a través de las prácticas y actividades religiosas derivadas de la religión que profesa y el esfuerzo que le implica ejecutar en su vida personal los fundamentos religiosos¹⁷.

La literatura indica que se relaciona con un mejor funcionamiento cognitivo, con la salud, la satisfacción con la vida y el bienestar; así mismo se considera un factor protector del consumo de sustancias^{13,19-22}.

En razón del envejecimiento poblacional, del aumento en el número de AM que consumen alcohol, la falta de datos nacionales sobre el consumo de drogas y los escasos datos producto de la investigación en relación a los factores de riesgo y/o protección (religiosidad y perspectiva espiritual, entre otros) y el consumo de alcohol en la población AM, se

planteó como objetivo del presente estudio conocer la relación entre la religiosidad y la perspectiva espiritual con el consumo de alcohol en los AM.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional, el cual se llevó a cabo en los meses de enero y febrero del 2019 en 39 AM que asistían a diversos grupos sociales en el municipio de Santa Catarina, Nuevo León México. Se utilizó un muestreo probabilístico a través del tiempo (censo).

Los autores del estudio abordaron a los participantes y se incluyeron a aquellos AM que se encontraran ubicados en tiempo, espacio y persona a través de las siguientes preguntas: ¿Qué día es hoy?, ¿Cómo se llama? y ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la colonia?, posteriormente se aplicó la versión en español de la Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ-VE) de Pfeiffer, desarrollada por Martínez²³, la cual está compuesta por 10 preguntas, el cual tiene como objetivo detectar un posible deterioro cognitivo, además evalúa la memoria acorto plazo; aquellos AM con la

capacidad de leer y escribir debían de tener un máximo de dos errores en la Prueba y en los analfabetos que fueron incluidos debieron tener un máximo de tres errores en la prueba.

Se aplicó una cédula de datos personales y tres instrumentos, el primero que se utilizó fue la Escala de Perspectiva Espiritual desarrollado por Reed (1987)²⁴, la cual mide el conocimiento de sí mismo y el sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o la existencia de un propósito supremo; se basa en la conceptualización de la espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida.

Este instrumento está compuesto de 10 enunciados, dividido en dos subescalas; la primer subescala es denominada “Prácticas Espirituales” conformada por cuatro preguntas (de la 1 a la 4) que se califican en un rango de 1 a 6, estas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca, 2) Menos de una vez al año, 3) Mas o menos una vez al año, 4) Mas o menos una vez al mes, 5) Mas o menos una vez a la semana y 6) Mas o menos una vez al día. La segunda subescala es denominada “Creencias Espirituales” Conformada

por seis preguntas (de la 5 a la 10) estas son respondidas de la siguiente manera: 1) Extremadamente en desacuerdo, 2) Desacuerdo, 3) En desacuerdo más que en acuerdo, 4) De acuerdo más que en desacuerdo, 5) De acuerdo y 6) Extremadamente de acuerdo.

El puntaje total de la primera subescala es 24 puntos y para la segunda 36 puntos; el puntaje total es de 60 en el cual a mayor puntaje mayor perspectiva espiritual. Reed utilizó dicho instrumento en un estudio en 300 adultos de 20 a 85 años de Estados Unidos, el cual mostró un Alpha de Cronbach de .90²⁴.

En un estudio realizado por Guerrero-Castañeda, Navarro y Oliva²⁵ en 79 AM de Celaya, Guanajuato, México, el instrumento mostró un Alpha de Cronbach de 0.79.

Además, Rodríguez-Puente y Alonso-Castillo²⁶ lo utilizaron en adultos en etapa de recuperación de la dependencia al alcohol de Monterrey, Nuevo León, México y obtuvo un Alpha de Cronbach de .94.

El segundo instrumento utilizado fue el Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL) desarrollado por Koenig et al²⁷, el cual tiene por objetivo evaluar la

religiosidad, el cual está compuesto por 5 reactivos dividido en tres dimensiones: 1) la actividad religiosa organizacional (ORA) (Pregunta 1), 2) la actividad religiosa no organizacional (NORA) (Pregunta 2) y 3) la religiosidad intrínseca (RI) (preguntas 3-5). El rango de respuesta de los reactivos varía de 1 a 5 o de 1 a 6 y las puntuaciones en las tres dimensiones (ORA, NORA y RI) pueden ser analizadas por separado o pueden sumarse en una puntuación total la cual variar de 5 a 27, en donde a mayor puntaje mayor religiosidad.

Taylor²⁸ realizó la traducción al español y su validación en 243 mujeres Hispanoamericanas de San Diego, Estados Unidos y se obtuvo un Alpha de Cronbach de .77.

Moreno-Weinert²⁹ utilizó este instrumento en 142 AM Hispanos, Anglos y Afroamericanos de Arizona Estados Unidos, el cual obtuvo una Alpha de Cronbach de 0.91.

El tercer instrumento que se utilizó fue el Michigan Alcoholism Screening Test-Versión Geriatric (MAST-G) desarrollado por Blow³⁰, el cual tiene el objetivo de evaluar y detectar en consumo de alcohol en el AM, consta de 24 reactivos con un patrón de respuesta dicotómica (Si y

No), tiene un punto de corte de 5 puntos, lo cual implica que un puntaje por encima de 5 significa que existe un abuso de alcohol; los puntajes se clasifican como 1) consumo en sensato (0 a 1 punto), 2) riesgoso (2 a 4 puntos) y 3) abusivo (de 5 puntos y más). Alonso et al¹¹ utilizó este instrumento en AM de Monterrey, Nuevo León, México, el cual obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.81.

Los AM fueron ubicados en las reuniones de los grupos que se llevan a cabo por semana y allí fueron invitados a ser parte del estudio, se les explicó el propósito, el tiempo de duración de la entrevista, los riesgos y beneficios; una vez que el AM aceptó participar se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado y posteriormente se dio inicio a la entrevista, una vez finalizada la recolección de datos se le agradeció al AM por su participación.

El estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud³¹ en México.

Se contó con la aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad

Autónoma de Nuevo León, con el número de protocolo FAEN-D-1460.

Además, se contó con el consentimiento informado para AM a fin de realizar la aplicación de los instrumentos y ofrecer la seguridad del anonimato y confidencialidad de la información.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 21 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, además se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y de acuerdo con el resultado se decidió el uso de estadística no paramétrica. Finalmente para dar respuesta al objetivo principal del estudio se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

RESULTADOS

El 82.1% de los participantes perteneció al sexo femenino, la media de edad fue de 71 años ($DE = 6.5$), con relación al estado civil el 61.5% reportó estar casado, el 25.6% viudo, el 7.7% divorciado y el 5.1% soltero.

En cuanto a la escolaridad el 53.9% tenía primaria, el 18% la secundaria, el 23.1 estudios técnicos y

solo el 2.6% estudios superiores y el 2.4% sin estudios; con respecto a la ocupación el 66.7% se dedicaba al hogar, el 23.1% eran jubilados, el 7.7% trabajaba en comercio menor y el 2.5% cuenta con un negocio propio y en cuanto a la religión el 100% pertenecían a la religión católica y frecuentaban las actividades religiosas correspondientes.

En relación con el consumo de alcohol la edad de inicio de consumo fue de 20 años ($DE = 18.8$) y la cantidad de bebidas consumidas actualmente en un día típico fue de .87 ($DE = .76$).

En cuanto a las prevalencias de consumo de alcohol, el 84.6% de los participantes había consumido alcohol alguna vez en la vida, el 41% en el último año, el 33.3% en el último mes y el 7.7% en la última semana.

De acuerdo con la Tabla 1, existieron diferencias significativas en la clasificación del consumo de alcohol de acuerdo con el sexo ($U = 70.00$; $p < 0.05$), se observa que el sexo femenino muestra mayor proporción de consumo sensato, mientras el sexo masculino reporta mayor proporción en el consumo riesgoso; ningún participante obtuvo el puntaje requerido para clasificarse

dentro de la categoría de consumo abusivo.

Tabla 1 - Clasificación Consumo de Alcohol MAST-G por sexo.

Sexo	Consumo sensato		Consumo riesgoso		Consumo abusivo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	30	93.8	2	6.3	0	0	32	100
Masculino	5	66.7	2	33.3	0	0	6	100
Total	35	89.7	4	10.3	0	0	39	100%

En la Tabla 2, se muestra el coeficiente de correlación entre la perspectiva espiritual, la religiosidad y el consumo de alcohol, se observa una relación negativa entre la religiosidad y el consumo de alcohol ($r_s = - .328$, $p = .041$), lo cual significa que a mayor religiosidad menor consumo de alcohol en el AM; los resultados no mostraron relación entre la espiritualidad y el consumo de alcohol.

Tabla 2 - Coeficiente de correlación de perspectiva espiritual, religiosidad y consumo de alcohol.

	Perspectiva espiritual	Religiosidad	Consumo de alcohol
Perspectiva espiritual	1.000	.438** (.005)	-.132 (.422)
Religiosidad	.438** (.005)	1.000	-.328* (.041)
Consumo de alcohol	-.132 (.422)	-.328* (.041)	1.000

Nota: p = significación entre paréntesis, **. correlación significativa al 0.01 y *. correlación significativa al 0.05.

DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico de los AM mostró que en su mayoría pertenecían al sexo femenino, estaban casados, en cuanto la escolaridad más del 50% había cursado la primaria, en cuanto la ocupación más de la mitad se dedicaba al hogar y solo un porcentaje estaban jubilados. Estas características son comunes en los AM mexicanos, dado que las mujeres tienen mayor esperanza de vida en comparación con los hombres, en cuanto al nivel educativo tiende a ser bajo ya que la expansión del sistema educativo no beneficia a esta población; además la baja cobertura del sistema de pensiones que ha sido generada por un esquema contributivo de seguridad social, privilegia el trabajo en el sector formal y solo otorga sus beneficios a la población asalariada urbana, por lo cual solo una parte de los AM cuentan con una pensión que suele ser pequeña^{11,32}.

En relación con el consumo de alcohol se observaron diferencias significativas por tipos de consumo donde el sexo femenino tuvo mayor proporción en la clasificación de consumo sensato y el sexo masculino

en consumo riesgoso. Estos resultados son similares a lo encontrado en varios estudios realizados en AM en México^{11,33}, esto debido a que el consumo de alcohol en el sexo masculino es una práctica que se acepta y justifica culturalmente; además los hombres tienden a consumir alcohol con más frecuencia y en mayores cantidades, así mismo las prácticas de alcoholización son más abiertas y tienden a ser más manifestadas en comparación con las mujeres, las cuales dichas prácticas suelen ser ocultas^{11,33,34}.

Otro hallazgo importante fue que ninguno de los participantes obtuvo la categoría de consumo abusivo, esto quizás al envejecimiento debido a que existe una reducción de la tolerancia del cuerpo al alcohol y una disminución del agua corporal; por lo tanto, existe menos líquido corporal sobre el cual distribuir la sustancia. Además, ocurren cambios en la función hepática que conducen a niveles más altos de alcohol en la sangre, por lo cual se experimentan sus efectos más rápido; esto lo puede llevar al AM a situaciones peligrosas o incluso mortales como las caídas y los accidentes de tráfico; por cual se disminuye el consumo de alcohol para

prevenir la aparición de dichos eventos^{35,36}.

Otra razón por la cual el AM puede disminuir su consumo de alcohol es debido a que beber de forma excesiva puede llevarlo a hacerse daño, sentirse irritable, recordar episodios de su vida pasada o actual que lo pueden conducir a manifestar resentimiento, valorar los hechos de forma distorsionada por efectos del alcohol y así mismo puede ser una fuente de la violencia doméstica como víctima o agresor y además el alcohol puede ser precursor de maltrato o abuso infantil, teniendo un impacto negativo en las relaciones con los miembros de la familia, amigos u otros^{36,37}.

En cuanto el objetivo principal del estudio se encontró una relación negativa entre la religiosidad y el consumo de alcohol, así mismo no se encontró relación entre la perspectiva espiritual y el consumo de alcohol. Esto puede deberse a que la instrucción religiosa que tuvieron estos AM cuando eran adolescentes y jóvenes, en el cual se prohibía el consumo de alcohol de forma activa entre sus miembros y solo se aprobaba en adultos el consumo en festividades religiosas; esto se aplica a las

religiones como el judaísmo, musulmanes y el cristianismo. Sin embargo, en la actualidad no necesariamente se promueve la abstinencia ya que se considera tolerable el consumo en cantidades moderadas y en entornos sociales o laborales; por lo cual es posible que las normas, prácticas y la participación en organizaciones religiosas son las que contribuyan a la abstinencia o al consumo sensato y moderado de alcohol en los AM en comparación las experiencias espirituales y la conexión con un “ser supremo o Dios” no mostraron relación significativa³⁸⁻⁴².

CONCLUSIÓN

Los resultados mostraron diferencias significativas en la clasificación del consumo de alcohol de acuerdo con el sexo, las mujeres reportaron mayor proporción de consumo sensato y los hombres de consumo de riesgo, ninguno de los participantes informó consumo abusivo de alcohol. Respecto al objetivo principal del estudio solo se encontró relación negativa y significativa entre la religiosidad y el consumo de alcohol.

Los resultados de este estudio revelan informaciones relevantes para empezar el abordaje de este fenómeno y de esta forma promover la generación de futuros proyectos de investigación basados en la comprensión del uso de alcohol en AM; en especial considerar como factores protectores del consumo de drogas a la religiosidad y la perspectiva espiritual, además considerar a estas variables como determinantes de conductas de salud que pueden influir en el aumento del bienestar y la calidad de vida del AM.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran que se trabajó con una muestra limitada en términos cuantitativos, lo cual no permite realizar un análisis más amplio. En este punto es importante considerar que los AM son una población de difícil acceso en las instituciones, por normativas burocráticas y de seguridad.

Como recomendaciones para estudios posteriores, se destaca la necesidad de planear temporalmente el estudio para que se considere el tiempo de cada una de las entrevistas y el de la vinculación con las instituciones que protegen al AM para que se pueda obtener más

información sobre salud y posibles factores de riesgo y protección que afecten el bienestar.

Sobre el tiempo de la entrevista destaca la necesidad del AM de ser escuchado, lo cual demanda de mayor tiempo y habilidad por parte del investigador para cumplir con el objetivo de las entrevistas, siendo necesario estar familiarizado con los diversos contextos y situaciones en las viven los AM.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento. 2018. [acceso 06 nov. 18]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. 2018. [acceso 06 nov. 18]. Disponible en http://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/es/
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2018. [acceso 06 nov. 18]. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

4. Piqueras JA, Ramos V, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicol.* 2009; 16(2):85-112.
5. Alonso CB, Palucci MMH, Alonso CMM, Guzmán FFR, Gómez MMV. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, Nuevo León. *Rev latino-am Enferm.* 2008; 16(spe):509-515.
6. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and Aging. 1988. [acceso 06 nov. 18]. Disponible en <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa02.htm>
7. Andersen K, Bogenschutz MP, Bühringer G, Behrendt S, Bilberg R, Braun B, et al. Out patient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (ElderlyStudy). *BMC psychiatry.* 2015; 5(1):2-11.
8. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Older Adults. 2018. [acceso 06 nov. 18]. Disponible en <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/older-adults>
9. DuY, Wolf IK, Knopf H. Psychotropic drug use and alcohol consumption among older adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults 2008-2011. *BMJ open.* 2016; 6(10):1-12.
10. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. SSA. 2017; 47-52.
11. Alonso BA, Paluci MH, Alonso MM, Guzmán FR, Gómez MV. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev latino-am enferm.* 2008; 16:509-515.
12. Mishra SK, Togneri E, Tripathi B, Trikamji B. Spirituality and religiosity and its role in health and diseases. *J Relig Health.* 2017; 56(4):1282-1301.
13. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM Popul Health.* 2016; 2:373-381.

14. Churakova I, Burlaka V, Parker TW. Relationship Between Alcohol Use, Spirituality, and Coping. *Int J Ment Health Addict.* 2017; 15(4):842-852.
15. Nordfjaern T. Religiosity and Alcohol Use: Is Religiosity Important for Abstention and Consumption Levels in the Second Half of Life? *Subst Use Misuse.* 2018; 53(14):2271-2280.
16. Damianakis T, Marziali E. Older adults' response to the loss of a spouse: The function of spirituality in understanding the grieving process. *Aging Ment Health.* 2012; 16(1):57-66.
17. Díaz LP, Muñoz AI. Vulnerabilidad al consumo de alcohol, trascendencia espiritual y bienestar psicosocial: comprobación de teoría. *Rev latino-am enferm.* 2016; 24:1-8.
18. Jackson B, Bergeman CS. How Does Religiosity Enhance Well-Being? The Role of Perceived Control. *Psycholog Relig Spiritual.* 2011; 3(2):149-161.
19. Etchezahar E, Simkin H. Religiosidad, espiritualidad y escepticismo: la mediación del autoritarismo. *Subj Procesos Cogn.* 2013; 17(2):48-58.
20. Kaur S, Gupta S. Effect of religiosity on psychological well-being of senior citizens living with family and living in oldage homes. *J Psychiatr Res.* 2013; 8(2):209-222.
21. López J, Camilli C, Noriega C. Posttraumatic Growth in Widowed and Non-widowed Older Adults: Religiosity and Sense of Coherence. *J Relig Health.* 2015; 54(5):1612-1628.
22. Chokkanathan S. Religiosity and well-being of older adults in Chennai, India. *Aging Ment Health.* 2013; 17(7):880-887.
23. Martínez J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clín.* 2001; 117(4):129-34.
24. Reed PG. Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health.* 1987; 10(5):335-344.
25. Guerrero-Castañeda RF, Navarro, MG, Oliva, TM. Spirituality in a group of elderly Mexican residents of old people's Home: a brief

- descriptive report. *Nurse Care Open Acces J.* 2018; 5(3):180-182.
26. Rodríguez-Puente LA, Alonso-Castillo MM. Teoría de situación específica de autotranscendencia en dependientes del alcohol en proceso de recuperación. *Aquichan.* 2016; 16(1):15-23.
27. Koenig HG, Büsing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions.* 2010; 1(1):78-85.
28. Taylor PW. Psychometric Properties of the Duke University Religion Index English and Spanish Versions for Hispanic American Women [Tesis]. Estados Unidos: San Diego State University; 2013. 9p.
29. Moreno-Weinert I. The Influence of Religiosity on Psychological Well Being and Life Satisfaction in an Elderly Population [Tesis]. Estados Unidos: Arizona State University; 2011. 47p.
30. Blow FC, Brower KJ, Schulenberg JE, Demo-Dananberg LM, Young JP, Beresford TP. The Michigan alcoholism screening test-geriatric version (MAST-G): a new elderly-specific screening instrument. *Alcohol Clin Exp Res.* 1992; 16(2):372.
31. Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México. 1987. [acceso 06 nov. 18]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
32. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. 2015. [acceso 09 Abril 19]. Disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
33. Guimarães GL, Mendoza MÁ, López MÁ, García JÁ, Velasco-Ángeles LR, Beltrán MA, et al. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud ment.* 2014; 37(1):15-25.
34. Gogeochea-Trejo MDC, Méndez-Maín SM, Natera-Rey G, Blázquez-Morales MSL, San Jorge-Cárdenas X, Treviño-Siller S. Consumo de alcohol y lesiones: estudio en población atendida en servicios de urgencias de la ciudad

- de Xalapa, Veracruz, México. *Salud ment.* 2016; 39(2):61-68.
35. Sacco P, Bucholz KK, Harrington D. Gender differences in stressful life events, social support, perceived stress, and alcohol use among older adults: results from a national survey. *Subst Use Misuse.* 2014; 49(4):456-465.
 36. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Older Adults. 2019. [acceso 18 Abril 19]. Disponible en <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/older-adults>.
 37. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Facts About Aging and Alcohol. 2017. [acceso 18 Abril 19]. Disponible en <https://www.nia.nih.gov/health/facts-about-aging-and-alcohol>
 38. Nordfjaern T. Religiosity and Alcohol Use: Is Religiosity Important for Abstinence and Consumption Levels in the Second Half of Life? *Subst Use Misuse.* 2018; 53(14):2271-2280.
 39. Linardakis M, Papadaki A, Smpokos E, Sarri K, Vozikaki M, Philalithis A. Are religiosity and prayer use related with multiple behavioural risk factors for chronic diseases in European adults aged 50+ years?. *Public health.* 2015; 129(5):436-443.
 40. Baron-Epel O, Bord S, Elias W, Zarecki C, Shiftan Y, Gesser-Edelsburg A. Alcohol consumption among Arabs in Israel: a qualitative study. *Subst Use Misuse.* 2015; 50(2): 268-273.
 41. Najjar LZ, Young CM, Leasure L, Henderson CE, Neighbors C. Religious perceptions of alcohol consumption and drinking behaviours among religious and non-religious groups. *Ment Health Relig Cult.* 2016; 19(9):1028-1041.
 42. Klassen BJ, Grekin ER. Different forms of spirituality and heavy episodic drinking among college students. *J Am Coll Health.* 2017; 65(2):131-138.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Salazar CAM, Alonso-Castillo MM, Gherardi-Donato ECS.

- **Desenvolvimento:** Salazar CAM, Alonso-Castillo MM, Gherardi-Donato ECS, Armendáriz-García NA.
- **Redação e revisão:** Salazar CAM, Alonso-Castillo MM, Armendáriz-García NA.

Como citar este artigo: Salazar CAM, Alonso-Castillo MM, Gherardi-Donato ECS, Armendáriz-García NA. Perspectiva espiritual, religiosidad y consumo de alcohol en adultos mayores. J Health NPEPS. 2019; 4(2):151-166.

Submissão: 21/05/2019

Aceito: 03/10/2019

Publicado: 01/12/2019