

Relación entre espiritualidad, religiosidad y consumo de alcohol en adultos mayores*

* Artículo derivado de tesis doctoral titulada: "Modelo de vulnerabilidad, autotrascendencia y consumo de alcohol y benzodiacepinas en adultos mayores de Nuevo Laredo Tamaulipas", de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Mildred Astrid Moreno Cruz

<https://orcid.org/0000-0001-5295-8817>
Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
mildred.moreno@uat.edu.mx

✉ **María Magdalena Alonso Castillo**

<https://orcid.org/0000-0002-7197-8116>
Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
magdalena_alonso@hotmail.com

Nora Angelica Armendáriz García

<https://orcid.org/0000-0001-9033-3244>
Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
nora.armendarizgrc@uanl.edu.mx

Francisco Cadena Santos

<https://orcid.org/0000-0001-8792-692X>
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.
fcadena@docentes.uat.edu.mx

Marco Vinicio Gómez Meza

<https://orcid.org/0000-0002-3047-7278>
Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
marco.gomezmez@uanl.edu.mx

Recibido: 13/08/2025
Enviado a pares: 30/09/2025
Aceptado por pares: 01/11/2025
Aprobado: 09/12/2025

DOI: 10.5294/aqui.2026.26.1.7

Para citar este artículo / Para citar este artículo / To reference this article

Moreno MA, Alonso MM, Armendáriz NA, Cadena F, Gómez MV. Relationship Between Spirituality, Religiosity, and Alcohol Consumption among Older Adults. *Aquichan*. 2026;26(1):e2617. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2026.26.1.7>

Temática: Promoción de la salud, bienestar y calidad de vida.

Aporte a la disciplina: el presente estudio aporta significativamente a la disciplina de enfermería, ya que permite brindar un cuidado holístico e individualizado, pues identifica factores protectores o de riesgo para la salud mental y física, así como para el bienestar de los adultos mayores. Además, promueve intervenciones comprensivas éticamente, respetuosas y culturalmente sensibles, que consideran los valores y creencias del adulto mayor. Este enfoque integral contribuye a una mejor calidad de vida y bienestar general, fortaleciendo el rol humanista y ético de la enfermería en el cuidado holístico geriátrico. La presente investigación se basó en la teoría de auto-trascendencia de Pamela Reed.

Resumen

Introducción: el consumo de alcohol en adultos mayores se encuentra en aumento, lo que afecta su salud física, emocional, cognitiva y social; por lo tanto, es necesario identificar posibles factores de protección como la espiritualidad y la religiosidad, para aportar conocimiento trascendente en el cuidado de enfermería del paciente geriátrico. **Objetivo:** determinar la relación entre la espiritualidad y la religiosidad con el consumo de alcohol en adultos mayores. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo-correlacional con una muestra de 286 adultos, mayores de 60 años, de Nuevo Laredo, Tamaulipas, México; el muestreo fue probabilístico aleatorio estratificado. Se utilizó el Cuestionario Breve y Portátil sobre el Estado Mental, una Cédula de Datos Personales y de Prevalencias de Consumo de alcohol, la Escala de Perspectiva Espiritual, el Índice de Religión de la Universidad de Duke y la Prueba de Detección de Alcoholismo de Michigan-Versión Geriátrica. La recolección de datos se llevó a cabo en dos clínicas médicas y tres centros de desarrollo y bienestar. **Resultados:** se encontró una relación negativa significativa de la espiritualidad ($r_s = -.368, p < .01$) y la religiosidad ($r_s = -.473, p < .01$) con el consumo de alcohol. **Conclusiones:** se encontró que la espiritualidad y la religiosidad se relacionan con menor consumo de alcohol entre los adultos mayores; estos datos permitirán diseñar intervenciones sensibles culturalmente, con enfoque en promoción de la salud para el adulto mayor, los cuales contribuyen a una mejor calidad de vida y al bienestar en general.

Palabras clave (Fuente DeCS)

Adultos mayores; espiritualidad; religión; consumo de bebidas alcohólicas; enfermería.

4 Relationship between spirituality, religiosity, and alcohol consumption among older adults*

* Article that resulted from the doctoral thesis entitled: "Modelo de vulnerabilidad, autotranscendencia y consumo de alcohol y benzodiazepinas en adultos mayores de Nuevo Laredo, Tamaulipas (Model of vulnerability, self-transcendence, and alcohol and benzodiazepine consumption in older adults in Nuevo Laredo, Tamaulipas)" from the School of Nursing at the Universidad Autónoma de Nuevo León.

Abstract

Introduction: Alcohol consumption among older adults is increasing, which has an impact on their physical, emotional, cognitive and social health. Therefore, it is necessary to identify possible protective factors, such as spirituality and religiosity, to contribute relevant knowledge to the nursing care of geriatric patients. **Objective:** To determine the relationship between spirituality, religiosity, and alcohol consumption among older adults. **Materials and Methods:** This descriptive-correlational study involved a sample of 286 adults aged over 60 from Nuevo Laredo, Tamaulipas, Mexico. Stratified random probability sampling was employed. The following instruments were used: the Brief and Portable Mental Status Questionnaire; the Personal Data and Alcohol Consumption Prevalence Form; the Spiritual Perspective Scale; the Duke University Religion Index; and the Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version. Data were collected in two medical clinics and three development and wellness centers. **Results:** A negative but significant correlation was found between spirituality ($r_s = -0.368, p < 0.01$) and religiosity ($r_s = -0.473, p < 0.01$) and alcohol consumption. **Conclusions:** Spirituality and religiosity are associated with lower alcohol consumption among older adults. These findings enable the development of cultural interventions aimed at promoting the health of older adults, thereby improving their quality of life and overall well-being.

Keywords (Source: DeCS)

Older adults; spirituality; religion; alcohol consumption; nursing.

Relação entre espiritualidade, religiosidade e consumo de álcool entre idosos*

*Artigo derivado da tese de doutorado intitulada “Modelo de vulnerabilidad, autotranscendencia y consumo de alcohol y benzodicepinas en adultos mayores de Nuevo Laredo Tamaulipas”, da Faculdade de Enfermagem da Universidad Autónoma de Nuevo León.

Resumo

Introdução: O consumo de álcool em idosos está aumentando, o que afeta sua saúde física, emocional, cognitiva e social; portanto, é necessário identificar possíveis fatores de proteção, como espiritualidade e religiosidade, para oferecer conhecimento transcendente no cuidado de enfermagem de pacientes geriátricos. **Objetivo:** determinar a relação entre espiritualidade e religiosidade com o consumo de álcool em idosos. **Materiais e métodos:** estudo descritivo-correlacional com uma amostra de 286 pessoas com mais de 60 anos de Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. A amostragem foi estratificada de probabilidade aleatória. Foram usados o Questionário Curto e Portátil sobre o Estado Mental, um Índice de Dados Pessoais e um Índice de Prevalência de Consumo de Álcool, a Escala de Perspectiva Espiritual, o Índice de Religião da Universidade de Duke e o Teste de Detecção do Alcoolismo de Michigan - versão geriátrica. A coleta de dados foi realizada em duas clínicas médicas e três centros de desenvolvimento e bem-estar. **Resultados:** Foi encontrada uma relação negativa, porém significativa, entre espiritualidade ($r_s = -0,368$, $p < 0,01$) e religiosidade ($r_s = -0,473$, $p < 0,01$) com o consumo de álcool. **Conclusões:** Foi constatado que espiritualidade e religiosidade estão relacionadas à menor consumo de álcool entre idosos; esses dados permitirão formular intervenções culturalmente sensíveis com foco na promoção da saúde dos idosos, as quais contribuirão para uma melhor qualidade de vida e bem-estar em geral.

Palavras-chave (Fonte DeCS)

Idosos; espiritualidade; religião; consumo de bebidas alcoólicas; enfermagem.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas, particularmente el alcohol, en adultos mayores (AM), constituye un problema de salud pública de creciente relevancia, dado que su impacto ha resultado ser más grave de lo previamente reconocido por las autoridades sanitarias (1). Se considera adulto mayor a aquella persona que ha alcanzado una etapa avanzada en el ciclo vital, en la que se presentan cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de envejecimiento que ocurre, generalmente, a partir de los 60 años en países en desarrollo como México, y de los 65 años en países desarrollados (2, 3). En este contexto, dicha población es especialmente vulnerable a cambios en el estado de ánimo, enfermedades cardiovasculares y problemas de memoria, condiciones que se agravan por el consumo de alcohol (1).

Esta situación podría explicarse, en parte, porque algunos AM iniciaron el consumo de alcohol a edades tempranas y mantuvieron esta conducta durante la adultez, incrementando progresivamente su consumo hasta alcanzar patrones de riesgo o de uso excesivo, e incluso desarrollando sintomatología asociada a trastorno por consumo de alcohol (4). En la etapa de envejecimiento, se esperaría una reducción o cese del consumo debido a la aparición de diversas enfermedades, especialmente de tipo crónico, y a las recomendaciones del personal de salud. No obstante, se ha observado en la experiencia profesional de los autores del estudio, y por estudios previos, que el consumo de alcohol sigue presente en los AM y, en múltiples ocasiones, se confunde con el síndrome geriátrico; ante la escasez de datos nacionales e internacionales sobre el tema, resulta relevante profundizar en el estudio de esta conducta a fin de orientar estrategias de atención y prevención dirigidas sobre esta problemática en AM (5, 6, 7).

A nivel mundial, se ha documentado que el consumo de alcohol en adultos mayores de 60 años aumenta un 33% el riesgo de muerte prematura (8). En México, de acuerdo con datos reportados por el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones (2024), el grupo de AM representa el grupo con mayor riesgo de defunciones relacionadas al consumo de alcohol, con una tasa de 4,6 por cada cien mil habitantes, siendo los hombres mayores de 60 años el grupo con mayor riesgo (9).

Respecto al consumo de esta sustancia, se estima que el 11 % de los AM de Estados Unidos han tenido al menos un episodio de consumo excesivo (10); mientras que en México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2022, el consumo actual de adultos de 50 a 64 años fue de 48,8 % y en AM de 65 años y más fue de 32,1 % (11). En relación con los patrones de consumo de alcohol, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) reportó en el grupo de 18 a 65 años que el 37,4 % consumieron de manera excesiva en el último año, 22,1 % en el último mes y el 3 % consumían diariamente; sin embargo, no se

cuenta con datos en la población de AM de 65 años y más, lo cual es una temática crítica que debe atenderse debido al acelerado aumento de este grupo etario a nivel nacional y mundial (12).

El consumo de alcohol en la población de AM se agrava debido a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, los cuales provocan una mayor concentración de alcohol en la sangre, así como alteraciones en el sistema vascular, una disminución moderada de la tasa de filtración glomerular renal y una reducción de la masa muscular, modificaciones fisiológicas que incrementan el riesgo de morbilidad en comparación con la población adulta joven (13). Además, el consumo problemático de alcohol en AM repercute negativamente en su salud emocional, cognitiva, funcional y social (14). Diversos estudios han identificado factores que incrementan el riesgo de consumo de alcohol en esta población, entre los que destacan los eventos estresantes de la vida, como la pérdida de hijos, pareja, familia o amigos, la jubilación, las dificultades económicas, el cambio de residencia al hogar de los hijos, la falta de apoyo social y la presencia de sentimientos de tristeza o soledad, entre otros (15).

No obstante, existe menor evidencia respecto a los factores que actúan como protectores frente al consumo de alcohol; en este sentido, la espiritualidad y la religiosidad se han identificado como dos elementos que pueden desempeñar un papel relevante en la prevención de dicha conducta (16, 17). La espiritualidad se entiende como la percepción que tiene la persona sobre su identidad interior y su conexión con un ser superior o con Dios, lo que le brinda sentimientos de paz, seguridad, afrontamiento y esperanza, favoreciendo la toma de decisiones saludables (18).

La espiritualidad se concibe también como una fuerza o impulso que motiva al ser humano a encontrar paz, tranquilidad y sosiego, y que se manifiesta de acuerdo con las creencias espirituales del AM; se asocia con la adopción de hábitos saludables, lo que contribuye a incrementar el sentido de bienestar y limita el consumo de alcohol (19). En AM de Polonia, se ha documentado una correlación positiva entre la espiritualidad y las conductas de salud, lo que sugiere que podría desempeñar un papel protector frente a comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol (20). De manera similar, en AM de Estados Unidos, se observó que aquellos con niveles elevados de espiritualidad presentaron una menor probabilidad de consumir alcohol (21, 22). No obstante, en AM de la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León, no se encontró una relación significativa entre espiritualidad y consumo de alcohol (23).

Respecto a la religiosidad, esta se define como la búsqueda de la presencia de Dios o de un ser supremo mediante prácticas, manifestaciones y actividades religiosas, las cuales varían según la religión que se profese y están influenciadas por la familia, los grupos de referencia y la sociedad en general (24). Esta puede

funcionar como una estrategia de afrontamiento en los AM, ya que se ha mostrado que promueve el bienestar psicológico y social, así como la adaptación ante problemas de salud y conductas de riesgo, entre ellas el consumo de alcohol (25). En este sentido, se identificó una relación negativa y significativa entre religiosidad y consumo de alcohol en AM de la zona metropolitana de Monterrey, lo que sugiere que la religiosidad puede actuar como factor protector (23). Asimismo, en AM de Estados Unidos se documentó que la asistencia frecuente a servicios religiosos y los altos niveles de religiosidad se asociaron a una menor probabilidad de presentar problemas relacionados con el consumo de alcohol (21).

Como se observa, la información sobre el consumo de alcohol en la población de AM mexicanos es limitada, y aún más escasos son los estudios que analizan el papel de la espiritualidad y la religiosidad como posibles factores de protección o de riesgo para el consumo de alcohol, por lo que los objetivos del presente estudio son: 1) describir las prevalencias de consumo de alcohol, 2) identificar los tipos de consumo de alcohol, 3) conocer los tipos de consumo de alcohol por sexo y 4) determinar la relación entre la espiritualidad y religiosidad en el consumo de alcohol en AM de la frontera norte de Tamaulipas.

Método

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 1959 AM en edades comprendidas entre los 60 y los 80 años que asistieron a dos clínicas de medicina familiar y tres centros de desarrollo y bienestar del municipio de Nuevo Laredo, Tamaulipas, ubicados en la Frontera Norte con Estados Unidos. El presente estudio se desarrolló siguiendo las directrices STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para estudios observacionales, para realizar una adecuada descripción del diseño de estudio y del método de selección de los participantes; así mismo, se realizó una descripción detallada de los instrumentos con los que se llevó a cabo la medición de las variables de estudio y se explicaron los criterios de inclusión, así como el proceso de recolección de datos; además, se detallaron los métodos estadísticos empleados para el análisis. En cuanto a los resultados, estos se presentaron con claridad y transparencia (26).

El tamaño de la muestra se calculó bajo los criterios de un nivel de significancia de .05, un nivel de confianza de 95 %, una potencia del 90 %, un coeficiente de determinación de .09, calculado para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple, y una tasa de no respuesta del 15 %. El muestreo fue probabilístico aleatorio, estratificado y con asignación proporcional al tamaño de cada estrato mediante la combinación de lugar y sexo, formando 10 estratos; finalmente, se determinó una muestra total de 286 AM. La selección de los participantes fue aleatoria, mediante listados de hombres y mujeres AM, utilizando Excel.

El proceso de recolección de datos inició cuando los autores del estudio, profesionales del área de la salud (Licenciados en Enfermería), capacitados previamente para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos de medición, abordaron a los AM que se encontraban en las dos clínicas de salud y los tres centros de desarrollo y bienestar para invitarlos a participar, explicándoles los objetivos del estudio, el procedimiento de recolección de datos, los instrumentos que se utilizarían y el tiempo estimado de respuesta, el cual fue de 20 minutos. Una vez que aceptaron participar, se les condujo a un lugar privado, designado por las instituciones y se les realizaron algunas preguntas como: ¿qué día de la semana es hoy? y ¿en qué lugar estamos ahora? Esto se hizo con el objetivo de verificar si se encontraban ubicados en tiempo y lugar.

Posteriormente se les aplicó el Cuestionario Breve y Portátil sobre el Estado Mental de Pfeiffer (1975), adaptado al español por Martínez (2001), compuesto por diez preguntas, el cual tiene como propósito evaluar la capacidad cognitiva, la memoria a corto plazo y determinar la orientación sobre las actividades y hechos cotidianos (27); de acuerdo con la interpretación del cuestionario, quienes presentaban de 0-2 errores contaban con una capacidad cognitiva normal, 3-4 errores significa deterioro cognitivo leve, 5-7 refiere deterioro cognitivo moderado y más de 8 errores significa deterioro cognitivo severo. Como criterios de inclusión, se tomaron en cuenta aquellos AM que sabían leer y escribir y que obtuvieron un máximo de dos errores en el cuestionario sobre el estado mental; quienes presentaron más de tres errores y no sabían leer ni escribir no fueron considerados en el estudio, pero se les agradeció por la disposición para participar.

Para continuar con el proceso de recolección de datos, a los AM que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó la lectura del consentimiento informado y la recolección de la firma de aprobación; posteriormente, se les entregaron los instrumentos en un sobre y se les explicaron las opciones de respuesta y donde debían responder. En todo momento, se les comunicó que si tenían alguna duda, podían preguntar a los autores del estudio; al finalizar se recolectaron los instrumentos, se les agradeció por la participación y se les entregó un refrigerio saludable.

Posteriormente, se aplicó una cédula de datos personales y de prevalencias de consumo de Alcohol (CDPYPA) y tres instrumentos. La CDPYPA abordó datos sociodemográficos como la edad, el sexo, la ocupación, la escolaridad, con quien vive el AM y qué religión practica; además de preguntas acerca de la edad de inicio en el consumo de alcohol, frecuencia, cantidad de consumo de bebidas alcohólicas y las prevalencias de consumo de alcohol (alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana).

Seguido del primer instrumento, la Escala de Perspectiva Espiritual diseñada por Reed (1986) mide la percepción de la persona sobre su identidad interior, la fuerza de sus creencias espirituales y su conexión con un ser superior supremo (16). Este instrumento está compuesto de diez enunciados, dividido en dos subescalas; la primera subescala es denominada “Prácticas Espirituales”, conformada por cuatro preguntas (de la 1 a la 4) y que se califican en un rango del 1 a 6, estas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca, 2) Menos de una vez al año, 3) Más 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) Más o menos una vez al día. La segunda subescala es denominada “Creencias Espirituales” y está conformada por seis preguntas (de la 5 a la 10) que se responden 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.

La puntuación total del instrumento es de 60, por lo que se calculó un índice para poder llevar a cabo una mejor interpretación; la autora del instrumento lo obtuvo en una muestra de 300 adultos y adultos mayores del sureste de Estados Unidos un Alpha de Cronbach de .90 (18). Además, (28) realizaron la traducción del instrumento al español por expertos y lo aplicaron a 51 AM mexicanos y documentaron un Alpha de Cronbach de .91. (29) en su estudio, con una población de 251 AM de la ciudad de Monterrey, Nuevo León y reportaron un Alpha de Cronbach global de .90; no obstante, en el presente estudio se observó una confiabilidad de .94.

El segundo instrumento que se utilizó fue el Índice de religión de la Universidad de Duke (DUREL), diseñado por (30) con el propósito de conocer las creencias religiosas del AM, a través de la búsqueda de la presencia de Dios o de un ser supremo en prácticas, manifestaciones y actividades religiosas. El instrumento está compuesto por cinco reactivos divididos en tres dimensiones: 1) actividad religiosa organizacional (ORA) reactivo 1, 2); actividad religiosa no organizacional (NORA) reactivo 2 y 3); religiosidad intrínseca (RI) reactivos 3, 4 y 5.

El reactivo número uno hace referencia a la dimensión ORA, que involucra actividades religiosas públicas tales como asistir a servicios religiosos o participar en otras actividades religiosas relacionadas con un grupo; el reactivo número dos pertenece a la dimensión NORA, que consiste en actividades religiosas realizadas en privado, como la oración, el estudio de las escrituras y la televisión o la radio religiosa y los reactivos del tres al cinco forman parte de la dimensión RI, que evalúa la búsqueda de internalización y experiencia religiosa personal. El rango de respuesta de los reactivos varía del 1 al 5 o del 1 al 6 y las puntuaciones en las tres dimensiones (ORA, NORA y RI) pueden ser analizadas por separado o pueden sumarse en una puntuación total, que varía de 5 a 27 y para la cual se calcula el índice

total del instrumento; a mayor índice, mayor religiosidad. Los autores del instrumento reportaron un Alpha de Cronbach de .75. La validación al español en 243 mujeres hispanoamericanas, que hablaban español de San Diego, Estados Unidos, obtuvo un Alpha de Cronbach de .77. En esta se invirtió el reactivo número dos (31); en una población de 600 adultos brasileños se reportó un Alpha de Cronbach de .74 (32); en población mexicana, en 39 AM de Monterrey, Nuevo León, un Alpha de Cronbach de .83 (23) y en este estudio se obtuvo una consistencia interna de .84.

Finalmente, el tercer instrumento que se aplicó fue la Prueba de detección de alcoholismo de Michigan, versión geriátrica, MAST-G por sus siglas en inglés (33), desarrollado específicamente para evaluar y detectar el consumo de alcohol en la población de AM que manifestó haber consumido esta sustancia alguna vez en su vida. El instrumento consta de 24 reactivos con un patrón de respuesta dicotómica (Sí y No); cuenta con un corte de 5 puntos, lo cual implica que un puntaje por encima de 5 significa que existe abuso de alcohol; los puntajes se clasifican como 1) consumo sensato o de bajo riesgo (0-1 punto), 2) consumo de riesgo (de 2 a 4 puntos), y 3) consumo abusivo o probable alcoholismo (más de 5 puntos).

La validación por expertos del contenido del instrumento al español en población mexicana fue realizada en 112 AM de Monterrey, Nuevo León, México. Por ser una escala dicotómica se utilizó el Coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20), para obtener la confiabilidad del instrumento, que fue de .81 (34); de igual manera, se documentó en 251 AM de Monterrey, Nuevo León, en el año 2020 un KR-20 de .83 (29) y en este estudio se observó una confiabilidad de .88.

El estudio se apegó a lo dispuesto por la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México (35), al respetar la dignidad e integridad del AM en todo momento, se contó con un consentimiento informado, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos y se confirmó la capacidad mental del AM. Además, 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 registro FAEN-D-2031.

El análisis de datos se llevó a cabo a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS por sus siglas en inglés) versión 24 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva inferencial y la prueba Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables, por lo que se decidió utilizar una estadística no paramétrica como la prueba Chi Cuadrada de Pearson y el Coeficiente de Correlación de Spearman para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Resultados

El 68 % de los AM pertenecían al sexo femenino, la media de edad fue de 67,8 años ($DE = 6,17$); en relación con la escolaridad, se reportó una media de 12,41 ($DE = 5,79$) años de estudio, predominaron los AM con licenciatura (32,5 %); el 64 % estaban casados o vivían en unión libre, el 46 % ya no se encontraban activos laboralmente, y con respecto a la religión, el 78 % manifestó practicar la religión católica, el 13 % la religión cristiana, el 6 % se consideraban Testigos de Jehová, entre otras religiones, y el 3 % no practicaban ninguna religión.

En relación con el consumo de alcohol, se reportó que la edad de inicio de consumo fue a los 20,32 años ($DE = 6,39$) y la cantidad de bebidas estándar que consumían en un día típico fue de 3,76 bebidas ($DE = 2,93$). El primer objetivo fue describir las prevalencias de consumo de alcohol; el 71,3 %, con un IC 95 % [66-77], manifestó haber consumido alcohol alguna vez en su vida; 47,9 %, con un IC 95 % [42-54], consumió en el último año; el 33,6 %, con un IC 95 % [28-39], ingirió alcohol en el último mes; y el 22 %, con un IC 95 % [17-27], bebió en la última semana (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia global, clásica, actual e instantánea del consumo de alcohol

| Prevalencia del consumo | Sí | | No | | IC 95 % | |
|-------------------------|-----|------|-----|------|---------|----|
| | F | % | f | % | LI | LS |
| Alguna vez en la vida | 204 | 71,3 | 82 | 28,7 | 66 | 77 |
| En el último año | 137 | 47,9 | 149 | 52,1 | 42 | 54 |
| En el último mes | 96 | 33,6 | 190 | 66,4 | 28 | 39 |
| En la última semana | 63 | 22,0 | 223 | 78,0 | 17 | 27 |

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 286, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior

Fuente: elaboración propia.

Respecto al segundo objetivo, que era identificar los tipos de consumo de alcohol de acuerdo con lo reportado por el MAST-G, se identificó que el 38,2 % con un IC 95 % [33-44] de los AM fueron clasificados como consumidores sensatos o de bajo riesgo, el 29,9 % con un IC 95 % [24-35] como consumidores de riesgo, y el 31,9 % con un IC 95 % [26-37] como consumidores abusivos o con probable alcoholismo (tabla 2).

Tabla 2. Clasificación del consumo de alcohol de acuerdo con el MAST-G

| Tipos de consumo | f | % | LI | LS |
|--|----|------|----|----|
| Consumo sensato o de bajo riesgo | 78 | 38,2 | 33 | 44 |
| Consumo de riesgo | 61 | 29,9 | 24 | 35 |
| Consumo abusivo o con probable alcoholismo | 65 | 31,9 | 26 | 37 |

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 204 (esta muestra representa a quienes consumieron alcohol alguna vez en la vida), LI = Límite Superior, LS = Límite Superior.

Fuente: elaboración propia.

Respecto a los tipos de consumo de alcohol por sexo (tabla 3), se encontró una diferencia significativa entre los tipos de consumo ($\chi^2=50.71$; $p < .001$); se observó que las mujeres presentaron mayor consumo sensato o de bajo riesgo (82,1 %), en comparación con los hombres (17,9%), en cuanto al consumo de riesgo, predominó nuevamente el sexo femenino (67,2 %), en comparación con el masculino (32,8 %), y finalmente respecto al consumo abusivo o probable alcoholismo los hombres reportaron mayor proporción (75,4 %) a diferencia de las mujeres (24,6 %).

Tabla 3. Clasificación del consumo de alcohol de acuerdo con el MAST-G por sexo

| Sexo | | Consumo sensato | Consumo de riesgo | Consumo abusivo o probable alcoholismo | Total |
|-----------|----------|-----------------|-------------------|--|-------|
| Masculino | <i>f</i> | 14 | 20 | 49 | 83 |
| | % | 17,9 | 32,8 | 75,4 | 40,7 |
| Femenino | <i>f</i> | 64 | 41 | 16 | 121 |
| | % | 82,1 | 67,2 | 24,6 | 59,3 |

Nota: n hombres = 83, n mujeres = 121, prueba estadística ($\chi^2=50.71$; $p < .001$)

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en referencia al tercer objetivo del estudio (tabla 4), se encontró una relación negativa y significativa entre la espiritualidad y el consumo de alcohol ($r_s = -.368$, $p < .01$) y entre la religiosidad y el consumo de alcohol ($r_s = -.473$, $p < .01$), lo que infiere que, a mayor espiritualidad y religiosidad, menor consumo de alcohol en los AM.

Adicionalmente, se encontró una relación negativa y significativa entre espiritualidad ($r_s = -.258$, $p < .01$), religiosidad ($r_s = -.351$, $p < .01$) y número de bebidas alcohólicas que se consumen en un día típico, y se documentó una relación positiva y significativa entre espiritualidad ($r_s = .383$, $p < .01$) y religiosidad ($r_s = .438$, $p < .01$), con edad de inicio de consumo de alcohol entre los 20,32 años ($DE= 6,39$). Estos resultados señalan que quienes presentan mayores niveles de espiritualidad y religiosidad iniciaron su consumo de alcohol a mayor edad.

Tabla 4. Coeficiente de correlación de espiritualidad, religiosidad, consumo de alcohol, edad de inicio de consumo y consumo de bebidas alcohólicas en un día típico

| | Consumo de alcohol | Edad de inicio de consumo | Consumo de bebidas alcohólicas en un día típico |
|----------------|--------------------|---------------------------|---|
| Espiritualidad | -,368** (,001) | ,383** (,001) | -,258** (,001) |
| Religiosidad | -,473** (,001) | ,438** (,001) | -,351** (,001) |

Nota: p = significancia observada entre paréntesis, ** = correlación significativa menor a .01, $n=204$ (esta muestra representa a los AM que consumen alcohol)

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, se observa que predominó el sexo femenino entre los AM, lo cual coincide con estudios realizados en México (36, 29) y Argentina (37); esta característica es frecuente en la población de adultos mayores de México, debido a que las mujeres presentan mayor esperanza de vida en comparación con los hombres, lo que podría atribuirse a la elevada mortalidad en hombres jóvenes y adultos por causas como accidentes, violencia o enfermedades crónicas derivadas de estilos de vida no saludables (38). La media de edad fue de 67,8 años, la cual difiere con lo reportado en estudios en Estados Unidos (20), donde la media de edad fue de 60,4 años y en Noruega donde la media de edad fue de 74 años (39); esto podría explicarse por el tipo de país, según nivel económico y estructura demográfica; además, el 56 % de la población mexicana se encuentra entre las edades de 60 a 69 años.

Respecto al nivel educativo, predominaron los AM con licenciatura, lo que difiere con lo reportado en AM de la India (40) y Perú (41), países en los que el grado de estudios reportado fue de primaria y secundaria, esto podría explicarse por el nivel de desarrollo de los países donde se realizaron los estudios y, en el caso de la presente investigación, puede influir en que la localidad donde se realizó es en una zona fronteriza con Estados Unidos, lugar en donde quizás existieron mayores oportunidades de estudio y trabajo en la juventud, que les permitieron tener mayor accesibilidad al sistema educativo.

Con relación al estado civil, el 64 % de los AM se encontraban casados o vivían en unión libre, lo que concuerda con lo reportado en AM de Estados Unidos (22). Lo anterior podría explicarse debido a que la generación a la que pertenecen estas personas (baby boomers) se caracteriza por tener la idea de que el casamiento es para toda la vida, por lo que se comprometen con su familia y esposa (o) hasta el fallecimiento de alguno de los dos, por ello es baja la prevalencia de divorcios y abandono. Además, en la actualidad el matrimonio entre personas mayores es percibido como una fuente de felicidad y bienestar, al contar con una compañía que brinde apoyo emocional, por lo que cada vez es más común vivir en unión libre entre AM que perdieron a sus primeras parejas (42).

Respecto a la ocupación, predominaron los AM jubilados, lo que concuerda con los estudios realizados en Noruega (39) y Cuba (43). Lo anterior se podría explicar en función de que en la mayoría de los países, de acuerdo con las normativas laborales, se busca promover oportunidades de trabajo digno y productivo para hombres y mujeres en condiciones de seguridad con edad de jubilación entre los 60 y 70 años, etapas en las cuales disminuyen las capacidades físicas y cognitivas en el AM, lo que podría afectar su desempeño y exponerse a riesgos laborales (44). Además, al llegar a estas edades, el AM desea concluir con su vida laboral activa con la finalidad de realizar proyectos de vida que han dejado inconclusos, viajar, dedicar tiempo a su familia y cuidar de sus nietos y cónyuge o pareja sentimental (45).

En lo relacionado con la religión, la mayoría de los AM se identificaron como católicos, lo que coincide con estudios realizados en México (23, 46), pero difiere de estudios realizados en Estados Unidos, donde predomina la religión cristiana (21, 27). Lo anterior se podría explicar en función de que, a diferencia de Estados Unidos y Europa, en los últimos años se ha planteado un distanciamiento del catolicismo debido a la inmigración de personas con otras religiones y culturas y a eventos negativos al interior de la iglesia que han generado desconfianza entre los feligreses, hechos que le han otorgado un mayor énfasis a la ciencia (47).

Contrario a lo anterior, en Latinoamérica la religión sigue siendo un factor importante no solo en el plano individual sino también para la sociedad. La mayoría de los AM crecieron en ambientes familiares en los que se practicaba fundamentalmente el catolicismo, formación que fortaleció su identidad religiosa, favoreciendo que se mantengan en esta religión hasta la vejez, además de ser un eje conservador y de reforzamiento de valores; por ejemplo, en México, la mayoría de la población refiere pertenecer a esta religión (38, 47).

En relación con los datos de consumo de alcohol, se reportó que la media de edad de inicio fue a los 20,32 años, esto concuerda con lo reportado en AM de Monterrey, México (23); estas similitudes pudieran deberse a que en generaciones anteriores no era aceptado socialmente el consumo de alcohol en edades tempranas, existía mayor respeto hacia los padres, se obedecían las reglas de no consumir bebidas alcohólicas y existía menos accesibilidad a la sustancia, y mayor control de las normas sociales, por eso su consumo iniciaba hasta después de cumplir la mayoría de edad, que en México es a los 18 años. Además, culturalmente las personas se unían en matrimonio a edades tempranas, adquirían responsabilidades laborales y en el hogar, específicamente al cuidado de los hijos, lo que disminuía su tiempo de ocio y la probabilidad de consumir bebidas alcohólicas.

En relación con el primer objetivo, el cual fue describir las prevalencias de consumo de alcohol, se reportó que el 71,3 % manifestó haber consumido alcohol alguna vez en su vida, seguido del 47,9 % que consumió en el último año, 33,6 % el último mes y 22 % en la última semana, lo cual concuerda con lo reportado en AM de Cd. Del Carmen, Campeche, México, que señaló que el 71,8 % había consumido alcohol alguna vez en su vida, el 45,1 % en el último año, el 32,2 % en el último mes y el 27,8 % en la última semana (48) y en AM de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, entre quienes se documentó que el 84,6 % consumió alguna vez en su vida, 41 % en el último año, 33,3 % en el último mes y 7,7 % en la última semana (23).

Las prevalencias anteriores podrían explicarse porque probablemente el AM ya presentaba conductas de consumo de alcohol desde su juventud, práctica que se sigue realizando de manera

“normal”, aunque se puede observar una disminución en las prevalencia de consumo en cuanto a la frecuencia, lo que podría explicar que el AM empieza a presentar una reducción de masa corporal que influye en la distribución del alcohol, provocando que sus efectos se presenten con mayor intensidad y rapidez, limitando su consumo.

En relación con el segundo objetivo, se identificó al 38,2 % de los AM como consumidores sensatos o de bajo riesgo, el 29,9 % como consumidores de riesgo y el 31,9 % como consumidores abusivos o con probable alcoholismo, lo cual difiere con lo reportado en AM de Monterrey, Nuevo León, donde el 91,2 % presentaron consumo sensato o de bajo riesgo, 6,4 % consumo de riesgo y 2,4 % consumo perjudicial (49); estas diferencias podrían deberse a la localización geográfica de la ciudad donde se llevó a cabo el estudio, debido a que se localiza en la frontera Norte de México y tiene gran influencia cultural de Estados Unidos, país donde se acepta el consumo de alcohol en AM, además se tiene mayor acceso al alcohol por diversos medios promocionales para la venta y con menores precios; generalmente, el AM cuenta con el recurso económico para adquirir las bebidas alcohólicas y la aceptación social para ingerirlas en su hogar o en reuniones sociales.

Respecto a los tipos de consumo de alcohol, se encontró mayor consumo sensato o de bajo riesgo por parte de las mujeres (82,1 %) y mayor consumo de riesgo (32,8 %), y abusivo o probable alcoholismo (75,4 %) por parte de los hombres. Estos datos concuerdan con lo reportado en AM de Nuevo León, donde el 93,8 % de las mujeres refirieron un consumo sensato o de bajo riesgo en comparación con los hombres, quienes reportaron mayor consumo de riesgo y abusivo o probable alcoholismo (33,3 %). Estas diferencias respecto al sexo se podrían explicar debido a que en la juventud de los AM de este estudio existía una fuerte percepción de que el consumo de alcohol influía en la virilidad, así como una reafirmación de masculinidad, por lo que los hombres tendían a consumir alcohol de forma más frecuente y en mayor cantidad en comparación con las mujeres. En cambio, a las mujeres se les asignaba el rol de cuidadoras de la familia, con conductas de marianismo y sumisión, y debían mostrar feminidad, lo que se asociaba más con el restringir el consumo de alcohol, porque se percibía de manera negativa, contrario a lo que sucede en la actualidad (50).

Respecto a la relación negativa y significativa que se encontró entre la espiritualidad y el consumo de alcohol, este resultado concuerda con lo reportado en AM de Nuevo León, México (49), de Estado Unidos (21, 22) y Brasil (51). Lo anterior podría deberse a que, en esta etapa de la vida, la conexión intrapersonal y transpersonal con un ser supremo proporciona un marco de sentido, sustentado en la aceptación, la autorreflexión y los sentimientos de paz, estrategias que facilitan el afrontamiento de las pérdidas físicas y sociales propias del envejecimiento. Además, las prácticas espirituales suelen implicar la participación de redes de apoyo que fomentan en el AM sentimientos de acompañamiento, escucha y valoración, lo que

promueve la adopción de conductas saludables y coherentes con los valores morales de la religión, entre ellas la abstinencia del consumo de alcohol (51).

De acuerdo con la relación negativa y significativa reportada entre la religiosidad y el consumo de alcohol, este resultado concuerda con lo reportado en AM de Monterrey, Nuevo León (23), y Estados Unidos (52), lo que podría explicarse en razón de que el AM utiliza su tiempo en asistir con regularidad a eventos/cultos religiosos e involucrarse en actividades de sus congregaciones, espacios en los que establece amistades o redes de apoyo que le ayudan a mantenerse activo sin llegar a percibir que viven en soledad, esto último es lo que puede causar el consumo de alcohol como escape para afrontar esta situación. Además, en algunas religiones como el cristianismo, el consumo de alcohol se considera “inapropiado”, por lo que los AM lo abandonan o establecen límites con este hábito de consumo, para que no se vea afectada su relación con el ser divino y con sus actividades dentro de su congregación o grupo religioso. Finalmente, la permanencia en comunidades religiosas proporciona apoyo social, sentido de pertenencia, seguridad, y modelos de conducta con normas claras, reforzando hábitos de vida saludables y disminuyendo la probabilidad de comportamientos de riesgo asociados al consumo de alcohol.

Conclusión

Los resultados de la presente investigación mostraron que el 71,3 % de los AM han consumido alcohol alguna vez en su vida, seguido del 47,9 % que consumieron en el último año, el 33,6 % en el último mes y el 22 % en la última semana. Se pudo observar que los hombres AM presentaron mayor consumo de alcohol y abuso o probable alcoholismo, lo cual afecta directamente su estado de salud físico, psicológico y cognitivo; además se encontró una relación negativa y significativa de la espiritualidad y la religiosidad con el consumo de alcohol, así como con el número de bebidas alcohólicas que se consumen en un día típico y una relación positiva de la espiritualidad y la religiosidad con la edad de inicio de consumo de alcohol.

Los resultados anteriores podrían ser de utilidad para que se continúen investigando estas variables (espiritualidad y religiosidad), que son escasamente estudiadas en esta población, preferentemente en diversas localidades para comparar esos datos con los que se presentan en este artículo. Además, los resultados podrían ser una base para incluir estas variables en intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol en AM y favorecer el bienestar físico, psicológico y social de estas personas.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de interés entre los autores de este manuscrito.

1. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). El consumo de drogas entre los adultos mayores. 2020. <https://nida.nih.gov/es/publications/el-consumo-de-drogas-entre-los-adultos-mayores>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: Un marco político. Ginebra: OMS. 2022.
3. México. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002. Última reforma publicada el 22 de junio de 2018. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
4. Toapaxi E, Guarate Y, Cusme N. Influencia del estilo de vida en el estado de salud de los adultos mayores. *Enfermería investiga*, 2020;5(4):18-24. DOI: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i4.966>.2020
5. Domínguez-Chávez CJ, Mendoza-Catalán G, Cortez-Rodríguez F, Orendain-Jaime EN, Salazar-González BC. (2023). Conductas del estilo de vida y sarcopenia en personas mayores de Mexicali México: estudio transversal. *Índex de Enfermería*. 2023;32(2). Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e14304>
6. Rojas-Zepeda C, López-Espinoza M, Cabezas-Araneda B, Castillo-Fuentes J, Toro-Pedrerros S, Vera-Muñoz M. Factores de riesgo sociodemográficos y morbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*. 2021;15(2):43-56. Disponible en: <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/464>
7. Brito Y, Urquiza AFP, Guarango P AR. Estilos de vidas de los adultos mayores residentes en parroquias rurales del cantón Riobamba. *Revista de Investigación Enlace Universitario*. 2021;20(2):75-87. DOI: <https://doi.org/10.33789/enlace.20.2.98>
8. Ortolá R, Sotos-Prieto M, García-Esquinas E, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Patrones de consumo de alcohol y mortalidad entre adultos mayores con factores de riesgo socioeconómicos o relacionados con la salud. *JAMA Network Open*. 2024;7(8):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24495>
9. Observatorio de Salud Mental y Adicciones. Mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas. Secretaría de Salud. 2024.
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Substance Use and Misuse among Older Adults. 2021. <https://www.samhsa.gov/resources-serving-older-adults/center-resources>
11. Ramírez-Toscano Y, Canto-Osorio F, Carnalla M, Colchero MA, Reynales-Shigematsu LM, Barrientos-Gutiérrez T, et al. Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*. 2023;65(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.21149/14817>
12. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2017. https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/docs/informes/reporte_encodat_tabaco_2016_2017.pdf
13. Reid S. El alcohol y los adultos mayores. 2024. <https://www.helpguide.org/es/problemas-del-envejecimiento/el-alcohol-y-los-adultos-mayores>
14. White A, Orosz A, Powell P, Koob G. Alcohol and Aging. An Area of Increasing Concern. *Alcohol*. 2022;107:19-27. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.alcohol.2022.07.005>
15. Salazar Moreno CA, Alonso Castillo MM, Armendáriz García NA, Rodríguez Puente LA. Eventos estresantes de la vida y consumo de alcohol en adultos mayores. *Horizonte sanitario*. 2023;22(1):97-106. Disponible en: <https://revistahorizonte.ujat.mx/horizonte/es/article/view/4986>
16. Chagas C, Martins LB, Bezerra AG, Paula TCSD, Xavier ACA, Zangari W, Galduroz JCF. (2023). A Systematic Review on Alcohol Consumption among Non-Religious and Religious Adults. *Substance Use & Misuse*. 2023;58(2):238-256. DOI: <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2155477>
17. Bós, A. J., y Gallagher, A. Spirituality and Religiosity in Brazilian and American Older Adults, Characteristics and Nursing Care Approach. *Innovation in Aging*. 2023;7(1):279. DOI: <https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.0928>
18. Reed, P.G. Developmental Resources and Depression in the Elderly. *Nursing Research*. 1986;35(6):368-374. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00014>
19. Garassini ME. Psicología positiva y comunicación no violenta. Editorial Manual Moderno. 2022.
20. Zadworna M, Stetkiewicz-Lewandowicz A. The Relationships between Wisdom, Positive Orientation and Health-Related Behavior in Older Adults. *Scientific Reports*. 2023;13(1):16724. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-43868-3>
21. Kelly JF, Eddie D. (2020). The Role of Spirituality and Religiosity in Aiding Recovery from Alcohol and Other Drug Problems: An Investigation in a National US Sample. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2020;12(1):1-16. DOI: <http://doi.org/10.1037/rel0000295>
22. McClure PK, Wilkinson LR. (2020). Attending Substance Abuse Groups and Identifying as Spiritual but Not Religious. *Review of Religious Research*. 2020;62(2):197-218. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13644-020-00405-2>
23. Salazar CAS, Castillo MMA, da Silva Gherardi-Donato EC, García NA A. Perspectiva espiritual, religiosidad y consumo de alcohol en adultos mayores. *Journal Health NPEPS*. 2019; 4(2):151-166. DOI: <https://doi.org/10.30681/252610103688>
24. Morello G, Rabbia HH, Da Costa N, Romero C. La religión como experiencia cotidiana: creencias, prácticas y narrativas espirituales en Sudamérica. Editorial Universidad Católica de Córdoba; 2023.
25. Olarte NR, Ramírez JEB. Contribuciones y efectos positivos de la religión y la espiritualidad en la salud. En *¿Cuál es el aporte del sector religioso a la sociedad?* 1ed; 2024. p.73-116.
26. Vandenbroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *Anales de Medicina Interna*. 2007;147:163W-94W. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010-w1>
27. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luquec R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 2001;117(4):129-134. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4)
28. Castañeda-Flores T, Guerrero-Castañeda RF. Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte*, 2019;10(3):1-11. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.724>
29. Salazar-Moreno CA, Alonso-Castillo MM, Guzmán-Facundo FR, López-García KS. Sentido de Coherencia asociado con los Eventos Estresantes de la Vida en adultos mayores. *Enfermería universitaria*. 2020;17(3):262-272. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.853>

30. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 2010;1(1):78-85. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
31. Taylor PW. Psychometric Properties of the Duke University Religion Index English and Spanish Versions for Hispanic American Women (Tesis doctoral). San Diego: State University; 2013.
32. Da Silva JV, Dias BVB. Avaliação das propriedades psicométricas da versão em português da escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). *REME-Revista Mineira de Enfermagem*. 2017;21(1). DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170022>
33. 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. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*. 1992;16(2):372.
34. Alonso Castillo B, Palucci Marzlale M, Alonso Castillo M, Guzmán Facundo F, Gómez Meza M. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2008;16.
35. Secretaría de Salud. Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. México, D.F.; 2016.
36. Álvarez-Aguirre A, Casique-Casique L, López-Nolasco B, Tolentino-Ferrel MDR. Efecto de una intervención de enfermería para la disminución del consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores. *Sanus*. 2021;6. DOI: <https://doi.org/10.36789/sanus.vii.195>
37. Vera A, Olivera M, Prozzillo P, Simkin H. Espiritualidad, religiosidad y personalidad como predictores del florecimiento. *Revista Psicobate: Psicología, Cultura y Sociedad*. 2023;23(2):62-71. DOI: <https://dx.doi.org/10.18682/pd.v23i2.9230>
38. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica (ENADID). 2023;305(24):1-48. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2023/doc/resultados_version_amplia_enadid23.pdf
39. Tevik K, Skrastad RB, Benth JS, Selbæk G, Bergh S, Eldholm RS, Helvik AS. Prevalence and Change in Alcohol Consumption in Older Adults over Time, Assessed with Self-Report and Phosphatidylethanol 16: o/18: 1—The HUNT Study. *PLOS ONE*. 2024;19(5):1-27. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304714>
40. Roopani R, Dumka N, Kotwal A. Factors Influencing Life Satisfaction and Discrimination among the Elderly in India. *Revista India de Salud Pública*. 2022;(66):362-366. DOI: https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_2152_21
41. Torres Mantilla JC, Torres Mantilla JD. (2023). Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. *Horizonte Médico (Lima)*. 2023;23(3). DOI: <https://doi.org/10.24265/horiz-med.2023.v23n3.05>
42. Martin G, Roberts S. Exploring legacies of the baby boomers in the twenty-first century. *The Sociological Review*. 2021;69(4): 727-742. DOI: <https://doi.org/10.1177/00380261211006326>
43. León-Machín E, Prado Rodríguez RF, Corona Miranda B, Romero Carrazana R. Caracterización de pacientes con trastornos adictivos y por uso de sustancias. *Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García"*, 2021;9(2):190-205. <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e678/634>
44. Pangol Lascano AM. Rol de las normas internacionales del trabajo en el derecho laboral de un mundo globalizado. *Revista Universidad y Sociedad*. 2021;13(1):276-282. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202021000100276&script=sci_arttext
45. Smith Maguñá CA. Programa psico socioeducativo integrador para la adaptación a la jubilación en docentes de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo al 2021. Tesis doctoral. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2023.
46. González-Cantero JO, Hernández-Magaña CE, González-Becerra VH, Abundis-Gutiérrez A. Locus de control de la salud, actitud religiosa y espiritualidad en adultos mayores. *Archivos de Medicina*. 2021;21(2):446-456. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4012.2021>
47. Morello G. Una modernidad encantada. Religión vivida en Latinoamérica. Editorial Universidad Católica de Córdoba; 2021.
48. Telumbre-Terrero JY, Maas-Góngora L, Castillo-Arcos LDC, Noh-Moo PM, Peralta-Barrientos JDF. Autotrascendencia y patrón del consumo de alcohol o tabaco en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. *Index de Enfermería*. 2024;33(4). DOI: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20246902>
49. Alonso Castillo MM, Salazar Moreno CA, Armendáriz García NA, López García KS. Autotrascendencia y su efecto en el bienestar físico, psicológico y social en adultos mayores. *Nure Investigación*. 2024;(132). DOI: <https://doi.org/10.58722/nure.v21i132.2506>
50. Cáceres D, Cáceres C, Colimil F, Ramírez D. Análisis interdisciplinar con perspectiva de género del alcoholismo en mujeres. *Revista cubana de medicina general integral*. 2020;36(1):1-13. DOI: <http://doi.org/10.20882/adicciones.1195>
51. Vitorino LM, Tostes JG, Ferreira JCL, de Oliveira LAG, Possetti JG, Silva Jr MT., Lucchetti G. Association between Religiosity/Spirituality and Substance Use among Homeless Individuals. *International Journal of Social Psychiatry*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207640231211495>
52. Pomerleau JM, Pargament KI, Krause N, Ironson G, Hill P. Religious and Spiritual Struggles as a Mediator of the Link between Stressful Life Events and Psychological Adjustment in a Nationwide Sample. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2020;12(4):451. DOI: <https://doi.org/10.1037/relo000268>