

Resumen Extendido

Perfil Cognitivo y Psicopatológico de Monjas Católicas en Puerto Rico: Un Estudio Exploratorio

Cognitive and Psychopathological Profile on Catholic Nuns in Puerto Rico: An Exploratory Study

José R. Rodríguez-Gómez ^{1*}, & Stephanie M. Vega-Molina ²1 Carlos Albizu University, San Juan Campus, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-9544-6002>2 Carlos Albizu University, San Juan Campus, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-7144-3296>* Correspondencia: jrodriguez@albizu.edu. P.O. Box 9023711, San Juan, P.R. 00902

Recibido: 17 mayo 2020 | Aceptado: 8 junio 2020 | Publicado: 15 julio 2020

WWW.REVISTACARIBENADEPSICOLOGIA.COM

Citar la versión original:

Rodríguez-Gómez, J. R., & Vega-Molina, S. M. (2020). Cognitive and psychopathological profile on catholic nuns in Puerto Rico: An exploratory study. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 88-97.<https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4123>

INTRODUCCIÓN

El lugar de las mujeres en un entorno religioso es complejo y tiene muchas facetas diferentes, que se dan según el momento socio-histórico particular y los detalles culturales de la región específica a la que pertenecen. Entre los muchos grupos minoritarios, y considerados diversos, se encuentran las monjas católicas. "Como un grupo particular de mujeres que viven un estilo de vida específico dentro del contexto más amplio de la religión, las monjas católicas han sido poco investigadas en las ciencias sociales" (Brock, 2013).

La vocación de la monja católica se ha extendido prácticamente por todo el mundo durante cientos de años. Se establecen en una serie de órdenes, que tienen características y responsabilidades particulares. En la mayoría de los casos, estas están influenciadas por un santo, una persona bendecida, o por un conjunto específico de características culturales o ubicaciones geográficas espiritualmente significativas. Las monjas creen que uno no solo debe asumir la responsabilidad de la propia vida, sino también la práctica

espiritual de los demás en la iglesia. Como resultado, la iglesia no solo ha sido instrumental en la configuración de los roles individuales de estas mujeres, sino que también ha implementado una disciplina subjetiva basada en los miembros de la ley clerical y canónica de la iglesia con su ayuda (Rose, 1996).

La vida religiosa ha sido entendida por la Iglesia Católica como la consagración total de uno mismo a Dios. El término "consagrado" significa reservado a Dios, al elegir vivir la vida de acuerdo con los votos de pobreza, castidad y obediencia. Su elección de estilo de vida puede que no concuerde con los esquemas del mundo. Se vive en santidad y como parte de una profunda misión divina. Varias órdenes cristianas de monjas acatan este llamado.

Justificación

El propósito de este estudio pionero sobre monjas en Puerto Rico es generar un perfil psicopatológico integral de este segmento particular de la población puertorriqueña que, generalmente, comparte un ambiente y estilo de vida similar. A pesar de que las monjas se han estudiado en los Estados Unidos y

otras partes del mundo, no se ha encontrado ningún estudio conocido realizado con monjas puertorriqueñas en bases de datos académicas locales, en los últimos diez años. Las raíces católicas han tenido una presencia duradera en la historia y cultura hispana y puertorriqueña, y aún hoy en día, tienen una gran influencia en los valores cristianos que se enseñan en Puerto Rico. Por lo tanto, estudiar a la población de monjas en Puerto Rico nos permite conocer su estado de salud mental y puede ayudar a comprender la psicopatología básica. El objetivo de este estudio es dar los primeros pasos para describir y explorar algunos componentes de las características psicológicas y del funcionamiento cognitivo, considerando el estilo de vida y el entorno físico de las monjas.

Objetivos

El objetivo del estudio es desarrollar un perfil cognitivo y psicopatológico inicial de la salud mental entre las diferentes congregaciones de monjas en Puerto Rico. Este perfil se obtendrá al comparar los resultados de cuatro áreas: depresión, ansiedad, desesperanza y deterioro cognitivo/neurológico. Se utilizarán cinco inventarios como instrumentos para recopilar la información del participante: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Desesperanza de Beck (BHS). Además, se administrará el Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R) para explorar más ampliamente los síntomas relacionados con otros posibles trastornos de salud mental. El Mini Estado de Salud Mental Folstein se utilizará para medir el posible deterioro cognitivo/neurológico. Los resultados obtenidos se evaluarán por niveles de severidad dentro de la depresión, ansiedad y desesperanza; cualquier otro hallazgo significativo se describirá para la muestra de monjas participantes.

Hipótesis

La hipótesis nula (H0) establece que no se encontrarán diferencias significativas a nivel estadístico ($P < .05$) entre los niveles de depresión, ansiedad y desesperanza en las monjas. La primera hipótesis (H1) establece que no se encontrarán diferencias significativas a nivel estadístico ($p < .05$) en los resultados de la SCL-90-R relacionados con las cuatro áreas en estudio. La segunda hipótesis (H2) establece que no se encontrarán diferencias significativas en el deterioro cognitivo/neurológico en los resultados del Mini

Estado de Salud Mental Folstein relacionados con las cuatro áreas en estudio.

MÉTODO

Participantes

La muestra consistió en 25 monjas católicas provenientes de una congregación religiosa identificable, aprobada oficialmente y reconocida en Puerto Rico. Las participantes debían tener al menos 21 años de edad y residir en Puerto Rico. Se usó un método de muestreo no probabilístico para contactar, orientar y obtener el consentimiento de las participantes. La consulta se realizó mediante llamadas telefónicas y visitas programadas en persona. La información de contacto se obtuvo a través de una variedad de fuentes de información accesibles, como sitios web, conocidos mutuos, proximidad geográfica o consultar la guía telefónica para la identificación de congregaciones.

Dada la naturaleza y los requisitos de las pruebas que se administrarían, todas las monjas participantes debían ser capaces de escuchar, leer y comprender español para poder completar con éxito todos los instrumentos. La muestra estuvo compuesta por 25 monjas, 11 de áreas rurales y 14 de áreas metropolitanas del norte de Puerto Rico. Los distritos municipales de residencia fueron: San Juan (3), Trujillo Alto (5), Caguas (5), Bayamón (1), Juncos (2) y Humacao (9). La muestra tenía una edad heterogénea ($\bar{x} = 60,96$ años) que cubría un rango de 22 a 85 años. En términos de educación, una sola había completado la escuela intermedia, tres habían completado la escuela superior, once tenían un título de grado asociado o licenciatura y diez tenían un título de maestría o doctorado. Cuatro de ellas eran de una congregación enclostrada, mientras que las otras 21 seguían un estilo de vida apostólico. Ver tabla 1.

Table 1

Variables Socio-demográficas en la Muestra de Monjas.

Género	25 Mujeres
Edad Promedio	60.96 años
Estado Civil Prevalente	Soltera
Nivel Educativo Prevalente	Sub-graduado
Creencia Religiosa Prevalente	Católico-Romano
Área de Residencia Prevalente	Área Metropolitana
Estilo de Vida Prevalente	Vida Apostólica

Measures

Inventario de Síntomas de Derogatis (SCL-90R).

El SCL-90R es un cuestionario multidimensional auto administrado desarrollado por Derogatis (1997). Este consta de 90 ítems, originalmente diseñados para evaluar el grado de incomodidad en pacientes psiquiátricos, así como en sujetos no clínicos. Mide la angustia psicológica se mide en nueve dimensiones principales. A partir de estas dimensiones se obtienen tres índices globales de angustia, que son indicativos de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general. Para propósitos de este estudio, usamos el Índice de Gravedad Global (IGS). Según Derogatis (1997), el IGS es el mejor indicador de angustia y debe usarse siempre que se necesite una evaluación de índice único. El tiempo estimado para la administración es entre 40 minutos y 55 minutos.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

El BDI-II es un instrumento autoadministrado de 21 ítems utilizado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. Según Beck (1996), los reactivos evalúan los síntomas afectivos, cognitivos, motores y somáticos. Para cada ítem, el participante puede seleccionar entre cuatro posibles alternativas que varían de 0 a 3, según la gravedad del síntoma. La puntuación total se calcula mediante la suma de todos los elementos y se clasifica de la siguiente manera: (0-13) Mínimo, (14-19) Leve, (20-28) Moderado y (29-63) Severo. El tiempo estimado para la administración es de aproximadamente diez minutos.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Este inventario evalúa la gravedad de la ansiedad en los pacientes. BAI consta de 21 ítems que describen estados de ansiedad en una escala de 0 a 3, donde 0 es ausencia de síntomas y 3 es un nivel severo de síntomas. Según la suma de las puntuaciones, los niveles de ansiedad se clasifican de la siguiente manera: Mínima (0-7), Leve (8-15), Moderada (16-25) y Severa (26-63). El tiempo de administración del inventario es de aproximadamente 20 minutos.

Inventario de Desesperanza de Beck (BHS).

El BHS consta de 24 ítems que miden las actitudes negativas relacionadas con el futuro. Cada ítem se responde con un "verdadero" o "falso". La cantidad total comprende un rango de 0 a 20 que indica el grado de desesperanza. El tiempo estimado de administración es de cinco a diez minutos.

Mini Examen del Estado Mental Folstein

(MMSE). El MMSE mide la gravedad del deterioro cognitivo. Este consta de once elementos, donde la puntuación total máxima es de 30 puntos. La gravedad de discapacidad cognitiva, según las puntuaciones, se clasifica de la siguiente manera: de 21 a 30 puntos es leve; diez 10 a 20 puntos moderada; y 0 a 9 severo. El tiempo de administración es de tres minutos.

Procedimientos

Los investigadores contactaron a las monjas por teléfono y les dieron una explicación extensa sobre el estudio. Después, se programaron reuniones grupales en el convento o residencia. Para aquellas que deseaban participar, se discutió el consentimiento informado. Esta información fue transmitida en un lenguaje simple y no teórico. Se explicó a las participantes que el propósito del estudio era desarrollar un perfil. La participación en el estudio fue de carácter voluntario y podían rechazar o retirarse del mismo en cualquier momento sin incurrir en sanciones. Las participantes fueron informadas de la confidencialidad con respecto a su participación, y una ventana de diez minutos se proveyó para responder a todas y cada una de las preguntas.

RESULTADOS

Las estadísticas descriptivas para las puntuaciones en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), obtuvieron un rango entre 0 y 19 con una puntuación media para las 25 participantes que indicaba una presencia mínima de síntomas de ansiedad ($M = 5.28$). Las frecuencias indican que 19 de las 25 monjas participantes estaban en el rango mínimo, mientras que cuatro se encontraron leves y dos se encontraron moderadas. Las participantes no informaron un número significativo de síntomas angustiantes ($t = 1.732$, $p > .05$). Ver Tabla 2.

Tabla 2

Prueba T para niveles de gravedad entre las escalas BAI, BDI-II, BHS y Mini Examen de Estado Mental.

Inventarios	<i>t</i>	<i>p</i>	95% Diferencias en Intervalos de Confianza	
Ansiedad	1.732	.096	-.0383	.4383
Depresión	2.377	.026	.0474	.6726
Desesperanza	34.671	.000	1.8057	2.0343
Estado Mental	16.613	.000	.8057	1.0343

Las estadísticas descriptivas para las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), obtuvieron un rango entre 0 y 30 con una puntuación media para las 25 participantes, que indica una presencia mínima de síntomas depresivos ($M = 7.12$). Las frecuencias indican que 19 participantes muestran síntomas depresivos mínimos, cuatro se encontraron leves y dos se encontraron moderados. Las participantes informaron un número significativo de síntomas angustiantes ($t = 2.377, p < .05$). Ver Tabla 3.

Las estadísticas descriptivas en el Inventario de Desesperanza de Beck (BHS), obtuvieron una puntuación media para las 25 participantes que indica una presencia moderada de síntomas de desesperanza ($M = 10.52$). Las frecuencias indican que dos participantes muestran síntomas de desesperanza mínimos o nulos y 23 con síntomas moderados. El concepto de desesperanza se refiere a medir la necesidad de afecto y bienestar en términos del futuro. Las participantes informaron un número significativo de síntomas angustiantes ($t = 34.671, p < .05$). Ver Tabla 3.

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE), de Folstein, obtuvo dispersión de las puntuaciones de 30 a 23. Una puntuación de 23 o menos indica deterioro cognitivo, y 23 o más indica un alto funcionamiento cognitivo. Los resultados indican una puntuación media para las 25 participantes, lo que indica un alto funcionamiento cognitivo ($M = 27.55$). Las frecuencias indican que 23 mujeres resultaron en un alto funcionamiento cognitivo, mientras que solo se encontró que dos tenían deterioro cognitivo. Sin embargo, en el análisis estadístico en términos de severidad de la escala, se encontraron diferencias significativas ($t = 16.613, p < .05$).

Se realizó una estadística descriptiva y un análisis de frecuencia para el SCL-90-R, que incluyó los resultados acumulativos y las puntuaciones para las 9 subescalas que conforman el Índice de Severidad Global (GSI). Los resultados muestran que 20 participantes reflejaron ausencia de síntomas angustiantes en las Dimensiones de Ansiedad Fóbica y Psicoticismo. Del mismo modo, 20 participantes fueron clasificadas con ausencia de síntomas angustiantes en la Dimensión de Ansiedad y Hostilidad. En consecuencia, 18 participantes fueron clasificadas sin síntomas de angustia en la Escala de Depresión. Asimismo, 17 participantes se clasificaron como ausencia de síntomas

angustiantes en la sensibilidad interpersonal, la ideación paranoica y el índice de gravedad global.

Además, 16 participantes reflejaron ausencia de síntomas angustiantes en la dimensión de síntomas adicionales. Por último, 14 participantes mostraron ausencia de síntomas angustiantes en las dimensiones de somatizaciones y obsesiones y compulsiones. Una sola participante alcanzó la clasificación más alta de severidad (Mucho) en la Dimensión de Somatización ($n = 1$) (Ver Tabla 4).

Table 3

Resultados de las escalas de Beck y Mini-mental.

	BAI	BDI- II	BHS	Mini-Mental
I	0 (Mínimo)	0 (Mínimo)	11 (Moderado)	29 (Alto)
II	6 (Mínimo)	1 (Mínimo)	9 (Moderado)	30 (Alto)
III	1 (Mínimo)	0 (Mínimo)	10 (Moderado)	27 (Alto)
IV	6 (Mínimo)	1 (Mínimo)	11 (Moderado)	29 (Alto)
V	0 (Mínimo)	0 (Mínimo)	12 (Moderado)	30 (Alto)
VI	9 (Mínimo)	17 (Leve)	9 (Moderado)	28 (Alto)
VII	7 (Mínimo)	5 (Mínimo)	11 (Moderado)	30 (Alto)
VIII	2 (Mínimo)	6 (Mínimo)	12 (Moderado)	30 (Alto)
IX	0 (Mínimo)	0 (Mínimo)	12 (Moderado)	29 (Alto)
X	1 (Mínimo)	2 (Mínimo)	11 (Moderado)	28 (Alto)
XI	3 (Mínimo)	4 (Mínimo)	10 (Moderado)	29 (Alto)
XII	0 (Mínimo)	4 (Mínimo)	14 (Moderado)	30 (Alto)
XIII	2 (Mínimo)	3 (Mínimo)	11 (Moderado)	29 (Alto)
XIV	1 (Mínimo)	2 (Mínimo)	11 (Moderado)	29 (Alto)
XV	5 (Mínimo)	1 (Mínimo)	11 (Moderado)	30 (Alto)
XVI	9 (Mínimo)	8 (Mínimo)	12 (Moderado)	26 (Alto)
XVII	7 (Mínimo)	5 (Mínimo)	11 (Moderado)	28 (Alto)
XVIII	6 (Mínimo)	5 (Mínimo)	10 (Moderado)	29 (Alto)
XIX	19 (Moderado)	26 (Moderado)	8 (Leve)	29 (Alto)
XX	8 (Mínimo)	15 (Leve)	9 (Moderado)	30 (Alto)
XXI	2 (Mínimo)	9 (Mínimo)	10 (Moderado)	29 (Alto)
XXII	17 (Moderado)	30 (Severo)	11 (Moderado)	27 (Alto)
XXIII	4 (Mínimo)	0 (Mínimo)	10 (Moderado)	30 (Alto)
XXIV	10 (Leve)	16 (Leve)	7 (Leve)	23 (Bajo)
XXV	7 (Mínimo)	18 (Mínimo)	10 (Moderado)	23 (Bajo)
M	5.28	7.12	10.52	28.44
p	$p > .05$	$p < .05$	$p < .05$	$p < .05$

Tabla 4*Promedio de frecuencias entre las dimensiones del SCL-90-R.*

SCL-90-R Dimensio- nes	Clasificación									
	Nada		Muy poco		Mode- rado		Bas- tante		Mucho	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Somatiza- ción	14	56	7	28	2	8	1	4	1	4
Obsesivo Compul- sivo	14	56	6	24	3	12	2	8	0	0
Sensitivi- dad Inter- personal	17	68	6	24	1	4	1	4	0	0
Depresión	18	72	4	16	2	8	1	4	0	0
Ansiedad	20	80	4	16	1	4	0	0	0	0
Hostilidad	20	80	4	16	1	4	0	0	0	0
Ansiedad Fóbica	21	84	2	8	1	4	1	4	0	0
Ideación Paranoide	17	68	6	24	2	8	0	0	0	0
Psicoti- cismo	21	84	3	12	1	4	0	0	0	0
Síntomas Adicionales	16	64	5	20	2	8	1	4	1	4
Índice Glo- bal de Se- veridad	17	68	5	20	2	8	1	4	0	0

Las normas que se utilizaron para interpretar los puntajes del SCL-90-R fueron la muestra de mujeres normativa- no paciente. Se utilizó la puntuación T, la cual se calcula con la siguiente fórmula: $T = 50 + 10(z)$. Esto se traduce en una media de 50 y una desviación estándar de 10. Un rango de más o menos 5 es una desviación estándar representada por la distribución T de 0 a 100. Por lo tanto, una puntuación T de 60 coloca a la participante en el percentil 84% de la población normativa, lo que indica una sintomatología angustiante en comparación con la norma (+1 DE).

Las participantes obtuvieron las siguientes puntuaciones brutas: 10 obtuvieron puntuaciones más altas que .72 en la Dimensión de Somatizaciones. Once participantes obtuvieron más de .76 en la Dimensión

Obsesiones y Compulsiones. Ocho participantes obtuvieron puntajes más altos que 0.64 en la Dimensión de Sensibilidad Interpersonal. Cuatro participantes obtuvieron puntuaciones más altas que .76, en la Dimensión de la Depresión. Dos participantes obtuvieron un puntaje más alto que .72 en la Dimensión de Ansiedad. Una participante obtuvo una puntuación superior a 0.64 en la Dimensión de la Hostilidad. Cinco participantes obtuvieron puntuaciones más altas que 0.33, en la Dimensión de Ansiedad Fóbica. Ocho participantes obtuvieron puntuaciones más altas que 0.64, en la Dimensión de Ideación Paranoide. Cinco participantes obtuvieron un puntaje más alto que .28 en la Dimensión del Psicoticismo. Siete participantes obtuvieron puntajes más altos que .56 mostrando una sintomatología angustiante en el Índice Global de Severidad. (Ver tabla 5).

Se realizó un análisis ANOVA para probar los niveles de significancia de las subescalas de las dimensiones SCL-90-R. En las siguientes dimensiones se encontraron diferencias estadísticas significativas: Somatizaciones ($F = 3.20, p < .05$), Obsesiones y compulsiones ($F = 3.78, p < .05$), Depresión ($F = 3.02, p < .05$), Ansiedad ($F = 3.64, p < .05$), Hostilidad ($F = 7.03, p < .05$), Psicoticismo ($F = 3.48, p < .05$) y Severidad del índice global ($F = 7.38, p < .05$) (Ver tabla 6).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio se obtuvieron a través de la administración de una batería de instrumentos (BAI, BDI-II, BHS, SCL-90R y Examen de Estado Mental Folstein) con el objetivo de comparar y establecer una relación entre salud cognitiva (o deterioro), psicológica y emocional. Las puntuaciones obtenidas permiten una discusión general sobre esta muestra particular de monjas católicas puertorriqueñas en términos de evaluar si los síntomas de ansiedad, depresión y desesperanza están presentes, así como la posible psicopatología.

En primer lugar, los resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) sugieren niveles bajos o una presencia mínima de síntomas angustiantes. Sin embargo, cuatro de las participantes mostraron síntomas leves relacionados con la ansiedad, de igual forma, reportaron síntomas leves y moderados en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), y en el Inventario de Desesperanza de Beck (BHS). Estos resultados sugieren que cuando la ansiedad, la depre-

Tabla 5*Puntuaciones brutas en dimensiones de SCL-90-R.*

	GSI	SOM	OC	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADI
I	.12	.00	.00	.67	.54	.00	.17	.00	.00	.00	.00
II	.42	.75	.60	.50	.17	.30	.40	.00	.00	.11	.57
III	.18	.08	.40	.64	.17	.10	.00	.00	.00	.00	.29
IV	.30	.83	.60	.44	.08	.10	.00	.00	.00	.00	.43
V	.21	.17	.40	.44	.08	.10	.17	.14	.50	.20	.00
VI	.80	1.50	1.60	1.11	.46	.40	.33	.57	.33	.20	1.14
VII	.50	1.42	.30	.44	.23	.10	.50	.00	.67	.30	1.00
VIII	.33	.33	.90	.22	.38	.00	.17	.28	.67	.00	.43
IX	.21	.17	.40	.00	.23	.40	.33	.14	.17	.10	.14
X	.47	.42	.80	1.00	.38	.20	.33	.28	.50	.20	.57
XI	.11	.33	.20	.00	.08	.20	.00	.00	.00	.00	.14
XII	.39	.25	1.10	.44	.42	.30	.00	.43	.50	.00	.29
XIII	.11	.00	.00	.33	.23	.00	.00	.00	.33	.00	.29
XIV	.10	.42	.10	.00	.00	.00	.00	.00	.17	.10	.14
XV	.40	.18	.40	.78	.31	.20	.33	.57	.67	.20	.71
XVI	.38	.67	.50	.00	.25	.20	.00	.29	.50	.44	1.00
XVII	.29	.67	.60	.00	.31	.20	.17	.00	.33	.10	.27
XVIII	.61	1.17	.80	.44	.62	.20	.67	.29	.67	.10	1.14
XIX	1.23	2.20	1.80	1.44	1.23	1.30	.17	.14	1.33	.70	1.71
XX	.73	.50	1.20	1.22	.77	.70	.50	.58	1.00	.30	.57
XXI	.54	1.42	1.10	.22	.69	.20	.33	.14	.17	.00	.43
XXII	.71	1.25	1.00	.33	.62	.40	.33	.29	.33	.20	2.29
XXIII	.18	.58	.10	.55	.08	.10	.00	.00	.17	.00	.00
XXIV	.63	1.00	1.00	1.00	.85	.20	.33	.00	1.00	.20	.43
XXV	1.06	1.50	1.60	.22	.77	1.40	.50	.71	.67	1.22	.57

sión y la desesperanza se coinciden, las monjas podrían necesitar de una posible intervención psicológica para explorar la naturaleza de estos síntomas.

Los síntomas relacionados con la ansiedad, se caracterizan por un miedo temprano a un evento que aún no se ha manifestado. El estilo de vida religioso de las monjas a menudo se caracteriza por una atmósfera de tranquilidad, en donde se practica la contemplación, lo cual reduce el estrés en las personas que experimentan somatizaciones. En adición, el uso de la oración, puede ser visto como un oasis para descargar o canalizar sus sentimientos. Algunas de las manifestaciones físicas reportadas pertenecían a muchas de sus condiciones médicas, que podrían confundirse

con síntomas de ansiedad. Muchas de las monjas que participaron hicieron preguntas sobre las declaraciones del inventario. Las monjas hicieron la distinción entre los efectos del envejecimiento, sus condiciones particulares de salud y síntomas de ansiedad. Estas distinciones también se hicieron al responder la subescala de Somatizaciones en el SCL-90R.

En segundo lugar, con respecto al Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que está relacionado con las cogniciones negativas que el individuo tiene sobre el mundo, el futuro y en sí mismo, demuestra que la gran mayoría de las participantes mostraron síntomas mínimos. Sin embargo, uno debe considerar que tres participantes informaron síntomas leves y una informó síntomas moderados. Estos hallazgos son consistentes con las declaraciones del Inventario de Desesperanza de Beck (BHS) que involucra más una perspectiva futura y con la subescala de Depresión en el SCL-90R. Con respecto al Inventario de Desesperanza de Beck (BHS), que mide la necesidad de afecto y bienestar en términos del futuro, 23 de 25 monjas reportaron desesperanza moderada.

Estos datos podrían explicarse por la mentalidad que ha surgido a consecuencia de los movimientos sociopolíticos liberales que ahora son la corriente principal en la sociedad puertorriqueña. La vocación de la monja católica que se ha extendido por todo el mundo durante cientos de años, no es tan popular en la sociedad puertorriqueña como lo era antes. Esto podría deberse a la globalización mundial, el acceso a la información y la educación, así como a la lucha de las mujeres por igualar sus derechos a los de los hombres y trascender los roles sociales tradicionales. La literatura sugiere que, en el pasado, las mujeres se veían atraídas por la conversión a monjas generalmente “para escapar del matrimonio, recibir educación y vivir en una comunidad de mujeres” (Curb, 1985). Este fue el medio que justificó el fin de muchas mujeres de lograr una educación formal que les permitiera alejarse de las demandas de la sociedad como casarse con un hombre y ser simples amas de casa.

Dado que los roles se están desempeñando menos, muchas de estas monjas se preparan a través de la educación y la elección de vivir un estilo de vida apostólico sobre la vida del claustro. Los ejemplos históricos relacionados con estas formas de vida incluyen a la famosa Sor Juana Inés de la Cruz, una famosa monja, erudita y poeta que se unió al convento

Tabla 6

Puntuaciones de Promedio de T y prueba de significancia ANOVA para subescalas en dimensiones SCL-90R.

SCL-90-R Dimensiones		Rango de T	Media de T	F	p																																																																														
Somatización	min	35	55	3.201	.050																																																																														
Obsesivo Compulsivo	max	76				Sensitividad Interpersonal	min	37	56	3.782	0.031	Depresión	max	70	Ansiedad	min	39	54	1.750	.214	Hostilidad	max	69	Ansiedad Fóbica	min	34	51	3.025	.058	Ideación Paranoide	max	63	Psicoticismo Síntomas Adicionales	min	37	49	3.647	.035		max	68	Índice Global de Severidad Somatización	min	40	49	7.032	.004		max	60	Obsesivo Compulsivo	min	44	52	2.659	.082	Sensitividad Interpersonal	max	65	Depresión	min	41	53	1.121	.455	Ansiedad	max	67	Hostilidad	min	44	53	3.842	.040	Ansiedad Fóbica	max	73	Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000
Sensitividad Interpersonal	min	37	56	3.782	0.031																																																																														
Depresión	max	70				Ansiedad	min	39	54	1.750	.214	Hostilidad	max	69	Ansiedad Fóbica	min	34	51	3.025	.058	Ideación Paranoide	max	63	Psicoticismo Síntomas Adicionales	min	37	49	3.647	.035		max	68	Índice Global de Severidad Somatización	min	40	49	7.032	.004		max	60	Obsesivo Compulsivo	min	44	52	2.659	.082	Sensitividad Interpersonal	max	65	Depresión	min	41	53	1.121	.455	Ansiedad	max	67	Hostilidad	min	44	53	3.842	.040	Ansiedad Fóbica	max	73	Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000		max	68						
Ansiedad	min	39	54	1.750	.214																																																																														
Hostilidad	max	69				Ansiedad Fóbica	min	34	51	3.025	.058	Ideación Paranoide	max	63	Psicoticismo Síntomas Adicionales	min	37	49	3.647	.035		max	68	Índice Global de Severidad Somatización	min	40	49	7.032	.004		max	60	Obsesivo Compulsivo	min	44	52	2.659	.082	Sensitividad Interpersonal	max	65	Depresión	min	41	53	1.121	.455	Ansiedad	max	67	Hostilidad	min	44	53	3.842	.040	Ansiedad Fóbica	max	73	Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000		max	68															
Ansiedad Fóbica	min	34	51	3.025	.058																																																																														
Ideación Paranoide	max	63				Psicoticismo Síntomas Adicionales	min	37	49	3.647	.035		max	68	Índice Global de Severidad Somatización	min	40	49	7.032	.004		max	60	Obsesivo Compulsivo	min	44	52	2.659	.082	Sensitividad Interpersonal	max	65	Depresión	min	41	53	1.121	.455	Ansiedad	max	67	Hostilidad	min	44	53	3.842	.040	Ansiedad Fóbica	max	73	Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000		max	68																								
Psicoticismo Síntomas Adicionales	min	37	49	3.647	.035																																																																														
	max	68				Índice Global de Severidad Somatización	min	40	49	7.032	.004		max	60	Obsesivo Compulsivo	min	44	52	2.659	.082	Sensitividad Interpersonal	max	65	Depresión	min	41	53	1.121	.455	Ansiedad	max	67	Hostilidad	min	44	53	3.842	.040	Ansiedad Fóbica	max	73	Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000		max	68																																	
Índice Global de Severidad Somatización	min	40	49	7.032	.004																																																																														
	max	60				Obsesivo Compulsivo	min	44	52	2.659	.082	Sensitividad Interpersonal	max	65	Depresión	min	41	53	1.121	.455	Ansiedad	max	67	Hostilidad	min	44	53	3.842	.040	Ansiedad Fóbica	max	73	Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000		max	68																																										
Obsesivo Compulsivo	min	44	52	2.659	.082																																																																														
Sensitividad Interpersonal	max	65				Depresión	min	41	53	1.121	.455	Ansiedad	max	67	Hostilidad	min	44	53	3.842	.040	Ansiedad Fóbica	max	73	Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000		max	68																																																			
Depresión	min	41	53	1.121	.455																																																																														
Ansiedad	max	67				Hostilidad	min	44	53	3.842	.040	Ansiedad Fóbica	max	73	Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000		max	68																																																												
Hostilidad	min	44	53	3.842	.040																																																																														
Ansiedad Fóbica	max	73				Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000		max	68																																																																					
Ideación Paranoide	min	41	54	7.381	.000																																																																														
	max	68																																																																																	

en el siglo XVII para educarse y, dentro del monasterio, defender el derecho de las mujeres a estudiar. Del mismo modo, en el siglo XX, Madre Teresa, monja católica misionera, eligió la vida apostólica y viajó por el mundo dedicando su vida a ayudar a los pobres.

Los estudios futuros sobre la esperanza/desesperanza de las monjas sobre su estilo de vida en Puerto Rico podrían beneficiarse de los datos actuales para proporcionar una descripción experimental más detallada de la experiencia de las monjas contemporáneas. Además, la desesperanza podría verse como una manifestación del estoicismo católico, dada la creencia que tienen las monjas con respecto a su función como siervas de Dios, como una que trasciende el sentido individual de felicidad o tristeza, a través del sacrificio. Como resultado, la separación de la iglesia y el estado, la crisis económica y el aumento de la delincuencia, entre otros factores sociales, aún afectan a las principales instituciones como la iglesia e incluso a las personas más esperanzadas, como las monjas.

Los resultados del Mini Examen de Estado Mental (MMSE) Folstein, indican un alto funcionamiento cognitivo entre 23 de las monjas participantes. Los datos sobre los niveles de función cognitiva de las participantes sirven como un indicador del proceso mental que subyace en el comportamiento. Las participantes exhiben un perfil cognitivo saludable que puede resultar de un estilo de vida activo y ritualizado que pone énfasis en los detalles, la repetición y el orden. También podemos descartar que las monjas participen en un comportamiento de alto riesgo, excesivo o autodestructivo que puede resultar en un deterioro cognitivo a largo plazo (es decir, el consumo de drogas o compuestos psicoactivos que no se prescriben).

En términos de los resultados de SCL-90-R, la presencia de molestias físicas, relacionadas con la disfunción corporal, se midió en la Dimensión de Somatización. La edad promedio de la población de las monjas fue de 60 años. Por lo tanto, se espera que enfrenten algunos problemas fisiológicos. Estas molestias pueden deberse a ciertas afecciones de salud relacionadas con la edad, que incluyen: artritis, osteoporosis, afecciones cardíacas, presión arterial, afecciones de la espalda, entre otras. Otra dimensión importante fue la subescala de síntomas relacionados a obsesiones y compulsiones, que se puede atribuir a la forma de vida estructurada que las monjas han adoptado. Además, esta medida se enfoca en impulsos, pensamientos y acciones, algunos que vienen con la necesidad de mantener el orden y hacer las cosas de cierta manera, tales como: limpieza y un ambiente ordenado.

Las puntuaciones de la subescala de depresión y el BDI-II, se dirigen a sentimientos de soledad, preocupación, poca energía y pérdida de interés, que son comunes entre esta población. Una vez más, la mayor parte de ellas informó una sintomatología mínima, pero es evidente que hay algunos indicadores presentes. Al comparar la medida de ansiedad con las puntuaciones del BAI, se observó que muchas de las respuestas podrían ser de naturaleza somática y de efectos secundarios comunes del envejecimiento, aunque no lo suficientemente graves como para considerarse disfuncionales.

En términos del concepto de hostilidad, este cubre principalmente el sentimiento de irritación y quizás el manejo de la ira momentánea por el choque de creencias populares y religiosas. La mayoría de las monjas que participaron llevan un estilo de vida apostólica, donde interactúan continuamente con diferentes tipos de personas y entornos como el escolar, educando a niños. Muchas de estas escuelas enseñan religión en su plan de estudios y tienen una base cristiana. Puede ser bastante desafiante, para mantener un régimen tan estructurado, pero para las monjas el desafío radica en adaptarse al mundo moderno. En las medidas de psicoticismo, se debe tener en cuenta que las monjas tienen una conexión directa con Dios; rezan a diario, y su forma de vida, según sus creencias, está abierta a la intervención espiritual. Bajo los criterios de psicoticismo que componen los elementos de esta subescala, el comportamiento que se considera inadecuado y sintomático de la psicopatología, podría contemplarse como una forma de vida adaptativa bajo el estilo de vida consagrado de las participantes. Por ejemplo, "escuchar voces" podría considerarse psicopatológico en un entorno clínico, pero "escuchar voces angelicales o escuchar el llamado de Dios" es una expresión que tiene sentido y donde algunas de las monjas pueden sentirse identificadas pues creen que estas voces provienen de entidades

REFERENCIAS

- Bird, H., Canino, G., Rubio Stipek, M., & Shrout, P. (1987). Use of the Mini-mental State Examination in a Probability Sample of a Hispanic Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 731-737. <https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00005>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

reales que las llaman a ser elegidas para participar de esta forma de vida.

Limitaciones e Investigaciones Futuras

Este es un estudio pionero de la población de monjas católicas que reside en Puerto Rico. Como el primero en realizarse, los resultados indican una necesidad de prevención y asesoramiento sobre salud mental para estas mujeres. Con la esperanza de establecer el escenario para futuras investigaciones, se sugiere una muestra más grande. También, ayudaría el hacer distinciones entre monjas enclaustradas y apostólicas, así como comparar y contrastar para de ese modo tener más especificidad en los resultados. Además, la integración de entrevistas cualitativas aportaría dimensionalidad y vida a su narración, proponiendo una metodología mixta. Esta población en su mayoría es de ancianos, cuyas historias son desconocidas y no se cuentan. Este enfoque profundizaría el conocimiento conocido sobre sus experiencias particulares y cómo ha cambiado su forma de vida a lo largo de los años.

CONCLUSIONES

Las monjas contribuyen a la sociedad activamente como seres humanos productivos. Están presentes en escuelas, hospitales, comunidades e iglesias. Dado que las monjas católicas han sido poco investigadas en las ciencias sociales y casi no existen datos cualitativos revisados por pares sobre las percepciones de las monjas puertorriqueñas, su vida en el convento y la sociedad en general, es difícil generalizar los datos obtenidos. Esta es una limitación actual, dada la naturaleza pionera del estudio. Las monjas han desempeñado mundialmente un papel importante en la trayectoria de la Iglesia católica, como institución religiosa y de organización social, por lo que, las convierte en un grupo relevante y digno de estudio científico.

- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. Pearson.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Hopelessness Scale*. The psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *BDI-II Manual*. Pearson.
- Brock, M. (2003). *The Nun as called by God: Psychological implications in a sample of nuns in Australia/New Zealand*. The international

Cognitive and Psychopathological Profile on Catholic Nuns in Puerto Rico: An Exploratory Study

Journal of Religion and Spirituality in Society.

- Broderick, R. C. (1976). *The Catholic Encyclopedia*. Thomas Nelson Inc. Publishers.
- Campos Velazquez, E. (1997). *Validez de la Prueba de Cernimiento Psicogeriatrico Nogal para Demencias en Puerto Rico*. Centro Caribeño de Estudios Postgraduados.
- Cardinal, L. J. (1963). *The Nun in the World (Religious and Apostolate)*. The Newman Press.
- CLAR. (1973). *La vida según el espíritu en las comunidades religiosas de América Latina*. Confederación Latinoamericana de Religiosos.
- Curb, R. & Manahan, N. (1985). *Lesbian nuns: Breaking silence*. The Naiad Press Inc.
- Derogatis, L.R. (1997). *Symptom Checklist-90-Revisited (tm) (SCL-90-R)*.
- Galán, L. (2001). *El Vaticano reconoce que cientos de monjas han sido violadas por misioneros*. El País. http://elpais.com/diario/2001/03/21/sociedad/985129201_850215.html
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.
- Kuhns, E. (2003). *The Habit: A history of the clothing of Catholic nuns*. Doubleday.
- KurBajoicz, L., & Wallace, M. (1999). The Mini Mental State Examination (MMSE). *Journal of Gerontological Nursing*, 25(5), 8-9. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990501-08>
- Rivera, G. M. (1998). La libertad femenina en las instituciones religiosas medievales. En *Anuario de estudios medievales*. Instituto de Historia Medieval de España.
- Rodríguez-Reynaldo, M. (2000). *Estudio de las características psicométricas del Inventario de Ansiedad Beck (versión al español) en una muestra puertorriqueña de edad avanzada*. (Disertación Doctoral). Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.
- Rosado-Medina, J. (2012). Estudio sobre los factores internos de resiliencia en una muestra de centenarios puertorriqueños. (Disertación Doctoral). Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.
- Sans, E. (1989). Espacios de religiosidad de las mujeres dentro de una orden militar. In A. Muñoz (Ed.), *Las mujeres en el cristianismo medieval* (pp. 183-200). Al-Mudayna.
- Smith, B. (2003, May 4). *The Survivor's Network of Those Abused by Priests*. [Web Log post] www.snapnetwork.com
- Vera, R. (2003) El "Ya Basta" de las monjas: Exponen religiosas sus demandas al Vaticano, exigen crear un ombusman religioso. El Norte. http://hemeroteca.proceso.com.mx/?page_id=278958&a51dc26366d99bb5fa29cea4747565fec=190052&rl=wh



Obra bajo licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

© 2020 Autores.