

Religiosidad y el auto-reporte de salud entre adultos mayores en Colombia

Religiosity and self-rated health among older adults in Colombia

Carlos A Reyes-Ortiz^{1,2}, Claudia Payan-Villamizar³, Geraldine Altamar⁴, Fernando Gómez⁵, Harold G. Koenig^{6,7,8}

1. University of Texas Health Science Center, Houston, Texas, USA. 2. Florida Agricultural and Mechanical University, Tallahassee, FL, USA. 3. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Rehabilitación Humana. Cali, Colombia. 4. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento Medicina Familiar, Especialización de Geriátrica, Cali, Colombia. 5. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Especialización de Geriátrica, Manizales, Colombia. 6. Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA. 7. King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. 8. Ningxia Medical University, Yinchuan, China.

Resumen

Objetivo:

Identificar la relación entre religiosidad y el auto reporte de salud entre adultos mayores en Colombia.

Métodos:

Los datos provienen del estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) Colombia, una encuesta transversal realizada en 2015 en la que participaron 18,871 adultos de 60 años o más que viven en la comunidad y provienen de zonas urbanas y rurales en Colombia. La religiosidad fue autoevaluada (qué tan religiosa eres: nada, algo o muy). La autoevaluación de la salud durante los 30 días previos se evaluó como muy buena, buena, regular, mala o muy mala, analizada como variable ordinal (1-5) usando la regresión logística ponderada, ajustando por factores de confusión.

Resultados:

La edad avanzada, el sexo femenino, estar casado, y tener bajo nivel socioeconómico se asociaron con ser más religiosos. Los análisis multivariados demostraron que ser más religioso se asociaba con mejor salud autoevaluada (OR= 0.92; IC 95% = 0.86-0.99; $p= 0.038$). Sin embargo hubo una interacción significativa entre género y religiosidad sobre la salud autoevaluada ($p= 0.002$), tal que la relación entre religiosidad y salud fue mas fuerte en los hombres (OR= 0.86; IC 95%= 0.79-0.94; $p= 0.001$), pero no fue significativa en mujeres.

Conclusión:

Los adultos mayores en Colombia que se consideran a sí mismos más religiosos, especialmente los hombres, tienen menos probabilidades de percibir su salud como pobre en comparación con aquellos que son menos religiosos.



ACCESO ABIERTO

Citacion: Reyes-Ortiz CA, Payan C, Altamar G, Gomez MJF, Koenig HG. Colomb Med (Cali). 2019; 50(2): 67-76. <http://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4012>

Recibido: 01 junio 2018
Revisado: 30 mayo 2019
Aceptado: 28 junio 2019

Palabras clave:

Religión, Autoevaluación de salud, adultos mayores, Colombia, actitud para la salud, valoración geriátrica, espiritualidad, clase social, estatus educativo, envejecimiento, vejez

Keywords:

Religion, rated health, elderly, Colombia, attitude to health, geriatric assessment, spirituality, social class, educational status, aged, ageing

Derechos de autor: © 2019. Universidad del Valle.



Financiación: El estudio SABE Colombia fue apoyado por un fondo del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colciencias; y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013, no. 764).

Conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflictos de interés con respecto a la autoría y / o publicación de este artículo.

Autor de correspondencia: Carlos A Reyes-Ortiz, University of Texas Health Science Center at Houston, Department of Internal Medicine, Division of Geriatric and Palliative Medicine; 6431 Fannin St, MSB 5.111, Houston, TX 77030; Phone: 713-500-6295; Fax: 713-500-0706; E-mail: careyortiz@hotmail.com

Abstract

Objective:

To identify the relationship between religiosity and self-rated health among older adults in Colombia.

Methods:

Data are drawn from the SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) Colombia Study, a cross-sectional survey conducted in 2015 involving 18,871 community-dwelling adults aged 60 years and older living in urban and rural areas of Colombia. Religiosity was assessed by self-rated religiosity (how religious are you: not at all, somewhat or very). Self-rated health during previous 30 days was assessed as very good, good, fair, poor or very poor, analyzed as an ordinal variable(1-5) using weighted logistic regression, adjusting for confounders.

Results:

Those who were more religious were older, female, had lower socioeconomic status, and were more likely to be married. Multivariate analyses demonstrated that older adults who were more religious had better self-rated health (OR: 0.92, 95% CI: 0.86-0.99, $p= 0.038$); however, there was a significant interaction effect between gender and religiosity on self-rated health ($p= 0.002$), such that the relationship between religiosity and health was stronger in men (OR: 0.86, 95% CI: 0.79-0.94, $p= 0.001$) but not significant in women.

Conclusion:

Older adults in Colombia who consider themselves more religious, especially men, are less likely to perceive their physical health as poor compared to those who are less religious.

Contribución del estudio

1) Por que se realizó este estudio?

El auto reporte de salud (ARS) es un importante predictor de morbilidad y mortalidad en adultos mayores. Queríamos ver si la religiosidad estaba asociada con el ARS en una gran población de adultos mayores colombianos.

2) Cuales fueron los resultados relevantes del estudio?

Una encuesta transversal realizada en 2015 en la que participaron 18,871 adultos de 60 años de edad o más que viven en la comunidad y que viven en zonas urbanas y rurales de Colombia. Los adultos mayores en Colombia que se consideran más religiosos, especialmente los hombres, tienen menos probabilidades de percibir su salud como pobre en comparación con aquellos que son menos religiosos.

3) Que aportan estos resultados?

La religiosidad es un recurso importante para los adultos mayores. Si la religiosidad mejora el auto reporte de salud entre los adultos mayores, o si mejora las percepciones que tienen sobre su salud, entonces es más probable que se sientan mejor con ellos mismos y es más probable que busquen servicios de atención médica de una manera más apropiada.

Introducción

La religión se define como tener una fe y creencias religiosas, participar en prácticas religiosas personales (por ejemplo, rezar, leer escrituras religiosas, escuchar música religiosa) y participar en prácticas religiosas públicas (por ejemplo, asistir a servicios religiosos y otras actividades de grupos religiosos)¹⁻³. La participación religiosa está asociada con una mejor salud en las personas mayores¹. Esto es especialmente cierto durante la enfermedad médica cuando la participación religiosa se ha asociado con menos síntomas depresivos / de ansiedad, más optimismo y una remisión más rápida de la depresión en pacientes ancianos hospitalizados con enfermedades médicas⁴⁻⁷.

Otros estudios realizados en poblaciones caucásicas o afroamericanas han demostrado que las actividades religiosas frecuentes, como la asistencia a la iglesia, están asociadas con una mejora en los factores de riesgo cardiovascular o relacionado con el cáncer, como la promoción de una dieta más saludable (por ejemplo, un mayor consumo de frutas y verduras) y menos comportamientos riesgosos para la salud (por ejemplo, fumar, consumo de alcohol)⁸⁻¹¹. Los beneficios de la religiosidad también se han observado con respecto a la protección contra el cáncer de colon, la reducción de las limitaciones funcionales y el aumento de la esperanza de vida sin discapacidad^{2,12-15}.

La asociación entre la participación religiosa y la salud también es válida en los adultos mayores que viven en comunidades. Las mujeres participantes en el Estudio de salud de enfermeras (edad promedio de 58 años) que asistieron a los servicios religiosos al menos una vez a la semana tuvieron el riesgo más bajo de desarrollar depresión, menores tasas de suicidio y una mortalidad general, cardiovascular y por cáncer significativamente menor¹⁶⁻¹⁸. En los americanos de origen mexicano de edad avanzada, una mayor participación religiosa se ha asociado con menos miedo a caerse, mejor cognición y menos influencia de los síntomas depresivos en el funcionamiento cognitivo¹⁹⁻²¹.

El auto reporte de salud (ARS) es un importante predictor de morbilidad y mortalidad en adultos mayores^{22,23}. En Colombia y otros países latinoamericanos, los estudios han identificado varios factores asociados con el ARS en adultos mayores. Gómez *et al.*²⁴, encontraron una correlación entre el ARS deficiente con la presencia de comorbilidad médica y deterioro funcional. Ocampo *et al.*²⁵, encontraron una asociación entre el ARS deficiente, la depresión y el miedo a caerse en adultos mayores de Cali. Recientemente, Parra *et al.*²⁶, encontraron una asociación positiva entre la percepción de seguridad en el vecindario, el ARS y la calidad de vida en adultos mayores de Bogotá. Del mismo modo, Hambleton *et al.*²⁷, informaron una asociación entre eventos socioeconómicos negativos anteriores y el ARS deficiente entre los adultos mayores de Barbados. Alves *et al.*²⁸, encontraron que una mayor comorbilidad médica y deterioro funcional se asociaron con un ARS deficiente entre los adultos mayores en Sao Paulo, Brasil. Por último, Wong *et al.*²⁹, informaron una asociación entre un ARS pobre y deterioro funcional, disminución de la satisfacción con la vida, y déficit de memoria entre los adultos mayores en América Latina.

En un estudio de SABE, que incluyó participantes de siete ciudades latinoamericanas, Reyes-Ortiz *et al.*³⁰, encontraron que los adultos mayores que indicaron que la religión era muy importante para ellos, tenían menos probabilidades de reportar un ARS deficiente en comparación con aquellos que indicaron que la religión era solo algo importante o no muy importante). Por lo que sabemos, ningún estudio ha examinado la relación entre la religión y el ARS entre los adultos mayores en Colombia. El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre religiosidad y el ARS en una gran muestra aleatoria de adultos mayores de todo el país de Colombia.

Materiales y Métodos

Los datos se extrajeron del estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) Colombia 2015, una encuesta transversal de una muestra aleatoria de adultos mayores, personas de 60 años o más, en el país de Colombia. El diseño del estudio y el instrumento empleado en el estudio SABE Colombia se derivaron del estudio original SABE realizado en siete ciudades latinoamericanas³¹. Sin embargo, se adaptó al contexto colombiano. Los comités de ética de la

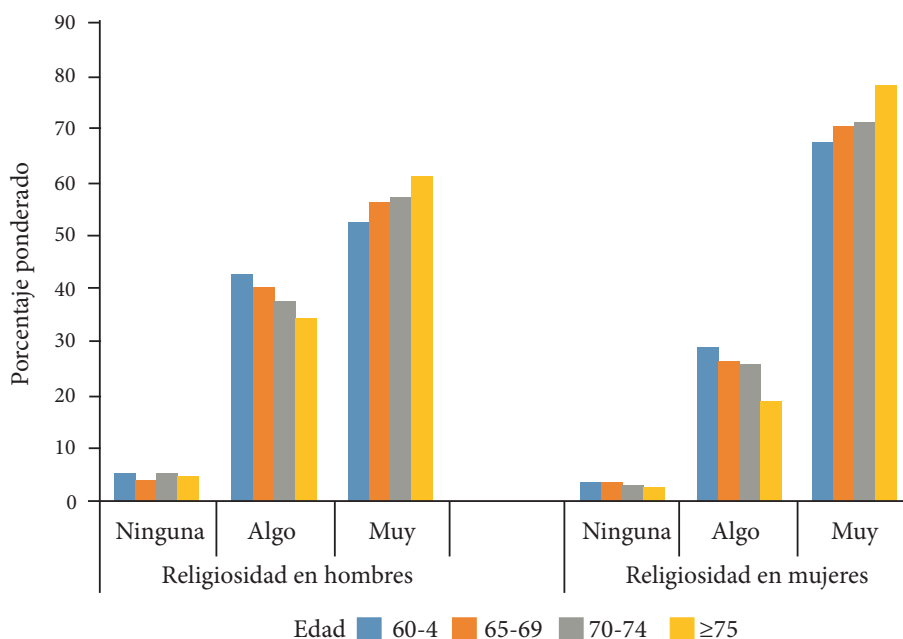


Figure 1. Porcentaje ponderado de religiosidad por edad y género

Universidad de Caldas y la Universidad del Valle revisaron y aprobaron el protocolo de estudio. Los participantes proporcionaron consentimiento informado por escrito. La encuesta fue administrada en persona en español ³².

Se usó una técnica de muestreo de grupos al azar de múltiples etapas con la estratificación de unidades de la siguiente manera. Primero fue la selección de los municipios como unidades primarias de muestreo (UPM). En segundo lugar, los segmentos de área (es decir, los bloques) se identificaron como unidades secundarias de muestreo (USM). En tercer lugar, se ubicó físicamente una lista completa de todas las unidades de vivienda (UV). Finalmente, se seleccionaron unidades domésticas dentro de una muestra UV. El estudio SABE Colombia se integró en el marco general del Sistema Nacional de Encuestas de Colombia, que tiene un diseño de muestreo similar dentro de la muestra maestra nacional para las encuestas de población en Colombia. El tamaño de muestra estimado fue de 24,553 individuos, y suponiendo una respuesta del 80%, la muestra objetivo original fue de 30,691. Las tasas de respuesta oscilaron entre 62% en áreas urbanas y 77% en sitios rurales. El tamaño final de la muestra, incluyendo 244 municipios de todos los estados del país, fue de 23,694 ³².

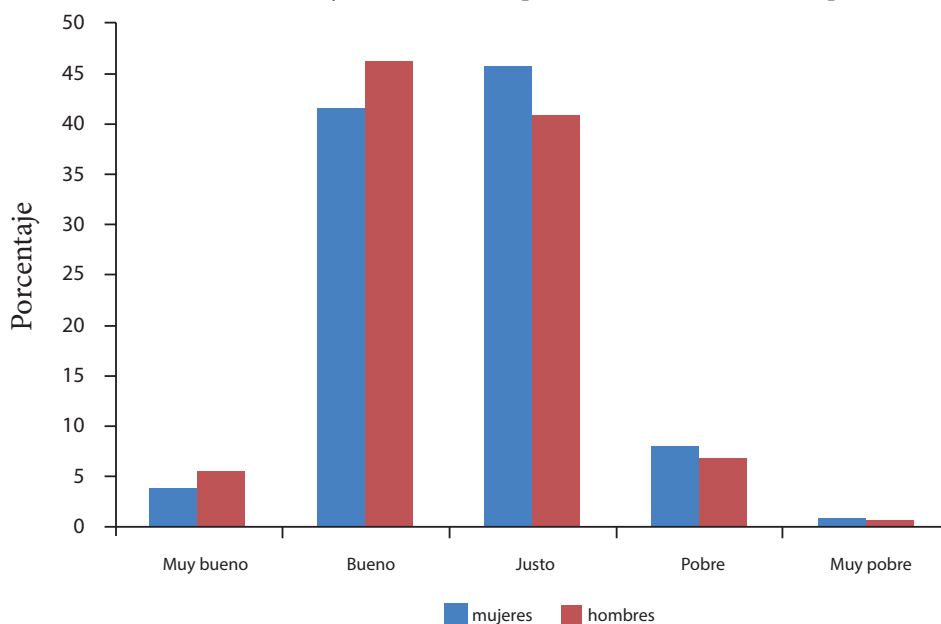


Figure 2. Porcentaje ponderado del auto reporte de salud por género

Tabla 1. Religiosidad y el auto-reporte de salud entre adultos mayores en Colombia

Características	Población total, n=18,871 n (%), o mediana	(rango inter cuartil)
Edad (años)	67.3	62.8-73.5
60-64	6,014 (32.1)	
65-69	4,919 (26.2)	
70-74	3,559 (18.7)	
≥75	4,379 (23.0)	
Mujer	10,580 (55.8)	
Casado	10,676 (56.6)	
Educación (años)	2.7	0.4-4.8
Niveles socio económicos SES	1.2	1.0-1.9
1 (mas bajo)	7,759 (41.0)	
2	7,385 (39.2)	
3	3,074 (16.3)	
4	500 (2.7)	
5-6 (mas alto)	153 (0.8)	
Comorbilidad (numero de condiciones médicas)	0.6	0.0-1.5
0	5,526 (29.7)	
1	6,464 (34.0)	
2	4,326 (23.0)	
3	1,866 (9.9)	
4	557 (2.7)	
5	132 (0.7)	
Que tan religioso es		
Nada	725 (3.9)	
Algo	5,857 (31.4)	
Muy	12,289 (64.7)	
Auto reporte de salud		
Muy bien	861 (4.5)	
Bien	8,195 (43.7)	
Regular	8,209 (43.5)	
Pobre	1,439 (7.5)	
Muy pobre	167 (0.8)	

Weighted data are presented. Comorbidity is the sum score including: hypertension, diabetes, coronary heart disease, arthritis, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer.
SES: Socio Economic state

Los participantes se incluyeron si tenían más de 60 años de edad, eran capaces de comunicarse con el equipo de investigación y dieron su consentimiento informado por escrito. Los individuos se excluyeron si tenían una puntuación total de menos de 13 en la versión abreviada del Mini-Mental State Examination (AMMSE)³³. Para estos individuos (17.5% de la muestra, n = 4,690) se realizó una entrevista proxy, aunque se excluyeron del presente estudio ya que las preguntas sobre la religiosidad no se hicieron como parte de la entrevista proxy. Por lo tanto, la muestra final para este informe incluyó 18,871 participantes que tenían información completa sobre el ARS y la religiosidad autoevaluada.

Las variables dependientes fueron la religiosidad autoevaluada y el ARS. La religiosidad se evaluó preguntando a los participantes qué tan religiosos eran: nada (código = 1), algo (código = 2) o muy (código = 3), y se analizó como una variable ordinal (1 a 3, donde una puntuación más alta indica mayor religiosidad). Las opciones de respuesta para el ARS durante los 30 días anteriores fue muy bueno (código = 1), bueno (código = 2), regular (código = 3), pobre (código = 4) o muy pobre (código = 5); el ARS se analizó como una variable ordinal (1 a 5, donde las puntuaciones más altas indicaron una salud peor calificada).

Las variables sociodemográficas incluyeron edad (años; 60-64, 65-69, 70-74, ≥75), género (masculino o femenino), estado civil (casado o no casado), estado socioeconómico (SES) y educación (años). Otra variable fue la comorbilidad médica que se evaluó con la presencia de siete afecciones médicas: hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, artritis, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer. Se preguntó a los encuestados: “¿Un médico o una enfermera le han dicho que usted tiene ...?” Para cada una de las afecciones enumeradas anteriormente. Se determinaron los recuentos de comorbilidades (rango de 0 a 5) y se analizaron como una variable continua.

Tabla 2. Análisis multivariado ponderado de regresión logística prediciendo religiosidad*, personas ≥ 60 años, estudio SABE Colombia.

Characteristic	Todos n = 18.871		Mujeres n = 10.580		Hombres n = 8.291	
	OR (IC 95%)	valor p	OR (IC 95%)	valor p	OR (IC 95%)	valor p
Edad (años)	1.02 (1.02-1.03)	<0.0001	1.03 (1.02-1.04)	<0.0001	1.02 (1.01-1.02)	0.0005
Mujer (vs hombre)	1.97 (1.82-2.13)	<0.0001				
Casado (vs no casado)	1.12 (1.03-1.21)	0.0052	1.09 (0.97-1.23)	0.1466	1.18 (1.03-1.35)	0.0151
Educación (años)	0.99 (0.98-1.01)	0.5836	1.01 (0.99-1.03)	0.2761	0.98 (0.97-1.00)	0.1313
SES (ordinal) (1 a 4)	0.95 (0.90-0.99)	0.0294	0.92 (0.85-0.98)	0.0169	0.98 (0.92-1.05)	0.5464
Comorbilidad (0-5)	1.03 (0.99-1.06)	0.1310	1.02 (0.97-1.07)	0.3521	1.04 (1.09-0.98)	0.1997

* de 1-3, mayor puntuación es más religioso

OR = odds ratios,

IC = intervalo de confianza.

SES: estado socioeconómico

Análisis estadístico

Para ajustar el diseño de la encuesta de muestreo, los datos se ponderaron mediante el uso de análisis complejos para encuestas. Se presentaron estadísticas descriptivas, como porcentajes ponderados o medianas (rango inter cuartil), y se analizaron las diferencias en las variables categóricas u ordinales mediante la estadística de Wald Chi-cuadrado mediante el procedimiento SURVEYFREQ. Se desarrollaron gráficos que describían la religiosidad de acuerdo a categorías de edad y género, y el ARS por género. Se realizaron modelos de regresión logística ordinal multivariada que examinaron las características asociadas con la religiosidad o el ARS y se calcularon los odds ratios (OR) con intervalos de confianza (IC 95%), mediante el procedimiento SURVEYLOGISTIC. Las interacciones relevantes fueron exploradas. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. El Sistema de Análisis Estadístico (SAS), versión 9.4 se utilizó para el análisis (SAS Institute, Cary, Carolina del Norte, EE. UU.).

Resultados

De los 18,871 participantes del estudio, el 23.0% tenía una edad ≥ 75 , el 55.8% era mujer, el 43.5% calificó su salud regular, el 7.5% como pobre y el 0.8% como muy pobre; el 64,7% se consideraba muy religioso (Tabla 1).

Las mujeres tenían más probabilidades de considerarse muy religiosas en comparación con los hombres ($p < 0.0001$) (Fig. 1). Del mismo modo, los que eran muy mayores tenían más

Tabla 3. Análisis ponderado de regresión logística multivariada prediciendo el auto reporte de salud *, personas ≥ 60 años de edad, estudio SABE Colombia (n = 18,871)

Características	Modelo 1- efectos principales			Modelo 2- con interacción		
	OR 95% CI	Estimar (SE)	p- value	OR 95% CI	Estimar (SE)	p- value
Edad (años)	1.00 (0.99-1.00)	0.003 (0.00)	0.2724	1.00 (0.99-1.01)	0.003 (0.00)	0.3069
Mujer (vs. hombre)	1.17 (1.07-1.27)	0.078 (0.02)	0.0005		-0.163 (0.07)	0.0322
Casado (vs. no casado)	1.02 (0.94-1.09)	0.008 (0.02)	0.6734	1.02 (0.94-1.09)	0.008 (0.02)	0.6527
Educación (años)	0.96 (0.95-0.97)	-0.042 (0.01)	<0.0001	0.96 (0.95-0.97)	-0.042 (0.01)	<0.0001
SES (1-5)	0.76 (0.70-0.83)	-0.270 (0.04)	<0.0001	0.76 (0.70-0.83)	-0.270 (0.04)	<0.0001
Comorbilidad (0-5)	1.53 (1.48-1.58)	0.425 (0.02)	<0.0001	1.53 (1.48-1.58)	0.425 (0.02)	<0.0001
Religiosidad (1-3)**	0.92 (0.86-0.99)	-0.077 (0.03)	0.0377		-0.056 (0.03)	0.0961
Religiosidad*mujer					0.093 (0.02)	0.0021

* Ordinal 1 a 5, mayor puntuación es la peor salud; ** 1 = nada, 2 = algo y 3 = muy religioso

OR= odds ratios;

IC = intervalo de confianza. Estimación es no estandarizada

EE = error estándar de la estimación

SES: estado socioeconómico

Tabla 4. Análisis ponderado de regresión logística multivariada prediciendo el auto reporte de salud *, por sexo, personas ≥ 60 años de edad, estudio SABE Colombia

Características	Model 1, Hombres n=8,291		Model 2, Mujeres n=10,580	
	OR IC 95%	Valor p	OR IC 95%	Valor p
Edad (años)	1.00 (0.99-1.01)	0.4637	1.00 (0.99-1.01)	0.3350
Casado (vs. no casado)	0.91 (0.82-1.02)	0.1086	1.02 (0.99-1.21)	0.0570
Educación (años)	0.94 (0.93-0.96)	<0.0001	0.97 (0.96-0.98)	0.0006
SES (1-5)	0.75 (0.68-0.83)	<0.0001	0.77 (0.70-0.85)	<0.0001
Comorbilidad (0-5)	1.51 (1.44-1.58)	<0.0001	1.55 (1.49-1.62)	<0.0001
Religiosidad (1-3)**	0.86 (0.79-0.94)	0.0010	1.03 (0.95-1.13)	0.4186

* Ordinal de 1 a 5, mayor puntuación es la peor salud; ** 1 = nada, 2 = algo y 3 = muy religioso

OR= odds ratios

IC = intervalo de confianza

SES: estado socioeconómico

probabilidades de indicar que eran muy religiosos en comparación con los que eran más jóvenes ($p < 0.0001$). Las mujeres tienden a tener ARS más pobre que los hombres (Fig. 2, $p < 0.0001$).

Los análisis multivariados demostraron que una mayor religiosidad estaba asociada con la edad, el género femenino y el ser casado (Tabla 2). En contraste, un mayor SES se asoció con ser menos religioso.

Los análisis multivariados indicaron que los adultos mayores que eran más religiosos tenían mejor ARS ($p = 0.038$) (Tabla 3, Modelo 1). Otros factores asociados con una mejor salud autoevaluada fueron un mayor nivel de educación y SES. Por el contrario, los factores asociados con una peor salud fueron el sexo femenino y una mayor comorbilidad. Hubo una interacción significativa entre el género y la religiosidad en la salud autoevaluada (Tabla 3, Modelo 2; $p = 0.002$). Hicimos análisis ajustados adicionales separados por género, donde los hombres tienden a tener mejor salud cuando son más religiosos (Tabla 4, Modelo 1, OR: 0.86, IC 95%: 0.79-0.94, $p = 0.001$), pero la asociación no fue significativa en las mujeres (Tabla 4, Modelo 2).

Discusión

A nuestro entender, este es el primer estudio que examina la relación entre religiosidad y ARS el auto reporte de salud en los adultos mayores colombianos en todo el país. La religiosidad se asoció con un mejor ARS, especialmente en los hombres. La asociación fue independiente de factores sociodemográficos, y comorbilidad médica. Los factores asociados con la religión fueron la edad avanzada, el sexo femenino, el ser casado y el bajo nivel socioeconómico.

Los factores socioeconómicos y las enfermedades han sido considerados como los principales determinantes del ARS en la población general, así como en los adultos mayores^{22,23,29}. Se ha considerado que el ARS se basa más que en la salud física, sino también en la percepción que tiene una persona de su salud psicológica, social y espiritual³⁴. Varios estudios han informado que los adultos mayores muy religiosos a menudo tienen un mejor ARS^{35,36}. Asimismo, estudios que incluyen poblaciones minoritarias informaron que las actividades religiosas se asociaron con una mejor percepción de la salud³⁷⁻³⁹. Sin embargo, varios estudios basados en poblaciones latinas de EE. UU. no han encontrado una asociación entre actividades religiosas y el ARS⁴⁰⁻². Sin embargo, la excepción es que un estudio entre adultos mayores de América Latina y el Caribe encontró una asociación positiva entre la religiosidad y el ARS³⁰.

Los hallazgos reportados aquí coinciden con los de otros estudios que han encontrado que la religiosidad se asocia con un mejor ARS. Koenig *et al.*⁴³, encontraron en pacientes ancianos con enfermedades médicas que aquellos que se clasificaban a sí mismos como no espirituales ni religiosos tendían a tener una peor ARS y una mayor comorbilidad médica. McCullough y Laurenceau³⁶ informaron que después de controlar los comportamientos de salud y sociales apoyo / actividad social, las mujeres que eran altamente religiosas en 1940 tenían un mejor promedio de ARS a lo largo de su vida, tasas de declinación lineal más lentas y una disminución menos pronunciada en el ARS que las mujeres menos religiosas.

La religiosidad también se ha asociado con emociones positivas como mayor satisfacción con la vida, bienestar psicológico y existencial, esperanza, optimismo, y sentido y propósito en la vida, sentimientos que ayudan a neutralizar las emociones negativas que subyacen a las malas percepciones de la salud^{7,44,45}. El efecto protector de la religiosidad en el ARS parece ser más fuerte para las personas que experimentan un mayor sufrimiento. Por ejemplo, Krause y Bastida⁴⁶ informaron que los estadounidenses mayores de origen mexicano que usan su fe para encontrar algo positivo frente al sufrimiento tienden a calificar su salud de manera más favorable. En contraste, aquellos que creen que es importante sufrir en silencio tienden a calificar su salud de forma menos favorable. Sin embargo, en algunas poblaciones, la religiosidad puede estar relacionada con una peor autoevaluación de la salud⁴⁷, o no tiene relación con ella⁴⁸.

Limitaciones

Los hallazgos de este estudio deben interpretarse y generalizarse con cautela. Primero, la naturaleza transversal del estudio no nos permite determinar la causalidad o la dirección del efecto en las relaciones observadas. La mala salud autoevaluada también puede conducir a una menor participación religiosa, ya que una mayor participación religiosa puede conducir a una mejor salud autoevaluada. En segundo lugar, nuestras medidas de religiosidad eran relativamente simples, es decir, indicadores subjetivos de importancia religiosa.

Sin embargo, el estudio también tiene varias fortalezas, incluida la gran muestra de adultos mayores colombianos que fueron representativos de las áreas urbanas y rurales de Colombia; el control para variables múltiples mediante análisis de regresión; y como se señaló anteriormente, la singularidad de este estudio como uno de los primeros en examinar la religiosidad y la autoevaluación de la salud en los adultos mayores colombianos en todo el país.

Si la religiosidad mejora la salud autoevaluada entre los adultos mayores, o mejora las percepciones que tienen sobre su salud, entonces es más probable que se sientan mejor con ellos mismos y es más probable que busquen servicios de atención médica de una manera más apropiada en lugar de busca atención médica para problemas de salud percibidos que pueden ser de naturaleza psicológica, es decir, psicósomáticos, lo cual es cierto para casi el 50% de las quejas médicas en entornos de atención primaria⁴⁹. La religiosidad es un recurso importante para los individuos y para la salud de la población al facilitar la salud las conductas relevantes para adultos mayores especialmente y las creencias que les ayudan a sobrellevar una enfermedad o discapacidad médica⁵⁰.

Conclusiones

La participación religiosa puede estar asociada con una mejor salud autoevaluada en adultos mayores, especialmente hombres, en el país sudamericano de Colombia. Los factores socioeconómicos y las enfermedades concomitantes también tienen una fuerte influencia en la salud autoevaluada en los colombianos mayores. Se necesitan estudios prospectivos para ayudar a determinar la dirección del efecto en esta relación, identificar los factores mediadores y explorar más a fondo cómo la religiosidad puede afectar la salud autoevaluada (y viceversa).

Referencias

1. Reyes-Ortiz CA. Importancia de la religión en los ancianos. *Colomb Med*. 1998; 29(4): 155-7.
2. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. 2nd edition. NY: Oxford University Press; 2012, pp 35-50
3. Koenig HG. *Religion and Mental Health: Research and Clinical Applications*. San Diego, CA: Academic Press; 2018, pp 3-19
4. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Pieper C, Meador KG, Shelp F, *et al*. Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry*. 1992; 149: 1693-700.
5. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(4): 536-42.
6. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012:278730. doi: 10.5402/2012/278730.

7. Koenig HG, Berk LS, Daher NS, Pearce MJ, Bellinger DL, Robins CJ, *et al.* Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness. *J Psychosom Res.* 2014;77(2):135-43. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.05.002.
8. Campbell MK, Demark-Wahnefried W, Symons M, Kalsbeek WD, Dodds J, Cowan A, *et al.* Fruit and vegetable consumption and prevention of cancer: The black churches united for better health project. *Am J Public Health.* 1999; 89: 1390-1396. doi:10.2105/ajph.89.9.1390
9. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ. Religious effect on health status and life satisfaction among Black Americans. *J Gerontol.* 1995; 50: S154-S163.
10. Oexmann MJ, Thomas JC, Taylor KB, O'Neil PM, Garvey WT, Lackland DT, *et al.* Short-term impact of a church-based approach to lifestyle change on cardiovascular risk in African-Americans. *Ethn Dis.* 2000; 10: 17-23.
11. Resnicow K, Jackson A, Wang T, De AK, McCarty F, Dudley WN, *et al.* A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: Results of the eat for life trial. *Am J Public Health.* 2001; 91: 1686-1693. doi:10.2105/ajph.91.10.1686
12. Konkoly Thege B, Pilling J, Székely A, Kopp MS. Relationship between religiosity and health: Evidence from a post-communist country. *Int J Behav Med.* 2013; 20: 477-486. doi: 10.1007/s12529-012-9258-x.
13. Kune G, Kune S, Watson LF. Perceived religiousness is protective for colorectal cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *J Roy Soc Med.* 1993; 86: 645-647.
14. Hank K, Schaan B. Cross-national variations in the correlation between frequency of prayer and health among older Europeans. *Res Aging.* 2008; 30: 36-54.
15. Hidajat M, Zimmer Z, Saito Y, Lin HS. Religious activity, life expectancy, and disability-free life expectancy in Taiwan. *Eur J Ageing.* 2013; 10: 1-8. doi: 10.1007/s10433-013-0273-9.
16. Li S, Okereke OI, Chang S-C, Kawachi I, Vander Weele TJ. Religious service attendance and lower depression among women - a prospective cohort study. *Ann Behav Med.* 2016; 50(6): 876-84. doi: 10.1007/s12160-016-9813-9
17. Vander Weele TJ, Li S, Tsai AC, Kawachi I. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry.* 2016; 73(8): 845-51. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1243.
18. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of religious service attendance with mortality among women. *JAMA Intern Med.* 2016; 176(6): 777-85. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.1615.
19. Reyes-Ortiz CA, Ayele H, Mulligan T, Espino DV, Berges IM, Markides KS. Higher church attendance predicts lower fear of falling in older Mexican Americans. *Ageing Ment Health.* 2006; 10(1): 13-18.
20. Hill TD, Burdette AM, Angel JL, Angel RL. Religious attendance and cognitive functioning among older Mexican Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2006; 61(1): P3-9.
21. Reyes-Ortiz CA, Berges IM, Raji MA, Koenig HG, Kuo YF, Markides KS. Church attendance mediates the association between depressive symptoms and cognitive functioning among older Mexican Americans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008;63(5):480-6. doi:10.1093/gerona/63.5.480
22. Miller TR, Wolinsky FD. Self-rated health trajectories and mortality among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007; 62(1):S22-7. doi:10.1093/geronb/62.1.s22
23. Ocampo JM. Self-rated health: importance of use in elderly adults. *Colomb Med.* 2010; 41(3): 275-89.
24. Gómez JF, Curcio CL, Matijasevic F. Autopercepción de la salud, presencia de enfermedades y discapacidades en ancianos de Manizales. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr.* 2004; 18: 706-15.
25. Ocampo-Chaparro M, Zapata-Ossa HJ, Cubides-Munévar AM, Curcio CL, Villegas JD, Reyes-Ortiz CA. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *Colomb Med (Cali).* 2013; 44(4): 224-231.
26. Parra DC, Gómez LF, Sarmiento OL, Buchner D, Brownson R, Schimid T, *et al.* Perceived and objective neighborhood environment attributes and health related quality of life among the elderly in Bogotá, Colombia. *Soc Sci Med.* 2010; 70(7): 1070-6. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.024.
27. Hambleton IR, Clarke K, Broome HL, Fraser HS, Brathwaite F, Hennis AJ. Historical and current predictors of self-reported health status among elderly persons in Barbados. *Rev Panam Salud Publica.* 2005; 17(5-6): 342-52. DOI: 10.1590/s1020-49892005000500006
28. Alves LC, Rodrigues RN. Determinants of self-rated health among elderly persons in São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005; 17(5-6): 333-41. DOI: 10.1590/s1020-49892005000500005

29. Wong R, Pelaez M, Palloni A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):323-32.
30. Reyes-Ortiz CA, Pelaez M, Koenig HG, Mulligan T. Religiosity and self-rated health among Latin American and Caribbean elders. *Int J Psychiatry Med*. 2007; 37(4): 425-43.
31. Albala C, Lebrao ML, León-Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, *et al*. The health, well-being, and aging ("SABE") survey: Methodology applied and profile of the study population. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17: 307-22.
32. Gomez F, Corchuelo J, Curcio CL, Calzada MT, Mendez F. SABE Colombia: Survey on Health, Well-Being, and Aging in Colombia-Study Design and Protocol. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2016; 2016 :7910205. doi: 10.1155/2016/7910205
33. Icaza MG, Albala C. Mini-Mental State Examination (MMSE) del estudio de la demencia en Chile: Análisis estadístico. Serie Investigaciones en Salud Pública. Washington, D.C.: OPS; 1999. Accessed: 16 November 2017. Available from: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdr/serie07composite.pdf>.
34. Idler EL. Religion, health and nonphysical sense of self. *Social Forces*. 1995; 74: 683-704.
35. Krause N. Neighborhood deterioration, religious coping, and changes in health during late life. *Gerontologist*. 1998; 38:653-664. DOI: 10.1093/geront/38.6.653
36. McCullough ME, Laurenceau JP. Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. *Pers Soc Psychol Bull*. 2005;31(4):560-73. DOI: 10.1177/0146167204271657
37. Boyer E. Variations in health perception between Black and White elderly. *Internat Quart Comm Health Educat*. 1982;2:157-173.
38. Levin JS, Markides KS. Religion and health in Mexican Americans. *J Relig Health*. 1985;24:60-69.
39. Musick MA. Religion and subjective health among Black and White elders. *J Health Soc Behav*. 1996;37:221-237.
40. Levin JS, Markides KS. Religious attendance and subjective health. *J Scient Study Religion*. 1986;25:31-40.
41. Arredondo EM, Elder JP, Ayala GX, Campbell NR, Baquero B. Is church attendance associated with Latinas' health practices and self-reported health? *Am J Health Behav*. 2005;29:502-511.
42. Franzini L, Ribble JC, Wingfield KA. Religion, sociodemographic and personal characteristics, and self-reported health in Whites, Blacks, and Hispanics living in low-socioeconomic status neighborhoods. *Ethn Dis*. 2005;15:469-484.
43. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(4):554-62.
44. Hayward RD, Owen AD, Koenig HG, Steffens DC, Payne ME. Religion and the presence and severity of depression in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012; 20(2): 188-92. doi: 10.1097/JGP.0b013e31822ccd51.
45. Ayele H, Mulligan T, Gheorghiu S, Reyes-Ortiz C. Religious activity improves life satisfaction for some physicians and older patients. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47(4): 453-5.
46. Krause N, Bastida E. Religion, Suffering, and Self-rated Health Among Older Mexican Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011; 66(2): 207-16. doi: 10.1093/geronb/gbq086. Epub 2010 Nov 12.
47. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(4): 769-80.
48. Rivera-Hernandez M. Religiosity, social support and care associated with health in older mexicans with diabetes. *J Relig Health*. 2016;55(4):1394-410. doi: 10.1007/s10943-015-0105-7.
49. Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosom Med*. 1998;60(4): 466-472.
50. Chatters LM. Religion and health: public health research and practice. *Annu Rev Public Health*. 2000; 21: 335-67