

# Religiosidad, salud física y funcional en personas mayores en Chile

## Religiosity, physical and functional health in older people in Chile

M Beatriz Fernández Lorca   
mrfeman@uc.cl

1 Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago, Chile., 2 Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado MICARE, Santiago, Chile.,

### Resumen

#### Objetivo:

Establecer la asociación entre distintas dimensiones de religiosidad - organizacional, no organizacional e intrínseca- y diversos indicadores de salud física y funcional en personas mayores en Chile.

#### Métodos:

Se utilizaron datos de la Quinta Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez del 2019. Se realizaron análisis descriptivos y explicativos, utilizando modelos de regresión logística, lineal y multinomial, teniendo como variables dependientes autopercepción de salud, dependencia funcional, número de enfermedades crónicas y percepción de la salud en comparación con otras personas de la misma edad. Como predictores se incluyeron indicadores de las tres dimensiones de religiosidad considerada (Escala DUREL), controlando por Escala de Apoyo Social percibido MOS-SS, Escala de Funcionamiento Familiar de Apgar, nivel educativo, género, edad y vivir con una pareja.

#### Resultados:

Casi un tercio de los mayores chilenos asiste de manera frecuente a servicios religiosos, y la mitad reza frecuentemente. En un rango de 1 a 5, la media de religiosidad intrínseca es de 3.94. Un 46% se percibe con buena/muy buena salud y cerca de la mitad se percibe con mejor salud que otras personas de la misma edad. En un rango de 0-5, la media de enfermedades crónicas es de 1.69 y un 6% es clasificado como dependiente funcional. Solo se encontró una relación significativa entre asistencia religiosa y una menor probabilidad de presentar dependencia funcional, mientras que por el contrario rezar aumenta dichas probabilidades; además de una relación entre asistencia y mejor percepción de salud en comparación con otras personas de la misma edad.

#### Conclusiones:

la religiosidad organizacional es un recurso psicosocial que se asocia positivamente con el proceso del envejecimiento exitoso.



ACCESO ABIERTO

**Citación:** Fernández LMB.  
**Religiosidad, salud física y funcional en personas mayores en Chile**  
Colomb Méd (Cali), 2022;

53(2):e2004846 <http://doi.org/10.25100/cm.v53i2.4846>

**Recibido:** 27 Abr 2021

**Revisado:** 01 Jun 2021

**Aceptado:** 10 Abr 2022

**Publicado:** 10 Abr 2022

#### Palabras clave:

envejecimiento, calidad de vida, relaciones familiares, estado funcional, promoción de salud, religión, apoyo social, comportamiento de salud, esperanza de vida

#### Keywords:

Aged, quality of life, family relations, functional status, health promotion, religion, social support, health behavior, life expectancy

**Copyright:** © 2021 Universidad del Valle



**Conflicto de intereses:**

Los autores no declaran

**Financiación:**

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo Programa Fondecyt Inicio N°11180287 e Iniciativa Científica Milenio ICS2019\_024

**Autor de correspondencia:**

M Beatriz Fernández Lorca. Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago, Chile  
E-mail: [mrfernan@uc.cl](mailto:mrfernan@uc.cl)

## Abstract

**Objective:**

To establish the association between different dimensions of religiosity - organizational, non-organizational and intrinsic - and physical and functional health indicators in older people in Chile.

**Methods:**

Data from the Fifth Survey on Quality of Life in Old Age 2019 were used. Descriptive and explanatory analyses were performed using logistic, linear and multinomial regression models, with dependent variables being self-perception of health, functional dependence, number of chronic diseases and perception of health compared with other people of the same age. As predictors, indicators of the three dimensions of religiosity (DUREL Scale) were included, controlling for the MOS-SS Social Support Scale, Apgar Family Functioning Scale, educational level, gender, age, and living with a partner.

**Results:**

Almost a third of older Chileans attend religious services frequently, and half of them pray frequently. On a range of 1 to 5, the mean intrinsic religiosity is 3.94. 46% perceive their health to be good/very good and about half perceive their health as better than their peers. On 0 to 5, the mean number of chronic diseases is 1.69. 6% are classified as functionally dependent. The only significant relationship observed was between religious attendance and a lower probability of presenting functional dependency; on the other hand, praying increases such probabilities and a relationship between attendance and a better perception of health compared with other people of the same age.

**Conclusions:**

Organisational religiosity is a psychosocial resource that is positively associated with the process of successful aging

### Contribución del estudio

**1) ¿Por qué se realizó este estudio?**

Chile es un país con un acelerado proceso de envejecimiento. Esto se relaciona con una alta prevalencia de enfermedades crónicas y necesidades sociales y de cuidado de la salud. Por lo que se requiere el estudio de factores modificables que promuevan la salud en la edad adulta.

**2) ¿Cuáles fueron los resultados más relevantes del estudio?**

La religiosidad, la que se expresa a través de la participación del servicio religioso, es un recurso psicosocial que se asocia positivamente con el proceso de un envejecimiento saludable

**3) ¿Qué aportan estos resultados?**

El resultado de este estudio refuerza la importancia de promover diferentes acciones para facilitar la participación religiosa del adulto mayor debido a que es un recurso protector de un envejecimiento saludable

## Introducción

Según el último Censo de Población, Chile es uno de los países que se encuentra en una etapa más avanzada de transición demográfica dentro de la región <sup>1</sup>, con un 16.2% de su población con 60 años y más, y una esperanza de vida de 80 años promedio <sup>2</sup>. Ello redundaría en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y necesidades de atención sociosanitaria, aumentando el interés por estudiar aquellos factores modificables que pueden favorecer la salud en esta etapa de la vida <sup>3</sup>.

En este contexto, la religiosidad aparece como un recurso psicosocial que contribuye a una mejor longevidad <sup>3,4</sup>. La religiosidad es un constructo multidimensional que involucra en primer lugar una dimensión organizacional (ORA), referida a la participación en servicios religiosos o en otras actividades religiosas. Pero también posee una dimensión no organizacional (NORA), correspondiente a una expresión privada como es la oración, a lo que se suma una tercera dimensión, denominada intrínseca (IR), referida a la importancia de la religión en la vida cotidiana <sup>5,6</sup>.

Amplia es la evidencia sobre el vínculo entre religiosidad y salud de los individuos. Más específicamente, se ha encontrado que las personas religiosas presentan menor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer <sup>7-9</sup>. Asimismo, poseen tasas de mortalidad significativamente más reducidas <sup>9-11</sup>. También se ha observado que las personas religiosas tienen una mejor autopercepción de salud <sup>12</sup>, menores tasas de deterioro funcional y de discapacidad <sup>13</sup>, así como conductas relacionadas con la salud tales como tabaquismo, consumo de alcohol y abuso de drogas menos prevalentes <sup>14,15</sup>. Esto en parte se explica porque la religión impone una serie de reglas no solamente asociadas al comportamiento ético de los individuos, sino también en lo que respecta a la ingesta de comidas y bebidas, la actividad sexual, entre otros aspectos, promoviendo hábitos y estilos de vida saludables <sup>3,16,17</sup>, lo que, en conjunto con el fortalecimiento de las redes de apoyo social y el sentido de certidumbre y estabilidad que permite afrontar de mejor manera los eventos estresantes que ocurren a lo largo de la vida <sup>18</sup>, favorecen un mejor envejecer.

En este contexto el objetivo del presente estudio es establecer la asociación entre las distintas dimensiones de religiosidad y diversos indicadores de salud física y funcional en personas mayores en Chile, contribuyendo a la escasa literatura sobre este tema en la región.

## Materiales y Métodos

La fuente de datos de este estudio es la Quinta Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez del año 2019 de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes. Esta encuesta evalúa diversas dimensiones relacionadas con la calidad de vida en personas mayores en Chile, tales como las condiciones físicas y de salud, condiciones laborales, relaciones sociales y familiares. Además, se incluye un módulo específico de religiosidad.

La población objetivo de la encuesta son chilenos de 60 años y más sin sospecha de deterioro cognitivo, que residen en viviendas particulares en localidades urbanas de 10 mil habitantes y más. La selección de casos es multietápica, probabilística, estratificada, con un margen de error total de +/- 2.4%, suponiendo muestreo aleatorio simple con varianza máxima, siendo representativa de alrededor de un 86% de la población mayor total del país.

La muestra final es de 2,132 personas. Todos los encuestados participaron de manera voluntaria, firmando el respectivo consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (N° 190829005, 12 de septiembre de 2019).

En cuanto a las hipótesis de este estudio, se plantea que aquellas personas mayores que presentan mayores niveles de religiosidad tanto en su dimensión organizacional, no organizacional e intrínseca, tendrán una mejor salud física y un menor nivel de dependencia funcional. De manera más específica, las variables dependientes de este estudio son: 1) Percepción de salud,

cuyas respuestas fueron dicotomizadas en mala/regular versus buena/muy buena; ii) Percepción de salud en comparación con otras personas de la misma edad, con las categorías peor, igual y mejor; iii) Número de enfermedades crónicas, creada a partir de una lista de chequeo que consultó la presencia de las siguientes enfermedades: hipertensión, colesterol alto, diabetes, artritis y osteoporosis; iv) Dependencia Funcional; son clasificadas como dependientes aquellas personas que a) declaran tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas (comer, bañarse, moverse dentro de la casa, utilizar el W.C., acostarse/ levantarse de la cama, vestirse) o instrumentales de la vida diaria (salir a la calle, hacer compras/ ir al médico, realizar tareas del hogar, hacer/recibir llamadas), o b) que reciben ayuda con alta frecuencia o c) que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales<sup>19,20</sup>.

Por su parte, la religiosidad se midió a través de la Escala de Religiosidad de Duke<sup>21</sup>, que se compone de cinco ítems de tipo Likert y que mide las tres dimensiones de religiosidad: i) ORA: frecuencia de asistencia a servicios religiosos o participación en otra actividad religiosa, dicotomizada en asistencia poco frecuente (pocas veces al año o menos, nunca) y frecuente (algunas veces al mes, una vez a la semana o varias veces a la semana); ii) NORA: frecuencia de rezar, estudiar las Escrituras o meditar, dicotomizada en poco frecuente (algunas veces a la semana, algunas veces al mes, nunca) y frecuente (diariamente o varias veces al día); iii) IR: Qué tan cierto o no cierto es para usted: experimentar la presencia de lo divino; permitir que las creencias religiosas guíen un enfoque de la vida y transportar la religión a otras áreas de la vida, cuyas respuestas van desde: 1= definitivamente no es cierto, 5= definitivamente cierto. Estos tres ítems se promedian para crear un único indicador.

Adicionalmente, se incluye otras variables que pueden estar asociadas con la salud física y funcional, como son: i) Escala de Apoyo Social percibido MOS-SS de 8 ítems (Medical Outcomes Study Social Support Survey)<sup>(22)</sup>, con tres posibles respuestas (siempre= 1; a veces=2; nunca=3), dando un rango de 8 a 24 puntos (de menor a mayor apoyo). ii) Escala de Funcionamiento Familiar de Apgar<sup>23</sup>, que es una escala de cinco ítems con respuestas que van de 0 (casi nunca), 1 (a veces) y 2 (casi siempre), los cuales se sumaron y recodificaron en dos niveles: disfunción familiar grave o leve (0 a 6 puntos) y buen funcionamiento familiar (7 a 10 puntos); Nivel Educativo (1= Educación básica o menos; 2= Educación media; 3= Educación superior); Género (1= Hombre; 2= Mujer); Edad y Vive con una pareja, donde 1= no y 2= sí.

Respecto a la estrategia de análisis se calcularon en primer lugar estadísticos descriptivos univariados y bivariados de las variables mencionadas. Los datos se analizaron utilizando el software STATA 14. Luego, se estimaron distintos modelos de regresión para examinar qué variables están más correlacionadas con cada una de las variables dependientes del estudio. Conforme al tipo de nivel de medición, en el caso específico de las variables percepción de salud y dependencia funcional se estimaron modelos de regresión logística, mientras que para las enfermedades crónicas un modelo de regresión lineal. En el caso de la variable de percepción de la salud en comparación con otras personas de la misma edad, se calculó un modelo de regresión logística multinomial. En todos los casos, y siguiendo las sugerencias de los autores de la escala DUREL, las tres subescalas de religiosidad se incluyeron de forma separada en los modelos de regresión para evitar posibles problemas de colinealidad múltiple<sup>24</sup>, seguidas del resto de predictores.

## Resultados

Un 67% de la muestra corresponde a mujeres con una media de edad de 72 años (DE= 8.2). Casi la mitad posee educación básica o menos versus solo un 19% que posee educación superior. Un 48% de las personas mayores encuestadas está viviendo en pareja. Con respecto a las variables de salud, se tiene que un 46% se percibe con buena o muy buena salud y cerca de la mitad se percibe con mejor salud que otras personas de la misma edad. En un rango de 0-5, la media de enfermedades crónicas es de 1.69 (DE= 1.3) y un 6% de los encuestados son clasificados como dependientes funcionales.

**Tabla 1.** Estadísticos Descriptivos Univariados y Bivariados

		Percepción de Salud			N° Enfermedades Crónicas (1.69)		
		% o media (DE)	Mala/ Regular (53.6%)	Buena/ Muy buena(46.4%)	p-value	p-value	
ORA (Asistencia Servicio Religioso)	No frecuente	66.4%	54.5%	45.5%	0.441	1.68	0.260
	Frecuent	33.6%	52.7%	47.3%			
NORA (Pray)	Infrequent	50.0%	51.6%	48.4%	0.051	1.61	0.002
	Frequent	50.0%	55.9%	44.1%			
IR (1-5)		3.94 (1.01)	3.99	3.89	0.020	0.049	0.032
Escala MOS-SS (2-24)		21.65 (4.22)	21.31	22.06	0.000	-0.060	0.006
Escala Apgar	Disfunción Leve o Grave	21.3%	66.5%	33.5%	0.000	1.94	0.000
	Buen funcionamiento familiar	78.7%	49.9%	50.1%			
Nivel Educativo	Educación Básica o menos	49.1%	64.1%	35.9%	0.000	1.95	0.000
	Educación Media	32.1%	49.5%	50.5%			
	Educación Superior	18.8%	33.0%	67.0%			
Género	Hombre	33.4%	47.0%	53.0%	0.000	1.40	0.000
	Mujer	66.6%	56.9%	43.1%			
Edad (60-97)		72.35 (8.17)	72.97	71.64	0.000	.128	0.000
Vive con una pareja	No	52.2%	53.9%	46.1%	0.839	1.72	0.418
	Si	47.8%	53.4%	46.6%			

**Nota:** La asociación entre variables nominales se calculó mediante chi-cuadrado; la asociación entre variable nominal y escalar se calculó con la prueba t para muestras independientes; la asociación entre variables ordinales o escalares se calculó mediante la correlación de R-Pearson.

**Tabla 2.** Estadísticos Descriptivos Univariados y Bivariados

		Percepción de salud en comparación con otras personas de la misma edad				Dependencia funcional			
		Peor (13.0%)		Igual (37.4%)		Mejor (49.6%)	p-value	Independiente (94.1%)	Dependiente (5.9%)
ORA (Asistencia Servicio Religioso)	No frecuente	14.5%	38.0%	47.5%	0.004	92.6%	7.4%	0.000	
	Frecuente	10.0%	36.0%	54.0%		97.0%	3.0%		
NORA (Rezo)	No frecuente	13.1%	40.5%	46.4%	0.004	95.4%	4.6%	0.028	
	Frecuente	12.5%	33.8%	53.7%		93.1%	6.9%		
IR (1-5)		3.81	3.96	3.96	0.013	3.94	4.03	0.317	
Escala MOS-SS (2-24)		21.34	22.11	22.11	0.000	21.66	21.59	0.863	
Escala Apgar	Disfunción Leve o Grave	19.7%	41.0%	39.3%	0.000	92.7%	7.3%	0.106	
	Buen funcionamiento familiar	11.3%	36.3%	52.4%	94.7%	5.3%			
Nivel Educativo	Educación Básica o menos	17.8%	38.3%	43.9%	0.000	91.0%	9.0%	0.000	
	Educación Media	10.5%	36.4%	53.1%	96.9%	3.1%			
	Educación Superior	5.1%	36.6%	58.3%	97.7%	2.3%			
Género	Hombre	10.3%	38.5%	51.2%	0.037	95.4%	4.6%	0.101	
	Mujer	14.4%	36.8%	48.8%	93.6%	6.4%			
Edad (60-97)		72.12	72.44	72.44	0.546	72.03	77.42	0.000	
Vive con una pareja	No	14.4%	36.6%	49.01%	0.158	92.2%	7.8%	0.000	
	Si	11.5%	38.2%	50.3%	96.4%	3.6%			

**Nota:** La asociación entre variables nominales se calculó mediante chi-cuadrado; la asociación entre variable nominal y escalar se calculó con la prueba t para muestras independientes; la asociación entre variables ordinales o escalares se calculó mediante la correlación de R-Pearson

**Tabla 3.** Modelos de Regresión

	Regresión logística Percepción de salud (mala/regular vs buena/muy buena)			Regresión lineal Enfermedades crónicas			Regresión logística Dependencia funcional (independiente vs dependiente)		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	B(Exp)	B(Exp)	B(Exp)	B	B	B	B(Exp)	B(Exp)	B(Exp)
ORA	1.116 (0.1102)			0.007 (0.0593)			0.376 (0.0941)		
NORA		0.893 (0.0854)			0.080 (0.0573)			1.418+ (0.2909)	
IR			0.938 (0.0452)			0.008 (0.0290)			1.055
Escala MOS-SS	1.022+ (0.0131)	1.024+ (0.0133)	1.031* (0.0138)	-0.008 (0.0076)	-0.008 (0.0076)	-0.008 (0.0078)	1.101 (0.0270)	1.018 (0.0276)	1.018 (0.0277)
Escala Apgar	1.733** (0.2301)	1.750** (0.2357)	1.741** (0.2375)	-0.235** (0.0789)	-0.230** (0.0799)	-0.220** (0.0806)	0.850 (0.2150)	0.827 (0.2145)	0.847 (0.2204)
Educación Media	1.747** (0.1838)	1.755** (0.1868)	1.734** (0.1855)	-0.330** (0.0641)	-0.311** (0.0648)	-0.336** (0.0650)	0.393** (0.1010)	0.373** (0.0980)	0.377** (0.0989)
Educación Superior	3.369** (0.4382)	3.251** (0.4291)	3.167** (0.4205)	-0.546** (0.0765)	-0.515** (0.0775)	-0.541** (0.0783)	0.324** (0.1176)	0.307** (0.1172)	0.340** (0.1235)
Mujer	0.707** (0.0709)	0.700** (0.0714)	0.703** (0.0721)	0.400** (0.0605)	0.402** (0.0615)	0.399** (0.0618)	1.294 (0.2914)	1.059 (0.2437)	1.070 (0.2438)
Edad	0.994 (0.0058)	0.992 (0.0509)	0.994 (0.0509)	0.012** (0.0035)	0.012** (0.0035)	0.011** (0.0035)	1.067** (0.0128)	1.062** (0.0131)	1.062* (0.01309)
Vive con una pareja	0.953 (0.0510)	0.945 (0.0509)	0.963 (0.0517)	0.005 (0.0324)	0.009 (0.0324)	-0.009 (0.0325)	0.735 (0.1467)	0.771 (0.0131)	0.727 (0.1452)
Constante	0.539	0.718	0.674	0.730	0.635	0.738	0.0004	0.0006	0.0006
R2/ Seudo R2	0.055	0.059	0.060	0.078	0.079	0.079	0.103	0.084	0.079

 \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$ ; +  $p < 0.10$ 

En cuanto a las variables de religiosidad, se aprecia que casi un tercio de los mayores señala asistir de manera frecuente a servicios religiosos, mientras que la mitad señala rezar frecuentemente. En un rango de 1 a 5, la media de la religiosidad intrínseca es de 3.94 (DE= 1.01).

La escala de MOS-SS tiene una media de 21.65 (DE= 4.22), lo cual implica que los encuestados perciben altos niveles de apoyo social, a la vez que cuatro de cada cinco señalan tener un buen funcionamiento familiar.

En cuanto a las relaciones bivariadas (Tabla 1 y 2), se aprecia que la asistencia frecuente a servicios religiosos se asocia positivamente con una mejor percepción de salud en comparación con personas de la misma edad y con menores niveles de dependencia funcional. Por su parte, rezar de modo frecuente se asocia con mayor número de enfermedades y con mayor dependencia, pero a su vez con una mejor percepción de salud en comparación con pares. La dimensión intrínseca se relaciona negativamente con percepción de salud, y positivamente con número de enfermedades, pero a su vez también con una mejor percepción comparativa de salud.

Nota: La asociación entre variables nominales se calculó mediante chi-cuadrado; la asociación entre variable nominal y escalar se calculó con la prueba t para muestras independientes; la asociación entre variables ordinales o escalares se calculó mediante la correlación de R-Pearson.

Nota: La asociación entre variables nominales se calculó mediante chi-cuadrado; la asociación entre variable nominal y escalar se calculó con la prueba t para muestras independientes; la asociación entre variables ordinales o escalares se calculó mediante la correlación de R-Pearson.

A mayor apoyo social y un buen funcionamiento familiar, mejor percepción de salud general y comparada con personas de la misma edad, así como menor número de enfermedades. Las personas con mayor nivel educativo muestran mejores condiciones de salud de todas las variables incluidas, mientras que, por el contrario, ser mujer se asocia con peores condiciones de salud, con excepción de la variable de dependencia que no resulta ser significativa. A su vez, a más edad peor autopercepción de salud, mayor número de enfermedades y más dependencia. En cuanto a vivir en pareja, se asocia a menores niveles de dependencia únicamente a nivel bivariado.



**Tabla 4.** Modelos de Regresión

	Regresión logística multinomial					
	Percepción de salud en comparación con otras personas de la misma edad (base: peor)					
	Modelo 1a (peor vs igual)	Modelo 1b (peor vs mejor)	Modelo 2a (peor vs igual)	Modelo 2b (peor vs mejor)	Modelo 3a (peor vs igual)	Modelo 3b (peor vs mejor)
B (Exp)	B (Exp)	B (Exp)	B (Exp)	B (Exp)	B (Exp)	
ORA	1.435* (0.2356)	1.712** (0.2746)				
NORA			0.924 (0.1397)	1.265 (0.1872)		
IR					1.041 (0.0785)	1.191* (0.0894)
Escala MOS-SS	1.101 (0.0180)	1.046* (0.0189)	1.021 (0.0184)	1.052** (0.0191)	1.006 (0.0185)	1.045* (0.0195)
Escala Apgar	1.467 (0.2729)*	1.850** (0.3425)	1.348 (0.2576)	1.677** (0.3178)	1.479* (0.2829)	1.720** (0.3260)
Educación Media	1.621** (0.2758)	2.057** (0.3420)	1.641** (.2858)	2.110** (0.3579)	1.659** (0.2847)	2.062** (0.3457)
Educación Superior	3.389** (0.9030)	4.741** (1.241)	3.216** (0.8612)	4.462** (1.172)	3.545** (0.9697)	4.919** (1.322)
Mujer	0.702* (0.1157)	0.679* (0.1099)	0.754+ (0.1269)	0.708* (0.1170)	0.705* (0.1192)	0.671** (0.1114)
Edad	1.006 (0.0093)	1.016+ (0.0092)	1.005 (0.0094)	1.102 (0.0093)	1.007 (0.0094)	1.017+ (0.0093)
Vive con una pareja	0.961 (0.079)	0.933 (0.0758)	0.959 (0.0789)	0.935 (0.0752)	0.970 (0.0802)	0.941 (0.0767)
Constante	1.376	0.300	1.323	0.373	1.284	0.176
R2/ Seudo R2		0.029		0.027		0.028

 \*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$ ; +  $p < 0.10$ 

Las Tablas 3 y 4 muestran los resultados de los diversos modelos de regresión estimados. Una vez que se controlan todas las variables predictoras en un mismo modelo, varias de las relaciones bivariadas previamente señaladas pierden fuerza.

Más precisamente, en las regresiones logísticas de la variable Percepción de Salud, se observa que ninguno de los indicadores de religiosidad es estadísticamente significativo. En estos tres modelos se encuentra que tener un buen funcionamiento familiar y tener mayor nivel educativo aumenta la probabilidad de percibirse con buena/muy buena salud (Modelo 1:  $OR = 1.733$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.336-2.248) and  $OR_{educ\_superior} = 3.369$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 2.611-4.347); Modelo 2:  $OR = 1.750$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.344-2.279 and  $OR_{educ\_superior} = 3.251$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 2.510-4.211; Modelo 3:  $OR = 1.741$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.332-2.275 and  $OR_{educ\_superior} = 3.167$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 2.441-4.109). Por el contrario, ser mujer, se asocia con menos chances de percibirse con buena salud (Modelo 1:  $OR = 0.707$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.581-0.861; Modelo 2:  $OR = 0.700$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.573-0.855; Modelo 3:  $OR = 0.703$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.575-0.860).

Para los modelos de Enfermedades Crónicas tampoco son significativas las variables de religiosidad. En cuanto a los otros predictores, un buen funcionamiento familiar y mayores niveles educativos reducen el número de enfermedades crónicas que se poseen (Modelo 1:  $B = -0.235$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: -0.390- -0.080 and  $B_{educ\_superior} = -0.546$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: -0.696- -0.396; Modelo 2:  $B = -0.230$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: -0.387- -0.073 and  $B_{educ\_superior} = -0.515$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: -0.667- -0.363; Modelo 3:  $B = -0.220$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: -0.378- -0.062 and  $B_{educ\_superior} = -0.541$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: -0.695- -0.387), mientras que por el contrario ser mujer y tener más edad aumentan el número (Modelo 1:  $B = 0.400$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.281-0.519 and  $B = 0.012$ ;  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.005-0.019; Modelo 2:  $B = 0.402$ ,  $p < 0.001$ , IC 95%: 0.282-0.523 and  $B = 0.012$ ;  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.005-0.019; Modelo 3:  $B = 0.399$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.272-0.521 and  $B = 0.011$ ;  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.004-0.018).

Para la variable de Dependencia Funcional, se tiene que el indicador ORA disminuye las chances de presentar dependencia, mientras que NORA la aumenta aún menor nivel de significancia estadística (Modelo 1:  $OR = 0.376$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.230-0.614 and Modelo 2:

OR= 1.418,  $p < 0.10$ , IC 95%: 0.948-2.120). También se observa que a mayor nivel educación, menor probabilidad de presentar dependencia (Modelo 1:  $OR_{educ\_superior} = 0.324$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.159-0.660; Modelo 2:  $OR_{educ\_superior} = 0.307$ ,  $p < 0.01$ , CI 95%: 0.145-0.649; Modelo 3:  $OR_{educ\_superior} = 0.340$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.167-0.693), mientras que a mayor edad, mayor probabilidad (Modelo 1: OR= 1.067,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.042-1.093; Modelo 2: OR= 1.062,  $p < 0.01$ , CI 95%: 1.037-1.088; Modelo 3: OR= 1.062,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.037-1.088).

Por último, en relación de modelo de Percepción de Salud en Comparación con otras personas de la misma edad, se tiene que ORA aumenta las chances de percibirse igual o con mejor salud (Modelo 1a: OR= 1.435,  $p < 0.05$ , IC 95%: 1.040-1.979 and Modelo 1b: OR= 1.712,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.250-2.344), mientras que IR aumenta la probabilidad de percibirse con mejor salud (Modelo 3b: OR= 1.191,  $p < 0.05$ , IC 95%: 1.028-1.379). En los modelos de peor vs. mejor salud comparativa, cuanto mayor es el apoyo social, mejor el funcionamiento familiar y mayor es la educación, mayor es la probabilidad de percibirse a con mejor salud que los pares (Modelo 1b: OR= 1.046,  $p < 0.05$ , IC 95%: 1.009-1.084; OR= 1.850,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.287-2.660;  $OR_{educ\_superior} = 4.741$ ,  $p < 0.05$ , IC 95%: 2.384-7.920; Modelo 2b: OR= 1.052,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.016-1.091; OR= 1.677,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.156-2.431;  $OR_{educ\_superior} = 4.462$ ,  $p < 0.05$ , IC 95%: 2.667-7.467; Modelo 3b: OR= 1.045,  $p < 0.05$ , IC 95%: 1.008-1.084; OR= 1.720,  $p < 0.01$ , IC 95%: 1.186-2.494;  $OR_{educ\_superior} = 4.919$ ,  $p < 0.01$ , IC 95%: 2.904-8.332), mientras que ser mujer se asocia con una menor probabilidad de percibirse con salud que los pares (Modelo 1b: OR= 0.679,  $p < 0.05$ , IC 95%: 0.494-0.932; Modelo 2b: OR= 0.708,  $p < 0.05$ , IC 95%: 0.512-0.979; Modelo 3b: OR= 0.671,  $p < 0.01$ , IC 95%: 0.484-0.929).

## Discusión

Tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud, los aspectos psicosociales de la salud y calidad de vida son un elemento relevante para la evaluación y promoción de la misma. En este contexto, la religiosidad aparece como un recurso que afectaría positivamente tanto la salud física y mental de la población mayor, promoviendo con ello un envejecimiento exitoso<sup>14</sup>.

Es así como este estudio buscó establecer la asociación entre religiosidad -entendido como un concepto multidimensional- y diversos indicadores de salud física y funcional en personas mayores chilenas. La evidencia encontrada sugiere que la relación entre religiosidad y salud en la población mayor varía efectivamente según la dimensión de religiosidad que se esté considerando, pero también varía según el indicador de salud usado, sugiriendo que la relación entre estas variables es más bien compleja. Con ello, los hallazgos de este estudio no permiten apoyar la hipótesis de que las personas mayores que son más religiosas tanto en la dimensión organizacional, no organizacional e intrínseca, tienen mejores indicadores de salud física y funcional. Los resultados más bien muestran que esta relación es significativa solo para algunas dimensiones de religiosidad incluidas, y para algunos de los indicadores de salud medidos.

De manera más precisa, se encontró una relación significativa entre ORA y una menor probabilidad de presentar dependencia funcional, mientras que por el contrario NORA aumenta dichas probabilidades, lo que es consistente con otros estudios<sup>13,16,25,26</sup>. El efecto protector de la asistencia religiosa se explica por su vinculación con mejores prácticas de salud, mayor número contactos sociales y niveles de actividad física<sup>27,28</sup>. Este apoyo social y compromiso físico se asocian finalmente con una desaceleración tanto de aparición como del agravamiento de la discapacidad<sup>29</sup>.

En el caso de NORA, la asociación con el indicador de dependencia puede ser explicado posiblemente por el efecto de endogeneidad entre ambas variables. Particularmente, a medida que el funcionamiento físico empeora, la oración se transforma en un recurso de afrontamiento y de búsqueda consuelo<sup>26</sup>. Con ello, las personas con mayores limitaciones funcionales pueden tener más probabilidades de realizar actividades religiosas privadas



como una forma de hacer frente a sus condiciones de discapacidad<sup>30</sup>. De manera inversa, al deterioro de la salud y el aumento de la dependencia funcional provocarían una caída de la asistencia a servicios religiosos<sup>3,25,31,32</sup>. Futuros estudios podrán ayudar a dilucidar la direccionalidad de estas relaciones.

Junto con lo anterior, también en este estudio se encontró una relación entre ORA y una mejor percepción de salud en comparación con otras personas de la misma edad. Ello podría estar explicado porque la participación religiosa brinda a las personas mayores oportunidades regulares para ver a sus amigos y demostrarles a los demás que se encuentran bien físicamente<sup>28</sup>. Asimismo, una mayor asistencia se relaciona positivamente con un mayor optimismo, gratitud y mejor autoconcepto de sí mismo<sup>33</sup>, lo que implicaría una mejor percepción comparativa de la propia salud. Siguiendo esta idea, cabe señalar que se encontró también una relación positiva entre IR y una mejor percepción de la salud en comparación con los pares. La religiosidad intrínseca implica la integración sincera e intencional de la religión en la propia vida<sup>24</sup>, actuando como una fuerza organizadora y motivadora, lo que a su vez permitiría una orientación de vida más optimista<sup>34</sup>. Las personas con mayores niveles de espiritualidad suelen encontrar mayor sentido y propósito de existencia<sup>35</sup>, lo que podría mejorar la autopercepción de las propias condiciones de vida, incluida la salud.

Por último, cabe destacar que en este estudio se confirma también que contar con ciertos recursos sociales y personales -en términos de disponibilidad de apoyo, buena calidad de relaciones familiares, mayores niveles educativos- predicen una mejor salud física y funcional de las personas mayor. De igual forma, ser mujer y tener más edad se asocia con peores condiciones de salud en la vejez, lo que es consistente con la literatura previa<sup>36,37</sup>.

## Conclusión

La religiosidad organizacional es un recurso psicosocial que se asocia positivamente con el proceso de envejecimiento exitoso.

De lo descrito, se desprende la importancia de promover distintas acciones en pro de facilitar la participación religiosa de las personas mayores, considerando por supuesto la heterogeneidad de este grupo, en la medida que ésta - al igual que otros tipos de participación social-, es un recurso psicosocial que se asocia positivamente con el proceso del envejecimiento exitoso.

## Referencias

1. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2018. Available from: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44369/S1800629\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44369/S1800629_es.pdf)
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2019. Available from: <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>
3. Zimmer Z, Jagger C, Chiu C, Ofstedal M, Rojo F, Saito, Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM Popul Health*. 2016;2: 373-381. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100441
4. Koenig H. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5): 283-291. doi:10.1177/070674370905400502
5. Futterman A, Koenig H. Measuring religiosity in later life: What can gerontology learn from the sociology and psychology of religion?. Conference on Methodological Approaches of the study of religion, aging, and health. Bethesda, Maryland. NIA and Fetzer Institute; 1995.

6. Koenig H. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexuality Reproduc Menopause*. 2004;2(2):76-82. doi:10.1016/j.sram.2004.04.004.
7. Li S, Stampfer M, Williams D, VanderWeele T. Association of religious service attendance with mortality among women. *JAMA Intern Med*. 2016;176(6):777-785. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1615
8. Cohen A, Koenig H. Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*. 2003;28(3): 215-241. doi:10.1007/s12126-002-1005-1
9. Hill T, Burdette A, Ellison C, Musick M. Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Prev Med*. 2006;42: 309-312. Doi:10.1016/j.yjmed.2005.12.005
10. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom*. 2009;78(2):81-90. doi:10.1159/000190791
11. McCullough M, Hoyt W, Larson D, Koenig H, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol*. 2000;19(3):211-22. doi:10.1037/0278-6133.19.3.211
12. Reyes-Ortiz C, Payan C, Altamar G, Gómez F, Koenig H. Religiosity and self-rated health among older adults in Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 2019;50(2):67-76. doi:10.25100/cm.v50i2.4012
13. Amorim D, da Silveira C, Alves V, Faeiro V, Coelho K. Association between religiosity and functional capacity in older adults: a systematic review. *Rev Bras. Geriatr Gerontol*. 2017;20(5):722-730. doi:10.1590/1981-22562017020.170088
14. Ahrenfeld L, Möller S, Hvidt N, Lindahl-Jacobsen R. Religiousness and lifestyle among Europeans in SHARE. *Public Health*. 2018;165:74-81. doi:10.1016/j.puhe.2018.09.009
15. Deaton A. Aging, religion, and health. Working Paper 15271. National Bureau of Economic Research. 2016. doi:10.3386/w15271
16. Idler E, Kasl S. Religion among disabled and nondisabled persons: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997;52(6): S294-S305. doi:10.1093/geronb/52B.6.S294
17. Svensson N, Hvidt N, Nissen S, Storsveen M, Hvidt A, Sondergaard J, Thilising T. Religiosity and health-related risk behaviours in a secular culture-is there a correlation? *J Relig Health*. 2020;59: 2381-2396. doi:10.1007/s10943-019-00919-2
18. Fernández MB, Valenzuela E. Religiosity and subjective wellbeing of the elderly in Chile: A mediation analysis. *J Religion Spirituality Aging*. 2020; 34(1): 17-38. doi:10.1080/15528030.2020.1839624
19. Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963; 21(185): 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
20. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-186. doi: 10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179
21. Koenig H, Parkerson G, Meador K. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. 1997;154(6): 885-886. doi:10.1176/ajp.154.6.885b
22. Moser A, Stuck AE, Silliman RA, Ganz PA, Clough-Gorr KM. The eight-item modified Medical Outcomes Study Social Support Survey: psychometric evaluation showed excellent performance. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(10):1107-16. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.04.00

23. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978; 6(6): 1231-9.
24. Koenig H, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions.* 2010;1: 78-85. doi: 10.3390/rel1010078
25. Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of religion and health.* 2nd ed: Oxford University Press; 2012.
26. Haley K, Koenig H, Bruchett B. Relationship between private religious activity and physical functioning in older adults. *J Religion Health.* 2001;40: 305-312. doi:10.1023/A:1012561909054
27. Hybels C, Blazer D, George L, Koenig H. The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. *Gerontologist.* 2012;52(5):676-85. doi: 10.1093/geront/gnr156
28. Park N, Klemmack D, Roff L, Parker M, Koenig H, Sawyer P, Allman R. Religiousness and longitudinal trajectories in elders' functional status. *Res Aging.* 2008;30(3):279-298. doi: 10.1177/0164027507313001
29. Koenig H. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J.* 2004;97(12):1194-200. doi: 10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE
30. Zimmer Z, Chiu C, Saito Y, Jagger C, Ofstedal M, Lin Y. Religiosity dimensions and disability-free life expectancy in Taiwan. *J Aging Health.* 2020;32(7-8):627-641. Doi:10.1177/0898264319843445
31. Wang K, Kercher K, Huang JY, Kosloski K. Aging and religious participation in late life. *J Relig Health.* 2014;53(5):1514-28. doi: 10.1007/s10943-013-9741-y.
32. Valenzuela E. Importancia de la religión en el envejecimiento. En Larraín F, Marín PP, Valenzuela, . *Cómo vivir bien 100 años.* Santiago: Ediciones UC; 2016. p. 315-327.
33. Sowa A, Golinowska S, Deeg D, Principi A, Casanova G, Schulmann K, Ilinca S, Rodrigues R, Moreira A, Gelenkamp H. Predictors of religious participation of older Europeans in good and poor health. *Eur J Ageing.* 2016;13(2):145-157. doi: 10.1007/s10433-016-0367-2
34. Hornby-Turner Y, Peel N, Hubbard R. Health assets in older age: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e013226. doi:10.1136/bmjopen-2016-013226
35. Susanti I, Latuperissa G, Souliissa F, Fauziah A, Sukartini T, Indarwati R, Aris A. The factors associated with successful aging in elderly: a systematic review. *Journal Ners,* 2020: 230-237. doi: 10.20473/jn.v15i2.19019
36. Hornby-Turner Y, Peel N, Hubbard R. Health assets in older age: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7:e013226. doi:10.1136/bmjopen-2016-013226
37. Susanti I, Latuperissa G, Souliissa F, Fauziah A, Sukartini T, Indarwati R, Aris A. The Factors Associated with Successful Aging in Elderly: A Systematic Review. *Journal Ners,* 2020: 230-237. doi:http://dx.doi.org/10.20473/jn.v15i2.19019