

Papel de la religión católica en la calidad de vida de adultos mayores. Estudio poblacional

Autor. Daniel Serrani. Médico psiquiatra (UNR) y Geriatra (PUCA)

Afiliación: Facultad de Psicología (UNR).

Domicilio: Zeballos 1625 (S2000QBE) Rosario, Santa Fe.

Teléfono: 341-4215215.

Dirección electrónica: danielserrani@argentina.com

Comunicación: La persona humana: genealogía, biología, biografía. Aporte histórico a temas de actualidad: Adultos Mayores

Resumen

Introducción: A medida que aumenta la expectativa de vida, uno de los retos de la salud pública lo representa la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

Objetivo: analizar la calidad de vida de los mayores a través de distintos indicadores sociodemográficos y económicos incluyendo la religión.

Método: estudio transversal en dos etapas, con 250 participantes mayores de 60 años. Se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) usando el cuestionario SF-36.

Resultados: los menores puntajes se encontraron en las medidas de vitalidad, salud general y salud física, incluyendo rol físico, funcionamiento social y resaltaron las limitaciones debidas a los factores emocionales y físicos. La CVRS fue peor entre las mujeres, los de mayor edad, los de menores ingresos económicos y menor nivel educativo, así como entre los practicantes de otras religiones aparte de la fe católica. Las mayores diferencias en los puntajes del SF-36 entre las diferentes categorías se encontraron en la capacidad funcional y factores físicos.

Conclusiones: Los resultados sugieren que los programas de salud pública destinadas a los adultos mayores deberían tomar en cuenta la composición multidimensional de la salud y el papel que juega en ella las inequidades sociales, incluyendo el rol de la religión católica. De esta manera las intervenciones podrían encarar los elementos de la CVRS, así como las características de los segmentos más vulnerables de los adultos mayores.

Palabras clave: adultos mayores, calidad de vida relacionada con la salud, religión católica

Abstract

Introduction: As life expectancy continues to rise, one of the greatest challenges of public health is to improve the quality of life for elders.

Objectives: analyze the quality of life of the elderly across different demographic and socioeconomic factors.

Methods: cross-sectional study carried out in two stages, involving 250 individuals aged 60 years or more. Health related quality of life (HRQOL) was assessed using the SF-36 questionnaire.

Results: Lowest scores were found among measures for vitality, general and physical health including physical role, social functioning and were highlighted limitations due to physical and emotional factors. HRQOL was worst between women, those with more advanced age, with lower incomes and educational level, together with those practicing other religions apart from catholic faith. Main differences in SF-36 scores between different categories were found in functional capacity and physical factors.

Conclusions: results suggest that healthcare programs for the elderly should take into account the multi-dimensionality of health and social inequalities so that interventions can target the most affected elements of HRQOL as well as the most vulnerable subgroups of the population.

Key words: Aged; health related quality of life, catholic religion

Introducción

A medida que avanza los años de vida de la población se incrementan las enfermedades crónicas. Sin embargo los adultos mayores pueden tener una buena calidad de vida y seguir desempeñando las actividades de la vida diaria, sus vidas sociales y sus finanzas. Por lo tanto es de gran interés para la salud pública no solo aumentar el número de años sino también la calidad de vida saludable los mayores. El concepto de calidad de vida incluye satisfacción y bienestar, con elementos tanto subjetivos como objetivos y tiene características multidimensionales. La calidad de vida puede ser analizada como un constructo general, o bien restringirla a la salud (CVRS). El primero es un término general que incluye la sensación de bienestar y felicidad a pesar de las enfermedades y las

disfunciones. En tanto que la CVRS toma en cuenta los aspectos físicos, mentales y sociales más relacionados con los síntomas, discapacidades y limitaciones causadas por las enfermedades. Los instrumentos para medir la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud ofrecen datos importantes para la población y son predictores significativos de mortalidad, especialmente en los adultos mayores. En una revisión reciente (Moreno et al, 2014) se detectó un gran riesgo en individuos que evaluaron su estado de salud como malo o regular comparado con aquellos una percepción más favorable de la misma. En nuestro país se han realizado encuestas de alcance nacional sobre este tema (INDEC, 2014). Sin embargo los estudios de alcance más limitado también pueden ser importantes para la formulación de políticas públicas cuando investigan aspectos más subjetivos o individuales de los participantes, como son las creencias religiosas, que en ocasiones están ausentes de los estudios epidemiológicos. Entre los instrumentos estandarizados uno de los más empleados es el cuestionario de salud SF-36 (Alonso et al, 1995) derivado del cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) publicado en inglés en 1990. Este instrumento contiene 36 ítems combinados en 8 escalas, que se agrupan en dos componentes: físico y mental. Ha sido validado en varios idiomas y se aplica en más de 40 países. Permite medir varias dimensiones de salud y puede evaluar el impacto de la enfermedad así como los beneficios del tratamiento. También es buen predictor de mortalidad (Tsai et al, 2007). Algunos dominios como la vitalidad, salud general y mental o el funcionamiento social están muy relacionados con los aspectos demográficos y socioeconómicos de la población investigada. Ello justifica que los diferentes segmentos sociales, con sus particularidades, deban ser considerados por separado al momento de encarar la planificación en salud pública, de modo tal de mejorar la equidad (Alazraqui et al, 2009). En estudios anteriores realizados en un país vecino (Lima et al, 2009) se ha encontrado una relación estrecha entre los indicadores socioeconómicos y la calidad de vida de los adultos mayores en una población urbana, aunque dichos resultados no se pueden transpolar directamente a nuestra población dadas las diferencias culturales existentes con el país vecino. Tomando en cuenta las anteriores consideraciones, el presente trabajo se planteó realizar una evaluación de la influencia de algunos factores sociodemográficos, incluyendo el **religioso**, sobre el perfil de salud y calidad de vida en una población de adultos mayores argentinos.

Métodos

Estudio de base poblacional, transversal y correlacional, desarrollado con datos de una encuesta realizada a agrupaciones muestrales estratificadas por género y edad. En una primera etapa se seleccionaron 200 viviendas de manera aleatoria a partir de los datos censales obtenidos de las cédulas de una obra social, distribuidas en 4 zonas de Rosario (Centro, Sur, Oeste y Norte). En la segunda se analizaron las viviendas seleccionadas según la presencia de personas mayores de 60 años de ambos géneros. El total de censados se calculó de modo de asegurar un porcentaje de error de 5%, un nivel de confianza de 95%, una distribución de respuestas de 50% sobre un tamaño poblacional de 8000 afiliados, lo cual arrojó un valor de 240. Considerando una tasa de atrición de 20%, se seleccionaron 300 participantes mayores de 60 años. Se obtuvieron datos censales completos de 250 participantes. Los datos fueron obtenidos mediante un equipo de encuestadores entrenado para entrevistar a los participantes de acuerdo con un cuestionario previamente elaborado y codificado. Las preguntas se organizaron en 3 bloques temáticos: calidad de vida relacionada con la salud (cuestionario SF-36), datos sociodemográficos y datos socioeconómicos. Las variables dependientes fueron la religión profesada (Católica, Evangélica, otras o sin religión) y los puntajes de las escalas de SF-36: funcionamiento físico, limitaciones debidas a problemas físicos de salud (referidos como rol físico), dolor corporal, salud general (salud percibida), vitalidad, funcionamiento social, limitaciones del rol debidas a problemas de salud emocional (referidas como rol emocional) y salud mental. Cada ítem fue puntuado según una metodología ya descripta (López et al, 2003). Los puntajes totales de cada uno de los 8 dominios se convirtieron a una escala que iba desde 0 a 100 con los mayores puntajes representando mejor salud. Las variables independientes del estudio fueron las características sociodemográficas: género; edad (60 a 69, 70 a 79 y 80 o más años); estado civil (soltero/viudo versus casado); ingreso per cápita (menos del salario mínimo vital y móvil; de 1 a 4 veces el salario; y más de 4 veces el salario); y la escolaridad (0 a 3; 4 a 8; y 9 o más años de estudio).

Se realizaron las estimaciones de media, error estándar, e intervalos de confianza para cada una de las escalas del SF-36. Las diferencias de medias según las variables sociodemográficas y socioeconómicas se analizaron mediante regresión lineal simple. Se emplearon modelos de regresión múltiple para controlar los efectos de género, edad ingreso

mensual y escolaridad. El análisis de datos se realizó teniendo en cuenta el diseño muestral y los pesos y correlaciones intracluster. Los análisis se llevaron a cabo con el programa SPSS versión 15.0. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética local. Todos los participantes encuestados firmaron un consentimiento informado que aseguraba la confidencialidad de los datos.

Resultados

Se encuestaron un total de 300 participantes: 100 hombres y 200 mujeres, con una edad media de 71.3 años. Los datos completos se redujeron a 250 participantes. La mayoría de los entrevistados pertenecían al grupo de 60 a 69 años (56%), estaban casados (72%), eran católicos (48%) y referían tener un ingreso mensual menor a 4 veces el salario mínimo vital y móvil (76%) en tanto que el 68% tenían menos de 9 años de escolaridad (Tabla 1). Los puntajes de calidad de vida fueron menores en las siguientes dimensiones: vitalidad (65.1) y salud general (70.5). Los mayores puntajes se obtuvieron en las siguientes escalas: rol emocional (84.5), funcionamiento social (83.6), salud mental (86.7) y rol físico (80.3) (Tabla 2). Las mujeres obtuvieron menores puntajes comparadas con los hombres en todos los dominios excepto para funcionamiento social y rol físico (Tabla 3). La mayor diferencia entre géneros se encontró en funcionamiento físico, con una diferencia de XX puntos entre las medias.

Tabla 1

VARIABLE	N (%) (IC 95%)
Género (total)	250
Masculino	70 (28%) (24.3-31.4)
Femenino	180 (72%) (70.3-71.3)
Edad (años)	
60-69	140 (56%) (54.3-57.9)
70-79	90 (36%) (34.1-37.3)
80 y mas	20 (8%) (7.1-8.9)
Escolaridad (años)	
0-3	60 (24%) (23.4-25.7)
4-8	170 (68%) (67.0-69.3)
9 o mas	20 (8%) (7.2-8.4)
Ingreso mensual	
< 1	20 (8%) (7.2-8.6)
1-4	190 (76%) (74.5-77.3)
> 4	40 (16%) (14.9-17.3)
Religión	
Católico	120 (48%) (46.2-49.2)
Evangélico	90 (36%) (34.4-37.2)
Otros /sin religión	40 (16%) (14.5-16.3)
Situación conyugal	
Con esposa/o	180 (72%) (71.2-73.2)

Sin esposa/o

70 (28%) (26.4-29.2)

Tabla 2. Medias del SF-36

Escalas	Medias	IC 95%	Error Estándar
Funcionamiento físico	70.1	65.3-71.8	1.31
Rol físico	80.3	78.8-85.6	1.74
Dolor corporal	72.4	70.5-73.5	1.08
Salud general	70.5	67.3-72.6	.93
Vitalidad	65.1	61.4-66.9	1.34
Rol emocional	84.5	82.1-87.2	1.21
Funcionamiento social	83.6	81.1-86.5	1.16
Salud mental	86.7	62.5-70.1	0.92

Tabla 3 Diferencias entre medias de SF-36 según género, estado civil e ingreso económico.

Escalas	Genero		Diferencia medias*	p*
	Hombre	mujer		
Funcionamiento físico	75.3 (72.2-79.3)	65.3 (61.3-68.7)	-7.3	0.003
Rol físico	81.3 (79.4-85.1)	74.2 (71.2-81.2)	-1.3	0.005
Dolor corporal	73.9 (71.6-79.3)	72.2 (65.1-73.1)	-5.2	0.001
Salud general	71.3 (68.9-73.9)	64.2 (61.5-69.4)	-3.9	0.001
Vitalidad	63.2 (61.6-69.2)	60.2 (57.9-64.2)	-7.9	0.000
Rol emocional	89.3 (85.1-91.4)	82.0 (78.6-84.1)	-7.3	0.000
Funcionamiento social	82.1 (80.7-89.2)	81.5 (79.2-85.7)	-2.5	0.007
Salud mental	72.1 (70.2-76.2)	65.5 (62.5-68.2)	-5.1	0.000
Escalas	Estado civil		Diferencia medias*	p*
	Casada/o	Viuda/o soltera/o		
Funcionamiento físico	73.6 (71.4-77.8)	65.1 (62.4-70.2)	-7.1	0.000
Rol físico	81.8 (77.6-84.2)	76.6 (72.5-80.2)	-1.3	0.374
Dolor corporal	74.7 (71.6-77.4)	72.7 (70.0-75.2)	-2.1	0.036
Salud general	70.1 (67.3-70.3)	68.2 (64.6-70.4)	-0.7	0.072
Vitalidad	63.1 (61.3-68.2)	61.8 (59.1-64.2)	-1.9	0.051
Rol emocional	84.2 (81.0-87.4)	82.5 (78.7-84.2)	-3.7	0.326
Funcionamiento social	85.3 (82.1-87.2)	82.5 (78.1-85.1)	-2.8	0.031
Salud mental	71.5 (66.5-74.2)	64.2 (62.7-69.5)	-2.3	0.511
Escalas	Ingreso económico		Diferencia medias*	p*
	≤ sueldo básico	≥ sueldo básico		
Funcionamiento físico	72.3 (71.4-74.8)	62.1 (60.4-65.2)	-6.5	0.011
Rol físico	78.8 (74.6-80.2)	76.6 (72.5-81.2)	-7.3	0.002
Dolor corporal	71.7 (67.6-73.4)	71.7 (69.0-78.2)	-5.1	0.016
Salud general	70.1 (64.3-77.3)	67.2 (58.6-70.4)	-1.6	0.002
Vitalidad	66.1 (62.3-69.2)	61.2 (58.1-64.2)	-1.5	0.034
Rol emocional	82.2 (80.0-84.4)	81.2 (79.7-84.2)	-3.9	0.596
Funcionamiento social	83.3 (81.1-86.2)	80.5 (77.1-83.1)	-9.5	0.001
Salud mental	70.5 (68.5-73.2)	66.2 (63.7-70.5)	-3.3	0.281

* Diferencias ajustadas por género, edad, ingreso per cápita y escolaridad empleando modelo de regresión lineal múltiple.

Tabla 3 Diferencias entre medias de SF-36 según género, estado civil e ingreso económico.

Escalas	Grupos de edad			Diferencia medias*	P*
	60-69	70-79	80 y más		
Funcionamiento físico	74.3 (71.2-76.3)	66.3 (62.3-67.7)	62.2 (59.6-69.2)	-7.3	0.000
Rol físico	80.3 (78.4-85.1)	65.2 (62.5-68.4)	61.2 (58.9-64.2)	-6.5	0.000

Dolor corporal	72.2 (71.2-81.2)	69.3 (66.9-73.9)	65.7 (61.4-69.2)	-4.2	0.010
Salud general	72.9 (70.6-79.3)	66.5 (63.5-68.2)	61.8 (57.6-64.2)	-2.9	0.009
Vitalidad	71.2 (67.1-73.1)	66.6 (62.4-69.8)	61.6 (57.5-68.2)	-4.9	0.005
Rol emocional	85.3 (80.1-89.4)	72.1 (70.2-76.2)	61.5 (59.2-65.7)	-4.3	0.004
Funcionamiento social	82.6 (78.2-84.8)	74.5 (71.8-77.2)	70.0 (67.3-74.3)	-9.5	0.000
Salud mental	82.1 (80.7-89.2)	72.7 (70.0-75.2)	68.2 (64.6-70.4)	-4.1	0.007
	Religión			Diferencia	p*
	católica	evangelista	Otras	medias*	
Funcionamiento físico	83.1 (81.3-88.2)	61.8 (59.1-64.2)	54.2 (51.0-57.4)	-5.1	0.000
Rol físico	82.5 (80.1-85.1)	75.3 (72.1-77.2)	62.5 (59.7-64.2)	-4.1	0.000
Dolor corporal	84.2 (82.7-89.5)	65.3 (61.3-68.7)	61.5 (56.5-64.2)	-1.9	0.006
Salud general	84.2 (81.5-89.4)	64.2 (61.5-64.4)	60.1 (57.4-67.2)	-2.7	0.002
Vitalidad	81.3 (80.9-83.9)	71.3 (68.3-73.2)	61.8 (57.6-64.2)	-4.7	0.000
Rol emocional	85.5 (82.5-89.2)	65.5 (62.4-68.1)	56.6 (52.5-58.2)	-5.5	0.001
Funcionamiento social	83.6 (81.4-87.8)	73.6 (71.1-77.2)	61.5 (59.2-65.7)	-3.2	0.001
Salud mental	85.5 (82.5-88.2)	65.5 (62.5-68.7)	60.1 (56.3-64.3)	-3.5	0.001
	Años de escolaridad			Diferencia	p*
	0-3 años	4-8	9 o más	medias*	
Funcionamiento físico	51.8 (49.1-60.2)	61.1 (59.1-63.8)	85.4 (83.3-89.2)	-10.0	0.000
Rol físico	55.3 (52.1-57.2)	61.4 (59.1-64.1)	83.3 (80.1-87.1)	-8.3	0.000
Dolor corporal	55.3 (51.3-58.3)	65.3 (58.1-67.7)	86.7 (84.7-89.5)	-10.6	0.000
Salud general	64.2 (61.5-64.4)	65.8 (61.3-68.3)	87.8 (84.5-90.4)	-2.7	0.022
Vitalidad	51.3 (48.3-63.7)	64.9 (61.5-68.5)	83.9 (81.9-88.9)	-4.7	0.012
Rol emocional	55.5 (52.4-62.4)	62.8 (60.3-70.1)	86.4 (83.5-89.2)	-5.5	0.051
Funcionamiento social	53.6 (51.1-57.7)	65.9 (62.4-68.0)	84.7 (82.4-87.8)	-3.2	0.014
Salud mental	55.5 (52.5-58.2)	63.6 (61.1-67.6)	87.2 (85.5-88.2)	-3.5	0.121

* Diferencias ajustadas por género, edad, ingreso per cápita y escolaridad empleando modelo de regresión lineal múltiple.

Considerando los grupos por edad, las medias disminuyen progresivamente a medida que aumenta la edad mostrando diferencias estadísticamente significativas para todas las escalas. Los participantes que profesan la religión católica tuvieron mejores puntajes que los representantes de religión evangélica y los de otras religiones (o sin religión) para los indicadores de salud, particularmente rol físico, vitalidad y salud mental, aun ajustando para edad, ingreso mensual, género y escolaridad (Tabla 4). Los puntajes se hicieron mayores en los grupos de menores ingresos. Las mayores diferencias entre medias entre los estratos de menores y mayores ingresos se registraron en las siguientes escalas: rol físico (-7.3), funcionamiento social (-9.5) y funcionamiento físico (-6.5). Las diferencias entre estratos separados por ingresos no fueron significativas en rol emocional, salud mental y dolor corporal. Comparando los años de educación, se observó mejor calidad de vida entre aquellos con mayor cantidad de años de educación. Las diferencias fueron significativas en todas las escalas excepto en rol emocional y funcionamiento social, dentro del segmento con más de 9 años de escolarización. Las mayores diferencias fueron en dolor corporal (-10.6), funcionamiento físico (-10.0) y rol físico (-8.3). Las diferencias en cambio no fueron

significativas entre el estrato con 4 a 8 años de educación y con < 4 años en las siguientes escalas: salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental (Tabla 4).

Discusión

El SF-36 permite investigar la calidad de vida relacionado con la salud, enfocando en varias dimensiones: rol físico, funcionamiento físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, rol emocional, funcionamiento social y salud mental. Entre las 8 dimensiones evaluadas con el SF-36, la población objeto del presente estudio obtuvo peores resultados en las escalas de rol físico, funcionamiento físico y rol emocional. Con respecto a la salud y calidad de vida en relación a género, este estudio encontró que las mujeres estaban en peor situación que los hombres en casi todas las escalas del SF-36 excepto rol físico. Similares datos se encontraron en otros estudios (Li et al, 2014; Lucumí et al, 2014). Este hecho puede ser atribuido al mayor registro que tienen las mujeres con relación a la salud auto percibida y los síntomas de las enfermedades. El rol que muchas veces asumen las mujeres como cuidadoras familiares hace que ellas le dediquen mayor atención a los signos de las enfermedades. Los estudios en general demuestran mayor prevalencia de reporte de enfermedades y uso de los servicios de salud entre las mujeres comparadas con los hombres. Con respecto a la variable religión a la cual se asignó suma importancia en este estudio, se encontró una relación significativa con la calidad de vida relacionada con la salud. Esta relación se verificó tanto en los análisis sin ajuste como en los ajustados por factores confundidores como edad, género, ingresos y nivel socio educativo. Esto hace que la influencia de la variable religión no pueda ser atribuida a otros factores como los referentes a inequidades socioculturales o económicas. Con relación al estado civil los mayores casados refirieron mejor estado de salud que aquellos sin esposa/o en todas las dimensiones y se mantuvieron en los análisis de regresión logística lineal múltiple. Esto puede ser interpretado en el sentido que el hecho de conservar la pareja actúa como factor protector, incluso sobrepasando el hecho de que los individuos mayores viudos o solos son generalmente mayores que las mujeres, lo cual podría influir en su estado de salud. Esto ha sido confirmado en otros estudios (Garrido et al, 2002; Ventura et al, 2013). En estos estudios, los solteros/viudos obtenían menores puntajes que los casados/as aun después de ajuste por edad y género. El factor edad tiene una enorme influencia en la calidad de vida

relacionada con la salud. Como era de esperar los mayores tienen peor salud que los menores y no se detectaron diferencias significativas sin dolor corporal y las escalas de salud mental, revelando que estas dos dimensiones no se comprometen en una gran medida con el avance de los años. Los estudios poblacionales llevados a cabo en otros países con el uso del SF-36 también han encontrado menores puntajes con el aumento de la edad especialmente en el componente físico junto con una falta de deterioro asociado con la salud mental (Franks et al, 2003). De acuerdo con la variable religión los mayores pertenecientes al culto católico obtuvieron mejores puntajes que los pertenecientes a otros credos en rol físico, vitalidad y otros dominios aun ajustando para género, ingresos y escolaridad. Una de las limitaciones de este estudio sin embargo es que no permite, al ser transversal, identificar una secuencia de causa y efecto con respecto al rol de la religión y el estado de salud y calidad de vida. Es posible que los sujetos de menor calidad de salud migren de una a otra religión en un intento de buscar mayor apoyo espiritual, tal como se ha demostrado en enfermos de cáncer (McFarland et al, 2013). Varios autores han estudiado los efectos de la afiliación religiosa y el estado de salud encontrando relaciones con los adultos mayores institucionalizados (Neimeyer et al, 2011), con los desplazamientos migratorios (Park et al, 2012), la sobrevivencia de tratamientos para el cáncer (Vallurupalli et al, 2012) o la prevención de enfermedades cardiovasculares y cáncer (Masters et al, 2013). En otros estudios (Bonelli et al, 2013; Moreira et al, 2006; Rivera & Montero, 2014) se encontró que el mayor compromiso religioso se asocia con mejor salud mental. En este estudio se comprueba que existe una relación positiva entre los niveles socioeconómicos y la CVRS. Los peores puntajes en todas las escalas del SF-36 se encontraron en el segmento de peor nivel educativo y de ingresos monetarios. También en estudios de países limítrofes se ha comprobado esta asociación usando el SF-36 (Amorim et al, 2006; Albala et al, 2011). También en nuestro país se ha encontrado esta asociación (Albala et al, 2005). Confirmando todas las mediciones efectuadas se ha encontrado una asociación significativa entre las inequidades en la CVRS de los adultos mayores urbanos, especialmente con relación al funcionamiento físico y el rol físico, los que estuvieron más comprometidos con relación al resto de las variables analizadas. En resumen los peores resultados de calidad de vida asociada con la salud se vieron en mayores mujeres, con edad más avanzada, con menores ingresos económicos, con menores niveles de escolaridad y con otras prácticas religiosas diferentes

de la religión católica. Debido a los rápidos cambios sociodemográficos actuales y a medida que aumenta la proporción de adultos mayores, que presentan mayores índices de enfermedades crónicas, se ve enfatizada la necesidad de monitorear las diferentes dimensiones de salud para guiar las intervenciones en el campo social. En este sentido las mediciones de la CVRS son especialmente necesarias para promover las condiciones de un envejecimiento activo y saludable enfatizando la inclusión de los mayores dentro de los contextos sociales, promoviendo su autonomía e independencia, así como resaltando su contribución activa a la sociedad. Al analizar los programas de salud comunitaria para los adultos mayores resulta entonces necesario incluir los aspectos que tocan a las inequidades sociales y especialmente al rol de la religión para promover y proteger a los más vulnerables dentro de este segmento de la población.

Referencias

Moreno X, Huerta M, Albala C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores; *Gac Sanit.* 2014; 28(3): 246–252

Instituto Nacional de Estadística y Censos Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2014

Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995; 104:771-6

Tsai SY, Chi LY, Lee CH & Chou P. Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. *European journal of epidemiology* 2007, 22(1), 19-26

Alazraqui M, Roux AV, Fleischer N & Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad. Saúde Pública* 2009, 25(9), 1990-2000

Lima MG, Barros M, César CL, Goldbaum M, Carandina L & Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de Saúde Pública* 2009, 25(10), 2159-2167

López E, Banegas JR, Pérez AG, Gutiérrez JL, Alonso J & Rodríguez F. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina clínica* 2003, 120(15), 568-573

Li CI, Lin C, Lin WY, Liu CS, Chang CK, Meng NH & Lin CC. Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *BMC public health* 2014, 14(1), 1013

Lucumí DI, Gomez LF, Brownson RC & Parra DC. Social Capital, Socioeconomic Status, and Health-Related Quality of Life Among Older Adults in Bogotá (Colombia). *Journal of aging and health* 2014, 3; doi: 10.1177/0898264314556616

Garrido MA, Jentoft AC, Ferrer JR, Herranz JC, Marín NG & de Bernabé FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002, 76(6), 683-699

Ventura JD, Hernández MD & Montesinos MB. Calidad de vida en personas mayores y su relación con el sentido de vida. *Informe de Investigaciones Educativas* 2013, 25, 35-50

Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in US. *Soc Sci Med* 2003; 56:2505-14

McFarland MJ, Pudrovska T, Schieman S, Ellison CG & Bierman A. Does a cancer diagnosis influence religiosity? Integrating a life course perspective. *Social science research* 2013, 42(2), 311-320

Neimeyer RA, Currier J, Coleman R, Tomer A & Samuel E. Confronting suffering and death at the end of life: the impact of religiosity, psychosocial factors, and life regret among hospice patients. *Death Studies* 2011, 35(9), 777-800

Park J, Roh S, & Yeo Y. Religiosity, social support, and life satisfaction among elderly Korean immigrants. *The Gerontologist* 2012, 52(5), 641-649

Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK & Balboni TA. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with

advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The journal of supportive oncology* 2012, 10(2), 81

Masters KS & Hooker SA. Religiousness/spirituality, cardiovascular disease, and cancer: Cultural integration for health research and intervention. *Journal of consulting and clinical psychology* 2013, 81(2), 206

Bonelli RM & Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health* 2013, 52(2), 657-673

Moreira A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28:242-50

Rivera A & Montero LM. Ajuste psicológico y vida religiosa en Adultos Mayores. *Universitas Psychologica* 2014, 13(3), 15-26

Amorim VM, Barros MB, César CL, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2329-38

Albala C, Sánchez H, Lera L, Angel B & Cea X. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor: resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad. *Revista médica de Chile* 2011, 139 (10), 1276-1285

Albala C, Lebrão ML, León EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A & Pratts O. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 2005, 17(5/6), 307-22