

Envejecimiento, Salud, y Asistencia Religiosa entre México-americanos

Un informe de investigación

por Samuel Stroope



Este informe de investigación fue financiado por una beca para investigadores por parte de Louisville Institute.

Este informe se basó en datos primarios de la Hispanic Established Population for the Epidemiological Study of the Elderly (Hispanic EPESE). El Hispanic EPESE fue administrado por investigadores de University of Texas Medical Branch-Galveston, University of Texas-Austin y University of Texas-San Antonio. Los datos del Hispanic EPESE están disponibles. El Hispanic EPESE fue financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud (NIH, National Institutes of Health, por sus siglas en inglés), y el National Institute on Aging, El trabajo de campo del Hispanic EPESE fue realizado por Louis Harris and Associates, Inc.

Envejecimiento, Salud y Asistencia Religiosa entre los México-americanos
por Samuel Stroope
Un informe de investigación

Sobre el autor — Samuel Stroope es profesor asociado del Departamento de Sociología de Louisiana State University.

Sobre el Traductor — Marlon Andrés Cáceres Delgado es estudiante de segundo año de doctorado en Literatura Comparada en Louisiana State University.

Crédito de la imagen: Creative Commons, CC BY-NC-ND

© 2023

Todos los derechos reservados.

El autor puede facilitar copias adicionales de este informe y más información sobre su contenido (https://www.lsu.edu/hss/sociology/people/faculty/profiles/stroope_samuel.php).

Resumen ejecutivo

Muchas personas creen que los adultos mayores son más religiosos que los jóvenes. Sin embargo, esta creencia pasa por alto ciertos hechos básicos. Las poblaciones de adultos mayores hispanos están creciendo más rápidamente, casi que cualquier otro grupo de adultos mayores en Estados Unidos. Los México-americanos son el subgrupo más numeroso entre los hispanoamericanos. En el caso de los adultos mayores México-americanos, la asistencia a la iglesia aumenta a los 66 años, pero disminuye a partir de mediados de los 70 años. Dos aspectos de la salud están fuertemente relacionados con esta disminución en asistir a la iglesia: (1) problemas con actividades instrumentales de la vida cotidiana (p. ej., viajar solos, cocinar solos, etc.) y (2) antecedentes de tabaquismo. Otros factores de salud, incluido el desempeño de la movilidad (p. ej., velocidad al caminar), síntomas depresivos y deterioro cognitivo (p. ej., problemas de memoria) también contribuyen. Este estudio establece estos hallazgos con datos de salud pública de 1993 a 2013 sobre más de 2,000 adultos mayores México-americanos en el suroeste de Estados Unidos. Las implicaciones prácticas derivadas de los hallazgos incluyen lo siguiente: Los líderes religiosos y las personas que pueden hacer que la asistencia a la iglesia sea más accesible, ayudar a las personas a preservar sus habilidades funcionales, desalentar el consumo de tabaco y crear entornos inclusivos en las comunidades religiosas. Estos esfuerzos pueden contribuir al bienestar de los feligreses adultos mayores y a la vitalidad de las comunidades religiosas.

Introducción

Una de las creencias más generalizadas sobre los adultos mayores es que son más religiosos que las personas jóvenes. Se piensa que en la adultez es un momento en la que uno vuelve a sus creencias fundamentales, a menudo con la mirada puesta más en la vida después de la muerte en lugar de ocuparse en las nimiedades de la vida cotidiana. Existe algo de verdad en estas suposiciones sobre la tercera edad. Si bien es cierto que la religiosidad aumenta con la edad, los investigadores especializados en la tercera edad encuentran un panorama más complejo. Según las investigaciones, los adultos mayores en Estados Unidos son el grupo de edad más religioso en cuanto a asistencia a servicios religiosos, actividades devocionales (p. ej., oración privada), donaciones financieras, voluntariado y sentido de pertenencia a las congregaciones religiosas,¹ pero agrupar a todos los adultos mayores pasa por alto tendencias importantes. Los estudios encuentran que después de un aumento sustancial en la asistencia a la iglesia entre los 65 y 66 años, los adultos mayores mantienen un alto nivel de asistencia hasta la mitad de los 70 años, y luego tiende a disminuir a partir de mediados de los 70 años en adelante.^{2,3} Esta disminución en la asistencia a la iglesia probablemente se debe a varios factores relacionados con el estado de salud en declive de los adultos mayores. Si bien es importante, esto no reconoce los detalles de salud que explican esta disminución en la participación. Los investigadores señalan la necesidad de identificar los factores más importantes en la disminución de la asistencia a la iglesia en los adultos mayores.^{2,3}

Comprender el comportamiento religioso en la vejez tiene una importancia práctica más allá de construir conocimiento científico, también tiene un significado práctico. Identificar cómo las condiciones de salud llevan a un descenso en la asistencia a la iglesia puede ayudar a líderes religiosos y médicos a servir mejor a los feligreses mayores que lidian con problemas de salud. Comprender estas disminuciones también puede llevar al desarrollo de grupos de apoyo que ayuden a las personas a mantener su asistencia a la iglesia a medida que envejecen.⁴ Comprender estas disminuciones también puede llevar al desarrollo de apoyos que ayuden a las personas a mantener su asistencia a la iglesia a medida que envejecen. La investigación muestra que la participación en la congregación puede llevar a que los adultos mayores vivan vidas más largas y saludables.⁵⁻¹⁰ Ayudar a los adultos mayores a prolongar sus años de participación en la iglesia es beneficioso para las congregaciones religiosas, ya que la disminución de la asistencia en la vejez se corresponde con una reducción en las contribuciones financieras y de voluntariado a las congregaciones.¹¹

¿Por qué los adultos mayores México-americanos?

La mayoría de las investigaciones sobre la relación entre el envejecimiento y la asistencia a la iglesia entre los adultos mayores se enfoca en muestras compuestas principalmente por participantes blancos y negros no hispanos. Obteniendo como resultado, las conclusiones de esa investigación que se aplican principalmente a las poblaciones blancas y negras. Esta limitación en la investigación previa dificulta el desarrollo de aplicaciones más generales que sean válidas para otros grupos como los hispanoamericanos. Los hispanoamericanos presentan actualmente uno de los mayores incrementos de población como proporción de adultos mayores. Según las proyecciones del gobierno de EE.UU., en 2030, el número de hispanoamericanos de edad avanzada superará al de los estadounidenses de raza negra de edad avanzada.¹² Los México-americanos son un grupo demográfico importante, ya que constituyen la mayor parte de los hispanoamericanos. Los investigadores han descubierto que las poblaciones de adultos mayores México-americanos se benefician de las comunidades religiosas como fuente de asistencia emocional y práctica, y viven una vida más larga y saludable.^{8,13} Por lo tanto, es necesario realizar más estudios sobre los México-americanos de edad avanzada para comprender mejor la relación entre el deterioro de la salud y la asistencia religiosa en esta población.

Resumen de los métodos de investigación

Los datos para este estudio provienen del Hispanic Established Population for the Epidemiological Study of the Elderly (Hispanic EPESE, por sus siglas en inglés, Población Establecida Hispana para el Estudio Epidemiológico de los Adultos Mayores).ⁱ El Hispanic EPESE fue una encuesta integral representativa de adultos mayores de México-americanos en cinco estados del suroeste de Estados Unidos (Arizona, California, Colorado, Nuevo México y Texas). Cuando comenzó en 1993, la encuesta contó con 3,050 participantes. Los participantes tenían 65 años o más y vivían en la comunidad. El Hispanic EPESE llevó a cabo entrevistas presenciales cada dos años. El análisis de este informe utilizó datos del

Hispanic EPESE que abarcan un período de 20 años (1993 a 2013) en ocho tiempos diferentes. En Investigaciones previas se puede observar que la asistencia religiosa de los estadounidenses adultos mayores disminuye después de alcanzar los 76 años.³ El presente informe tiene como objetivo comprender cómo diferentes aspectos de la salud conducen a esta disminución en la asistencia a la iglesia. Para analizar este proceso, el informe actual comenzó con individuos entre las edades de 65 a 76 años en torno a 1993, antes de la tendencia de disminución en la asistencia religiosa, y continuó realizando seguimiento a estas personas hasta 2013 a medida que envejecían.

En cada uno de los ocho momentos entre 1993 y 2013, la encuesta del Hispanic EPESE recolectó información sobre diversos aspectos de la vida y la salud de los participantes. Parte de la información se recopiló mediante preguntas y otras se recolectaron directamente, como el peso del participante o su velocidad al caminar. Los investigadores se refieren a cada uno de estos aspectos de la vida de los participantes como una "variable."

Las variables tienen diferentes valores para las personas, también pueden cambiar con el tiempo para un mismo participante. Por ejemplo, una persona pesa 165 libras en 1993, pero luego pesa 172 libras en 1999. Los investigadores utilizan las variables para comprender la relación entre los distintos aspectos de la vida de las personas. En el presente informe, una de estas variables fue la frecuencia de asistencia a servicios religiosos, se preguntó a los participantes con qué frecuencia iban a misa o a los servicios religiosos y podrían dar una serie de respuestas:

1. nunca (o casi nunca)
2. varias veces al año
3. una o dos veces al año
4. casi todas las semanas
5. más de una vez por semana

De los 3.050 participantes al inicio de la encuesta, el 20% contestó que nunca (o casi nunca) asistía a los servicios religiosos, el 19% que lo hacía varias veces al año, el 12% una o dos veces al mes, el 40% casi todas las semanas y el 10% más de una vez a la semana.

En este estudio se investigó cómo la disminución de la asistencia religiosa podía estar relacionada con diversos aspectos de la salud. Se incluyeron aspectos que abarcaban áreas del funcionamiento físico, el funcionamiento cognitivo, la salud mental, los diagnósticos de enfermedades, las lesiones, el peso y el hábito de fumar. Las variables específicas utilizadas fueron las siguientes:

- limitaciones funcionales básicas (p. ej., comer, bañarse, vestirse, etc.)
- limitaciones funcionales instrumentales (p. ej., cocinar, ir de compras, subir escaleras, etc.)
- desempeño de la movilidad (p. ej., estar de pie, caminar, mantener el equilibrio)
- deterioro cognitivo (memoria, comprensión, pensamiento y comunicación)
- síntomas depresivos
- diagnósticos de enfermedades físicas (p. ej., artritis, cáncer, infarto, etc.)
- incontinencia urinaria

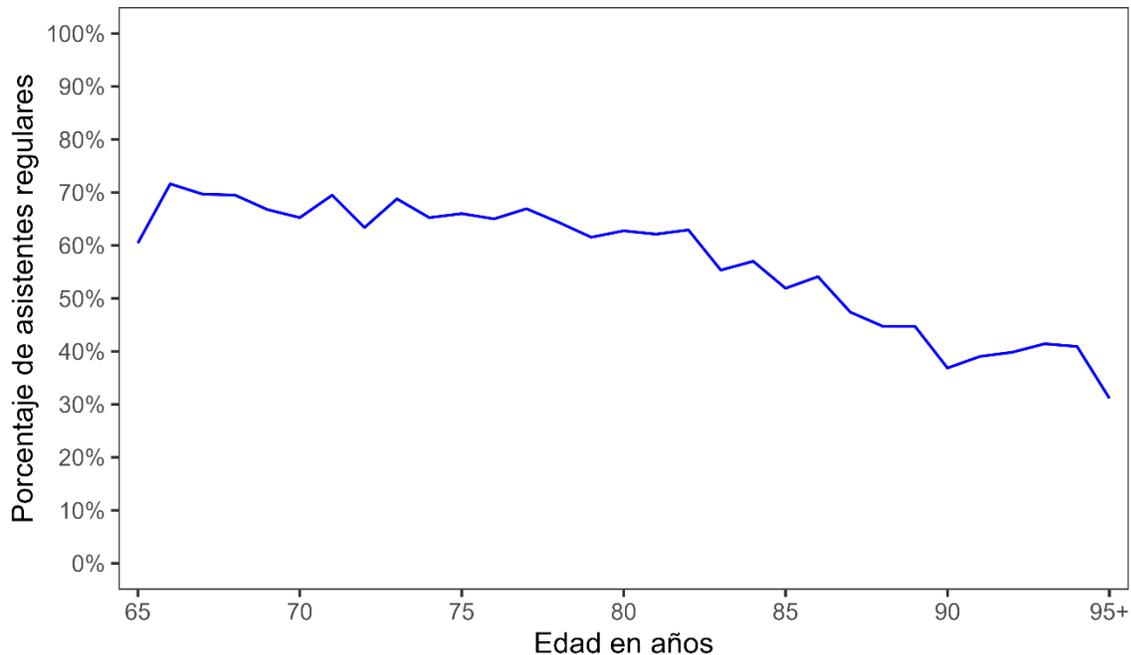
- fractura de cadera o de huesos
- discapacidad auditiva
- discapacidad visual
- índice de masa corporal (IMC)
- historial de tabaquismo
- salud auto valorada

Resultados de la investigación

Resultados descriptivos sencillos

Antes de combinar los aspectos anteriores de la salud y la asistencia a la iglesia en un único análisis, examinamos las relaciones entre pares de variables. En los siguientes gráficos, la asistencia regular a la iglesia se define como asistir una vez al mes o más. El gráfico 1 muestra el porcentaje de participantes en el estudio que asisten regularmente a la iglesia dentro de cada grupo de edad. Como puede verse, alrededor del 60% de las personas de 65 años asisten a misa con regularidad. La asistencia regular incrementa al 72% entre las personas de 66 años. El nivel de asistencia se mantiene relativamente estable con un declive gradual. A continuación, vuelve a acercarse al nivel de los de 65 años (62% para los de 79 años). A partir de los 83 años se produce un declive más rápido y sostenido de la asistencia regular, hasta alcanzar los niveles más bajos entre los adultos mayores de 95 años o más, de los cuales el 31% asiste regularmente a la iglesia.

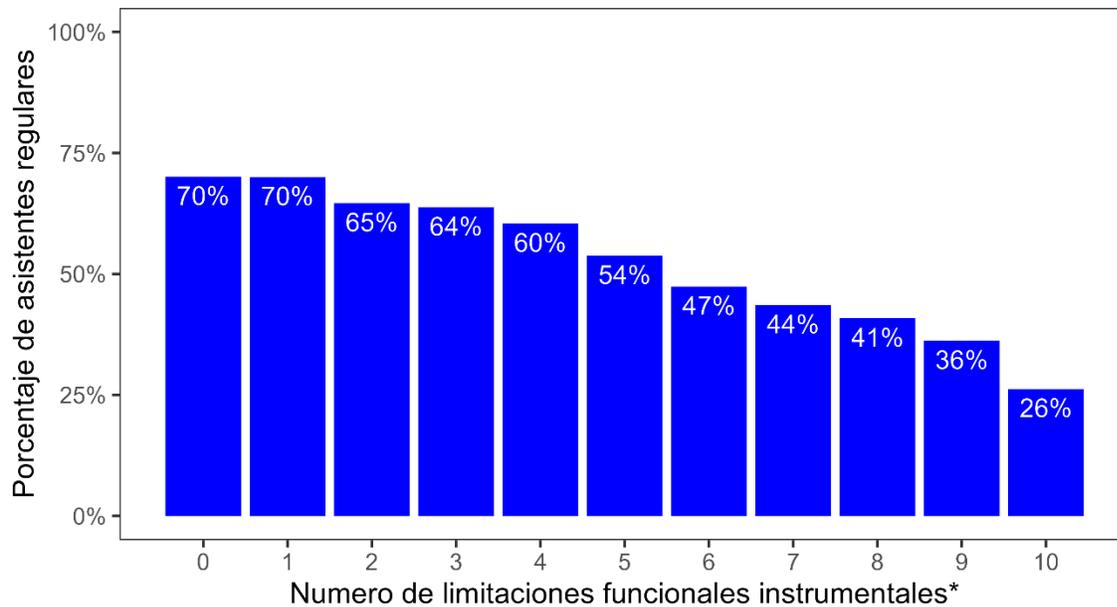
Gráfico 1. Edad y asistencia a la iglesia



Hispanic EPESE, 1993-2013

El gráfico 2 muestra la relación entre el número de limitaciones funcionales instrumentales de los participantes en el estudio y el porcentaje de participantes que asisten regularmente a la iglesia. Al igual que ocurre con la edad, existe una clara relación entre las limitaciones funcionales instrumentales y la asistencia regular a la iglesia. Alrededor del 70% de los que no tienen ninguna o una limitación asisten a la iglesia con regularidad. Esta cifra desciende al 26% entre los participantes con ocho limitaciones.

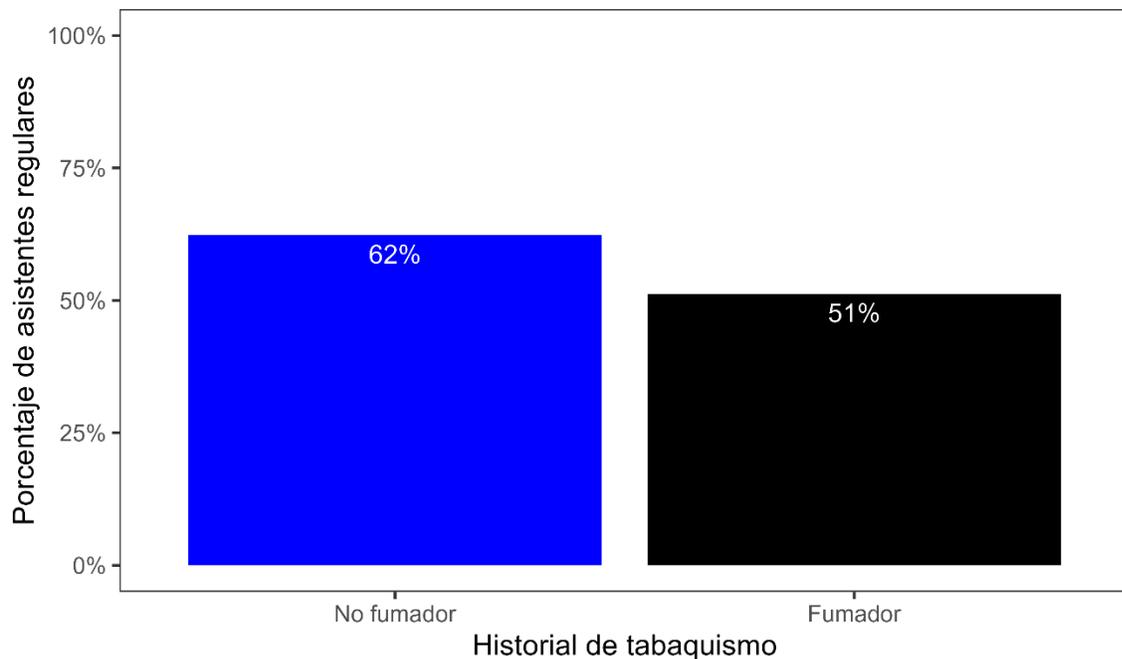
Gráfico 2. Limitaciones funcionales y asistencia a la iglesia



*p. ej., ir de compras, caminar media milla, viajar solo, cocinar, tomar medicamentos, uso del teléfono, tareas domésticas, manejar las finanzas, usar las escaleras y realizar tareas en el hogar
Hispanic EPESE, 1993-2013

El gráfico 3 muestra cómo el porcentaje de participantes con antecedentes de tabaquismo se relaciona con el porcentaje de participantes que asisten regularmente a la iglesia. Los participantes se agruparon en fumadores y no fumadores en función de si habían fumado 100 cigarrillos en su vida. Al igual que con los dos gráficos anteriores, hay una clara relación entre ser fumador y la asistencia regular a la iglesia. Alrededor del 62% de los no fumadores en el estudio asistían regularmente a la iglesia. El porcentaje de asistentes regulares disminuye en más del 10% entre los fumadores, alcanzando un nivel del 51%, una disminución sustancial.

Gráfico 3. Historial de tabaquismo y asistencia a la iglesia.



Hispanic EPESE, 1993-2013

Una breve descripción de regresión múltiple

Los gráficos 1 a 3 muestran relaciones simples entre dos variables. Los principales resultados de este estudio van más allá de este análisis sencillo para examinar las relaciones entre múltiples variables. Este estudio pretende comprender los efectos de distintos aspectos de la salud en la asistencia a la iglesia. Se utiliza una técnica de modelización estadística denominada regresión múltiple. Imaginemos un estudio ligeramente distinto, un investigador quiere saber qué características demográficas están relacionadas con la asistencia a la iglesia. Estas características demográficas podrían incluir la edad, el sexo y la región del país. La regresión múltiple puede ayudar a revelar cómo diferentes factores, como el lugar de residencia, la edad y el sexo, influyen en que la gente asista más o menos a misa. De este modo, los investigadores pueden averiguar qué factores tienden a ser los más importantes para que la gente vaya a misa.

Sin embargo, pueden surgir problemas al hacer estos contrastes. A veces, un solo aspecto puede sustituir a otro. Por ejemplo, alguien afirma que los sureños en Estados Unidos asisten más a la iglesia que los del oeste. Pero, ¿se debe esto a que las personas que viven en zonas rurales tienden a asistir más a la iglesia y a que una mayor proporción de sureños reside en ciudades pequeñas? La regresión múltiple puede ayudar a identificar si una sola característica está sustituyendo a otra, es como si la región del Sur se está utilizando como un sustituto de vivir en una ciudad pequeña. En este caso, la asociación estadística del Sur con la asistencia a la iglesia desaparecería, revelándose como un sustituto de vivir en una ciudad pequeña.ⁱⁱ Este ejemplo sólo utiliza tres variables. Para resolver realmente estos rompecabezas, es importante examinar cómo se relacionan múltiples variables demográficas con la asistencia a la iglesia, como la edad, el sexo, la región, los ingresos, la educación, el estado civil, etc. La técnica de regresión múltiple es como los investigadores hacen esto y es la razón por la que la palabra "múltiple" está en el término: los efectosⁱⁱⁱ de múltiples variables se examinan al mismo tiempo para ver cuáles importan. También revela qué variables parecían importantes al principio, pero resulta que sólo están sustituyendo a otra variable que realmente importa. La técnica de regresión múltiple se utilizará para los resultados finales de este informe¹ para comprender cómo se relacionan los cambios en aspectos de la salud con los cambios en la asistencia a la iglesia. Esta técnica permitió al investigador determinar si cada variable de salud seguía siendo un indicador sobre la asistencia a la iglesia, incluso cuando se tenían en cuenta todas las demás variables del estudio.

Resultados de regresión múltiple

Es importante señalar las variables incluidas en el análisis antes de comunicar los resultados de la regresión múltiple. En el análisis se incluyeron diversas variables demográficas, además de las variables de salud mencionadas en la sección "Corto resumen de los métodos de investigación". A los participantes en la encuesta se les hicieron preguntas sobre sus características demográficas y

¹ El presente estudio utilizó técnicas de regresión múltiple más complejas, en concreto, la regresión de "efectos mixtos" "efectos aleatorios" para datos longitudinales.¹⁷

personales: edad al inicio de la encuesta, sexo, estado civil, años de escolarización completados, si habían nacido en EE.UU., si deseaban que la entrevista se realizara en español o en inglés, cuántos hijos vivos tenían, el número de residentes en su hogar y el nivel de dificultades financieras que habían experimentado recientemente. También se les preguntó por su creencia religiosa, cuyas respuestas se agruparon en tres categorías: católica (87%), protestante (10%), u otra/ninguna creencia religiosa (3%). Los siguientes son los resultados^{iv} del análisis de regresión múltiple. La fuerza del efecto de las variables de salud se ordena de la mayor a la menor:

1. limitaciones funcionales instrumentales (p. ej., viajar solo)
2. tabaquismo
3. desempeño de la movilidad (p. ej., velocidad al caminar)
4. síntomas depresivos
5. deterioro cognitivo (p. ej., pérdida de memoria)
6. limitaciones funcionales básicas (p. ej., vestirse solo)
7. problemas de visión
8. diagnósticos de enfermedades físicas (p. ej., artritis)

El estudio encontró que estas variables de salud tenían un efecto más fuerte, sobre todo en comparación con otras variables. Los efectos negativos de las limitaciones funcionales instrumentales y el tabaquismo eran casi tan fuertes como el efecto positivo de identificarse como mujer, el mayor efecto del análisis. Tras los fuertes efectos de las limitaciones funcionales instrumentales y el tabaquismo, los efectos de otras variables de salud, se ordenaron de mayor a menor, fueron los siguientes: movilidad (p. ej., velocidad al caminar), síntomas depresivos, deterioro cognitivo, limitaciones funcionales básicas y diagnóstico de enfermedades físicas. La variable de limitaciones funcionales instrumentales es una suma de varios tipos individuales de limitaciones. En un análisis adicional se examinaron por separado los efectos de estas limitaciones individuales. Estos resultados mostraron que, entre estas limitaciones por separado, la fuerza del efecto de mayor a menor fue la siguiente:

1. ir de compras
2. caminar media milla
3. viajar solo
4. cocinar
5. tomar medicamentos
6. uso del teléfono

Sin embargo, no hubo una conexión clara entre la asistencia a la iglesia y los restantes indicadores de limitaciones funcionales instrumentales: hacer tareas domésticas, manejar finanzas, subir escaleras y realizar trabajos pesados en casa. En general, los resultados de este análisis adicional sugieren que las disminuciones en la asistencia religiosa están más fuertemente pronosticadas por las limitaciones en las actividades instrumentales menos exigentes físicamente.

Implicaciones para los líderes religiosos y los individuos

Este estudio presenta a los líderes religiosos diferentes posibilidades para promover la asistencia a la iglesia entre los adultos mayores. Estos resultados

también se aplican a los individuos que inician acciones en sus congregaciones, sus comunidades y realizan cambios en sus propios estilos de vida. Los resultados del estudio mostraron que los declives en las capacidades funcionales instrumentales tuvieron el mayor impacto en la disminución de la asistencia religiosa. Al analizar las limitaciones específicas que componían estos declives, el transporte (p. ej., viajar solo, caminar, ir de compras) fue un tema entre las limitaciones con mayor impacto. Los líderes religiosos pueden hacer frente a los desafíos del transporte para facilitar la asistencia a la iglesia de los adultos mayores.¹⁸ Soluciones como un servicio de transporte por parte de la congregación o compartir automóvil pueden hacer más accesible la asistencia. Además, la instalación de rampas, ascensores y otras modificaciones en el edificio podrían aumentar la accesibilidad de los feligreses. Aunque los servicios de culto en línea pueden ser una solución barata y fácil para los líderes, los líderes religiosos deben ser conscientes de que las nuevas investigaciones sugieren que los servicios en línea no proporcionan los mismos beneficios que el culto en persona en términos de bienestar.¹⁹

Además de ayudar a superar las dificultades para ir a la iglesia que impiden las limitaciones funcionales instrumentales, también merece la pena considerar enfoques que puedan contrarrestar o posponer las limitaciones funcionales instrumentales. Las investigaciones llevadas a cabo entre personas mayores han revelado que la velocidad al caminar, junto con otros movimientos como girarse, sentarse o ponerse de pie, fueron los factores predictivos que más influyen a corto plazo en las limitaciones funcionales instrumentales.²⁰ Mantener una actividad física con regularidad (p. ej., ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular) y evitar un estilo de vida sedentario desempeñan un papel fundamental en preservar la movilidad física.²¹ Además, el deterioro cognitivo contribuye significativamente al declive de las capacidades funcionales instrumentales.²² Implementar medidas preventivas para reducir el riesgo de deterioro cognitivo podría implicar instalar detectores de monóxido de carbono en casa y tomar medidas para prevenir lesiones cerebrales, como seguir una dieta sana y mantener un peso saludable. Estos aspectos de una vida saludable ayudan a prevenir posibles derrames, una causa importante de lesiones cerebrovasculares. También hay una serie de comportamientos que reducen la probabilidad de deterioro cognitivo: hacer ejercicio, comer sanamente, no fumar, dormir lo suficiente, afrontar el estrés y pasar tiempo interactuando positivamente presencialmente con la gente. Algunos líderes religiosos ya promueven muchos de estos comportamientos con otras organizaciones en relación con el ejercicio físico, la dieta, el tabaquismo, el control del estrés y la lucha contra el aislamiento social.²⁴ Estos actuales esfuerzos podrían aplicarse más ampliamente y podrían añadirse otros nuevos.

Los líderes religiosos promueven la actividad física de los adultos mayores apoyando programas e infraestructuras locales para caminar y hacer ejercicio. También pueden fomentar grupos de vecinos para caminar, programas de ejercicio y mejoras en los espacios comunitarios.²⁴ Esto es especialmente importante para las congregaciones católicas debido a su conexión con las zonas geográficas locales. Estos esfuerzos pueden incluir la evaluación de la

caminabilidad de las zonas, los esfuerzos de limpieza de la comunidad y la colaboración con los funcionarios de salud pública para mejorar las aceras y los parques.²⁵ Las congregaciones también pueden crear sus propios grupos de ejercicio para los miembros y la comunidad. Aunque las jornadas de limpieza de las congregaciones son frecuentes, podrían ser más habituales al incluir a personas con distintas capacidades y abarcar los barrios de los alrededores.

Este estudio demostró que el tabaquismo desempeña un papel importante en la declinación en la asistencia a la iglesia. Una de las razones podría ser que el tabaquismo afecta a la función cognitiva de las personas mayores.²⁶ Aunque hemos medido el deterioro cognitivo, hay otros factores causados por el tabaquismo que el estudio actual carece de medición sobre las funciones cognitivas. Estos otros factores no medidos sobre el deterioro cognitivo podrían ser causados por el tabaquismo y producir una menor asistencia religiosa. Si bien es importante medir el deterioro cognitivo, el presente estudio carece al contemplar otros aspectos de las funciones cognitivas. Sin embargo, el hecho de que el historial de tabaquismo tuviera una relación directa significativa con la asistencia es notable. La relación directa entre fumar y la asistencia a la iglesia sugiere que los líderes religiosos tienen buenas razones para desincentivar el tabaquismo. Además de la obligación moral de proteger la vida, las iglesias también se benefician cuando las personas no fuman, ya que es más probable que continúen participando en la congregación a medida que envejecen. Dado que fumar a menudo comienza durante la adolescencia, los líderes religiosos pueden encontrar efectivo enfocarse fuertemente en los jóvenes en sus esfuerzos para prevenir el tabaquismo.

Las congregaciones también pueden aspirar a crear un entorno inclusivo para todos los asistentes. Pueden acomodar a personas con discapacidades físicas y brindar apoyo a aquellos que enfrentan problemas de salud mental y deterioro cognitivo. Los líderes religiosos pueden enfatizar regularmente sobre la importancia de dar la bienvenida a personas con diferentes habilidades a través de anuncios, enseñanzas e incluso modificaciones físicas en sus instalaciones. Adicionalmente, los líderes religiosos pueden buscar aportes de personas con discapacidades o de sus cuidadores, pueden utilizar encuestas, buzones de comentarios o grupos de discusión similares a los métodos utilizados para recopilar comentarios y retroalimentación durante las campañas de recaudación de fondos de las congregaciones. Esta retroalimentación puede mejorar la comprensión de las necesidades y desafíos que enfrentan los adultos mayores que asisten a la iglesia y ayudar a crear un entorno de apoyo para la participación continua de los miembros mayores en la congregación.

Conclusión

Este estudio examinó la relación entre el estado de salud y la asistencia a la iglesia en adultos mayores de origen México-americano. Los resultados revelaron que las disminuciones en las capacidades funcionales instrumentales, tales como hacer compras y transportarse, desempeñaron el papel más importante en la disminución de la asistencia a la iglesia. Otro factor importante fue tener antecedentes de tabaquismo. Otros aspectos de salud que también contribuyeron a

la disminución en asistir incluyeron el deterioro en el desempeño de la movilidad (p. ej., caminar), los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo. Los líderes religiosos pueden resolver los obstáculos para asistir a la iglesia a través de ayudas para transportarse a los feligreses y la accesibilidad y adaptación para acceder a los edificios. También pueden promover medidas preventivas para las limitaciones funcionales instrumentales y otros deterioros de la salud. Disuadir el tabaquismo y promover la actividad física son especialmente importantes. Además, los líderes religiosos pueden ayudar a crear entornos inclusivos que se adapten a personas con diferentes capacidades. Estos esfuerzos prometen ofrecer un mayor bienestar para los adultos mayores y una mayor vitalidad en las congregaciones religiosas.

Referencias

1. Krause NM. *Aging in the Church: How Social Relationships Affect Health*. Templeton Press; 2008.
2. Bengtson VL, Silverstein M, Putney NM, Harris SC. Does religiousness increase with age? Age changes and generational differences over 35 years. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2015;54(2):363-379.
3. Hayward RD, Krause N. Patterns of change in religious service attendance across the life course: Evidence from a 34-year longitudinal study. *Social Science Research*. 2013;42(6):1480-1489.
4. Werber L, Mendel PJ, Derose KP. Social Entrepreneurship in Religious Congregations' Efforts to Address Health Needs. *Am J Health Promot*. 2014;28(4):231-238.
5. Chen Y, Kim ES, VanderWeele TJ. Religious-service attendance and subsequent health and well-being throughout adulthood: evidence from three prospective cohorts. *International journal of epidemiology*. 2020;49(6):2030-2040.
6. Croezen S, Avendano M, Burdorf A, van Lenthe FJ. Social Participation and Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries. *Am J Epidemiol*. 2015;182(2):168-176.
7. Manning LK, Miles A. Examining the effects of religious attendance on resilience for older adults. *Journal of religion and health*. 2018;57(1):191-208.
8. Hill TD, Angel JL, Ellison CG, Angel RJ. Religious Attendance and Mortality: An 8-Year Follow-Up of Older Mexican Americans. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*. 2005;60(2):S102-S109.
9. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*. 1999;36(2):273-285.
10. Ofstedal MB, Chiu CT, Jagger C, Saito Y, Zimmer Z. Religion, Life Expectancy, and Disability-Free Life Expectancy Among Older Women and Men in the United States. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2019;74(8):e107-e118.
11. Wiepking P, James RN. Why are the oldest old less generous? Explanations for the unexpected age-related drop in charitable giving. *Ageing & Society*. 2013;33(3):486-510.
12. Pollard K, Scommegna P. The health and life expectancy of older Blacks and Hispanics in the United States. *Population Reference Bureau*. 2013;28(28):8.
13. Hill TD, Bradley CS, Dowd-Arrow B, Burdette AM. Religious Attendance and the Social Support Trajectories of Older Mexican Americans. *J Cross Cult Gerontol*. 2019;34(4):403-416.
14. Huntley J, Ostfeld AM, Taylor JO, et al. Established populations for epidemiologic studies of the elderly: Study design and methodology. *Aging Clin Exp Res*. 1993;5(1):27-37.
15. National Institute on Aging. *Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly: Resource Data Book*. National Institute on Aging; 1986.
16. Putnam RD, Campbell DE. *American Grace: How Religion Divides and Unites Us*. Simon & Schuster; 2010.
17. Allison PD. *Fixed Effects Regression Models*. SAGE Publications; 2009.
18. Trinitapoli J. Religious teachings and influences on the ABCs of HIV prevention in Malawi. *Social Science & Medicine*. 2009;69(2):199-209.

19. Upenieks L, Hill TD, Acevedo G, Koenig HG. “Electronic Church” 2.0: Are Virtual and In-Person Attendance Associated with Mental and Physical Health During the COVID-19 Pandemic? *Sociology of Religion*. Published online February 17, 2023:srac043.
20. Masugi Y, Kawai H, Ejiri M, et al. Early strong predictors of decline in instrumental activities of daily living in community-dwelling older Japanese people. *PLOS ONE*. 2022;17(4):e0266614.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Increasing Physical Activity among Adults with Disabilities. Centers for Disease Control and Prevention.
22. Johnson JK, Lui LY, Yaffe K. Executive Function, More Than Global Cognition, Predicts Functional Decline and Mortality in Elderly Women. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2007;62(10):1134-1141.
23. Dickinson WJ, Potter GG, Hybels CF, McQuoid DR, Steffens DC. Change in Stress and Social Support as Predictors of Cognitive Decline in Older Adults with and without Depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(12):1267-1274.
24. Arredondo EM, Elder JP, Haughton J, et al. Fe en Acción: Promoting Physical Activity Among Churchgoing Latinas. *Am J Public Health*. 2017;107(7):1109-1115.
25. Ickes MJ, Sharma M. A Systematic Review of Physical Activity Interventions in Hispanic Adults. *Journal of Environmental and Public Health*. 2012;2012:e156435.
26. Engelhardt H, Buber I, Skirbekk V, Prskawetz A. Social involvement, behavioural risks and cognitive functioning among older people. *Ageing & Society*. 2010;30(5):779-809.

ⁱFundada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud (NIH, National Institutes of Health, por sus siglas en inglés), el National Institute on Aging, El Hispanic EPESE fue administrado por University of Texas Medical Branch-Galveston, University of Texas-Austin y University of Texas-San Antonio.

ⁱⁱEstos ejemplos son una adaptación de Putnam y Campbell.¹⁶

ⁱⁱⁱ Utilizamos el término "efectos" por su uso en los métodos de las ciencias sociales y para facilitar la lectura. No utilizamos este término para afirmar una prueba definitiva de causalidad.

^{iv} Esta sección se centra en los resultados estadísticamente significativos.