
**PARTICIPACIÓN RELIGIOSA Y DEPRESIÓN EN PERSONAS
MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA, CHILE**

Lorena P. Gallardo Peralta y Esteban Sánchez Moreno

RESUMEN

Estudios previos destacan los efectos beneficiosos de la religiosidad y la práctica religiosa en la salud mental de las personas mayores. La evidencia empírica en Chile es, sin embargo, escasa. La presente investigación analiza la relación entre creencias religiosas, tipo de religión (mayoritaria y de alto coste) y práctica religiosa, por un lado, y depresión, por otro. Se realizó un estudio transversal con una muestra (n=493) de personas mayores viviendo en la región de Arica y Parinacota,

Chile. Los resultados muestran que solo la combinación de creencia y práctica religiosa se relaciona con menor incidencia de síntomas de depresión. Además, la pertenencia a una religión de alto coste no constituye un factor de protección frente a los síntomas de depresión, si se compara con el grupo de personas mayores no religiosas. Se discuten las implicaciones de los resultados a partir de los conceptos de integración y apoyo social.

Introducción

Una de las líneas de investigación emergentes y más activas en el ámbito de la vejez es la relación existente entre diversas dimensiones de la religiosidad y la salud. La evidencia empírica disponible sugiere que la participación religiosa tiene un efecto posi-

tivo en el bienestar integral de los adultos mayores. Diversos estudios comprueban que este tipo de participación es una fuente de apoyo emocional (Pinckard y Guo, 2008), se relaciona positivamente con la satisfacción vital (Lim y Putnam, 2010), con el bienestar (Maselko y Kubzansky, 2005) y disminu-

ye el estrés (Krause, 2006) en el caso de las personas mayores. De hecho, la religiosidad en la vejez se relaciona positivamente con salud funcional (Krause, 2006, 2009; Huijts y Kraaykamp, 2011). Además, las religiones prescriben y proscriben conductas que pueden incidir en resultados de salud positivos.

Ejemplos de esta influencia normativa positiva en el comportamiento de salud (Huijts y Kraaykamp, 2011) son dejar de beber alcohol o no fumar (Scheitle y Adamczyk, 2010). En esta línea, Thoits (2011) refiere al control y la influencia social que genera el grupo de apoyo, en este caso religioso, para el desa-

PALABRAS CLAVE / Depresión / Personas Mayores / Práctica Religiosa / Religión /

Recibido: 21/01/2014. Modificado: 16/03/2014. Aceptado: 17/03/2014.

Lorena P. Gallardo Peralta. Asistente Social y Licenciada en Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Psicología Social, Universidad de Tarapacá (UTA), Chile. Doctora en Tra-

bajo Social, Universidad Complutense de Madrid (UCM), España. Académica, UTA, Chile. Dirección: Departamento de Filosofía y Psicología, UTA. Arica, Chile. e-mail: lgallardo@uta.cl

Esteban Sánchez Moreno. Sociólogo, Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología y Doctor en Sociología, UCM, España. Profesor, UCM, Espa-

ña, e Investigador Invitado, UTA, Chile. e-mail: esteban.sanchez@eps.ucm.es

RELIGIOUS INVOLVEMENT AND DEPRESSION AMONG ELDERLY PEOPLE IN ARICA AND PARINACOTA, CHILE

Lorena P. Gallardo Peralta and Esteban Sánchez Moreno

SUMMARY

Previous studies focus on the beneficial mental health effects of religiosity and religious involvement among elderly people. However, evidence in Chile is scant. The present research analyzes the relationship between religious beliefs, type of religion (mainstream and high cost) and religious practice on the one hand, and depression, on the other, using a cross-sectional sample (n=493) of elderly people living in the region of Arica

y Parinacota, Chile. Results show that only the combination of religious beliefs and practice is related to lower levels of depressive symptoms. Moreover, belonging to high-cost religions or churches is not protective against depressive symptoms, compared to non-religious elders. Conclusions are drawn paying attention to the concepts of social integration and social support.

PARTICIPAÇÃO RELIGIOSA E DEPRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS DA REGIÃO DE ARICA E PARINACOTA, CHILE

Lorena P. Gallardo Peralta e Esteban Sánchez Moreno

RESUMO

Estudos prévios destacam os efeitos benéficos da religiosidade e a prática religiosa na saúde mental das pessoas idosas. A evidência empírica no Chile é, no entanto, escassa. A presente investigação analisa a relação entre crenças religiosas, tipo de religião (maioritária e de alto custo) e prática religiosa, por um lado, e depressão, por outro. Realizou-se um estudo transversal com uma amostra (n=493) de pessoas idosas vivendo na região de Arica e Parinacota, Chile. Os resultados mostram

que somente a combinação de crença e prática religiosa se relaciona com menor incidência de sintomas de depressão. Além disso, a pertinência a uma religião de alto custo não constitui um fator de proteção diante de sintomas de depressão, si se compara com o grupo de pessoas idosas não religiosas. Discutem-se as implicações dos resultados a partir dos conceitos de integração e apoio social.

rollo y mantenimiento de conductas de autocuidado.

Esta asociación positiva se reproduce entre religiosidad y salud mental (Koenig *et al.*, 2001; Yoon, 2008; Sternthal *et al.*, 2010). De manera más específica, el estudio efectuado por June *et al.* (2009) muestra que los adultos mayores con un escaso apoyo social y bajo niveles de religiosidad tienen un mayor riesgo a conductas suicidas. Al respecto, Gracia (1997) afirma que la participación en una red de apoyo de carácter comunitario (en este caso, religioso) se relaciona con una buena salud mental, actuando como un mecanismo protector que reduce la ansiedad y la tensión emocional, además de afirmar los sentimientos de valor personal y autoestima en las personas mayores. En esta línea, Idler (1987) plantea que la interacción con personas con sistemas de valores similares incide positivamente en la salud mental, de forma que en el marco de la participación religiosa la

persona mayor no solo comparte valores, sino que además fortalece su sistema de creencias. En este sentido, el estudio realizado por Sternthal *et al.* (2010) se ocupa de manera específica de la relación entre implicación religiosa y depresión y ansiedad. Sus resultados sugieren que la implicación religiosa (operacionalizada como frecuencia de participación en los servicios religiosos) se relaciona con sus medidas de salud mental a través del sentido de propósito vital que dicha participación confiere a las personas mayores.

Los resultados de Sternthal *et al.* (2010) también ponen de manifiesto que el tipo de religión se asocia con la incidencia de trastornos depresivos, siendo estos menos frecuentes entre las personas mayores católicas. En este punto, la bibliografía que se ocupa de la relación entre religión y salud evidencia la necesidad de diferenciar las religiones en función de los tipos de demandas que esta-

blecen para el individuo y de la intensidad de dichas demandas. Así, podemos distinguir las religiones mayoritarias de las denominadas religiones de alto coste o iglesias estrictas (Iannaccone *et al.*, 1995), caracterizándose estas últimas por ser altamente demandantes para el individuo, constituyéndose en grupos religiosos cultural y teológicamente exclusivos. Según la aproximación clásica de Kelley (1986), destaca su carácter absoluto y comprensivo en el ámbito doctrinal y la exigencia de una adherencia estricta en el ámbito de la moral y del estilo de vida. El carácter 'estricto' de estas religiones establece fuertes límites grupales y marca claramente el coste de las actividades extra-grupales. En este sentido, investigaciones recientes (Scheitle y Adamczyk, 2010) sugieren que las religiones de alto coste (Testigos de Jehová, Mormones, por ejemplo) pueden generar fuertes niveles de estrés, relacionándose con la

aparición de síntomas depresivos y de ansiedad.

La importancia de las organizaciones religiosas para las personas mayores en Chile es notable. De hecho, dentro de las agrupaciones comunitarias, las organizaciones de carácter religioso son las más concurridas en la población adulta mayor chilena. Así lo comprueba la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (Herrera *et al.*, 2011). De esta manera el 25% de los adultos mayores chilenos participa en grupos religiosos o de iglesia, seguido por el 18% que participa en organizaciones o club de adulto mayor. Por tanto, son necesarios estudios que generen resultados relevantes para el análisis de la relación entre religiosidad y salud mental en el caso de Chile. La presente investigación pretende realizar una aportación en dicha línea, siendo su objetivo analizar la asociación entre creencias religiosas, tipo de religión, práctica religiosa y depresión en una muestra de adultos

TABLA I
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

		n (%)	Casen (2011)
Edad	60-69 años	207 (42%)	58,1%
	70-79 años	216 (43,8%)	29%
	80-89 años	63 (12,8%)	11,9%
	≥90 años	7 (1,4%)	0,9%
Edad media (d.t.)		71,45 (6,47)	69,43 (7,59)
Sexo	Mujer	330 (66,9%)	55,9%
	Hombre	163 (33,1%)	44,1%
Escolaridad ¹	Sin estudios / básica incompleta	211 (42,8%)	40,2%
	Educación básica	152 (30,8%)	35,7%
	Educación media	82 (16,6%)	18,3%
	Educación superior	48 (9,8%)	5,8%
Estado civil	Casado/a	243(49,3%)	44,7%
	Conviviente	26 (5,3%)	11,3%
	Soltero/a	52 (10,5%)	12,3%
	Viudo/a	119 (24,2%)	21,6%
	Divorciado/a o separado/a	53 (10,7%)	10,2%
Localidad de residencia	Urbana	425 (86%)	85,4%
	Rural o Altiplánica	68 (14%)	14,6%
Estructura familiar actual	Unipersonal	67 (13,6%)	n,d,
	Nuclear con hijos	124 (25,2%)	n,d,
	Nuclear sin hijos	71 (14,4%)	n,d,
	Extensa	192 (39%)	n,d,
	Otras	39 (7,8%)	n,d,
Pertenece a etnia originaria chilena	Sí pertenece	147 (30%)	23,2%
	No pertenece	346 (70%)	76,8%
Participación comunitaria	Organización religiosa	250 (51%)	10,2%
	Club de adultos mayores	295 (60%)	6,1%

¹ Se considera el mayor nivel alcanzado.

mayores en la región de Arica y Parinacota. De manera concreta, en primer lugar se aborda la hipótesis de que las creencias religiosas no se relacionarán con las puntuaciones en depresión si no vienen acompañadas de implicación en las actividades propias de la religión (práctica religiosa). En segundo lugar, se esperan encontrar diferencias en la medida de depresión en función del tipo de religión (religiones mayoritarias frente a religiones de alto coste). En tercer lugar, se espera que exista interacción entre práctica religiosa y tipo de religión. Dado que las religiones de alto coste implican una fuerte obligatoriedad de participación, dicha interacción tiene sentido para las religiones mayoritarias. Todas estas hipótesis son contrastadas atendiendo a las características sociales y demográficas de la población de personas mayores en Chile (controlando por las variables edad, género, estado civil y

participación en clubes de adultos mayores) y concretamente en la región de Arica y Parinacota (controlando por la pertenencia étnica).

Método

Participantes y procedimiento

La muestra estuvo constituida por un total 493 personas mayores chilenas que residen en la región de Arica y Parinacota, en el norte de Chile. La edad mínima para participar en el estudio era de 60 años en el momento de completar el cuestionario. Para conseguir que la muestra reflejara las características de la población sin utilizar un método aleatorio de selección de los casos y asegurar que responde a los objetivos del estudio, se tomaron en consideración diversas variables sociodemográficas y de participación en la comunidad, asegurando un número mínimo en cada categoría de análisis rele-

vante para los objetivos del estudio. El 86% de las personas incluidas en la muestra tenía entre 60 y 79 años de edad (media de 71,45 años). El 67% eran mujeres y el 51% tenían estudios básicos. Se trata de una muestra que incluye tanto personas residentes en zonas urbanas (86%) como en zonas rurales de valles pre-cordilleros y en zonas altiplánicas de los Andes. La Tabla I ofrece información detallada y compara la distribución de los grupos poblacionales en nuestra muestra con la obtenida en la encuesta Casen (Ministerio de Desarrollo Social, 2011). Esta última es una muestra representativa de la población chilena que constituye un óptimo instrumento de comparación. Como puede apreciarse, las características de los participantes se asemejan notablemente en lo relativo a las variables sociodemográficas. Es preciso identificar, en todo caso, determinados colectivos

que han sido sobre-representados en la muestra del presente estudio, especialmente mujeres, población con estudios universitarios y población entre 70 y 79 años. Es especialmente relevante la sobre-representación de las personas mayores que participan en clubes de adultos mayores, así como (aunque en menor medida) las personas que pertenecen a una etnia originaria. Ambas variables fueron incluidas en los modelos estadísticos como variables de control, tal y como se detalla posteriormente.

La aplicación del cuestionario se realizó a través de entrevista personal, obteniendo de manera previa el consentimiento informado de los participantes. Se estableció contacto con la institución gubernamental de personas mayores (Servicio Nacional de Adultos Mayores), que facilitó la aplicación de los cuestionarios, aportando información sobre la composición de la población y de las principales agrupaciones de personas mayores en la región. Además, la aplicación del cuestionario en las zonas rurales y altiplánicas supuso afrontar dificultades tales como el acceso a los poblados (por no contar con carreteras asfaltadas) o la existencia de horarios restringidos de luz pública y en los hogares de determinadas localidades. En el caso específico de localidades altiplánicas se añaden las dificultades que el entrevistador pudiera presentar en términos físicos (por la altitud) y los rasgos culturales que determinan cierta desconfianza al extraño, siendo imprescindible contar con el apoyo de un agente social de la zona. Por ello, en las zonas rurales y altiplánicas se contactaron agentes sociales clave (en clubes de personas mayores, parroquias y municipios). En resumen, el cuestionario se aplicó en cuatro localidades diferentes (Arica, Putre, Socoroma y Codpa), asegurando que la composición étnica y sociodemográfica de la población quedaba reflejada en la muestra.

El cuestionario se aplicó a través de entrevista personal en todos los casos. Los participan-

tes fueron contactados a través de dos procedimientos. Cuando era posible y deseable, el primer contacto se produjo directamente por parte del equipo de investigación, que fijó una cita para realizar la entrevista. Cuando el primer contacto implicaba mayor dificultad, éste se produjo a través de agentes sociales claves, como se ha señalado. En ambos casos, el entrevistador acudía al lugar indicado para la entrevista, cuyo tiempo de cumplimentación era de ~40 minutos.

Medidas

Depresión

Se utilizó la *Geriatric Depression Scale* (GDS) de Brink *et al.* (1982). La versión original consta de 30 ítems, pero en este estudio se utilizó la versión abreviada de 15 ítems. Esta última conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de administración. A través de este instrumento, ampliamente utilizado para evaluar la depresión en personas mayores, se registra la presencia de 15 síntomas de depresión y la puntuación resultante varía entre 0 y 15. El instrumento ha sido traducido y validado en diversos idiomas, incluyendo el español (Baker y Espino, 1997). Esta escala ha sido utilizada exitosamente en población chilena por Hoyle *et al.* (2000). El índice de consistencia interna (α de Cronbach) fue de 0,77.

Religiosidad y práctica religiosa

A través de un ítem del cuestionario se preguntó a los encuestados si manifestaban creencias religiosas. A aquellas personas que ofrecieron una respuesta positiva se les interrogó en torno al credo religioso concreto que profesaba. Las denominaciones religiosas resultaron en cinco categorías: católica, protestante, testigo de Jehová, mormón, y otras religiones de alto coste. A efectos analíticos, se codificó la variable 'religiosidad' en tres categorías: personas que pertene-

cen a religiones mayoritarias (Católica y Protestante troncal), a religiones de alto coste (Mormones, Testigos de Jehová, Adventistas, Fundamentalistas, Pentecostales, Evangélicos) y ausencia de creencias religiosas. Se trata de una variable ficticia (*dummy*) cuya categoría de referencia en los análisis de regresión fue la última (no creyentes).

El cuestionario también incluyó ítems para establecer si las creencias religiosas venían acompañadas de participación activa. Se preguntó a aquellas personas que declaraban tener creencias religiosas si dicha creencia venía acompañada de participación en alguna de las siguientes actividades: asistencia regular a misas y ritos religiosos; actividades de voluntariado basadas en la pertenencia religiosa y en el marco de la iglesia, parroquia, etc. y; participación en grupos al interior de la iglesia (eucaristía, catequesis, baile/coro, caridad, etc.). Se trata de determinar la práctica religiosa asociada a la creencia. Se construyó una variable ficticia con tres categorías: personas con creencias religiosas pero que no participan en las actividades religiosas correspondientes (creyentes no practicantes), personas con creencias religiosas que participan activamente (creyentes practicantes) y personas sin creencias religiosas. Esta última categoría (no creyentes) se utilizó como referencia en los análisis de regresión. Para que una persona fuera clasificada en la categoría de creyentes practicantes fue preciso que declarara una participación activa en al menos dos de los tres conjuntos de actividades señalados.

Variables de control

Los análisis realizados incluyeron diversas variables de control de naturaleza sociodemográfica. Se seleccionaron las variables más relevantes en el contexto social estudiado: edad, sexo (1= mujer), pertenencia étnica (1= etnia originaria), estado civil (1= casados/viviendo en pareja) y participa-

TABLA II
PUNTUACIONES MEDIAS EN LA MEDIDA DE DEPRESIÓN SEGÚN LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

	Media (d.t.)	t / F	p
Sexo			
Varón (n= 163)	3,91 (2,85)	t (491)=1,689	0,09
Mujer (n= 330)	4,40 (3,08)		
Estado Civil			
Casado (n= 243)	4,51 (3,38)	t (491)=1,719	0,08
No casado (n= 250)	4,00 (2,91)		
Etnia			
No originaria (n= 346)	3,99 (2,96)	t (491)=2,563	0,01
Originaria (n= 147)	4,80 (3,47)		
Participa Club AM			
Sí (n= 295)	4,27 (3,25)	t (491)=0,211	0,83
No (n= 198)	4,21 (3,07)		
Religión			
No creyente (n= 91)	4,71 (1,41)	F(2,492)=2,346	0,09
Mayoritaria (n= 304)	4,03 (2,81)		
Alto coste (n= 98)	4,56 (2,33)		
Práctica Religiosa			
No creyente (n= 91)	4,71 (2,41)	F(2,492)=3,137	0,04
Creyente No practicante (n= 152)	4,48 (2,87)		
Creyente practicante (n= 250)	3,91 (2,92)		

ción en clubes de adultos mayores no religiosos (1= sí participa). El análisis de datos se realizó a través del programa SPSS V.19.

Resultados

La puntuación media en la medida de depresión fue de 4,24 y desviación típica de 3,14. Al aplicar el punto de corte del cuestionario utilizado (GDS, Brink *et al.* 1982), un 29,3% de la muestra alcanzó puntuaciones que sugieren la existencia de depresión. En la investigación de Hoyle, Valenzuela y Marín (2000), este porcentaje llegó al 47%, con una puntuación media de 5,35 (DT=4,2). Esta diferencia se debe a que en la investigación citada la muestra no estuvo constituida por población general, sino por pacientes que acudían, por cualquier causa, a una Unidad de Atención para el Adulto Mayor. Es por tanto esperable que los niveles y casos de depresión sean altos en comparación con muestras generales, como es el presente caso.

En cuanto a la relación entre las variables de control e independientes presentes en nuestro análisis, destaca que en nuestra

muestra no se encontró asociación entre la pertenencia étnica y la práctica religiosa ($\chi^2=0,465$; $p=0,792$) o el tipo de religión ($\chi^2=1,360$; $p=0,507$). Lo mismo cabe concluir para el estado civil ($\chi^2=2,635$; $p=0,260$). En el caso del género, el porcentaje de mujeres ateas (11,2%) fue significativamente menor ($\chi^2=37,720$; $p<0,001$) que el de varones (33,1%), participando en mayor medida en actividades de carácter religioso. También, la participación en religiones mayoritarias es más frecuente entre las mujeres (73%, frente al 55,8% de los varones; $\chi^2=34,889$; $p<0,001$).

Para contrastar las hipótesis que articulan el presente trabajo se procedió a un análisis de datos en dos fases. En la primera se compararon las medias para la medida de depresión en los grupos definidos por las variables objeto de estudio (religiosidad y práctica religiosa) y por las variables de control (sexo, estado civil, etnia y participación en clubes de adultos mayores). La Tabla II muestra los resultados obtenidos al aplicar la técnica de análisis estadístico adecuada a cada variable (test t o análisis de la varianza de un factor). Como

puede apreciarse, de las variables de control únicamente los grupos definidos por la pertenencia étnica muestran diferencias estadísticas en depresión para un nivel de significación $p=0,05$. Aquellas personas mayores que pertenecen a una etnia originaria muestran una puntuación media superior a las personas que no pertenecen a una etnia originaria. Tanto el sexo como el estado civil definen diferencias estadísticas únicamente al nivel $p=0,10$, siendo superior la media de mujeres y personas que viven en soledad.

Los diferencias obtenidas en depresión en función de la variable 'religión' no alcanzan el nivel estándar $p=0,05$, si bien la probabilidad de error se sitúa por debajo del nivel $p=0,10$. Teniendo en cuenta esta observación, las puntuaciones medias de las personas no creyentes se sitúan por encima de las observadas por los grupos de personas que practican una religión de alto coste y las que practican una religión mayoritaria, siendo este grupo el que menor puntuación media muestra. Así, las puntuaciones medias en depresión de las personas que practican una religión de alto coste son mayores que las correspondientes a las personas en una religión mayoritaria (Tabla II). Al considerar los grupos definidos por el tipo de religión y la participación en clubes de adultos mayores (definiéndose tres grupos: religión mayoritaria y participación en club, religión de alto coste y club, solo club de adultos mayores) no se encontraron diferencias significativas; $F(2,262)= 0,030$; $p=0,970$. Por otro lado, las diferencias de medias para la variable 'práctica religiosa' son estadísticamente significativas para las probabilidades de error comúnmente aceptadas, de manera que las personas que combinan creencias y práctica religiosas muestran las menores puntuaciones medias en la medida de depresión.

En una segunda fase se realizaron análisis de regresión que pusieron a prueba cuatro modelos complementarios.

TABLA III
COEFICIENTES NO ESTANDARIZADOS CORRESPONDIENTES
A LOS MODELOS DE REGRESIÓN (MÍNIMOS CUADRADOS ORDINARIOS)
PARA LA VARIABLE 'DEPRESIÓN' (N= 493).

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Edad	0,018	0,017	0,017	0,017
Sexo	0,507	0,667 *	0,717 *	0,712 *
Estado civil (1 = soledad)	0,378 *	0,359	0,302	0,272
Pertenece a Etnia (1 = originaria)	0,746	0,739 **	0,771 **	0,753 **
Participación club AM (1 = sí)	-0,143	-0,098	-0,073	-0,065
<i>Religión (referencia "no creyente")</i>				
Mayoritarias		-0,873 *		-0,542
Alto Coste		-0,442		0,188
<i>Participación (referencia "no creyente")</i>				
Religioso NO participa			-0,450	
Religioso SÍ participa			-1,039 **	
Mayoritarias x Participa (interacción)				-0,581 †
Constante	2,298 *	2,885 *	2,854 *	2,883
R ²	0,086	0,098	0,103	0,104
Cambio en F	3,170 **	3,069 *	4,276 **	2,094

† $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

El modelo 1 incluye únicamente las variables de control, a saber, sexo, estado civil, pertenencia étnica y participación en clubes de adultos mayores. Los modelos 2 y 3 incorporan la religiosidad (categoría de referencia: personas no creyentes) y la participación religiosa (categoría de referencia: personas no creyentes). Por último, el modelo 4 constituye una combinación de los modelos 2 y 3, al incluir la interacción entre el tipo de creencia (religiosidad) y la práctica religiosa.

La Tabla III ofrece los resultados obtenidos en los análisis. Como puede apreciarse, la incorporación de la variable religiosidad (modelo 2) resulta en una mejora de la varianza explicada en el modelo. En concreto, nos encontramos con una asociación significativa y negativa para la categoría de 'religiones mayoritarias' con los síntomas de depresión, utilizando como categoría de referencia la ausencia de religiosidad. Sin embargo, la pertenencia a las denominadas religiones de alto coste no resulta en una reducción de los síntomas de depresión. Los resultados para el modelo 3 muestran que la religiosidad que no va acompañada de práctica religiosa no resulta en un coeficiente de regresión significativamente diferente con respecto a la categoría de referencia (no creyente). Solo las creencias acompañadas de práctica religiosa resultan en una reducción significativa de los síntomas de depresión. Por último, los cálculos correspondientes al modelo 4 no muestran interacciones significativas entre las variables de nuestro estudio. La interacción entre pertenencia a religiones mayoritarias y práctica religiosa se sitúa ligeramente por debajo de los criterios de significación estadística. Además, la incorporación de esta interacción resulta en una falta de asociación entre el tipo de religión practicada (mayoritaria o estricta) y las puntuaciones en depresión. En todo caso, este modelo no supone una contribución a la explicación de la variable dependiente con respecto a los anteriores; $F(2,483)= 2,094$; $p=0,12$.

Los resultados obtenidos ofrecen notable apoyo a las hipótesis del presente estudio. Así, los análisis de datos ponen de manifiesto que la creencia religiosa en sí misma no establece una diferencia en nuestra medida de depresión con respecto a las personas no creyentes. Para que dicha diferencia surja es necesario combinar creencia y práctica religiosa, situación que se relaciona con menores puntuaciones en depresión. Estos resultados ponen de manifiesto que la naturaleza social de la religión no solo se desarrolla en el ámbito de creencias compartidas, sino que su característica integradora se deriva de la existencia de prácticas compartidas que refuerzan y definen dichas creencias. Es este sentido, tal y como señalaba Durkheim (1912/1965), la religión es una forma originaria de integración social precisamente porque los ritos y prácticas que se generan en torno a las creencias implican la participación en estados normativos, simbólicos y materiales 'compartidos' que vinculan al sujeto con un proyecto colectivo y reglamentario de conducta (Sánchez-Moreno, 1998).

Discusión

Estos procesos de integración social generan notables beneficios para el individuo que pueden explicar la menor puntuación en la variable depresión. En primer lugar, la participación en organizaciones religiosas está en el origen de intercambios de apoyo social, cuya manifestación puede ser tanto formal como informal (George *et al.*, 2002). En cuanto grupo formal, las agrupaciones religiosas se relacionan con programas sociales o de servicios. Además, la participación en organizaciones religiosas suponen la formación de gru-

pos informales de carácter religioso, que pueden convertirse en fuente de cariño, demostraciones de afecto, información, consejo, dinero y recursos materiales en general, entre otros elementos (Scheitle y Adamczyk, 2010).

En segundo lugar, las personas mayores pueden desarrollar un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad (Shinn y Toohey, 2003; Gracia y Herrero, 2006), en este caso un grupo religioso. Aportaciones recientes como la de Thoits (2011) resaltan el valor de los sentimientos de pertenencia y de compañerismo como mecanismos de apoyo social. De esta manera, la autora plantea que pertenecer a un grupo secundario implica una aceptación e inclusión por parte de los miembros de dicho grupo. Esta aceptación no es automática e implica una integración a un 'nosotros grupal', frente a lo cual se construye un sentimiento de compañerismo que va más allá de compartir actividades y supone compartir las necesidades del grupo.

La segunda hipótesis del presente estudio señala que la asociación negativa entre religiosidad y depresión no se espera en el caso de las denominadas religiones de 'alto coste'. Nuestros resultados ofrecen apoyo a dicha hipótesis, al mostrar que solo las personas mayores que profesan alguna religión mayoritaria (católica, protestante) muestran menor incidencia de los síntomas de depresión. Estos resultados suponen una contribución al debate ya existente en las ciencias sociales en torno a las prácticas religiosas concretas que se relacionan con mayor bienestar en los sujetos. En esta línea, investigaciones como la desarrollada por Scheitle y Adamczyk (2010) analizan el efecto normativo de las religiones de alto coste en la salud física de sus afiliados, que de manera directa o indirecta pueden generar situaciones de estrés y tensión emocional. En estos casos, la experiencia religiosa puede implicar de manera simultánea la exis-

tencia de un mecanismo protector y de un mecanismo potenciador de la depresión. En concreto, algunos autores han señalado que el carácter sectario de algunas prácticas religiosas tiende a generar más estrés psicológico por su alto coste normativo (Pearlin *et al.*, 1981).

Nuevamente encontramos en una obra de Durkheim (1897/1976) ciertas claves de interpretación. En efecto, el tipo de suicidio denominado 'fatalista' fue brevemente descrito por el autor en contraposición al suicidio 'anómico'. De esta forma, la variante fatalista sería el resultado de un exceso de reglamentación social que en un momento determinado es insoportable para el individuo, resultado en suicidio. En analogía, es posible que un exceso de reglamentación religiosa se relacione con resultados negativos en salud mental. En este sentido, puede considerarse la hipótesis que las religiones de alto coste constituyen un contexto de fuerte reglamentación que puede competir con el potencial efecto positivo en el bienestar psicológico de la participación comunitaria-religiosa que fomentan. Ciertamente, nuestros resultados no establecen que las religiones de alto coste sean negativas para la salud mental de los individuos (sus puntuaciones medias no son superiores a las correspondientes a personas mayores no religiosas), pero sí sugieren la posibilidad de que se produzca dicha circunstancia. De ahí la necesidad de desarrollar investigaciones posteriores en el ámbito concreto de la salud mental en el caso de las personas mayores que analicen de manera específica la relación entre salud mental y religiones de alto coste en Chile en particular, y en América Latina en general.

Por último, los resultados obtenidos no confirmaron nuestra tercera hipótesis. De esta forma, no se encontraron diferencias al comparar las puntuaciones medias en depresión de aquellas personas mayores que profesan una religión 'mayoritaria' y participan activamente con respecto al resto de grupos

considerados. Nuestra hipótesis establecía que la interacción entre creencia y práctica religiosas contribuiría a explicar las diferencias en depresión en el caso de las personas que practican religiones mayoritarias. La ausencia de interacción entre creencia y práctica religiosas en el tercer modelo de regresión no confirma esta hipótesis. Sin embargo, el hecho de que la interacción entre ambas variables sea significativa para $p < 0,10$ unido a la confirmación de nuestra primera hipótesis, sugiere la posibilidad de que muestras que sobre-representen este grupo obtengan resultados significativos en esta línea de análisis.

Todas estas consideraciones y los resultados obtenidos deben contemplarse en el marco de las limitaciones del estudio. En primer lugar, los resultados no son generalizables a toda la población chilena de personas mayores, ya que la muestra representa únicamente la región de Arica y Parinacota. Sin embargo, cabe enfatizar que los resultados se han obtenido de una muestra amplia y representativa de las características de las personas mayores de dicha región. Además, los análisis de datos realizados han utilizado como controles las principales variables sociodemográficas de la población objeto de estudio. En este sentido, y en consonancia con investigaciones previas, nuestros resultados sugieren que la incidencia de los síntomas de depresión es mayor entre las mujeres (Sonnenberg *et al.*, 2013), las minorías étnicas (Pinquart y Sörensen, 2005) y las personas mayores que viven en soledad (Victor y Yang, 2012).

El diseño transversal de este estudio dificulta el establecimiento de relaciones causales entre las variables. Investigaciones longitudinales ayudarían a determinar el papel de la depresión y de los acontecimientos vitales propios de un momento avanzado del ciclo vital en la incorporación en actividades comunitarias. Dicho de otra forma, se plantea la necesidad de estudios que atiendan a las relaciones cau-

sales recíprocas entre religiosidad y práctica religiosa y salud mental. En este punto no solo los estudios longitudinales son apropiados, sino también aquellos que utilicen metodologías de tipo cualitativo y que permitan analizar la significación de la participación religiosa en sus diversas variaciones para el bienestar de las personas mayores en Chile. En el contexto del ciclo vital, estudios que utilicen el método biográfico parecen especialmente pertinentes.

Conclusión

El presente estudio se ocupa de la relación entre participación religiosa y depresión entre adultos mayores viviendo en la región de Arica y Parinacota, Chile. Los resultados sugieren que la participación religiosa tiene un papel protector en el bienestar psicológico de las personas mayores chilenas. En concreto, parece que la práctica en actividades de carácter religioso se relaciona con un menor impacto de los síntomas de depresión. Igualmente, nuestros resultados apuntan a la existencia de diferencias cualitativas en el tipo de culto religioso en cuanto a su relación con la salud mental de las personas mayores, de forma que las denominadas religiones de 'alto coste' no implican un beneficio para los individuos en términos de salud mental (en nuestro caso, no se detecta un papel protector frente a la depresión).

En determinadas circunstancias, por tanto, la participación religiosa puede constituirse en un recurso para afrontar una vejez con mejores indicadores de salud mental. Esta observación coincide con aquellos estudios que señalan que variables y procesos como la religiosidad y la espiritualidad deben incorporarse en la definición de envejecimiento satisfactorio (McCarthy, 2011). Así, parece necesario el desarrollo de investigaciones en América Latina que indaguen en aspectos más específicos de la religiosidad, por ejemplo en torno a los valores y prácticas específicas en función del tipo de

religión, o el nivel de implicación normativa, personal y familiar que se asocia con adecuados niveles de salud mental en el caso de las personas mayores, entre otros aspectos.

REFERENCIAS

- Baker FM, Espino DV (1997) A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int. J. Geriatr. Psych.* 12: 21-25.
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL (1982) Screening tests for geriatric depression. *Clin. Gerontol.* 1: 37-43.
- Durkheim E (1976). *El Suicidio*. Akal. Madrid, España. (Original publicado en 1897). 456 pp.
- Durkheim E (1982) *Las Formas Elementales de la Vida Religiosa. El Sistema Totémico en Australia*. Akal. Madrid, España. (Original publicado en 1912). 426 pp.
- George LK, Ellison CG, Larson DB (2002) Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health. *Psychol. Inq.* 13: 190-200.
- Gracia E, Herrero J (2006) La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Rev. Latinoam. Psicol.* 38: 327-342.
- Gracia E (1997) *El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria*. Paidós. Barcelona, España. 318 pp.
- Herrera MS, Rojas M, Campos F, Fernández B (2011) *Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2010*. Servicio Nacional de Adultos Mayores. Santiago, Chile. 11 pp.
- Hoyle T, Valenzuela E, Marín PP (2000) Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev. Méd. Chil.* 128: 1199-1204.
- Huijts T, Kraaykamp G (2011) Religious involvement, religious context, and self-assessed health in Europe. *J. Health Soc. Behav.* 52: 91-106.
- Iannaccone LR, Olson DV, Stark R (1995) Religious resources and church growth. *Soc. Forces* 74: 705-731.
- Idler EL (1987) Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Soc. Forces* 66: 226-238.
- June A, Segal DL, Coolidge FL, Klebe K (2009) Religiousness, social support and reasons for living in African American and European American older adults: An exploratory study. *Aging & Mental Health* 13: 753-760.
- Kelley, D (1986) Why conservative churches are growing. A study in the sociology of religion. Mercer University Press. Macon, GA, EE.UU. (Original publicado en 1972). 187 pp.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB (2001) *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press. Nueva York, EE.UU. Pp. 1-14.
- Krause N (2006) Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *J. Gerontol. Soc. Sci.* 61: 35-43.
- Krause N (2009) Church-based volunteering, providing informal support at church, and self-rated health in late life. *J. Aging Health* 21: 63-84.
- Lim C, Putman RD (2010) Religion, social networks, and life satisfaction. *Am. Sociol. Rev.* 75: 914-933.
- Maselko J, Kubzansky LD (2005) Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the U.S. General Social Survey. *Soc. Sci. Med.* 62: 2848-2860.
- McCarthy VL (2011) A new look at successful aging exploring a mid-range nursing theory among older adults in a low-income retirement community. *J. Theory Constr. Test.* 15: 17-23.
- Ministerio de Desarrollo Social (2011) *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Observatorio Social. Santiago, Chile.
- Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan, JT (1981) The stress process. *J. Health Soc. Behav.* 22: 337-356.
- Pickard JG, Guo B (2008) Clergy as mental health service providers to older adults. *Aging Ment. Health* 12: 615-624.
- Pinquart M, Sörensen S (2005) Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *Gerontologist* 45: 90-106.
- Sánchez-Moreno E (1998) Apoyo social, integración social y salud mental. *Rev. Psicol. Soc.* 13: 537-544.
- Scheitle CP, Adamczyk A (2010) High-cost religion, religious switching, and health. *J. Health Soc. Behav.* 51: 325-342.
- Shinn M, Toohey SM (2003) Community contexts of human welfare. *Annu. Rev. Psychol.* 54: 427-459.
- Sonnenberg CM, Deeg DH, van Tilburg TG, Vink D, Stek ML, Beekman AT (2013) Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *Int. Psychogeriatr.* 25: 61-70.
- Sternthal MJ, Williams DR, Musick MA, Buck, AC (2010) Depression, anxiety, and religious life: A search for mediators. *J. Health Soc. Behav.* 51: 343-359.
- Thoits PA (2011) Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J. Health Soc. Behav.* 52: 145-161.
- Victor CR, Yang K (2012) The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *J. Psychol.* 146: 85-104.
- Yoon DP (2008) Factors affecting subjective well-being for rural elderly individuals the importance of spirituality, religiousness, and social support. *J. Relig. Spirit. Soc. Work* 25: 59-75.