

<sup>1</sup>Escuela de Salud Pública de la  
Universidad de Santiago de Chile.  
PhD. en Sociología

Trabajo no recibió  
financiamiento.

El autor declara no tener  
conflictos de interés.

Recibido el 17 de agosto de  
2021, aceptado el 25 de marzo  
de 2022.

Correspondencia a:  
Luis Sarmiento  
Escuela de Salud Pública de la  
Universidad de Santiago de Chile  
sarmientoloayza@gmail.com

# Bienestar subjetivo, estado de salud, funcionalidad y participación social en personas mayores de Chile

LUIS SARMIENTO LOAYZA<sup>1</sup>

## Subjective well-being, health status, functional capacity and social participation in Chilean older people

**Background:** Chile is currently updating the Comprehensive Policy on Positive Aging, which establishes a positive association between Subjective Well-being, Self-perceived Health, Functional status, and Social Participation in older people. **Aim:** To study the relationship between Subjective Well-being, General Health, Functional status, and Social Participation in older people in Chile. **Material and Methods:** In a cross-sectional observational study, 2.031 people aged 60 years and over were included in the National Health Survey 2016-2017 (ENS). The study included analysis of correlations between the relevant variables, in addition to binomial logistic regression with Subjective Well-being as a response variable, as well as the application of structural equation techniques (SEM). **Results:** Subjective Well-being had a positive association with Self-perceived Health ( $Rho = 0.370$ ), functional status ( $Rho = 0.360$ ), and Social Participation ( $Rho = 0.290$ ). However, in the logistic regression analysis only Self-perceived Health ( $OR = 0.293$ ) and Functional status ( $OR = 0.932$ ) had predictive capacity for Subjective Well-being. **Conclusions:** The relevance of Self-perceived Health and Functionality in the sensation of Well-being among older people, reinforces the need to improve health care within a framework of a comprehensive policy for this age group.

(Rev Med Chile 2022; 150: 1010-1017)

**Key words:** Aged; Functional Status; Quality of Life.

La Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile, 2012-2025<sup>1</sup> (en adelante “La Política”), se diseñó como una respuesta de Estado a los desafíos que le plantea el cambio demográfico y la transición epidemiológica. La Política se propone tres objetivos generales: a) Proteger la salud funcional de las personas mayores (PM); b) Mejorar su integración en los distintos ámbitos de la sociedad; e c. Incrementar sus niveles de bienestar subjetivo<sup>1</sup>.

La Política se fundamentó en la hipótesis de que la salud funcional es la condición de posibilidad para la participación social integral, lo

cual a su vez genera mayor bienestar subjetivo<sup>2</sup>. De los tres objetivos estratégicos, al Ministerio de Salud de Chile corresponde la salud funcional como indicador sectorial, contribuyendo desde su cumplimiento al bienestar subjetivo de las PM. Lo anterior se fundamentó en que la propia Organización Mundial de la Salud propuso la funcionalidad como el principal indicador de salud integral de las PM<sup>3</sup>. En el año 2021 el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) comenzó un proceso de actualización de la Política.

A nivel internacional existe cierta evidencia que señala que la capacidad funcional y la condición

de salud son el principal predictor de la calidad de vida o bienestar subjetivo de las PM<sup>4</sup>, al igual que sobre participación comunitaria en población general<sup>5</sup>, y participación social y actividad física en PM<sup>6</sup>.

La pregunta es, ¿cuál es el efecto de la salud funcional sobre la participación social integral y el bienestar subjetivo de las PM? Este trabajo tiene por objetivo estimar el efecto de la condición de salud y la capacidad funcional de las PM sobre su participación social y bienestar subjetivo a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2015-2016 (ENS)<sup>6</sup>. En ENS, la capacidad funcional se define como la habilidad para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente, distinguiéndose en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como alimentarse, vestirse, asearse, trasladarse en el hogar; y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como hablar por teléfono, administrar dinero, comprar, trasladarse fuera del hogar. La ENS define operacionalmente el bienestar subjetivo como la autopercepción sobre situación de familia, trabajo, salud, bienestar y amor. La participación social en ENS, se mide mediante asistencia a eventos de carácter festivo, religioso, reuniones vecinales o actividades comunitarias, además del nivel de agrado en las relaciones vecinales y familiares<sup>6</sup>.

## Método

Estudio observacional transversal, de tipo explicativo. La muestra corresponde a 2.031 personas de 60 años y más de la ENS, encuesta de tipo probabilístico con representatividad nacional. La ENS combina preguntas de auto reporte con exámenes de laboratorio tomados por profesionales de la salud. Se incorporaron variables que se encuentran consultadas de forma directa en la ENS, y algunas otras variables construidas. Las variables construidas se presentan en Tabla 1.

El análisis descriptivo se realizó mediante medidas de tendencia central, dispersión, medidas de resumen y visualización. Para la presentación del estado de Bienestar y Salud general, las variables originales de la ENS se recategorizaron en nuevas variables. Para la variable Bienestar Subjetivo (código cd1 en ENS), se agruparon las categorías *Mal*, *Muy mal* y *Menos que regular* en la categoría *Malestar*; la categoría *Regular* permaneció como tal; las categorías *Más que regular*, *bien* y *Muy Bien*

se agruparon en *Bienestar*. Esta recategorización se realizó en función de dos criterios: facilitar una regresión logística binaria e identificar factores de riesgo en relación a una categoría de interés, cual es presentar ausencia de bienestar subjetivo; segundo, aumentar el número de casos en la categoría de interés recién indicada. En tanto, en la variable Salud General auto percibida (código cd2 en ENS) se agruparon las categorías *Muy buena* y *Buena* en la categoría *Buena*; la categoría *Regular* permaneció como tal; mientras que las categorías *Mala* y *Muy mala* se agruparon en *Mala*. Este agrupamiento se realizó con miras a aumentar el número de casos de los grupos generados con la recategorización.

El análisis inferencial comprendió el cálculo de intervalos de confianza, pruebas de normalidad mediante test de Shapiro Wilks y Smirnov Kolmogorov, y test de hipótesis y asociación no paramétricas dado el resultado de las pruebas de normalidad (todas las variables del estudio presentaron una distribución distinta a la normal).

Se realizó una regresión logística binomial, con la variable original cd1 (Bienestar Subjetivo) como variable respuesta. Para esto, cd1 se recodificó de forma binaria, agrupando las categorías “Muy mal”, “Mal”, y “Menos que regular”, en una categoría de malestar, y el resto de las categorías en bienestar. La evaluación del modelo se realizó mediante Criterio de Información de Akaike (AIC), y R<sup>2</sup> de Nagelkerke, buscando un menor valor AIC y mayor en R<sup>2</sup>. Las variables predictoras consideradas fueron Polimorbilidad, Funcionalidad, Salud General auto percibida (considerada en su nivel de medición original de la ENS, cd2), Participación social, Controles de salud del último año, e Ingreso económico del hogar (en adelante Ingreso).

Finalmente se realizó un análisis multivariado mediante la técnica *Path Analysis* del *Structural Equation Modeling* (SEM), con bienestar Subjetivo original (cd1) como variable a predecir, con los predictores Salud general auto percibida, Polimorbilidad, Funcionalidad, Participación social, e Ingreso. Las primeras cuatro variables se incluyeron en función del modelo de hipótesis original de la Política, e Ingreso se incluyó en función del resultado obtenido en el análisis de regresión logística binomial. Los estimadores presentados en este análisis son los coeficientes Beta (B), *Odds Ratio* (OR) y significancia estadística del estimador (valor p significativo a 95% de confianza).

**Tabla 1. Operacionalización de variables construidas a partir de variables originales de la ENS**

Variable	Variables originales que incorpora	Método de construcción
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Qué grado de dificultad ha tenido para asearse o vestirse?	Estas variables tienen cinco categorías de respuesta, las cuales son:  Ninguna, leve, moderada, severa, extrema  Se realiza una suma simple de estas variables. De este modo, se asume que quien presenta un mayor puntaje tiene mayor dificultad para la realización de las ABVD
	¿Qué grado de dificultad ha tenido para alimentarse?	
	¿Qué grado de dificultad ha tenido para utilizar el baño (W.C.)?	
	¿Qué grado de dificultad ha tenido para acostarse y levantarse de la cama?	
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	¿Qué grado de dificultad ha tenido para comunicarse, por ejemplo, comprender o ser entendido usando su lenguaje habitual?	Estas variables tienen cinco categorías de respuesta, las cuales son:  Ninguna, leve, moderada, severa, extrema  Se realiza una suma simple de estas variables. De este modo, se asume que quien presenta un mayor puntaje tiene mayor dificultad para la realización de las AIVD
	¿Qué grado de dificultad ha tenido para salir a la calle?	
	¿Qué grado de dificultad ha tenido para hacer compras o ir al médico?	
	¿Qué grado de dificultad ha tenido para manipular objetos pequeños o abrir un envase?	
	¿Qué grado de dificultad ha tenido para hacer las tareas de la casa como barrer, cocinar, hacer arreglos o sacar la basura?	
Participación social	¿Qué grado de dificultad ha tenido para participar en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales u otras actividades comunales?	Estas variables tienen cinco categorías de respuesta, las cuales son:  Ninguna, leve, moderada, severa, extrema.  Se realiza una suma simple de estas variables. De este modo, se asume que quien presenta un mayor puntaje tiene mayor dificultad para participación social
	¿Qué grado de dificultad ha tenido para llevarse bien con la gente cercana a usted, incluyendo su familia y amigos?	
Controles de salud	¿Cuántas veces en el último año fue controlado por su médico?	Al tratarse de variables continuas, se realiza una suma simple de las respuestas entregadas a las tres variables
	¿Cuántas veces en el último año fue controlado por su enfermera?	
	¿Cuántas veces en el último año fue controlado por su nutricionista?	
Funcionalidad	Es una suma de las variables creadas "ABVD" y "AIVD"	Suma simple de las variables originales que compusieron las variables creadas ABVD y AIVD

El ajuste del modelo SEM se evaluó mediante *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Comparative Fit Index* (CFI), y *Modification Index* (MI). Se consideró un modelo con buen ajuste en el caso de presentar un RMSEA inferior a 0,05, y un TLI y CFI superior a 0,9.

Los análisis se realizaron mediante el lenguaje de programación R 4.0.0, especialmente a través de la librería *Laavan*<sup>7</sup>.

La investigación fue realizada con información secundaria, por lo cual no se necesita consentimiento informado o aprobación de comité de ética.

## Resultados

El 63,7% de la muestra correspondió a mujeres, con una edad media fue de 71 años (máximo 98 años). En cuanto al nivel de Bienestar Subjetivo, 5,0% reportó ausencia de Bienestar Subjetivo, 20,1% Estado Regular, y 74,9% reportó Bienestar Subjetivo. En relación con la Salud General auto percibida, 41,2% de la muestra reportó un Buen Estado, mientras que 13,4% reportó Mal Estado. Para Participación Social, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), y Salud Funcional, la Tabla 2 presenta la media, valores mínimo-máximo e intervalos de confianza. La media de Controles de Salud fue de 4,8 en el lapso de un año, con un mínimo de 0 controles y un máximo de 48. Finalmente, el Ingreso promedio fue de USD 489,7<sup>i</sup>,

<sup>i</sup>Equivalente a \$362.888 pesos chilenos, de acuerdo con el valor del dólar al 24 de junio de 2021 (a esta fecha un peso chileno equivalía a 0,0014 dólares) De acuerdo

con un mínimo de USD34 y máximo de USD 17.684.

La Figura 1 presenta los coeficientes de correlación Rho de Spearman de las variables continuas del estudio. Destaca en color azul las correlaciones positivas, mientras que en color anaranjado se destacan las correlaciones negativas. De la figura destaca que, a mayor capacidad para las AIVD, se observó también mayor Participación Social, capacidad para las ABVD, Funcionalidad Psicológica, Salud General, Bienestar Subjetivo, mayor Ingreso, menor Edad, Polimorbilidad y Controles de Salud. A mayor Funcionalidad, mayor Participación Social (Rho = 0,610), Salud General (Rho = 0,40), Bienestar Subjetivo (Rho = 0,350), menor edad (Rho = -0,240), y menor Polimorbilidad (Rho = -0,170).

La Salud General presentó una asociación po-

con esta equivalencia, el ingreso mínimo reportado fue de \$25.000, mientras que el máximo fue de \$13.000.000 pesos chilenos.

**Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables consideradas en el estudio**

	n (%)	Descriptivo MEDIA (Min- Max)	IC 95%
Sexo			
Hombre	737 (36,3)		34,2 - 38,4
Mujer	1.294 (63,7)		61,6 - 65,8
Edad	2.031	71,0 (60 - 98)	70,7 - 71,4
Bienestar general			
Mal estado	102 (5,0)		4,1 - 6,1
Regular	408 (20,1)		18,4 - 21,9
Buen estado	1.521 (74,9)		72,9 - 76,8
Salud general			
Mala	273 (13,4)		12,0 - 15,0
Regular	922 (45,4)		43,2 - 47,6
Buena	836 (41,2)		39,0 - 43,3
Participación social	1.998	9,5 (2 - 10)	9,41 - 9,52
ABVD	2.030	19,2 (4 - 20)	19,1 - 19,3
AIVD	2.030	23,0 (5 - 25)	22,8 - 23,2
Funcionalidad	2.024	50,7 (11 - 55)	50,4 - 51,0
Control de salud	1.059	4,8 (0 - 48)	4,55 - 5,13
Polimorbilidad	2.031	1,01 (0 - 6)	0,96 - 1,06
Ingreso mensual hogar (USD)	1.695	489,7 (34 - 17.684)	457,5 - 529,8
Funcionalidad psicológica	2.025	8,45 (2 - 10)	8,37 - 8,53

Fuente: elaboración propia.

Edad	-0.310	-0.240	-0.230	-0.180	-0.090	-0.080	-0.070	-0.040	0.010	0.070	
Control salud	-0.100	-0.090	-0.080	-0.060	-0.070	-0.090	-0.010	-0.080	0.160		
Polimorbilidad	-0.180	-0.170	-0.150	-0.140	-0.110	-0.080	-0.050	-0.190			
Salud gral	0.340	0.400	0.290	0.300	0.340	0.150	0.370				
Bienestar gral	0.270	0.350	0.290	0.250	0.330	0.190					
Ingreso	0.130	0.120	0.120	0.090	0.080						
Funcionalidad psicológica	0.400	0.790	0.390	0.330							
ABVD	0.600	0.620	0.570								
Participación social	0.600	0.610									
Funcionalidad	0.810										
AIVD											
	AIVD	Funcionalidad	Participación social	ABVD	Funcionalidad psicológica	Ingreso	Bienestar gral	Salud gral	Polimorbilidad	Control salud	Edad

**Figura 1.** Coeficientes de correlación de las variables del estudio. Fuente: elaboración propia.

sitiva con Funcionalidad ( $Rho = 0,400$ ), con Bienestar Subjetivo ( $Rho = 0,370$ ), con Participación Social ( $Rho = 0,290$ ), y con Ingreso ( $Rho = 0,150$ ); mientras que presentó asociación negativa con Polimorbilidad ( $Rho = -0,190$ ).

La Tabla 3 presenta las medias obtenidas en las variables del estudio de acuerdo con el nivel de Bienestar Subjetivo. Las variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas en sus medias de acuerdo con el nivel de Bienestar Subjetivo fueron Edad, Salud General, Funcionalidad

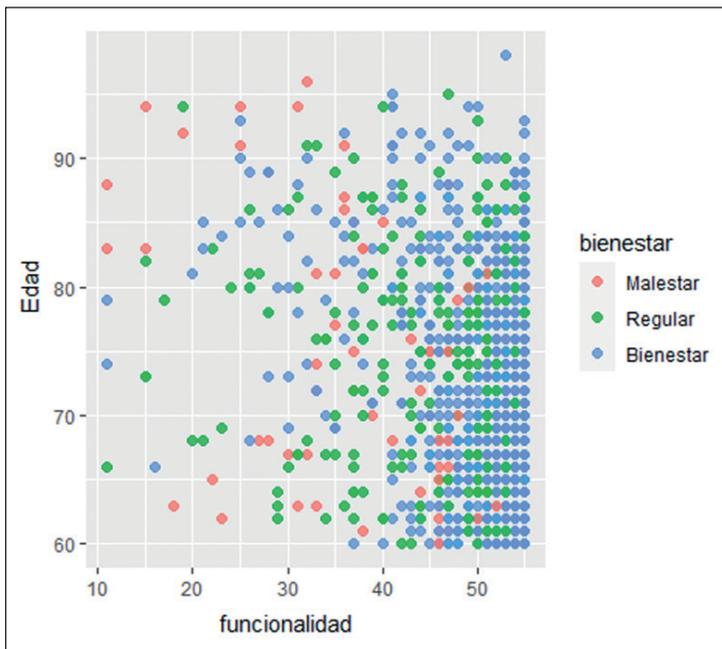
y Participación Social.

En la Figura 2, en el eje horizontal se encuentra la variable Funcionalidad, en el eje vertical se encuentra la variable Edad, y ambas se distinguen en color según el nivel de Bienestar Subjetivo. Lo primero es destacar que la mayor parte de las PM reportaron tener Bienestar Subjetivo, menor edad dentro del grupo etario y buenos niveles de funcionalidad. A medida que se aumenta en edad disminuyó el nivel de funcionalidad, así como de Bienestar Subjetivo.

**Tabla 3. Medias de variables del estudio de acuerdo con nivel de Bienestar general**

	Media			Valor p	
	Malestar	Regular	Bienestar		
Edad	72,7	72,0	70,7	0,003	***
Salud general	2,42	2,91	3,46	0,000	***
Funcionalidad	42,0	47,9	52,0	0,000	***
Polimorbilidad	1,28	1,10	0,96	0,050	
Control de salud	4,93	5,19	4,73	0,500	
Participación social	8,2	9,07	9,65	0,000	***
Ingreso del hogar (USD)	358,26	358,58	543,15	0,070	

Fuente: elaboración propia.



**Figura 2.** Funcionalidad y edad de las personas mayores según nivel de bienestar general.

#### *Modelo de relación entre participación social, bienestar y funcionalidad*

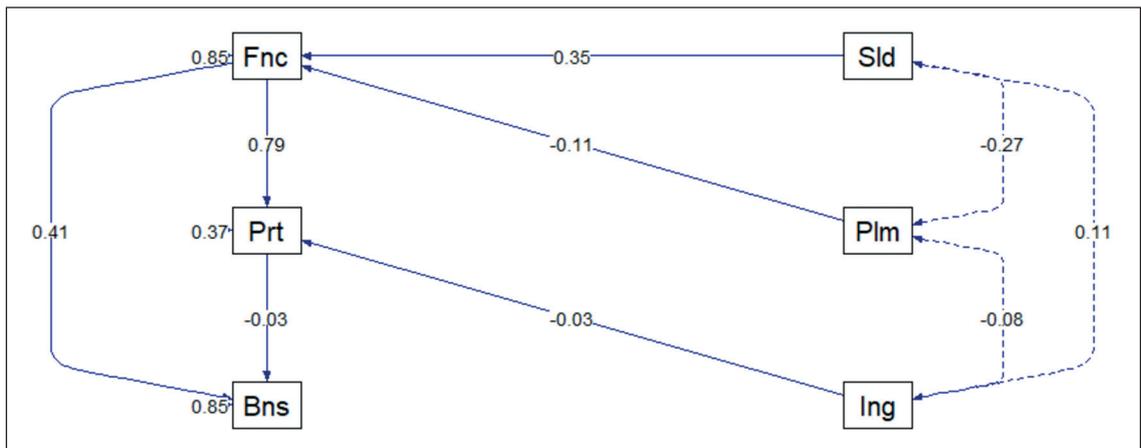
La Tabla 4 presenta dos modelos de regresión, con Bienestar Subjetivo como variable respuesta. El primer modelo presenta el coeficiente Beta estimado, los *Odds Ratio* (OR) y valor p de todas

las variables del estudio. Este modelo mostró un coeficiente AIC de 382,42, un  $R^2$  de 0,226, con dos variables estadísticamente significativas, estas fueron: Salud General y Funcionalidad. En el segundo modelo se conservaron únicamente las variables con significación estadística, es decir,

**Tabla 4. Modelos de regresión logística binomial con las variables del estudio**

	Modelo 1			Modelo 2		
	Estimate	OR	p value	Estimate	OR	p value
Edad	3,385	1,008	0,681			
Salud	0,008	0,318	0,000	*** -1,226	0,293	0,000
Funcionalidad	-1,145	0,921	0,000	*** -0,071	0,932	0,000
Participación	-0,082	1,093	0,534			
Ingreso	0,089	1,000	0,237			
Control	0,000	0,966	0,337			
Polimorbilidad	-0,035	0,968	0,806			
(Intercepto)	-0,032	29,521	0,080	3,981	0,002	0,000
n		900			1.692	
Nagelkerke R2		0,226			0,251	
AIC		328,42			639,77	

Fuente: elaboración propia.



**Figura 3.** Modelo de ecuaciones estructurales (SEM) con variables del estudio. Nota: Fnc = Funcionalidad, Sld = Salud, Plm = Polimorbilidad, Ing = Ingreso, Bns= Bienestar, Prt = Participación. Fuente: elaboración propia.

Salud General (OR 0,318) y Funcionalidad (OR 0,921, con un AIC de 639,7 y un  $R^2$  0,251). De acuerdo con este segundo modelo, un punto en el estado de Salud General auto percibida disminuye en 71% la probabilidad de presentar ausencia de Bienestar Subjetivo, mientras que un punto más en la funcionalidad física disminuye en 7% la probabilidad de presentar ausencia de Bienestar Subjetivo.

La Figura 3 presenta un esquema de relaciones de las variables del estudio de acuerdo con la aplicación de análisis de senderos (SEM). Según el esquema, Polimorbilidad se relacionó negativamente con Salud General ( $B = -0,27$ ), mientras que el Ingreso mostró una relación positiva con Salud General ( $B = 0,11$ ), y una relación negativa débil con Polimorbilidad ( $B = -0,08$ ), es decir, a mayor Ingreso menor número de patologías crónicas. Salud General presentó una relación positiva con la Funcionalidad ( $B = 0,35$ ), mientras que Polimorbilidad se relacionó de forma negativa con la Funcionalidad ( $B = -0,11$ ). La Funcionalidad mostró a su vez un fuerte efecto positivo sobre la Participación Social ( $B = 0,79$ ), y sobre Bienestar Subjetivo ( $B = 0,41$ ). El Ingreso presentó una relación negativa con la Participación Social ( $B = -0,03$ ), mientras que la Participación Social presentó también una relación negativa con el Bienestar Subjetivo ( $b = -0,03$ ). Este modelo obtuvo un coeficiente RMSEA de 0,154, TLI de 0,989 y CFI de 0,994.

## Discusión

Existe evidencia que identifica la condición de salud como el predictor más relevante para estimar el nivel de Bienestar Subjetivo de las PM<sup>8</sup>. La Política tiene como hipótesis subyacente que la funcionalidad de las PM impacta en la participación social, y ambas ayudan a explicar de forma importante el Bienestar Subjetivo<sup>2</sup>. En este estudio se testeó este marco hipotético, hallándose un efecto relevante de la salud y funcionalidad en el bienestar subjetivo de las PM. La funcionalidad está asociada en forma positiva con la salud general auto percibida, así como negativamente con polimorbilidad. Esta asociación es esperable, y refuerza la necesidad de mejorar la funcionalidad de las PM a través de una atención integral en salud que considere las patologías crónicas y la salud auto percibida.

La Participación Social no presentó una asociación significativa con Bienestar Subjetivo en el modelo de regresión logística. De todas maneras, en las pruebas de hipótesis y correlaciones bivariadas sí se observó relación entre Participación Social y Bienestar Subjetivo. Estos resultados apoyan la incorporación de una perspectiva sanitaria en todas las acciones planificadas en la reformulación de la Política, así como a relevar el objetivo de mejorar la salud funcional de las PM al mismo nivel de importancia de la participación social integral.

La evidencia muestra también asociación positiva entre participación social y envejecimiento activo y saludable<sup>9,10</sup>, con participación social diferenciada por sexo, donde las mujeres se encargan de proveer cuidados y los hombres desarrollan mayor actividad deportiva<sup>10</sup>. En este contexto, la participación social, puede ser abordada igualmente desde la perspectiva de la salud funcional de las PM, evitando reducirla a la dimensión puramente sanitaria. Es conocida también la evidencia sobre la relación entre aislamiento social y mala salud cognitiva en PM<sup>11</sup>, especialmente entre quienes presentan cuadros ansiosos y depresivos<sup>12</sup>. El sector salud puede colaborar a la reformulación de la Política desde la prevención integral de la dependencia funcional, aportando con evidencia para el diseño de acciones que reduzcan el aislamiento social y mejoren la capacidad funcional (física, social y cognitiva).

La mayor parte de las PM presentó buenos niveles de funcionalidad y salud auto percibida. El estudio entregó evidencia del efecto de la funcionalidad en el bienestar de las PM, esfuerzos que debiesen complementarse con asegurar servicios de salud de calidad y oportunos para este grupo etario.

Las limitaciones del estudio son principalmente dos, la primera está dada por las pocas variables que se incluyen en la ENS para la medición de la participación social de las PM. La segunda está dada por la menor proporción de PM que reportan mal o muy mal bienestar subjetivo, lo cual dificulta la generación de modelos predictivos.

## Conclusión

El estudio permitió probar la relación entre capacidad funcional de las PM y Bienestar Subjetivo, base del aporte sectorial que salud realiza a la Política de SENAMA. El estudio arrojó datos menos concluyentes sobre el efecto de la participación social en el Bienestar Subjetivo de las PM.

## Referencias

1. SENAMA. 2015. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025 [Internet]. [citado el 4 de enero de 2022]. Disponible en: [https://vifadulto-mayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas\\_.pdf](https://vifadulto-mayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas_.pdf)
2. Calvo E. Envejecimiento Positivo. Módulo 4: Diplomado para la Prevención y Abordaje del Maltrato hacia las Personas Mayores 2015; 48-60. Disponible en: [https://www.esteban-calvo.com/wp-content/uploads/2015/02/Calvo\\_2013\\_envejecimiento-positivo-PUC.pdf](https://www.esteban-calvo.com/wp-content/uploads/2015/02/Calvo_2013_envejecimiento-positivo-PUC.pdf)
3. OMS. 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. [citado el 4 de enero de 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf)
4. Munford LA, Panagioti M, Bower P, Skevington SM. Community asset participation and social medicine increases qualities of life. *Soc Sci Med*. 1982. 2020; 259: 113149.
5. Gough C, Lewis LK, Barr C, Maeder A, George S. Community participation of community dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021; 21 (1): 612.
6. ENS - Encuesta nacional de salud [Internet]. EPI - Departamento de Epidemiología. [citado el 3 de enero de 2022]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuesta-ens/>
7. Rosseel Y. lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *J Stat Softw*; 48 (1): 1-36.
8. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res*. 2005; 14 (7): 1651-68.
9. Albala C. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN CHILENA Y LOS DESAFÍOS PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES. *Rev Médica Clínica Las Condes* 2020; 31 (1): 7-12.
10. Pinazo-Hernandez S, Torregrosa-Ruiz M, Jimenez-Martí M, Blanco-Molina M. Participación social y satisfacción vital: tipos de participación y diferencias entre mujeres y hombres mayores. *Rev Psicol SALUD* 2019; 7 (1): 202-34.
11. Iem E, Dj L, Fe M, Rt W, CB, LC. Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PloS One* [Internet] 2018 [citado el 4 de enero de 2022]; 13 (8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30118489/>
12. Iem E, Dj L, Fe M, Rt W, C B, L C. Social isolation, cognitive reserve, and cognition in older people with depression and anxiety. *Aging Ment Health* [Internet] 2019 [citado el 4 de enero de 2022]; 23 (12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30518250/>