

María Soledad Herrera Ponce<sup>I</sup>

Raúl Pedro Elgueta Rosas<sup>II</sup>

María Beatriz Fernández Lorca<sup>I</sup>

# Capital social, participación en asociaciones y satisfacción personal de las personas mayores en Chile

## Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analizar los factores relacionados con la participación en asociaciones y su vínculo con la percepción de bienestar en las personas mayores.

**MÉTODOS:** Se utilizan los datos de la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica de Chile del año 2011, basada en una muestra probabilística de los hogares chilenos. Se analizan los datos de 31.428 adultos mayores que viven en dichos hogares. Se realizaron análisis descriptivos y explicativos, utilizando modelos de regresión multivariada logística y lineal. Se distinguieron distintos tipos de participación: egotrópica, sociotrópica y religiosa.

**RESULTADOS:** Los porcentajes de participación en asociaciones aumentaron con la edad hasta los 80 años, para luego descender. El principal hallazgo del estudio consistió en la importancia que tenía el capital social familiar sobre la participación individual de los mayores. Se constató que esta participación se relacionaba con una mayor percepción de bienestar subjetivo. Se identificaron cuatro fuentes de participación social en la vejez: el hogar, el entorno rural, la política social y la religiosidad. Cuando en el hogar había otras personas que participaban se incrementaron significativamente las probabilidades de participar, transmitiéndose además el tipo de asociación en que se participaba. Los entornos rurales eran más propicios para la participación, principalmente de tipo territorial. Las agrupaciones de adultos mayores habían ido en continuo aumento en Chile, siendo más importantes después de la jubilación. La religiosidad seguía siendo una importante fuente de asociativismo. Las mujeres participaban más que los hombres, y sólo se equiparaban a los hombres después de los 80 años.

**CONCLUSIONES:** La percepción de bienestar subjetivo no depende únicamente de las condiciones objetivas de vida de como la salud e ingresos, sino también de una inserción activa en la sociedad, medida como participación en asociaciones, a pesar de que los efectos son moderados.

**DESCRIPTORES:** Anciano. Satisfacción Personal. Relaciones Familiares. Participación Social. Red Social. Apoyo Social. Condiciones Sociales.

<sup>I</sup> Instituto de Sociología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

<sup>II</sup> Instituto de Estudios Avanzados. Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile

**Correspondencia | Correspondence:**

María Soledad Herrera Ponce  
Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile  
Vicuña Mackenna 4860  
Macul, Santiago de Chile  
E-mail: mherrepo@uc.cl

Recibido: 4/2/2013  
Aprobado: 8/4/2014

Artículo disponible en español y inglés en:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To examine factors associated with social participation and their relationship with self-perceived well-being in older adults.

**METHODS:** This study was based on data obtained from the National Socioeconomic Characterization (CASEN) Survey conducted in Chile, in 2011, on a probability sample of households. We examined information of 31,428 older adults living in these households. Descriptive and explanatory analyses were performed using linear and multivariate logistic regression models. We assessed the respondents' participation in different types of associations: egotropic, sociotropic, and religious.

**RESULTS:** Social participation increased with advancing age and then declined after the age of 80. The main finding of this study was that family social capital is a major determinant of social participation of older adults. Their involvement was associated with high levels of self-perceived subjective well-being. We identified four settings as sources of social participation: home-based; rural community-based; social policy programs; and religious. Older adults were significantly more likely to participate when other members of the household were also involved in social activities evidencing an intergenerational transmission of social participation. Rural communities, especially territorial associations, were the most favorable setting for participation. There has been a steady increase in the rates of involvement of older adults in social groups in Chile, especially after retirement. Religiosity remains a major determinant of associativism. The proportion of participation was higher among older women than men but these proportions equaled after the age of 80.

**CONCLUSIONS:** Self-perceived subjective well-being is not only dependent upon objective factors such as health and income, but is also dependent upon active participation in social life, measured as participation in associations, though its effects are moderate.

**DESCRIPTORS:** Aged. Personal Satisfaction. Family Relations. Social Participation. Social Networking. Social Support. Social Conditions.

---

## INTRODUCCIÓN

Chile es un país que está envejeciendo a ritmo acelerado, presentando un 15,0% con 60 o más años, siendo dentro de América Latina el tercer país más envejecido, después de Argentina y Uruguay. La esperanza de vida al nacer en Chile es de 78,9 años y de 23,2 años a los 60 años.<sup>a</sup> Cabe preguntarse con qué calidad de vida están envejeciendo las personas mayores y si una vida más activa – medida por participación en asociaciones – implica un mayor bienestar.

El *envejecimiento activo* es promovido hoy en día en la mayoría de las sociedades, y es definido por las Naciones Unidas como un proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.<sup>14</sup>

La participación social de las personas mayores y su relación con el bienestar puede ser comprendida a la luz de estudios de capital social, entendido este como los vínculos sociales que disponen los individuos. La literatura referida a este tema señala que presentan mejores índices de salud y de bienestar aquellas personas que cuentan con una mayor cantidad de capital social, tanto si es medido como un atributo individual o como un atributo del entorno social.<sup>13,18,20,22</sup> Ello implica que la promoción de la salud pública debería incorporar la perspectiva del capital social para tener un impacto significativo.<sup>8,15,21,23</sup>

Existe escasa literatura que considere el impacto del capital social familiar. En Estados Unidos, Chang et al<sup>14</sup> (2009) resaltaron la asociación entre la disponibilidad

---

<sup>a</sup> CELADE. División de Población. Envejecimiento poblacional. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2011. (Observatorio Demográfico, 12).

de capital social en los entornos familiares y el nivel de lectura. Por otra parte, Ren & Hu<sup>19</sup> (2011), en Singapur, encontraron asociación entre el nivel de capital social familiar y la innovación y fortuna empresarial.

El objetivo del presente estudio fue analizar los factores relacionados con la participación en asociaciones y su vínculo con la percepción de bienestar en las personas mayores.

## MÉTODOS

Se agrupó la participación en tres tipos de asociaciones:<sup>24,25</sup> (i) organizaciones egotrópicas: benefician directamente a los que participan en ellas; por ejemplo, agrupaciones deportivas, de mujeres, de jóvenes o de personas mayores y grupos de autoayuda; (ii) organizaciones sociotrópicas: están enfocadas en un fin externo al individuo, su participación en ellas beneficia también a terceros, como en las agrupaciones territoriales y los grupos de voluntariado; (iii) organizaciones religiosas.

En este estudio se contrastó la hipótesis de que las probabilidades de estar participando no sólo dependían de contar con salud compatible, sino que dependían fuertemente del contexto de socialización familiar. Las personas que vivían en hogares en los cuales existen miembros que participaban tendrían mayores probabilidades de participar en asociaciones sociales. Asimismo, existiría una transmisión intergeneracional del tipo de participación social. Se planteó también la hipótesis de que el envejecimiento activo – medido como participación social – se asociaría con mayor bienestar subjetivo, aún controlado por las condiciones de vida económicas y de salud.

La fuente de datos es la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2011, realizada por el Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Esta encuesta es una de las principales fuentes de datos para el análisis sociodemográfico y de las políticas públicas en Chile. El diseño muestral es probabilístico y estratificado. En el interior de las viviendas se recolectan datos de todos los residentes habituales, los cuales son asignados a hogares (grupos de personas que comparten un presupuesto de alimentación en común).<sup>b</sup> Se encuestó a un total de 31.428 personas de 60 años o más.

Para la variable de participación se utilizó la pregunta “¿participa actualmente en alguna organización o grupo organizado?”. Se les mostraba una tarjeta con 11 tipos de agrupaciones y se les pedía registrar la más importante. Se clasificaron en organizaciones religiosas, sociotrópicas (juntas de vecinos u otra organización territorial y grupos de voluntariado) y egotrópicas (club deportivo o recreativo, agrupaciones artísticas, grupos de identidad

cultural, agrupaciones de mujeres, agrupaciones de adultos mayores, grupos de autoayuda para la salud).

Para la percepción de bienestar se utilizó la pregunta: “Considerando todas las cosas, ¿cuán satisfecho está usted con su vida en este momento?”, en una escala de uno (completamente insatisfecho) a 10 (completamente satisfecho). Como la distribución de esta variable no resultó normal – puesto que estaba concentrada en los valores altos –, se decidió dicotomizarla por la mediana y calcular modelos de regresión logística. De esta manera, se consideraron a los valores ocho, nueve y 10 como “bastante satisfecho” (que corresponde al 41,4% de las respuestas) y el resto, como “no muy satisfecho” (58,5%).

Las variables demográficas analizadas fueron: género (hombre o mujer); edad (se dicotomiza en 60 a 79 años y 80 años o más) y estado civil (sin pareja – soltero, separado, divorciado o viudo – y con pareja – casado o conviviente).

Las variables referidas a condiciones de vida incluyeron: autopercepción de salud (en una escala de 1 [muy mal] a 7 [muy bien]); decil de ingreso per cápita del hogar: para cada hogar corresponde al ingreso total del hogar dividido por el número de integrantes; se ordenaron de menor a mayor todos los hogares del país y se dividieron en diez deciles desde uno (más bajo) al diez (más alto); zona de residencia (urbana o rural); actividad: no trabaja y trabaja (realizó algún trabajo en la semana anterior a la encuesta por alguna remuneración o ganancia); con quien vive (solo o acompañado). A continuación, la variable capital social familiar se agregó a escala de “hogar” considerando cuántas personas de 15 años o más adicionalmente participaban en alguna organización, distinguiendo también por tipo de organización. Se construyeron cuatro variables, una para participación en general y para los tres tipos de organizaciones consideradas en este estudio; todas tenían un valor 0 = vive solo; 1 = vive acompañado pero nadie participa (en el tipo de organización respectiva); 2 = vive acompañado con otras personas que participan. La categoría intermedia era la de referencia.

Respecto a la estrategia de análisis, en primer lugar se calcularon modelos de regresión logística binaria para examinar qué variables están más correlacionadas con las probabilidades de participar o no. Se calcularon tres modelos sobre participación en cualquier organización: 1) sólo con las variables demográficas y de condiciones de vida, 2) incorporando el capital social familiar; y 3) adicionando las interacciones: (i) de género por edad, bajo la hipótesis de que la brecha de género (mujeres participarían más que los hombres) se acortaría con la edad; (ii) de pareja por género, bajo la hipótesis de que las mujeres con

<sup>b</sup> Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional – CASEN 2011. Manual del investigador: módulos registro, residentes, trabajo e ingresos. Santiago de Chile; 2012. (Serie Documentos Metodológicos, 2).

pareja se inhibirían de participar mientras que en los hombres, tener pareja lo incentivaría.

Luego se calcularon tres modelos con todas las variables predictivas (modelo completo), se consideró como variable dependiente a cada uno de los tres tipos de organizaciones, y se incorporó como variable predictiva el mismo tipo de participación a escala de hogar.

Se calcularon modelos de regresión lineal sobre la variable satisfacción con la vida (en una escala de uno a diez), comparando con regresiones logísticas binarias con la variable de satisfacción dicotomizada. Para cada uno se compararon dos modelos, uno que incorporaba el capital social familiar y otro que no. Las regresiones se calcularon con la muestra no ponderada, mientras que los resultados descriptivos fueron calculados con la muestra expandida.

## RESULTADOS

Un 32,0% de las personas de 60 años o más participaba en alguna organización, siendo mayor entre las mujeres. La participación aumentaba sostenidamente con la edad, alcanzando su máximo entre los 65-79 años y sólo descendía a partir de los 80 años (Tabla 1). Los porcentajes de participación en cada uno de los tres tipos de organizaciones fueron relativamente similares (alrededor de 10,0%).

Un 85,0% de los adultos mayores residía en zonas urbanas; 57,0% eran hombres y 43,0% mujeres; 83,0% tenía entre 60 y 79 años y 17,0% 80 años o más; 57,0% vivía en pareja; 25,0% trabajaba; el promedio de decil de ingresos entre las personas mayores fue de 5,3; el promedio de autopercepción de salud en una escala de uno (muy mal) a siete (muy bien) fue de 4,9 (Tabla 2).

En el análisis bivariado todas las relaciones tanto de participación como de satisfacción fueron estadísticamente significativas (Tabla 2). Participaron más los que vivían en zonas rurales, las mujeres entre 60 y 79 años, con pareja, que no trabajaban, con el menor decil de ingresos y con mejor autopercepción de salud. Estaban más satisfechos los que vivían en zonas urbanas, los hombres de 80 años o más, con pareja, que trabajaban, con el mayor decil de ingresos, con mejor autopercepción de salud y que participaban en organizaciones (especialmente de tipo religiosa).

Con relación a las relaciones bivariadas entre capital social familiar y participación individual (Tabla 3), los que menos participaban eran los que vivían con otras personas y nadie participaba en el hogar (85,0%); le siguen los que vivían solos (64,0%); la participación individual estuvo muy por encima y, en estos casos, sólo un 37,0% no participaba. Las organizaciones religiosas y sociotrópicas fueron las que más se asociaron con la participación a nivel individual.

Los modelos de regresión en la Tabla 4 mostraron que la variable más asociada con participación en asociaciones era la presencia en el hogar de otras personas que participaban. Cuando todas las personas con quienes vivían no participaban, los adultos mayores tenían menos probabilidades de estar participando.

Controlado por el resto de las variables, las *odds* (chances) de participar aumentaban en 10,6 veces cuando alguien más en el hogar participaba, en comparación con aquellos que vivían acompañados pero sin alguien que participara. Incluso, vivir solo aumentó las *odds* de participar en 3,7 veces, con relación a vivir acompañado con nadie más que participe. Hubo una relación entre el tipo de asociaciones donde participaban los miembros del hogar y el tipo de organización donde participaban los mayores, reproduciéndose a nivel de hogar no sólo la probabilidad de estar participando o no, sino también los tipos de organización en que se daba dicha participación. Se observa que hubo más continuidad entre la participación en asociaciones religiosas dentro del hogar, seguidas por las sociotrópicas y egotrópicas (Tabla 4, modelos 2, 3 y 4).

El resto de variables individuales presentó relaciones estadísticamente significativas pero de menor importancia que el capital social familiar. Vivir en zonas rurales, ser mujer, tener pareja, no trabajar y tener mejores condiciones de salud aumentaron las *odds* de participar. Hay algunas excepciones según el tipo de organización: la religiosa fue más frecuente en zonas urbanas y trabajar aumentó las *odds* de participar en asociaciones sociotrópicas. La relación con decil de ingresos fue débil.

El coeficiente de interacción entre género y edad fue negativo y estadísticamente significativo. La edad moderó las diferencias de género, en el sentido en que las diferencias por género en la participación tendieron a disminuir con la edad, de manera que entre los 60-69 años se observaron más diferencias a favor de las mujeres en comparación con los hombres, pero a partir de los 80 éstas disminuyeron (Tabla 4, modelo 1c). También se incorporó la interacción entre tener pareja y género, constatándose que tener pareja inducía a la participación especialmente entre los hombres y entre las mujeres, disminuyendo las *odds* de participar, en comparación con el hecho de no tener pareja.

Lo que se refiere a participación en asociaciones y bienestar en la vejez, el promedio de satisfacción entre las personas mayores fue de 6,99 con una desviación estándar de 2,2. Sin embargo este dato podría estar sobrestimado, porque sólo respondieron esta pregunta dos tercios de las personas mayores. Se hizo un análisis entre los que no contestaron, encontrándose que tuvieron menos probabilidades de responder: los que vivían acompañados, los que tenían pareja, los hombres, los que participaban en alguna organización, los que trabajaban, los que tenían más edad, los que tenían peor percepción de salud y los

**Tabla 1.** Participación (%) en organizaciones por edad y género entre personas mayores. Chile, 2011. (N = 31.428)

Variable/Edad (años)		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Total 60+
Hombre	No participa	75,5	71,2	68,4	65,1	78,1	79,0	72,2
	Organizaciones egotrópicas	7,8	10,0	11,9	14,3	8,3	5,2	9,8
	Organizaciones sociotrópicas	9,5	11,1	8,9	11,9	7,5	10,3	9,9
	Organizaciones religiosas	7,1	7,7	10,8	8,6	6,1	5,5	8,0
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N no ponderado		4.019	3.494	2.604	1.755	1.225	780	13.877
Mujer	No participa	66,8	65,2	61,5	59,9	68,9	78,0	65,7
	Organizaciones egotrópicas	9,7	15,3	19,7	17,9	15,5	7,2	14,3
	Organizaciones sociotrópicas	10,8	9,7	9,2	10,2	6,0	2,2	8,9
	Organizaciones religiosas	12,7	9,8	9,6	11,9	9,5	12,6	11,0
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N no ponderado		4.936	3.959	3.198	2.305	1.724	1.429	17.551
Total	No participa	70,6	67,9	64,5	62,1	72,6	78,3	68,5
	Organizaciones egotrópicas	8,9	12,9	16,3	16,4	12,6	6,5	12,4
	Organizaciones sociotrópicas	10,2	10,3	9,1	10,9	6,6	4,8	9,4
	Organizaciones religiosas	10,2	8,8	10,1	10,5	8,2	10,3	9,7
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N no ponderado		8.955	7.453	5.802	4.060	2.949	2.209	31.428

Fuente: Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN), 2011. Elaboración propia a partir de Encuesta CASEN 2011. Unidad de análisis: personas de 60 años de edad o más.

de mayores ingresos. Por lo tanto, se podría decir que las principales causas de no contestar eran no estar presente en el hogar, presentar problemas de salud y/o que otro adulto haya contestado la encuesta. Para incorporar este sesgo en las probabilidades de haber respondido o no la pregunta de satisfacción, se calculó un modelo de regresión logística para predecir dicha probabilidad y se incorporó esta variable en los modelos sobre satisfacción, expuestos en la Tabla 5.

Los resultados de las regresiones lineales y de las regresiones logísticas fueron concordantes en todas las variables asociadas con satisfacción resumidas a continuación. Coincidentemente con lo esperado, las condiciones de vida de las personas mayores estuvieron relacionadas a mayores ingresos y, especialmente, a mayor autopercepción de salud aunado al autoreporte de satisfacción con la vida.

La participación en los distintos tipos de asociaciones estuvo asociada positivamente con satisfacción, siendo relativamente más relevantes las de tipo egotrópicas y religiosas.

Las relaciones con zona de residencia, edad y tener pareja dejaron de tener significancia estadística con la satisfacción al ser controlada por la participación (Tabla 5, modelos 2a y 2b). Hay dos relaciones que cambiaron de dirección con respecto a lo observado a nivel bivariado: ser mujer estaba asociado con tener mayor satisfacción y trabajar estaba asociado con menor satisfacción (Tabla 2).

## DISCUSIÓN

En este estudio se ha evidenciado que la participación en asociaciones se incrementó entre las personas mayores y que sólo a partir de los 80 años descendió, siendo una importante fuente de bienestar para éstas.

De los resultados se desprende que hay cuatro fuentes de participación social en la vejez: el hogar, el entorno rural, la política social y la religiosidad.

La principal fuente es el hogar, observándose que las probabilidades de participar individualmente se

**Tabla 2.** Participación social y satisfacción personal según características demográficas y condiciones de vida entre personas mayores. Chile, 2011. (N = 31.428)<sup>a</sup>

Variable		Participa en alguna organización (% fila)		Satisfecho con la vida (% fila)		Total (distribución variables predictivas)
		No participa	Participa	No muy satisfecho	Bastante satisfecho	
Zona	Urbana	69,9	30,1	55,8	44,2	84,9
	Rural	60,9	39,1	62,8	37,2	15,1
Género	Hombre	72,2	27,8	53,2	46,8	42,7
	Mujer	65,7	34,3	59,0	41,0	57,3
Edad (años)	60-79	67,1	32,9	58,1	41,9	82,8
	80+	75,2	24,8	50,0	50,0	17,2
Estado civil	Sin pareja	70,0	30,0	59,8	40,2	42,6
	Con pareja	67,4	32,6	54,4	45,6	57,4
Actividad	No trabaja	66,9	33,1	58,2	41,8	75,5
	Trabaja	73,6	26,4	51,9	48,1	24,5
En qué tipo de organización participa	No participa			59,0	41,0	68,5
	Organizaciones egotrópicas			53,3	46,7	12,4
	Organizaciones sociotrópicas			56,5	43,5	9,4
	Organizaciones religiosas			49,7	50,3	9,7
PROMEDIO Decil de Ingreso Autónomo Nacional (desde 1 a 10)		5,4	5,3	4,9	5,8	5,3
PROMEDIO Autopercepción de salud <sup>b</sup> en una escala de 1 (muy mal) a 7 (muy bien)		4,9	5,0	4,7	5,3	4,9

Fuente: Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN), 2011, elaboración propia a partir de Encuesta CASEN 2011.

Todos los Chi-cuadrado de relaciones entre variables nominales o dicotómicas, así como los valores t de diferencia de promedios en las últimas dos filas de la tabla, fueron estadísticamente significativos al nivel  $p < 0,01$ .

<sup>a</sup> N no ponderado = 31.428 personas de 60 o más años.

<sup>b</sup> N = 31.314 personas de 60 o más años.

incrementaron significativamente en hogares donde existían otras personas que participaban. Esto es consistente con las propuestas de Coleman<sup>5</sup> que le otorgaba centralidad al contexto familiar en la generación de capital humano. En este contexto, la participación social podría haber estado contribuyendo a la reproducción de las desigualdades sociales, en la medida en que los que han estado en su vida más excluidos continuarán asociándose entre ellos, apoyando la perspectiva crítica referida al capital social planteada por Bourdieu.<sup>2</sup>

De igual forma, el tipo de participación individual y el tipo de participación de los otros miembros del hogar tendrían tendencia a coincidir. Esto implicaría que la familia es una instancia que propicia un tipo de asociativismo homogéneo, donde las personas tendrían tendencia a asociarse con personas similares a ellas. Por tanto, el tipo de capital social que se propicia en hogares no necesariamente amplía la red de contactos y de posibles apoyos de quienes participan. En

términos de la clasificación propuesta por Putnam,<sup>17</sup> la participación social sería, en este caso, más bien de carácter vinculante que inclusivo. Esto implicaría, en el caso chileno, que el asociativismo que emana de los hogares no alienta los “lazos débiles”, puesto que no necesariamente sirve para conectarse a personas diversas.<sup>3,7</sup>

La segunda fuente de asociativismo es la residencia en entornos rurales, especialmente en asociaciones territoriales. Esto hace pensar que la cohesión social opera de manera diferente en contextos rurales y urbanos. La cohesión social – entendida como integración con otros miembros de la sociedad – en contextos rurales opera principalmente mediante la participación en asociaciones territoriales, en cambio, en contextos urbanos lo hace, especialmente, mediante la participación en asociaciones egotrópicas y religiosas. El predominio de asociativismo territorial en contextos rurales concuerda con evaluaciones cualitativas del capital social en América Latina.<sup>6</sup>

**Tabla 3.** Participación (%) individual según características del capital social familiar entre personas mayores. Chile, 2011.

Variable	Vive solo	Vive en domicilio sin cualquier participante en organización	Vive en domicilio con al menos un participante en organización	Hay otras personas que participan en asociaciones egotrópicas en el hogar	Hay otras personas que participan en asociaciones sociotrópicas en el hogar	Hay otras personas que participan en asociaciones religiosas en el hogar	Total
No participa	63,6	84,9	36,8	46,3	34,6	27,4	68,5
Participa en asociaciones egotrópicas	18,4	7,9	19,1	39,1	7,2	5,6	12,4
Participa en asociaciones sociotrópicas	9,1	3,9	20,8	9,0	55,0	4,5	9,4
Participa en asociaciones religiosas	8,9	3,3	23,3	5,6	3,2	62,5	9,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N no ponderado	3.934	17.550	9.944	3.855	3.755	3.033	31.428

Fuente: Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN), 2011. Elaboración propia a partir de Encuesta CASEN 2011. Unidad de análisis: personas de 60 años o más.

La tercera fuente es la política social, ya que particularmente después de la edad de jubilación se incrementa la participación en asociaciones egotrópicas, especialmente clubes de personas mayores. Al respecto, un aporte fundamental ha sido el impulso dado por el Servicio Nacional de Adulto Mayor chileno, que a través de distintos programas, particularmente del Fondo Nacional del Adulto Mayor, ha favorecido el incremento de clubes y otras asociaciones de personas mayores que actualmente alcanzan cerca de las 12 mil organizaciones.<sup>c</sup>

La cuarta fuente es la religión, aunque en este tipo de asociaciones parece haber más continuidad vital y familiar. Esta importancia de la religiosidad, como fuente de asociativismo, es algo que se da frecuentemente en países latinoamericanos donde opera como una fuente de capital social más que como un obstáculo.<sup>1</sup>

En cuanto a las diferencias de género, las mujeres participan más que los hombres, específicamente en las de tipo egotrópicas y en las religiosas. Esto lo explica Montes de Oca<sup>12</sup> en parte por la dificultad que los varones poseen para establecer relaciones con otras personas y por la percepción que ellos tienen de los grupos (mayoría femenina, actividades no apropiadas para hombres, miedo al rechazo, entre otros). En este contexto, el rol de la pareja se vuelve crucial para motivar la participación de los hombres. Lo descrito es opuesto al caso de las mujeres, ya que entre éstas, el tener pareja más bien desincentiva la participación, al verse sujetas a las necesidades del esposo/conviviente. Cuando las mujeres enviudan, los roles propios de género desaparecen,

aumentando así la participación como una importante vía para establecer nuevas relaciones sociales y evitar así la soledad.

Con el aumento de la esperanza de vida, la participación social en la vejez cobra mayor relevancia, en un intento por promover una extensión de la vida saludable y en una adecuada integración social.<sup>14</sup>

Numerosos estudios han mostrado relaciones positivas entre altos niveles de relaciones sociales y mejor calidad de vida en la vejez, aunque con conceptos distintos acerca de cómo entender las relaciones sociales.<sup>9,16</sup> Asimismo, la participación social se ha encontrado asociada con menor riesgo de mortalidad.<sup>10</sup> Maier & Klumb<sup>11</sup> encontraron que el tiempo utilizado en estar con los amigos se asocia con mayores probabilidades de sobrevivencia en personas de 70 años o más.

A nivel individual, este estudio también encontró que la participación en asociaciones se asocia con mayor bienestar subjetivo, aunque la fuerza de la relación no supere otros factores que también son relevantes para la satisfacción vital, como son las condiciones de salud y el nivel de ingresos. No obstante, la participación aparece como más importante sobre otros factores como la zona de residencia, la edad, tener pareja y situación laboral.

¿Cómo se puede explicar la asociación entre mayor participación en redes sociales y mayor bienestar físico y emocional? Los datos utilizados en este estudio no permiten caracterizar en profundidad los tipos de participación social, al no poder evaluar la intensidad de esta participación (en términos de horas, tipo

<sup>c</sup> SENAMA. Catastro Nacional de Organizaciones Sociales de Adultos Mayores (redes comunales). Santiago de Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2008.

**Tabla 4.** Regresiones logísticas sobre participación en asociaciones entre personas mayores. Chile, 2011. (N = 31.289)

Variable	Participa en cualquier organización						Participa en tipos específicos de asociaciones					
	Modelo 1a		Modelo 1b		Modelo 1c		Organización egotrópica		Organización sociotrópica		Organización religiosa	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	Modelo 2	IC95%	Modelo 3	IC95%	Modelo 4	IC95%
Zona rural	1,57 <sup>c</sup>	1,49;1,66	1,35 <sup>c</sup>	1,27;1,43	1,35 <sup>c</sup>	1,27;1,44	1,08 <sup>a</sup>	0,99;1,18	1,88 <sup>c</sup>	1,73;2,04	0,82 <sup>b</sup>	0,73;0,92
Mujer	1,43 <sup>c</sup>	1,36;1,51	1,85 <sup>c</sup>	1,74;1,97	2,18 <sup>c</sup>	1,97;2,42	1,71 <sup>c</sup>	1,48;1,97	1,60 <sup>c</sup>	1,38;1,85	2,49 <sup>c</sup>	2,04;3,03
Tiene 80 o más	0,62 <sup>c</sup>	0,58;0,67	0,56 <sup>c</sup>	0,52;0,61	1,11	0,85;1,45	0,81 <sup>b</sup>	0,68;0,98	0,71 <sup>c</sup>	0,59;0,86	0,79 <sup>a</sup>	0,62;1,00
Tiene pareja	1,20 <sup>c</sup>	1,14;1,27	1,17 <sup>c</sup>	1,09;1,25	1,51 <sup>c</sup>	1,22;1,87	1,20 <sup>b</sup>	1,04;1,40	1,30 <sup>c</sup>	1,12;1,51	1,15	0,94;1,40
Decil de ingresos	0,99 <sup>c</sup>	0,98;1,00	0,99 <sup>b</sup>	0,98;1,00	0,99 <sup>b</sup>	0,98;1,00	1,03 <sup>c</sup>	1,01;1,04	0,97 <sup>c</sup>	0,96;0,99	0,98 <sup>b</sup>	0,96;1,00
Trabaja	0,89 <sup>c</sup>	0,84;0,95	0,90 <sup>b</sup>	0,84;0,97	0,91 <sup>b</sup>	0,85;0,98	0,84 <sup>c</sup>	0,76;0,92	1,13 <sup>b</sup>	1,02;1,25	0,76 <sup>c</sup>	0,66;0,86
Autopercepción de salud	1,07 <sup>c</sup>	1,05;1,09	1,10 <sup>c</sup>	1,08;1,12	1,10 <sup>c</sup>	1,08;1,12	1,06 <sup>c</sup>	1,03;1,09	1,10 <sup>c</sup>	1,07;1,13	1,06 <sup>b</sup>	1,02;1,09
Vive solo			3,69 <sup>c</sup>	3,38;4,02	3,72 <sup>c</sup>	3,41;4,06	3,33 <sup>c</sup>	2,96;3,73	2,30 <sup>c</sup>	2,02;2,61	3,28 <sup>c</sup>	2,82;3,81
Alguien más participa en cualquier organización en el hogar			10,64 <sup>c</sup>	10,02;11,31	10,66 <sup>c</sup>	10,04;11,33						
Alguien más en el hogar participa en organización egotrópica <sup>d</sup>							11,25 <sup>c</sup>	10,34;12,25				
Alguien más en el hogar participa en organización sociotrópica <sup>d</sup>									16,82 <sup>c</sup>	15,43;18,34		
Alguien más en el hogar participa en organización religiosa <sup>d</sup>											62,45 <sup>c</sup>	55,85;69,83
Mujer x Tiene 80 años o más							0,66 <sup>c</sup>	0,56;0,77	0,89	0,71;1,11	0,49 <sup>c</sup>	0,39;0,63
Tiene Pareja x Mujer							0,85 <sup>b</sup>	0,75;0,96	0,96	0,81;1,13	0,70 <sup>c</sup>	0,59;0,83
Constante	0,18 <sup>c</sup>		0,06 <sup>c</sup>		0,05 <sup>c</sup>		0,03 <sup>c</sup>		0,02 <sup>c</sup>		0,02 <sup>c</sup>	
-2 log de la verosimilitud	39317,506		32367,386		32337,640		19399,629		18375,417		12819,807	
R cuadrado de Cox y Snell	0,024		0,219		0,219		0,101		0,152		0,201	
R cuadrado de Nagelkerke	0,034		0,303		0,304		0,196		0,287		0,429	

Fuente: Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN), 2011.

Todas las variables son dicotómicas excepto decil de ingresos y autopercepción de salud.

OR: odds ratio (valores exponencial Beta).

<sup>a</sup> p < 0,1<sup>b</sup> p < 0,05<sup>c</sup> p < 0,001<sup>d</sup> Categoría de referencia (comparación): "Nadie participa en el hogar".

**Tabla 5.** Regresiones logísticas sobre percepción de satisfacción con la vida entre personas mayores. Chile, 2011. (N = 20.283)

Variable	Regresiones logísticas sobre "satisfecho"						Regresiones lineales sobre percepción de satisfacción en escala de 1 a 10						
	Modelo 1a			Modelo 2a			Modelo 1b			Modelo 2b			
	OR	IC95%	OR	IC95%	$\beta$	$\beta_{estandarizado}$	IC95%	$\beta$	$\beta_{estandarizado}$	IC95%	$\beta$	$\beta_{estandarizado}$	IC95%
Zona rural	0,84 <sup>c</sup>	0,78;0,90	0,93	0,84;1,02	-0,164	-0,03 <sup>c</sup>	-0,23;-0,09	-0,019	0,00	-0,11;0,08	-0,019	0,00	-0,11;0,08
Mujer	0,86 <sup>b</sup>	0,78;0,96	1,39 <sup>b</sup>	0,98;1,96	-0,182	-0,04 <sup>c</sup>	-0,28;-0,08	0,506	0,11 <sup>b</sup>	0,16;-0,85	0,506	0,11 <sup>b</sup>	0,16;-0,85
Tiene 80 + años	1,59 <sup>c</sup>	1,42;1,78	1,01	0,73;1,41	0,539	0,08 <sup>c</sup>	0,43;0,65	-0,111	-0,02	-0,44;-0,22	-0,111	-0,02	-0,44;-0,22
Tiene pareja	1,43 <sup>c</sup>	1,33;1,53	1,12	0,94;1,34	0,457	0,10 <sup>c</sup>	0,39;0,53	0,112	0,02	-0,06;-0,29	0,112	0,02	-0,06;-0,29
Decil de ingresos	1,12 <sup>c</sup>	1,11;1,13	1,11 <sup>c</sup>	1,09;1,12	0,115	0,15 <sup>c</sup>	0,10;0,13	0,102	0,13 <sup>c</sup>	0,09;0,11	0,102	0,13 <sup>c</sup>	0,09;0,11
Trabaja	1,00	0,92;1,09	0,84 <sup>b</sup>	0,72;0,97	-0,005	0,00	-0,09;0,08	-0,265	-0,05 <sup>b</sup>	-0,41;-0,12	-0,265	-0,05 <sup>b</sup>	-0,41;-0,12
Autopercepción de salud	1,40 <sup>c</sup>	1,36;1,43	1,48 <sup>c</sup>	1,41;1,56	0,468	0,29 <sup>c</sup>	0,44;0,49	0,555	0,34 <sup>c</sup>	0,51;0,60	0,555	0,34 <sup>c</sup>	0,51;0,60
Probabilidad de contestar pregunta de satisfacción	3,48 <sup>c</sup>	2,09;5,80	0,14 <sup>a</sup>	0,01;1,36	1,607	0,09 <sup>c</sup>	1,10;2,11	-3,046	-0,17 <sup>b</sup>	-5,30;-0,79	-3,046	-0,17 <sup>b</sup>	-5,30;-0,79
Participa en organización egotrópica <sup>d</sup>			1,54 <sup>c</sup>	1,14;2,08				0,622	0,10 <sup>c</sup>	0,33;0,92	0,622	0,10 <sup>c</sup>	0,33;0,92
Participa en organización sociotrópica <sup>d</sup>			1,39 <sup>b</sup>	1,05;1,84				0,511	0,08 <sup>c</sup>	0,23;0,79	0,511	0,08 <sup>c</sup>	0,23;0,79
Participa en organización religiosa <sup>d</sup>			1,53 <sup>c</sup>	1,22;1,93				0,562	0,08 <sup>c</sup>	0,33;0,79	0,562	0,08 <sup>c</sup>	0,33;0,79
Constante	0,04		0,17 <sup>b</sup>				3,029 <sup>c</sup>						5,302 <sup>c</sup>
-2 log de la verosimilitud		25819,321		25802,575									
R cuadrado Cox y Snell		0,081		0,082									
R cuadrado Nagelkerke		0,109		0,110									
R									0,363				0,365
R cuadrado									0,132				0,133
R cuadrado corregida									0,132				0,133

Fuente: Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN), 2011. Elaboración propia a partir de Encuesta CASEN 2011. Datos referentes a muestra de 60 años o más (N = 20.283). Todas las variables son dicotómicas excepto: decil de ingresos y autopercepción de salud.

OR (valores exponencial Beta). En el caso de las regresiones lineales, los intervalos de confianza del 95% corresponden a los Beta sin estandarizar.

<sup>a</sup> p < 0,1

<sup>b</sup> p < 0,05

<sup>c</sup> p < 0,001

<sup>d</sup>Categoría de referencia (comparación): "No participa".

de compromiso, intercambios de recursos de apoyo, entre otros), resultando difícil interpretar los mecanismos a través de los cuales se produce la relación entre asociativismo y satisfacción. Putman<sup>17</sup> señala cuatro mecanismos a través de los cuales las redes sociales impactan positivamente sobre la salud: en primer lugar proveen recursos de asistencia material que reducen el estrés; en segundo lugar refuerzan normas de estilos de vida saludables; en tercer lugar presionan por servicios médicos, y finalmente la participación estimula el sistema inmunológico.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se ha abordado solo una de las maneras de analizar el capital social. Hay otras dimensiones que no han podido evaluarse, como la confianza o las redes de reciprocidad. Asimismo, en la Encuesta Casen sólo se registra la organización más importante en la que participan los mayores, quienes pueden haber estado participando en más de una. Estos datos se pueden comparar con los de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez realizada en Chile, el año 2010, donde un 25,0% dice estar participando en organización religiosa, 18,0% en club de adulto mayor, 17,0% en alguna organización territorial y 6,0% en club deportivo. Estos datos indican que los mayores efectivamente están participando en más de un tipo de organización a la vez.<sup>d</sup> Adicionalmente, la pregunta no distingue grados de participación, por ejemplo, número de horas en que se asiste a las actividades, liderazgo en la organización, aporte económico o antigüedad, entre otros.

Este estudio presenta además algunos problemas de especificación, pues hay algunas variables que no han sido incorporadas en los modelos, porque no se encuentran disponibles en la Encuesta CASEN, como por ejemplo, autoeficacia y realización de actividades significativas, que en Chile han demostrado ser importantes predictivas de satisfacción.<sup>9</sup>

Al tratarse de un estudio de corte transversal, quedan dudas acerca de la dirección de causalidad de algunas relaciones entre variables. Por ejemplo, la asociación entre mejor salud y mayor participación es consistente con las propuestas de Putnam.<sup>17</sup> Sin embargo, por la naturaleza de los datos no hay certeza de si las personas mayores participan más porque tienen buena salud o, si tienen buena salud porque tienen mayor participación. La evidencia empírica citada en la literatura indica que las asociaciones se dan en ambas direcciones.

Pese a las limitaciones anteriormente señaladas, este estudio puede constituirse en un aporte a la investigación en capital social, al relevar la importancia del capital social familiar como predictivo de mayor participación individual. Adicionalmente, de acuerdo con otros trabajos, este estudio entrega antecedentes que corroboran que la percepción de bienestar subjetivo no depende únicamente de las condiciones de vida objetivas de salud e ingresos, sino también de una inserción activa en la sociedad, medida como participación en asociaciones, aunque los efectos son moderados.

## REFERENCIAS

1. Baquero M. Democracia formal, cultura política informal e capital social no Brasil. *Opin Pública*. 2008;14(2):380-413. DOI:10.1590/S0104-62762008000200005
2. Bourdieu P. El capital social: apuntes provisionales. *Zona Abierta*. 2001;(94-95):83-7.
3. Burt RS. Brokerage and closure: an introduction to social capital. Oxford: Oxford University Press; 2005.
4. Chang EPC, Memili E, Chrisman JJ, Kellermanns FW, Chua JH. Family social capital, venture preparedness and start-up decisions: a study of Hispanic entrepreneurs in New England. *Fam Bus Rev*. 2009;22(3):279-92. DOI:10.1177/0894486509332327
5. Coleman JS. Capital social y creación de capital humano. *Zona Abierta*. 2001;(94-95):47-82.
6. Durston J. Capital social y gestión participativa en la cuenca de Pátzcuaro. *Cepal*. 2006;90:105-19.
7. Granovetter MS. La fuerza de los vínculos débiles. *Polit Soc*. 2000;33:41-56.
8. Haski-Leventhal D. Elderly volunteering and well-being: a cross-European comparison based on SHARE data. *Voluntas*. 2009;20(4):388-404. DOI:10.1007/s11266-009-9096-x
9. Herrera MS, Barros C, Fernández MB. Predictors of quality of life in old age: a multivariate study in Chile. *J Popul Ageing*. 2011;4(3):121-39. DOI:10.1007/s12062-011-9043-7
10. Hsu H. Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? *Aging Ment Health*. 2007;11(6):699-707. DOI:10.1080/13607860701366335
11. Maier H, Klumb PL. Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context? *Eur J Ageing*. 2005;2(1):31-9. DOI:10.1007/s10433-005-0018-5
12. Montes de Oca Zavala V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la ciudad de México. *Notas Poblacion*. 2003;(77):139-74.

<sup>d</sup> Herrera S, Rojas M, Fernández B, Campos F, editores. Chile y sus mayores: resultados da Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2010. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Caja de Compensación Los Andes, Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2011.

13. Murayama H, Nishi M, Matsuo E, Nofuji Y, Shimizu Y, Taniguchi Y, et al. Do bonding and bridging social capital affect self-rated health, depressive mood and cognitive decline in older Japanese? A prospective cohort study. *Soc Sci Med.* 2013;98:247-52. DOI:10.1016/j.socscimed.2013.09.026
14. Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37(2):74-105.
15. Pabiona N. Functional ability, participation in activities and life satisfaction of older people. *Asian Soc Sci.* 2012;8(3):75-87. DOI:10.5539/ass.v8n3p75
16. Poblete FC, Sapag JC, Bossert TJ. Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile: nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Rev Med Chile.* 2008;136(2):230-9. DOI:10.4067/S0034-98872008000200014
17. Putnam RD. *Bowling alone: the collapse and revival of the American community.* New York: Simon & Schuster; 2000.
18. Ramlagan S, Peltzer J, Phaswana-Mafuya N. Social capital and health among older adults in South Africa. *BMC Geriatr.* 2013;13:100. DOI:10.1186/1471-2318-13-100
19. Ren L, Hu G. A comparative study of family social capital and literacy practices in Singapore. *J Early Child Lit.* 2011;13(1):98-130. DOI:10.1177/1468798411429934
20. Riumallo-Herl CJ, Kawachi I, Avendano M. Social capital, mental health and biomarkers in Chile: assessing the effects of social capital in a middle-income country. *Soc Sci Med.* 2014;105:47-58. DOI:10.1016/j.socscimed.2013.12.018
21. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica.* 2007;41(1):139-49. DOI:10.1590/S0034-89102007000100019
22. Sapag JC, Aracena M, Villarreal L, Poblete F, Berrocal C, Hoyos R, et al. Social capital and self-rated health in urban low income neighborhoods in Chile. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(9):790-2. DOI:10.1136/jech.2006.052993
23. Souza EM. Intergenerational integration, social capital and health: a theoretical framework and results from a qualitative study. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16(3):1733-44. DOI:10.1590/S1413-81232011000300010
24. Valdivieso P. Capital social e desenvolvimento democrático: Porto Alegre (Brasil) e Santiago do Chile. *Rev Bras Cienc Soc.* 2009;24(69):93-114. DOI:10.1590/S0102-69092009000100007
25. Welzel C, Inglehart R, Deutsch F. Social capital, voluntary associations and collective action: which aspects of social capital have the greatest 'civic' payoff? *J Civil Soc.* 2005;1(2):121-46. DOI:10.1080/17448680500337475

---

Estudio financiado por los proyectos Fondecyt Regular 1120331: "Eventos estresantes que ocurren al envejecer: como las relaciones familiares y los recursos sociales moderan el impacto en el bienestar de los mayores", y Fondecyt Regular 1120846: "Incidencia de las redes políticas en los procesos de toma de decisión para la asignación de recursos de desarrollo regional. Los Consejos Regionales en Chile 2010-2014".

Los autores declaran no haber tenido conflictos de intereses.