

Capital social de las mujeres mayores usuarias de la red pública de la Atención Primaria de Salud

ESTELA ARCOS^{1,a}, XIMENA SÁNCHEZ^{2,b}, CHRISTINE BAILEY²,
LUIS GONZÁLEZ^{3,c}, ANTONIA VOLLRATH^{4,d}, LUZ ANGÉLICA MUÑOZ^{4,d}

Application of a social capital scale in older women attending public primary care clinics

Background: Social capital is an economical idea that refers to connections between individuals and entities that can be economically valuable. **Aim:** To establish the relationship of social capital as a health care asset, with sociodemographic variables of older women attending public health care services. **Material and Methods:** Chen's Personal Social Capital scale was applied to 113 women aged between 64 and 80 years during 2014. Cronbach's alpha of the instrument was calculated. **Results:** The Cronbach's alpha of the instrument was 0.86. The average score for social capital was 23.9 points of a maximum of 50. Bridging capital scores had the higher disparity, specifically in participation in community organizations and the representation of their interest in them. Bonding capital decreased along with a higher age of interviewed women ($r = -0,43, p < 0,01$). Higher territorial roots were associated with a lower perception of social community resource availability ($r = -0,42, p < 0,01$). **Conclusions:** The social capital scores in these women were low. Their better support networks were close relationships and relatives. The sensation of solitude increased with age.

(Rev Med Chile 2016; 144: 972-979)

Key words: Aged; Primary Health Care; Social Capital; Women.

¹Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.

²Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

³Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile; Doctora en Enfermería (PhD) Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.

^aMatrona.

^bSocióloga.

^cEstudiante programa de Doctorado.

^dEnfermera.

Apoyo financiero: Convenio de Desempeño UPA 1301. Vicerrectoría de Desarrollo.

La organización no tuvo influencia en el diseño del estudio, recolección, análisis o interpretación de los datos, ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Recibido el 14 de diciembre de 2015, aceptado el 26 de junio de 2016.

Correspondencia:
Estela Arcos

Facultad de Enfermería,
Universidad Andrés Bello,
Sazie 2212, Santiago de Chile.
Teléfono: 88842964
marcos@unab.cl

El envejecimiento de la población está asociado a transformaciones sociales, económicas y cambios en el perfil epidemiológico^{1,2} en esta etapa existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y multimorbilidad^{3,4} con deterioro en la calidad de vida, sedentarismo, fragilidad, discapacidad física, alta utilización de prestaciones de salud, incremento del gasto público en salud y aumento de la mortalidad³⁻⁵.

Para las políticas de salud es prioridad promover el envejecimiento positivo de su población con el propósito de que las personas mayores mantengan una calidad de vida aceptable a medida que envejecen⁶. Las evidencias indican que la fragilidad de las personas mayores puede ser prevenida, revertida o retrasada en su progresión a través de la disminución del aislamiento social,

control del dolor, tratamiento de la depresión y una variedad de ejercicios que logran mejorar el equilibrio y flexibilidad física³.

En los países en desarrollo, el envejecimiento transcurre en un contexto de alta desigualdad social, económica y de género, condicionado por un sustrato de factores predictores negativos de vulnerabilidad social, discapacidad, limitaciones funcionales y morbilidad^{7,8}. Cuando los recursos son escasos, cobran importancia las redes sociales y los seguros de salud como soporte a la supervivencia y a una mejor salud^{9,10}. Entre los grupos más pobres, se ha reportado debilitamiento de las redes sociales con otras personas e instituciones, cuyo efecto es la disminución de su participación e integración social⁹. En Chile, el acceso de los más pobres al sistema de salud es financiado con

el Fondo Nacional de Salud, cuyos recursos provienen de los impuestos generales, siendo éste el caso del 87,9% de los adultos mayores^{11,12}. Se ha reportado que los afiliados al seguro público de salud presentan una mayor prevalencia de limitación funcional que aquellos que disponen de seguro privado, confirmando la desigualdad en la calidad de los años de vida ganados⁷. Según la encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN 2011), uno de cada dos adultos mayores (48,3%) se ha realizado algún control de salud que corresponde principalmente a examen de funcionalidad y control de salud cardiovascular¹². En Chile, los programas de protección social no logran revertir la desprotección financiera y la desigualdad en los hogares con personas mayores de 65 años¹¹. En Valparaíso se han reportado los mayores índices de envejecimiento de las tres regiones más pobladas de Chile. Las personas mayores han reportado un ingreso económico que no les alcanza para cubrir necesidades de recreación y socialización, el 64,6% está afectado por una enfermedad física siendo esto más frecuente en mujeres y en zonas de mayor vulnerabilidad social¹³.

El capital social es reconocido como un activo importante en el contexto de una estrategia global de promoción de la salud, se ha reportado que los vínculos entre la estructura, función y contexto de la sociedad influyen en la salud de la población^{9,14}. En el campo de la epidemiología social existen estudios que señalan la importancia del capital social en el comportamiento de la salud en familias vulnerables^{14,16}. En las mujeres mayores la disponibilidad de capital social y autonomía personal han sido descritos como factores protectores de depresión¹⁷. En la literatura consultada, se destacan los diferentes mecanismos y eficacia colectiva que tiene el capital social para el logro de los objetivos de la política pública de salud en grupos y territorios socialmente vulnerables^{9,14,16}.

Para la promoción de un envejecimiento positivo, es necesaria la información de los recursos sociales que disponen los adultos mayores para enfrentar el cuidado de salud. Por lo anterior, se consideró pertinente recabar información sobre la disponibilidad de activos sociales que disponen las mujeres mayores para enfrentar los procesos biológicos, sociales y psicológicos derivados del envejecimiento y el cuidado de su salud¹⁷. El objetivo fue describir la relación del capital social, como recurso para el cuidado de la salud, con las

características sociodemográficas de las adultas mayores usuarias de la red de salud pública de atención primaria.

Métodos

Estudio correlacional, implementado en un diseño no experimental. El universo estuvo compuesto por 132 mujeres adultas mayores que tenían entre 64 y 80 años, usuarias de un centro de salud familiar del sistema público, con residencia en el sector de Playa Ancha de Valparaíso, que es la segunda región de Chile con mayor proporción de adultos mayores, con bajos ingresos económicos y dificultades en el acceso a la salud¹². Se utilizó un muestreo aleatorio, con un error máximo de estimación del 5%, para un nivel de confianza del 99%, asumiendo varianza máxima. La muestra estuvo constituida por 113 mujeres. El capital social de las mujeres mayores fue medido mediante la aplicación de la escala de Capital Social Personal de Chen X¹⁸, compuesta por 42 reactivos, con un puntaje total ideal de 50 que fue traducida y su aplicación autorizada por el autor. Se asumió el término capital social como la suma de conexiones duraderas, de confianza, recíprocas y riqueza de recursos (riqueza, educación, status social y poder político, que son utilizadas como activos para potenciar una sociedad y sus miembros)¹⁸. Las características sociodemográficas estudiadas fueron edad, educación, estado civil, tipo de familia, número de hijos vivos, religión, participación en clubes del adulto mayor y arraigo. Las fuentes secundarias fueron las bases de datos del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Quebrada Verde de la Comuna de Valparaíso. La información primaria se obtuvo por aplicación del instrumento en una entrevista semiestructurada realizada por un enfermero, tesista del programa de doctorado en enfermería, en el domicilio de las mujeres entre el 6 de octubre y el 16 de noviembre de 2014. Los criterios de inclusión fueron los que se señalan en la delimitación del universo, en tanto, el único criterio de exclusión fue la incapacidad cognitiva para responder a las preguntas. El instrumento se estructuró en 10 preguntas abiertas y cerradas sobre características sociodemográficas y una escala compuesta por 10 ítems. En total, la escala tiene 42 sub-ítems, (30 en capital social de unión y 12 en capital social de puente), que utiliza una escala Likert con 5 opciones de respuesta.

El instrumento se tradujo desde el inglés al español por un traductor experto, que permitió la comprensión adecuada de los ítems respetando su sentido original. La validez se estableció por contenido y sistema de jueces, los ítems de la escala corresponden en sus enunciados a los antecedentes conceptuales del capital social¹⁸. La estabilidad y consistencia interna, se realizó por el análisis de propiedades psicométricas por medio de alfa de Cronbach (0,863). El resultado permitió establecer que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados.

El análisis estadístico de los datos se realizó principalmente por pruebas de correlación y diferencias de medias, según la naturaleza de las variables. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, para variables nominales se usó la prueba de χ^2 . Se utilizó el programa SPSS 18.0. El estudio fue autorizado por el Comité de

Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, L1/CECENF/90.

Resultados

En la distribución por rangos de edad, un 52,2% de mujeres mayores tenían entre 64 y 73 años. La mayoría de las mujeres no habían terminado la enseñanza media. Un 46% estaba casada o convivía, mientras que el resto, eran viudas o solteras. Uno de cada tres hogares estaba compuesto por una familia nuclear monoparental con hijos, seguido de nuclear biparental con hijos. Dos de cada tres mujeres reconocieron tener entre 1 y 3 hijos vivos, al momento de la aplicación del instrumento. La mayoría eran católicas. Se encontró una baja participación en organizaciones del adulto mayor y un alto arraigo al territorio (Tabla 1).

Respecto al capital social, el puntaje promedio

Tabla 1. Perfil sociodemográficos de 113 mujeres mayores usuarias de un Centro de Salud Familiar de Valparaíso, 2014

| Variable | Categoría | n = 113 | % |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|------|
| Edad | 64-73 años | 59 | 52,2 |
| | 74-80 años | 54 | 47,8 |
| Educación | Básica | 40 | 35,4 |
| | Media | 67 | 59,3 |
| | Técnica y/o universitaria incompleta | 6 | 5,3 |
| Estado civil | Soltera o Separada | 61 | 54,0 |
| | Casada o Conviviente | 52 | 46,0 |
| Tipo de familia | Nuclear monoparental sin hijos | 13 | 11,5 |
| | Nuclear monoparental con hijos | 42 | 37,2 |
| | Nuclear biparental con hijos | 22 | 19,5 |
| | Nuclear biparental sin hijos | 12 | 10,6 |
| | Extensa biparental | 14 | 12,4 |
| | Extensa monoparental | 1 | 0,9 |
| | Familia compuesta | 7 | 6,2 |
| | Hogar sin núcleo | 2 | 1,8 |
| n hijos vivos | Sin hijos vivos | 15 | 13,3 |
| | 1 a 3 hijos | 68 | 60,2 |
| | 4 o más | 30 | 26,5 |
| Religión | Católica | 87 | 77,0 |
| | Evangélica | 26 | 23,0 |
| Participa en club de adulto mayor | Sí | 26 | 23,0 |
| | No | 87 | 77,0 |
| Arraigo en el territorio | Promedio de años y DE | 54,2 ± 11,4 | |

fue de 23,9 puntos, con un mínimo de 14 puntos y un máximo de 34,58 puntos. En relación al tipo de capital, se observó que el puntaje mínimo y promedio del capital social de unión, fue superior al capital social de puente, es decir, en las mujeres adultas mayores predominaron las relaciones más cercanas (Tabla 2).

Se observó una relativa homogeneidad en los puntajes promedio obtenidos en los ítem del capital social de unión, no obstante, en el capital social de puente hubo mayor disparidad en los puntajes, específicamente en los ítem 7 y 8, referidos a la participación en organizaciones comunitarias y a la representación de sus intereses en ellas (Tabla 3).

En relación a la edad de las adultas mayores

y su capital social, se encontraron tanto para el capital social total, como para el capital social de unión, correlaciones negativas moderadas, es decir, a mayor edad menor capital social ($p < 0,05$). Al correlacionar el capital social según nivel educativo, se observó una correlación positiva significativa, es decir, las mujeres con más años de estudios presentaron mayor capital social total y de puente ($p < 0,05$). Similar comportamiento se observó entre capital social y número de hijos vivos. Respecto al arraigo, se observó una correlación negativa significativa con el capital social total y sus componentes ($p < 0,05$, Tabla 4).

En cuanto a la relación entre el capital social con las variables sociodemográficas, se observó

Tabla 2. Estadígrafos descriptivos del capital social y sus componentes en 113 mujeres adultas mayores

| | Mínimo | Máximo | Media | Moda | Mediana | DE |
|--------------------------|--------|--------|-------|--------|---------|---------|
| Capital Social de Unión | 7,50 | 18,17 | 13,27 | 13,33* | 13,33 | 2,34515 |
| Capital Social de Puente | 5,00 | 18,50 | 10,63 | 12,00* | 11,00 | 3,00671 |
| Capital Social Total | 14,00 | 34,58 | 23,90 | 28,17 | 24,58 | 4,72963 |

*Hubo varios valores modales, se presenta el menor de los valores de la moda.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos por ítem de la Escala de Capital Social Personal de X. Chen

| | n | Mínimo | Máximo | Media | DE |
|--|-----|--------|--------|-------|---------|
| Capital Social de Unión | | | | | |
| Número de personas que constituyen | 113 | 0,8 | 4,5 | 2,7 | 0,80589 |
| Cantidad cualitativa de personas que están en contacto con la persona entrevistada | 113 | 1,3 | 4,5 | 2,9 | 0,58331 |
| Nivel de confianza que posee la persona con los miembros de familia, parientes | 113 | 1,5 | 3,7 | 2,6 | 0,487 |
| Número de personas que estarían dispuestas a ayudarla | 113 | 1,5 | 4,2 | 2,6 | 0,56865 |
| Atributos y/o recursos que poseen las personas de su red | 113 | 1 | 3,7 | 2,4 | 0,54733 |
| Capital Social de Puente | | | | | |
| n de grupos en la comunidad | 113 | 1 | 5 | 2,6 | 0,95322 |
| n de grupos en los que participa | 113 | 1 | 4,5 | 1,7 | 0,69134 |
| Número organizaciones de la comunidad percibida para servir derechos e intereses de las personas | 113 | 1 | 3,5 | 1,6 | 0,67836 |
| Número de organizaciones de la comunidad que proporcionaría ayuda a petición de la persona | 113 | 1 | 4 | 2,2 | 0,81779 |
| Número de organizaciones de la comunidad que tienen el poder e influencia de diferentes atributos para la toma de decisiones de las personas | 113 | 1 | 4 | 2,4 | 0,79893 |

Tabla 4. Correlación entre capital social con variables sociodemográficas

| | Edad | Nivel educacional | Hijos vivos | Arraigo |
|--------------------------|----------|-------------------|-------------|----------|
| Capital Social Total | -0,257** | 0,258** | 0,203* | -0,383** |
| Capital Social de Unión | -0,432** | 0,143 | 0,166 | -0,239* |
| Capital Social de Puente | -0,068 | 0,294** | 0,190* | -0,417** |

*Correlación significativa al nivel $p < 0,05$ (bilateral). **Correlación significativa al nivel $p < 0,01$ (bilateral).

Tabla 5. Medias de puntajes de capital social según características sociodemográficas

| Características sociodemográficas | | CST | CSU | CSP |
|-----------------------------------|--------------------|--------|--------|--------|
| Estado civil | Soltera/separada | 23,30 | 13,19 | 10,11* |
| | Casada/conviviente | 24,61 | 13,37 | 11,24* |
| Tipo de familia | Monoparental | 23,60 | 13,16 | 10,45 |
| | Biparental | 24,22 | 13,39 | 10,82 |
| Religión | Católica | 23,35* | 12,97* | 10,38 |
| | Evangélica | 25,76* | 14,29* | 11,46 |
| Participación comunitaria | Sí | 25,70* | 13,33 | 12,38* |
| | No | 23,36* | 13,25 | 10,11* |

CST= Capital Social Total; CSU= Capital Social de Unión; CSP= Capital Social de Puente. *Diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$.

que los puntajes de capital social de puente fueron significativamente mayores en mujeres casadas y/o convivientes ($p < 0,05$). Las mujeres evangélicas alcanzaron mayores puntajes para el capital social total y de unión ($p < 0,05$) y, respecto a la participación efectiva en clubes de adulto mayor, los puntajes fueron significativamente más altos en el capital social total y de puente ($p < 0,05$, Tabla 5). En relación a la variable tipo de hogar, para efecto de la correlación, se redujo el espacio de propiedad del tipo de familia, considerándose dos categorías: familia monoparental y biparental. Al respecto, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p \geq 0,05$).

Discusión

En la literatura consultada, el capital social es la fuente de recursos que existe en la estructura de las relaciones sociales de las personas en su vida cotidiana. Se ha señalado que a mayor capital social hay mejor salud y mejor autopercepción de salud, especialmente en personas con enfermedades crónicas. Para la oferta de servicios de

salud preventivos y curativos, es importante tener en cuenta que en casos de menor capital social individual, el capital social comunitario ejercería un rol compensatorio y de reciprocidad entre las redes en la adaptación de las personas a los desafíos que provocan las enfermedades crónicas, especialmente en grupos socialmente vulnerables^{19,20}. La confianza de las personas estaría más vinculada con la salud mental de la comunidad¹⁴.

En este estudio, las mujeres alcanzaron puntajes promedios bajos en el capital social total y sus componentes, en relación al puntaje ideal de la escala, con mejores puntajes en el capital social de unión que de puente, siendo en las relaciones cercanas y familiares donde se presentan mayores redes de apoyo. Esta condición ha sido definida como un factor clave por su aporte para la salud, el cuidado individual y su vinculación con los servicios de salud^{14,21,22}.

El capital social de puente mostró mayor disparidad en los puntajes, específicamente en la participación en organizaciones comunitarias y la representación de sus intereses en ellas. La literatura indica, por una parte, que no existe consenso respecto al impacto del capital social de

puente en la salud de las personas mayores y, por otra, que hay una débil reciprocidad entre mayor participación ciudadana con mejores oportunidades de acceso a los recursos institucionales y el cuidado individual de la salud^{22,23}. En este estudio se encontró una correlación negativa significativa del arraigo territorial con el capital social total y sus componentes. Este hecho es relevante porque el promedio de años de residencia en el lugar en que viven era alto. En un estudio realizado en Valparaíso, se reportó que las personas mayores evaluaron negativamente los aspectos relacionados con la participación en organizaciones, equipamiento y seguridad en el barrio, sin embargo, para ellos el cerro delimita un espacio donde existe vida comunitaria, se comparten lugares y encuentros con relaciones sociales más estables y permanentes¹³. Al respecto, es preciso tener en cuenta, que en Valparaíso existe segregación urbana entre los cerros¹⁴.

Las personas con mayores niveles de confianza en el contexto externo y mayor participación ciudadana presentarían mayor resiliencia y reportan mejor condición de salud²⁴⁻²⁸. Lo anteriormente señalado, está refrendado por los antecedentes epidemiológicos que confirman la relación entre diferentes mediciones de capital social y el nivel de salud especialmente, en países con desigualdad social^{20,23}. El mecanismo psicosocial, representado por el capital social, muestra que el mayor número de relaciones sociales mejora la calidad de vida, mejora el acceso a los centros de salud y disminuye la probabilidad de muerte por enfermedades cerebrovasculares, cáncer, obesidad, suicidio y determinantes como tabaco, estrés psicosocial y consumo de alcohol^{23,29,30}. También, se ha señalado que el capital social tiene un efecto positivo en el impacto de las políticas de intervención de promoción y prevención, con un efecto mediador en la relación desigualdad de ingreso y salud^{18,20}.

Si se considera al capital social como un activo, en este estudio se observó que esta condición disminuye a mayor edad y años de residencia en el lugar. Sin embargo, este activo, es mitigado por el nivel de escolaridad y el número de hijos vivos de las mujeres adultas mayores, dado que hubo una correlación positiva con el capital social total y de puente. Se ha señalado que la escolaridad y el mayor número de interacciones sociales se relacionan con la disponibilidad de recursos sociales y envejecimiento más saludable¹⁸. Además, el mayor

capital social de mujeres evangélicas se vincula al rol de esta religión en la conformación de redes, porque las actividades del culto evangélico posibilitan la participación de las mujeres en espacios fuera del hogar, potenciando su capital social³¹.

Los hallazgos presentados, refuerzan la creciente necesidad que tienen los profesionales de la red pública de atención primaria de salud por conocer el rol que juega el capital social para enfrentar un envejecimiento positivo y saludable. Este conocimiento es esencial en la atención sanitaria de grupos socialmente vulnerables, que tienen disminuidos sus ingresos, condición social y concentran multimorbilidad, especialmente, en personas muy longevas que tienden al aislamiento, soledad y desconfianza^{23,28}. El reconocimiento del impacto que tiene la naturaleza y tamaño de las redes sociales de unión y de puente en la condición de salud de las personas mayores que se atienden en la red pública, permitirá comprender el valor de las acciones de protección social en atención primaria para avanzar hacia un envejecimiento activo^{19,24,30}.

Referencias

1. Foguet-Boreu Q, Violán C, Rodríguez-Blanco T, Roso-Llorach A, Pons-Vigués M, Valderas J, et al. Multimorbidity Patterns in Elderly Primary Health Care Patients in a South Mediterranean European Region: A Cluster Analysis. *Plos ONE* [serial on the Internet]. (2015, Nov 2); 10 (10): 1-14. Available in: DOI: 10.1371/journal.pone.0141155 [consultado el 13 de diciembre de 2015].
2. Solimano G, Mazzei M. ¿De qué mueren los chilenos hoy?: Perspectivas para el largo plazo. *Rev Med Chile* 2007; 135 (7): 932-8. Disponible en: <http://www.scielo.cl/> [consultado el 14 de octubre de 2015].
3. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 2011; 19: 369-89. Available in: file:///C:/Users/marcos/Downloads/S2009318_es.pdf [consultado el 20 de octubre de 2015].
4. Meneguci J, Sasaki J, da Silva Santos Á, Scatena L, Damião R. Socio-demographic, clinical and health behavior correlates of sitting time in older adults. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. 2015; 15 (1): 1-10. Available in DOI: 10.1186/s12889-015-1426-x [consultado el 10 de diciembre de 2015].

5. Woo J, Leung J. Multi-morbidity, dependency, and frailty singly or in combination have different impact on health outcomes. *Age* [serial on the Internet]. 2014, Apr; 36 (2): 923-931. DOI 10.1007/s11357-013-9590-3 [consultado el 12 de diciembre de 2015].
6. Foster L, Walker A. Active and Successful Aging: a European Policy Perspective. *Gerontologist* [serial on the Internet]. 2015; 55 (1): 83-90 8p. Available from: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/55/1/83.long>. [consultado el 8 de abril de 2016].
7. Albala C, Sánchez H, Lera L, Angel B, Cea X. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor: Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Rev Med Chile* [Internet]. 2011; 139 (10): 1276-85. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000005> [consultado el 10 de abril de 2016].
8. Mayordomo T, Sales A, Satorres Pons E, Blasco Igual C. Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología* [revista en la Internet]. 2015; 8 (3): 26-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904> [consultado el 10 de abril de 2016].
9. Eriksson M. Social capital and health implications for health-promotion. *Global Health Action* [serial on the Internet]. (2011, Jan); 41-11. DOI: 10.3402/gha.v4i0.5611 [consultado el 12 de diciembre de 2015].
10. Habibov N, Weaver R. Endogenous social capital and self-rated health: Results from Canada's General Social Survey. *Health Sociology Review* 2014; 23 (3): 219-31. DOI: 10.5172/hesr.2014.23.3.219 [consultado el 6 de diciembre de 2015].
11. Pedraza C, Toledo L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Pan American Journal of Public Health* [serial on the Internet]. 2012; 31 (4): 310-316. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n4/a07v31n4.pdf> [consultado el 8 de abril de 2016].
12. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2011. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_ADULTO_MAYOR.pdf [consultado el 6 de diciembre de 2015].
13. Fadda G, Cortés A. Hábitat y adulto mayor: el caso de Valparaíso. *Revista INVI*. 2009; 24 (66): 89-113. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-83582009000200003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-83582009000200003 [consultado el 16 de abril de 2016].
14. Poblete F, Sapag J, Bossert T. 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* [Internet]. 2008 Feb; 136 (2): 230-239. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200014> [consultado el 28 de abril de 2016].
15. von dem Knesebeck O. Concepts of social epidemiology in health services research. *BMC Health Services Research* [serial on the Internet]. (2015, Sep 2); 15 (1): 1-4. DOI: 10.1186/s12913-015-1020-z [consultado el 13 de diciembre de 2015].
16. Dauner K, Wilmot N, Schultz J. Investigating the temporal relationship between individual-level social capital and health in fragile families. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. 2015; 151-10. DOI: 10.1186/s12889-015-2437-3 [consultado el 12 de diciembre de 2015].
17. Bojorquez-Chapela I, Manrique-Espinoza B, Mejía-Arango S, Solís M, Salinas-Rodríguez A. Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: Evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging & Mental Health* [serial on the Internet]. 2012; 16 (4): 462-71. Available from: DOI:<http://recursosbiblioteca.unab.cl:2161/10.1080/13607863.2011.651432> [consultado el 10 de abril de 2016].
18. Chen X, Stanton B, Gong J, Fang X, Li X. Personal Social Capital Scale: An instrument for Health and Behavioral Research Health Education Research 2009; 24 (2): 306-17. DOI: 10.1093/her/cyn020. [cited october 15, 2015].
19. Uphoff E, Pickett K, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health* 2013, 12 (1): 54-65. DOI: 10.1186/1475-9276-12-54 [consultado el 18 de octubre de 2015].
20. Waverijn G, Wolfe M, Mohnen S, Rijken M, Spreeuwenberg P, Groenewegen P. A prospective analysis of the effect of neighbourhood and individual social capital on changes in self-rated health of people with chronic illness. *BMC Public Health* 2014; 14 (1): 675-685. DOI: 10.1186/1471-2458-14-675 [consultado el 18 de octubre de 2015].
21. Agampodi TC, Agampodi SB, Glozier N, Siribaddana S. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): a systematic

- review. *Soc Sci Med.* 2015; 128: 95-104. DOI 10.1016/j.socscimed.2015.01.005 [consultado el 10 de diciembre de 2015].
22. Giordano G, Lindström M. Social capital and change in psychological health over time. *Social Science & Medicine* [serial on the Internet]. 2011; 72 (8): 1219-1227. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.02.029 [consultado el 18 de octubre de 2015].
 23. Uphoff E, Pickett K, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International Journal for Equity in Health* 2013, 12 (1): 54-65. DOI: 10.1186/1475-9276-12-54 [consultado el 18 de octubre de 2015].
 24. Taylor R. Networking in primary health care: how connections can increase social capital. *Primary Health Care.* 2013; 23 (10): 34-40. Available from: <http://recursosbiblioteca.unab.cl:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=db02c1f5-53b9-4486-a180-b4f363182717%40sessionmgr114&vid=46&hid=127> [consultado el 16 de octubre de 2015].
 25. Waverijn G, Wolfe M, Mohnen S, Rijken M, Spreu-wenberg P, Groenewegen P. A prospective analysis of the effect of neighbourhood and individual social capital on changes in self-rated health of people with chronic illness. *BMC Public Health* 2014; 14 (1):675-685. DOI: 10.1186/1471-2458-14-675 [consultado el 18 de octubre de 2015].
 26. Murayama H, Nofuji Y, Matsuo E, Nishi M, Taniguchi Y, Fujiwara Y, et al. Are neighborhood bonding and bridging social capital protective against depressive mood in old age? A multilevel analysis in Japan. *Social Science & Medicine.* 2015; 124: 171-179. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.11.042 [consultado el 18 de octubre de 2015].
 27. Poortinga W. Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & Place.* 2011; 18 (2): 286-295. DOI: 10.1016/j.healthplace.2011.09.017 [consultado el 18 de octubre de 2015].
 28. Afshar S, Roderick P, Kowal P, Dimitrov B, Hill A. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. 2015; 15 (1): 76-85. DOI 10.1186/s12889-015-2008 [consultado el 10 de diciembre de 2015].
 29. Perry M, Williams R, Wallerstein N, Waitzkin H. Social capital and health care experiences among low-income individuals. *Am J Public Health* [serial on the Internet]. 2008; 98 (2): 330-336. Available from: <http://recursosbiblioteca.unab.cl:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=db02c1f5-53b9-4486-a180-b4f363182717%40sessionmgr114&vid=40&hid=127> [consultado el 20 de octubre de 2015].
 30. Paulsen T, Christensen U, Lund R. Measuring aspects of social capital in a gerontological perspective. *Eur J Ageing.* 2011; 8: 221-232. DOI 10.1007/s10433-011-0205-5 [consultado el 18 de octubre de 2015].
 31. Capdevielle J. Hilvanando redes entre familias e iglesias evangélicas en contextos de pobreza en Córdoba Argentina. *Rev. austral cienc. soc.* 2012; 23: 5-23. DOI: 10.4206/rev.austral.cienc.soc.2012.n23-01 [consultado el 30 de abril de 2016].