Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud

Fernando C Poblete¹, Jaime C Sapag¹, Thomas J Bossert².

Social capital and mental health in low income urban communities in Santiago, Chile

Background: Many studies suggest that social capital, defined as those intangible resources of a society or community (trust, participation and reciprocity), that might facilitate collective action, can be associated with positive health effects. **Aim:** To explore the relationship between social capital and the level of mental health, in urban communities of Santiago, Chile. **Material and methods:** In a qualitative-quantitative cross-sectional design, two low income neighborhoods in the municipality of Puente Alto were selected. Interviews to key agents and focus groups, as well as surveys (407) to adults from a representative random sample of households, were conducted, measuring social capital, using a locally devised questionnaire and mental health using the General Health Questionnaire (GHQ-12 instrument). A qualitative analysis based on the «grounded theory» and a quantitative analysis through correlations and simple and logistic regression models were applied. **Results:** The quantitative analysis found an association between female gender, education and having a chronic disease, with low levels of mental health. At the same time, the trust component of social capital might be associated with a better mental health status. Qualitatively, all the components of social capital were identified as important for a better mental health. **Conclusions:** This study suggests the existence of a positive relationship between social capital and mental health. Developing trust in a community might be a useful tool to work in mental health at the community level (Rev Méd Chile 2008; 136: 230-9).

(Key words: Mental health; Population characteristics; Socio economic factors)

Recibido el 26 de enero, 2007. Aceptado el 20 de diciembre, 2007.

Apoyo financiero: Proyecto DIPUC (Pontificia Universidad Católica de Chile) N° 2004/07E, «Capital Social y Salud en Chile; Estudio en Zona Urbana de Bajo Nivel Socioeconómico. Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton, Puente Alto, Santiago».

¹Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. ²Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health. USA.

Correspondencia a: Dr. Fernando C. Poblete. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Lira 40, Santiago. Santiago 10. Chile. Tel: (56-2) 354-8111. E mail: fpoblete@med.puc.cl

Publicaciones nacionales e internacionales sugieren que los trastornos de salud mental se han transformado en uno de los problemas de salud que más impacto genera, no sólo en la calidad de vida de las personas, sino que también en costos económicos para el individuo, la sociedad y los sistemas de salud¹⁻³. A nivel global, se estimó que para 1992 sólo la depresión unipolar fue la quinta causa más importante de años perdidos por discapacidad en el mundo, ascendiendo al segundo lugar en una proyección a 2020, después de las enfermedades cardiovasculares^{4,5}.

En Chile, 36% de la población ha presentado un trastorno de salud mental en su vida y 23% en los últimos seis meses¹. Se sabe que no más de la mitad de las personas con criterios de enfermedad psiquiátrica recibe algún tipo de atención en salud mental⁶⁻⁸. En síntesis, Chile parece tener una prevalencia elevada de trastornos psiquiátricos a nivel latinoamericano, y Santiago concentraría una alta frecuencia al interior del país^{1,6-12}. Además de la mayor oferta de servicios para pacientes con trastornos de salud mental derivada de las garantías explícitas en salud¹³, el desafío a futuro es incorporar el abordaje promocional, preventivo y comunitario, para enfrentar un factor clave: los determinantes sociales subyacentes a este tipo de problemas.

Desde que Durkheim propusiera la asociación entre la dinámica social y el suicidio¹⁴, y más tarde Merton profundizara en el concepto de anomia y sus consecuencias¹⁵, muchos otros investigadores han permitido establecer fuertes vínculos entre la estructura, función y contexto de nuestra sociedad con efectos en salud, que hoy no sólo no se discuten, sino que se acepta que deben ser intervenidos^{16,17}. Más recientemente, Bourdieu propondría en forma más sistemática el concepto de capital social¹⁸ que posteriormente se asociaría a consecuencias en salud.

define capital social como los recursos socioestructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones comunes de quienes conforman esa estructura²¹. Por su parte, para Putnam es un conjunto de atributos que están presentes en una sociedad como intangibles que favorecen los emprendimientos: la confianza, la reciprocidad y la acción social con arreglo a normas compartidas²².

Se ha demostrado su importancia en superación de la pobreza y educación^{18,23}. En salud, se ha visto que aquellos países, ciudades y comunidades, en general, con mayores niveles de capital social, tienden a presentar una mayor expectativa de vida, así como una menor morbimortalidad global y por causas específicas^{24,25}, independientemente del nivel educacional y socioeconómico. Esta asociación también se presentaría en América Latina, aunque con ciertas diferencias contextuales²⁶.

Respecto de capital social y salud mental, gran parte de las vinculaciones surgen de la asociación más bien teórica que proponen expertos internacionales en el tema²⁷⁻²⁹, quienes, a la luz de evidencias indirectas, sugieren un posible efecto beneficioso. Asimismo, muy escasos estudios de tipo transversal han evaluado esta asociación, con resultados variables, desde escasa o nula asociación³⁰ a relación entre bajo capital social y salud mental deteriorada³¹. Asimismo, se ha sugerido que el componente cognitivo (confianza y reciprocidad) estaría más asociado con salud mental que el componente estructural (participación)³².

El presente estudio fue diseñado para contribuir a superar la escasa evidencia que existe al respecto buscando, a la vez, nuevas estrategias para combatir el creciente problema de la salud mental o enfermedades psiquiátricas en Chile, con un enfoque que permita trabajar sobre sus determinantes sociales.

MATERIAL Y MÉTODO

CAPITAL SOCIAL Y SALUD MENTAL

En los últimos años se ha puesto especial interés en el concepto de capital social y su asociación con salud, centrando la atención en los aspectos de la dinámica colectiva, más que en la individual¹⁸⁻²⁰. A inicios de la década 1990-99, Coleman

Para el presente estudio, desarrollado durante el año 2004, capital social fue definido según Coleman y Putnam^{21,22}, considerando la participación, confianza y reciprocidad como los ejes centrales. Para obtener una aproximación comprehensiva a este constructo complejo, se contempló

el uso de dos metodologías: cuantitativa, con un diseño descriptivo correlacional y cualitativa, según el modelo de la *Grounded Theory*³³.

Participantes. Se seleccionaron dos poblaciones de aproximadamente 2.000 habitantes cada una, y más de 5 años de existencia, en el área geográfica de influencia del Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton de la comuna de Puente Alto, de bajo nivel socioeconómico de acuerdo a la Encuesta Nacional CAS II (Nivel de pobreza 37,9% y 46,9%) buscando la máxima representatividad de las comunidades pobres del sector.

Componente cuantitativo. Se midió el capital social de las comunidades estudiadas y su nivel de salud general y mental a través de una encuesta que se adaptó de otras utilizadas internacionalmente, dada la ausencia de instrumentos validados a nivel local: *Social Capital Community Benchmark Survey*, de los estudios de Putman^{22,34}; *Social Capital Assessment Tool* (SCAT)³⁵; Módulo de Capital Social de la Encuesta General de Hogares³⁶; y Cuestionario Integrado para la Medición de Capital Social³⁷ (copias disponibles a solicitud de los lectores). Posteriormente, se realizó una aplicación piloto preliminar.

El sistema de muestreo fue probabilístico en multietapas (villa, cuadra, hogar). El cálculo del tamaño muestral consideró un nivel de confianza de 95% y un error probable menor a 5%, con una prevalencia estimada máxima para cada alternativa de respuesta de 50%, resguardando la adecuada representación de ambas comunidades. Ello implicó un total mínimo de 400 encuestas.

La encuesta se aplicó por cuadras en cada población; identificada la casa, se solicitó la presencia de un adulto mayor de 18 años para responder. Criterios de exclusión fueron: enfermedad o retardo mental severo o problema comunicacional grave.

Para estimar salud mental se utilizó la encuesta GHQ-12, validada en contextos de Atención Primaria en Chile³⁸. Se tabuló en la forma estándar, que implica un máximo de 12 puntos. Se asumió que un puntaje final mayor o igual a 3 sería indicador de problema de salud mental, ya que supera el estándar de los estudios que determinan que el límite 2/3 entrega una sensibilidad de 84,8% y una especificidad de 82,2% como método

de tamizaje, sin mejoras sustantivas a mayores puntajes.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile e incluyó consentimientos informados sobre participación y uso de información.

El análisis se realizó con el programa SPSS para Windows, incluyendo correlaciones y modelos de regresión simples y logísticos.

Componente cualitativo. Se basó en grupos focales y entrevistas semiestructuradas en ambas poblaciones. Se realizó un total de siete entrevistas a representantes de la comunidad no organizada, organizaciones comunitarias y autoridades locales de ambas comunidades, y cuatro grupos focales, dos por cada comunidad, uno para participantes de entre 18 y 40 años y otro para mayores de 40 años. Se exploró las percepciones sobre la importancia de capital social, su forma de expresión, sus componentes y matices, así como su relación con salud. Se reclutó por la metodología de *snow ball* a través de agentes claves. El análisis consideró el enfoque de *Grounded Theory* a través de las distintas etapas de codificación: abierta, axial y selectiva³³.

RESULTADOS

Componente cuantitativo. Con un rechazo estimado de 20%, se obtuvieron 407 encuestas válidas. El 27% de ellas correspondió a hombres y 73% a mujeres. La Tabla 1 resume las principales características de la población estudiada.

Al buscar asociaciones entre diferentes variables sociodemográficas y de salud general con el nivel de salud mental, sólo alcanzaron significancia estadística (alfa de 0,05) para la prueba de Chi cuadrado, género, nivel de escolaridad y presencia de enfermedad crónica. Por ejemplo, 61,9% de los encuestados tuvo un GHQ-12 positivo, mayor o igual a 3 puntos (66,3% de las mujeres y 50,5% de los hombres). Asimismo, entre aquellos que declararon tener una enfermedad crónica, 75,4% presentaba un GHQ-12 positivo (en comparación con 54,4% de aquellos que no tenían enfermedad crónica), relación significativa que se mantuvo luego de analizar por subgrupos (hombres y mujeres).

Tabla 1. Características sociodemográficas principales de la población en estudio

Variables	Promedio	Desviación estándar
Edad (años)	44,1	13,924
Nivel educacional (número de años de estudio)	8,33	3,80
Número de personas que viven en el mismo hogar	4,85	2,01
	Distribución de frecuencias Se presenta el número de casos y, en paréntesis, el porcentaje válido	
Género	Mujeres: 297 (73,0%)	Hombres: 110 (27,0%)
Alfabetismo	Lee: Sí: 363 (96,0%) Escribe: Sí: 706 (90,8%)	No: 15 (4,0%) No: 39 (5,2%)
Identificación étnica	No: 352 (87,1%) Sí: 52 (12,9%) Mapuches: 52 (92,9%) Otros: 3 (5,4%)	Alcalufes: 1 (1,8%),
Religión	Católica: 237 (59,5%) Testigo de Jehová: 14 (3,5%) Mormona: 27 (6,8%) Ninguna, agnóstico o ateo: 0 (0%) Nota: 9 no respondieron	Evangélica: 96 (24,1%) Judía: 23 (5,8%) Otra: 1 (0,3%)
Estado civil	Casado: 214 (52,6%) Soltero/a: 77 (18,9%) Separado/a o divorciado/a: 29 (7,1%)	Conviviente: 62 (15,2%) Viudo: 25 (6,1%)
Trabajo	Dueño/a de casa: 176 (44,0%) Cesante: 29 (7,3%) Comercio: 41 (10,3%) Construcción: 15 (3,8%)	Student: 12 (3,0%) Servicios: 78 (19,5%) Industria: 11 (2,8%) Other: 38 (9,5%)
Ingreso neto total mensual hogar	<95 US\$: 16 (5,5%) 95 a <190 US\$: 65 (22,5%) 380 a <571 US\$: 82 (28,4%)	190 a <380 US\$: 170 (58,8%) ≥571 US\$: 56 (19,4%)

No se encontraron asociaciones significativas para el caso de actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol (para cualquier nivel de consumo), edad y vivir solo.

Capital social y salud mental. Este artículo presenta el análisis de un subgrupo de preguntas del instrumento utilizado, que representan los componentes de capital social (participación, confianza y reciprocidad), con las cuales se realizaron regresiones simples y logísticas, e inclusión en la

ecuación de variables confundentes para controlar y ajustar su efecto (ver Tablas 2 y 3). El análisis de todas las preguntas no difiere de lo que aquí se presenta.

Sólo una de las preguntas presentó fuerte asociación estadística con nivel de salud mental: «Si se le cayera su monedero o billetera en su villa y alguien la viera, piensa Ud. que él o ella se la devolvería?». A mayor certeza de obtenerla de vuelta, mejor nivel de salud mental, ajustado por sexo, edad, enfermedad crónica, consumo de

Tabla 2. Preguntas utilizadas para evaluar los componentes de capital social

a) ¿Cómo define el actual nivel de participación de la comunidad en esta villa?   b) En el caso de haber una emergencia local, por ejemplo, un terremoto o una inundación, ¿qué tan probable usted piensa que la gente de su villa trabajará junta para resolver los problemas?   c) Diría Ud. que confía en: a) La mayoría de la gente en su villa; b) Mucha gente en su villa; c) La mitad de la gente en su villa; d) Unas pocas personas de la villa; e) no puede confiar en la gente de su villa?   d) Por favor, califique su percepción de confianza (¿cuánto Ud. confía?) en los diferentes niveles (de 1 a 7, siendo 1 el más desconfiado y 7 el más confiado):   b.1. Vecinos/as de su cuadra   b.2. Organizaciones locales dar ejemplos (de la villa) no religiosas (en promedio)   b.3. Organizaciones locales (de la villa) religiosas (en promedio)   e) ¿Diría Ud. que esta villa es un lugar donde los vecinos se preocupan unos de otros?   f) En el caso en que usted o alguno de los miembros de su familia se enfermara, ¿cree Ud. que hay vecinos/as en su villa que la/lo ayudarían voluntariamente?   g) Si se le cayera su monedero o billetera en su villa y alguien la viera, ¿piensa Ud. que él o ella se la devolvería?

alcohol, tabaquismo y actividad física. Las otras preguntas no mostraron asociaciones significativas.

Al evaluar distintos modelos multivariados, incluyendo uno que incorporó todas las preguntas en una sola ecuación, se mantuvo el nivel de significancia estadística para la pregunta referida, sin mostrar mayores cambios en la explicación de la variable salud mental, por lo que el modelo completo, con todas las preguntas, ajustado por todas las variables ya mencionadas, no demostró responder mejor que la pregunta aislada de la billetera.

Componente cualitativo. Del análisis cualitativo, se aprecia que una de las relaciones más nítidamente establecida por los participantes es aquella entre los componentes del capital social y los estados de salud mental que poseen las villas. Adicionalmente, la confianza surge como uno de los elementos más importantes, por cuanto se señala como condición para que se desarrolle la participación y reciprocidad.

Por otro lado, se aprecia que la vinculación entre el capital social, o sus componentes, con salud mental, se realiza desde una perspectiva más bien instrumental, como medio para superar sus problemas, aun cuando se menciona un posible vínculo causal entre el capital social y la salud mental, en particular con el caso de la confianza.

En el análisis relacional, se puede apreciar cómo se percibe la relación entre capital social y salud mental (Figura 1). En particular, es importante resaltar la contextualización que se presenta, donde los aspectos macrosociales son vinculados directamente con los aspectos microsociales e individuales, y de qué manera el capital social podría ser un mediador para lograr, entre otras cosas, una adecuada calidad de vida y mejoras en salud mental.

DISCUSIÓN

Pese al creciente cuerpo de evidencia en capital social y salud¹⁹, aún persisten dudas tanto en el desarrollo mismo de la teoría, como en aspectos metodológicos de la medición del constructo y sus asociaciones³⁹⁻⁴⁵. Un dilema importante es la medición de una propiedad del colectivo a través de la agregación de datos individuales, llevando a lo que se llama la falacia atomista.

A la fecha de realización de este estudio, muy poca evidencia se tenía en América Latina. Muy recientemente, se han publicado algunos trabajos de Colombia, Perú y Nicaragua, que han intentado con éxito parcial establecer relaciones de la misma naturaleza, así como validar instrumentos en distintos contextos^{30,32,46,47}.

Tabla 3. ORs de regresión logística binaria para Goldberg alterado (puntaje de 3 o más), de acuerdo a las variables de capital social evaluadas no ajustadas y ajustadas por género, edad, nivel educacional y enfermedad crónica, respectivamente

Outcome: Probable problema de salud mental (Goldberg alterado)						
	Beta	E.S.	Valor p	OR	Intervalo confianza 95%	
					Inferior	Superior
VARIABLES DE AJUSTE						
Género						
1=Hombre (Referencial) 2=Mujer	0,658	0,233	0,005	1,930	1,223	3,048
Edad (años)	0,004	0,008	0,569	1,004	0,989	1,020
Nivel educacional (Años de estudio)	-0,082	0,030	0,006	0,921	0,869	0,976
Presencia de enfermedad crónica						
0=No (Referencial) 1=Si	0,943	0,236	0,000	2,568	1,617	4,080
VARIABLES DE CAPITAL SOCIAL						
¿Cómo define el actual nivel de participación de la comunidad en esta villa?						
1=Muy Bajo a 5=Muy Alto						
Sin Ajuste	-0,079	0,117	0,5	0,924	0,736	1,162
Con Ajuste	-0,090	0,124	0,469	0,914	0,717	1,166
En el caso de haber una emergencia local, por ejemplo, un terremoto o una inundación, ¿Qué tan probable usted piensa que la gente de su villa trabajará junta para resolver los problemas?						
1=Muy Bajo a 5=Muy Alto						
Sin Ajuste	0,033	0,091	0,719	1,033	0,865	1,235
Con Ajuste	0,022	0,095	0,815	1,023	0,849	1,232
Diría Ud. que confía en...						
1= No puede confiar en la gente de su villa a 5= La mayoría de la gente en su villa						
Sin Ajuste	-0,049	0,118	0,679	0,952	0,756	1,199
Con Ajuste	-0,006	0,122	0,964	0,944	0,783	1,263
Califique su percepción de confianza (¿Cuánto Ud. confía?) en los vecinos de su cuadra (de 1 a 7, siendo 1 el más desconfiado y 7 el más confiado)						
Sin Ajuste	-0,075	0,055	0,176	0,928	0,833	1,034
Con Ajuste	-0,063	0,059	0,285	0,939	0,837	1,054
Califique su percepción de confianza (¿Cuánto Ud. confía?) en organizaciones locales no religiosas de su villa (en promedio) (de 1 a 7, siendo 1 el más desconfiado y 7 el más confiado)						
Sin Ajuste	-0,031	0,056	0,583	0,970	0,870	1,082
Con Ajuste	-0,027	0,058	0,647	0,974	0,869	1,091
Califique su percepción de confianza (¿Cuánto Ud. confía?) en organizaciones locales religiosas de su villa (en promedio) (de 1 a 7, siendo 1 el más desconfiado y 7 el más confiado)						
Sin Ajuste	0,084	0,050	0,093	1,088	0,986	1,200
Con Ajuste	0,074	0,053	0,161	1,076	0,971	1,193
¿Diría Ud. que esta villa es un lugar donde los vecinos se preocupan unos de otros?						
1= Muy en Desacuerdo a 5=Muy de Acuerdo						
Sin Ajuste	-0,099	0,098	0,313	0,906	0,748	1,098
Con Ajuste	-0,120	0,103	0,246	0,887	0,724	1,086
En el caso en que usted o alguno de los miembros de su familia se enfermara, ¿cree Ud. que hay vecinos/as en su villa que la/lo ayudarían voluntariamente?						
1= Muy en Desacuerdo a 5=Muy de Acuerdo						
Sin Ajuste	0,080	0,090	0,371	1,084	0,909	1,292
Con Ajuste	0,064	0,094	0,494	1,066	0,887	1,282
Si se le cayera su monedero o billetera en su villa y alguien la viera, piensa Ud. que él o ella se la devolvería?						
1= Muy en Desacuerdo a 5=Muy de Acuerdo						
Sin Ajuste	-0,457	0,137	0,001	0,633	0,484	0,828
Con Ajuste	-0,467	0,144	0,001	0,627	0,473	0,831
Nota: Se evalúa la misma pregunta anterior, pero dicotomizando las respuestas, asumiéndose como variable categórica.						
Si se le cayera su monedero o billetera en su villa y alguien la viera, piensa Ud. que él o ella se la devolvería?						
0= En desacuerdo / Muy en desacuerdo / Ni acuerdo ni en desacuerdo (más o Menos) (Referencial)						
1=De Acuerdo /Muy de Acuerdo						
Sin Ajuste	-1,360	0,551	0,014	0,257	0,087	0,755
Con Ajuste	-1,477	0,588	0,012	0,228	0,072	0,723

Nota: En negrilla los valores p significativos, menores a 0,05.

Figura 1. Análisis relacional de capital social y salud mental, de acuerdo a los resultados de las entrevistas y grupos focales.

De nuestros resultados, destaca la fuerte asociación observada entre una de las preguntas del instrumento cuantitativo y problemas de salud mental según el GHQ-12, que se mantiene incluso después de ajustar por sexo, edad, enfermedad crónica, y nivel educacional, sugiriendo ser un ítem consistente.

Asimismo, la pregunta que demostró asociación, en nuestra cultura, podría ser una pregunta representativa de confianza, pese a que internacionalmente se ha usado para el componente reciprocidad. Este punto requiere de mayor análisis para conocer si esta pregunta se comporta más coherentemente en el componente de confianza que en el de reciprocidad. De cualquier modo, esto indicaría que los aspectos cognitivos del

capital social (en este caso confianza) estarían más fuertemente vinculados con salud mental que aquellos estructurales (participación), lo que es consistente con los hallazgos de otro estudio semejante³².

La escasa asociación cuantitativa encontrada entre los otros componentes de capital social y salud mental, sugiere que la relevancia relativa de los componentes podría variar en cada problema de salud evaluado y que, en este caso, la confianza podría tener un rol de mayor influencia y asociación con la salud mental de la comunidad. Otra explicación, es que los instrumentos de medición utilizados no hayan sido capaces de identificar otras relaciones existentes, siendo necesario avanzar en mejorar los medios de medi-

ción, lo que es avalado por la literatura internacional. Sin embargo, también es posible que la asociación cuantitativa observada no sea real, incluso pudiendo no existir una asociación entre capital social y salud mental en este contexto. La sola presencia de una relación significativa entre una pregunta de capital social y un resultado en salud, suele no ser suficiente para corroborar la existencia de una real relación entre ambos conceptos, por lo que hay que ser cautelosos en las inferencias⁴⁷.

En cuanto al análisis relacional de los datos cualitativos, se puede apreciar que las personas contextualizan el capital social de una forma coherente con la teoría, desde lo macrosocial a lo individual, y que lo vinculan naturalmente con efectos en salud, así como identifican la complejidad de una posible asociación entre capital social y salud en general, y salud mental, en particular. Creemos que éste representa un punto de partida muy importante para nuevos estudios y, en el futuro, para el diseño de intervenciones en salud que sean costo-efectivas.

Algunas de las debilidades de este estudio se relacionan con la selección no aleatoria de las poblaciones. Ello porque se privilegió encontrar poblaciones con niveles de pobreza semejantes, un número de habitantes equivalente y una antigüedad parecida. Sin embargo, al interior de cada población, los participantes fueron seleccionados en forma aleatoria. No se utilizó tabla de Kish para seleccionar el posible entrevistado en el hogar, sino que por sorteo simple cuando había más de uno por hogar.

También, una limitación propia del diseño es la dificultad para establecer la direccionalidad de la asociación observada. Para este caso, se asume que ciertas características de la comunidad son las responsables de la salud mental de los integrantes de ella, sin embargo, es posible una causalidad inversa. Si además consideramos la falacia atomis-

ta, implicaría que incluso estudios de cohorte, que permiten establecer asociaciones más causales, no necesariamente solucionarían esta dificultad. A nivel internacional, no hay aún una solución clara para este problema.

Una fortaleza importante de este estudio es la combinación de metodologías, ya que no sólo nos permite capturar mejor las percepciones referentes a conceptos complejos como el caso del capital social, sino que también le agrega mayor validez externa, pues pocos estudios en este campo, internacional y regionalmente, han incorporado ambas metodologías.

Por otro lado, este trabajo abre una línea de investigación e intervención que pretende dar respuesta en forma innovadora a aquellos problemas de salud que tienen un importante común denominador: los determinantes sociales, como lo propone la OMS⁴⁸. Sin embargo, se requieren de más estudios e instrumentos validados para avanzar en las preguntas que nuestro estudio deja pendientes de resolver, al igual que otros trabajos de naturaleza similar fuera de nuestras fronteras.

Agradecimientos

Por la colaboración en el diseño, desarrollo y análisis de la investigación de la cual se obtienen los datos del presente artículo. Marcela Aracena, Coinvestigadora del Proyecto DIPUC N° 2004/07E. Académica, Escuela de Psicología, P. Universidad Católica de Chile. Sr. Luis Villaroel, Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Claudia Berrocal, Residente de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile (durante el periodo de la investigación); actualmente, es Médico Familiar. Ángela Benavente, Psicóloga, graduada en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Claudia Cameratti, Psicóloga, graduada en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

REFERENCIAS

1. ZACCARIA A, MINOLETTI A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18: 346-58.
2. CONACE. Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General. 2004.
3. WHO. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.
4. MICHAUD C, MURRAY C, BLOOM B. Burden of Disease-Implications for Future Research. *JAMA* 2001; 285: 535-9.
5. ÜSTÜN T, AYUSO-MATEOS J, CHATTERJI S, MATHERS C, MURRAY C. Global burden of depressive disorder.

- ders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 386-92.
6. VICENTE B, RIOSECO P, SALDIVIA S, KOHN R, TORRES S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (SSM-IIIR/ CIDI) (ECCP). *Rev Méd Chile* 2002; 130: 527-36.
 7. ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R, FRANK R, LEWIS G. Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile. *Am J Public Health* 2006; 96: 109-13.
 8. SALDIVIA S, VICENTE B, KOHN R, RIOSECO P, TORRES S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 71-6.
 9. ARAYA R, WYNN R, LEONARD R, LEWIS G. Psychiatric morbidity in Primary Health Care in Santiago, Chile. Preliminary findings. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 530-3.
 10. KOHN R, LEVAV I, CALDAS DE ALMEIDA J, VICENTE B, ANDRADE L, CARAVEO-ANDUAGA J ET AL. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 18: 229-40.
 11. VICENTE B, KOHN R, RIOSECO P, SALDIVIA S, BAKER C, TORRES S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 299-305.
 12. ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R, ACUÑA J, LEWIS G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
 13. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. En www.minsal.cl (consultado en enero 2007)
 14. BERKMAN L, GLASS T, BRISSETTE I, SEEMAN T. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000; 37: 331-42.
 15. MERTON RK. *Teoría y Estructuras Sociales*. Fondo de Cultura Económica, España, 1965.
 16. MARMOT M. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 1998; 351: 57-60.
 17. WHO. Social Determinants of Health. The Solid Facts. Disponible en <http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf> (con acceso 29/12/06).
 18. PORTES A. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annu Rev Sociol* 1998; 24: 1-24.
 19. KAWACHI I, KIM D, COUTTS A, SUBRAMANIAN S. Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 682-90.
 20. SERRANO C. Pobreza, capital social y ciudadanía (Borrador). Asesorías para el Desarrollo. Chile; 2002. Disponible en: <http://www.asesorias.tie.cl/informe%20capital%20social.rtf> (consultado en enero 2007).
 21. COLEMAN J. *Foundations of social theory*. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press of Harvard University Press; 1990.
 22. PUTNAM R. *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton: University Press; 1994.
 23. PUTNAM R. 2001. Social Capital Measurement and Consequences. *Canadian Journal of Policy Research* Vol 1, Nº 2 http://www.isuma.net/v02n01/index_e.shtml
 24. KAWACHI I, KENNEDY BP, LOCHNER K, PROTHRO-STITH D. Social Capital, Income Inequality and Mortality. *Am J Public Health* 1997; 87: 1491-8.
 25. LOMAS J. Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1181-8.
 26. SAPAG J, KAWACHI I. Capital Social y Promoción de la Salud en América Latina. *Rev Saude Publica* 2000; 41: 139-49.
 27. SARTORIUS N. Social capital and mental health. *Curr Opin Psychiat* 2003; 16 (suppl 2): S101-05.
 28. HENDERSON S, WHITEFORD H. Commentary: Social capital and mental health. *Lancet* 2003; 362: 505-6.
 29. MCKENZIE K, WHITLEY R, WEICH S. Social capital and mental health. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 280-3.
 30. HARPHAM T, GRANT E, RODRÍGUEZ C. Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Soc Sci Med* 2004; 58: 2267-77.
 31. MCCULLOCH A. Social environment and health: a cross-sectional survey. *BMJ* 2001; 323: 208-9.
 32. DE SILVA M, HUTTLY S, HARPHAM T, KENWARD M. Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. *Soc Sci Med* 2007; 64: 5-20.
 33. GLASER BG, STRAUSS AL. *The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Pub Co. 1967.
 34. PUTNAM R. 2000. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community* (Simon and Schuster).
 35. KRISHANA A, SHRADER E. *Cross-cultural measures of social capital: a tool and results from India and Panamá*. Social capital Initiative Working Paper Nº 21, 2000. Washington DC: World Bank.
 36. COULTARD M, WALKER A, MORGAN A. *Assessing people's perceptions of their neighbourhood and community involvement*. London: Health Development Agency. 2001.

37. GROOTAERT C, NARAYAN D, NYHAN V, WOOLCOCK M. *Measuring social capital: an integrated questionnaire*. World Bank Working Paper n° 18, 2003. Washington DC: World Bank.
38. GOLDBERG D, GATER R, SARTORIOUS N, ÜSTÜM T, PICCINELLI M, GUREJE O, RUTTER C. The validity of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27: 191-7.
39. LYNCH L, SMITH G, KAPLAN G, HOUSE J. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000; 320: 1200-4.
40. MARMOT M, WILKINSON G. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ* 2001; 322: 1233-6.
41. NAVARRO V. Commentary: Is capital the solution or the problem? *Int J Epidemiol* 2004; 33: 672-4.
42. SZRETER S, WOOLCOCK M. Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 650-67.
43. PUTNAM RD. Health by association: some comments. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 667-71.
44. MUNTANER C. Commentary: Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 674-80.
45. HARPHAM T, GRANT E, THOMAS E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Plan* 2002; 17: 106-11.
46. DE SILVA M, HARPHAM T, TRAN TUAN ET AL. Psychometric and cognitive validation of a Social Capital measurement tool in Peru and Vietnam. *Soc Sci Med* 2006; 62: 941-53.
47. MITCHELL A, BOSSERT T. Measuring dimensions of social capital: Evidence from surveys in poor communities in Nicaragua. *Soc Sci Med* 2007; 64: 50-63.
48. OMS. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. 2004.