

# Capital social, pobreza familiar y autopercepción de apoyo en casos de enfermedad respiratoria aguda

Alicia Hamui-Sutton,<sup>a\*</sup> E. Raúl Ponce-Rosas R.,<sup>b</sup> Arnulfo Irigoyen-Coria<sup>b</sup> y José Halabe-Cherem<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamentos de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado y

<sup>b</sup>de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

<sup>c</sup>Departamento de Enseñanza e Investigación, Centro Médico ABC, México D.F., México

Recibido en su versión modificada: 8 de octubre de 2009

Aceptado: 29 de octubre de 2009

## RESUMEN

**Objetivo:** Correlacionar las variables socioestructurales del índice simplificado de pobreza familiar con los recursos materiales, sociales y simbólicos que constituyen las redes sociales de las personas que han presentado una infección respiratoria aguda.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, observacional en siete unidades médicas rurales que atienden a población sin seguridad social. Participaron 480 mujeres y 368 hombres, a quienes se les aplicó cuestionario estandarizado que indaga situación sociodemográfica, índice simplificado de pobreza familiar, redes sociales y de acceso, así como conocimientos y percepciones sobre las enfermedades respiratorias y la neumonía.

**Resultados:** La interpretación bivariada y el análisis discriminante mostraron que ante la evidencia de pobreza en la familia, las diferencias estadísticamente significativas se expresan en la autopercepción de que el apoyo moral de los hijos es mayor y se realiza siempre o casi siempre ante un caso de infección respiratoria aguda en la familia; el apoyo moral que otorgan los amigos es menor ante la presencia de un caso de infección respiratoria aguda en la familia y también existió la autopercepción de menor apoyo moral de parte del resto de los familiares.

**Conclusiones:** La asociación del índice simplificado de pobreza familiar con el acceso a los recursos sociales (servicios de salud, apoyo moral, apoyo económico, obtención de información) ante el evento de una enfermedad respiratoria, nos lleva a considerar que a mayor índice de pobreza familiar, menor acceso a los recursos sociales ante el evento de enfermedad respiratoria aguda.

## Palabras clave:

Capital social, pobreza, promoción de la salud, infecciones respiratorias agudas

## SUMMARY

*The aim of this study was to correlate the socio structural variables of the Simplified Index of Family Poverty with the self-perception of resources that conform social capital among patients with acute respiratory disease (ARD). We used a qualitative and quantitative methodology. The sample included 848 cases distributed in seven Rural Medicine Units of Mexico. We considered three pathways described by Kawachi where social capital might have an impact on individual health. The bivariate correlation and discriminant analysis showed that when there is evidence of poverty in the family, the statistically significant differences are mainly observed in self-perception. Moral support of sons and daughters is thereby increased when there is an ARD. We concluded that when there is a higher index of family poverty there is a decreased access to social resources when a family member is diagnosed with an ARD.*

## Key words:

*Social capital, poverty, health promotion, acute respiratory infections*

## Introducción

En la actualidad, el concepto de capital social ha sido incorporado a las investigaciones relacionadas con la salud pública.<sup>1-7</sup> El capital social es externo al individuo e

inherente a las estructuras que median las relaciones sociales. En teoría, un individuo satisfactoriamente conectado (con familiares, amigos, etcétera) tendría diferentes oportunidades en la vida y un estado de salud también distinto según los recursos del entorno donde habita; de ahí que el

\*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Alicia Hamui-Sutton. Departamento de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Circuito Interior, Edificio de Posgrado, 1er. piso, Ciudad Universitaria, 04519 México D.F., México. Correo electrónico: lizhamui@hotmail.com

capital social sea un bien público, una característica colectiva donde las acciones de unos se reflejan no solo en su propio interés sino en el bienestar de los otros.

Durston<sup>8</sup> postula que existen dos tipos de capital social: uno individual y otro comunitario o colectivo. El capital social individual consta del crédito que ha acumulado la persona en la forma de la reciprocidad difusa que puede reclamar en momentos de necesidad, a otras personas para las cuales ha realizado, en forma directa o indirecta, servicios o favores, en cualquier momento en el pasado. En cambio, el capital social comunitario consta de las normas y estructuras que conforman las instituciones de cooperación grupal, el cual reside no en las relaciones interpersonales diádicas sino en sistemas complejos, en sus estructuras normativas, gestoradoras y sancionadoras.

Moore<sup>9</sup> realizó un análisis bibliográfico para comprender la forma como ha sido aplicado el concepto de capital social. Encontró que de los autores más reconocidos: Putnam, Coleman y Bourdieu,<sup>10-12</sup> el primero es el más influyente a través de los trabajos de Kawachi.<sup>13,14</sup> El enfoque de Putnam<sup>10</sup> se constriñe a la comunidad con fronteras geográficas bien definidas, lo que podría reducir el potencial del concepto de capital social a otras modalidades de análisis empírico que rebasan los límites vecinales. Por su parte, Coleman define al capital social según su función: "no es un ente aislado, sino más bien una variedad de entes diferentes con dos elementos en común: consisten en algunos aspectos de las estructuras sociales y facilitan ciertas acciones de los actores en la estructura".<sup>15</sup> Coleman indica que el capital social se presenta tanto en el plano individual como en el colectivo.

Bourdieu<sup>12</sup> definió al capital social como el agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan a la posesión de redes duraderas de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuo. Su tratamiento del concepto es instrumental y se concentra en los beneficios que reciben los individuos en virtud de su participación en grupos, en la construcción deliberada de la sociabilidad con el objeto de crear ese recurso. Su definición aclara que el capital social puede descomponerse en dos elementos: primero, la relación social misma, que permite a los individuos reclamar acceso a los recursos poseídos por sus asociados; y, segundo, el monto y la calidad de esos recursos.

Respecto al enfoque de Putnam, en el presente trabajo se considera que aun cuando los individuos pertenecen a poblaciones y comunidades específicas, el enfoque de las redes sociales y la pobreza es más amplio pues incluye variables sociodemográficas más que geográficas. Por otro lado, es importante aclarar que las mediciones realizadas se basan en el concepto de percepciones sociales,<sup>16</sup> según el cual las personas tienden a manifestar sus conocimientos sobre ciertos temas de acuerdo con el contexto social y cultural al que pertenecen.

La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad entendida desde la psicología social, alude a los procesos de pensamiento de los individuos para construir sus impresiones acerca del mundo social reflejando los códigos cultura-

les compartidos en un grupo, comunidad o sociedad. Moscovici y Hewstone<sup>17</sup> determinan este proceso como construcción mental de lo real, y mencionan que en él no están inmersas solo opiniones, imágenes o actitudes, sino que se trata de estructuras del conocimiento que descubren y organizan la realidad, permitiendo que el ser humano pueda orientar y dominar el mundo social y material.

La irrupción de una enfermedad respiratoria aguda constituye un evento en el que se ponen en juego los recursos materiales y simbólicos de los que dispone un individuo en su contexto social determinado. Dichos recursos denotan el capital social con que cuentan los sujetos, el cual se expresa en su capacidad para resolver sus necesidades de salud. En la actualidad no existe un consenso sobre la forma y las categorías para medir el capital social, ya que incluye aspectos subjetivos y conductas objetivas que pueden ser consideradas en la definición de variables como confianza, reciprocidad, solidaridad, etcétera. El capital social se crea en la actualización de las redes sociales que mantienen los individuos, es un fenómeno que puede ser impulsado al promover espacios donde las reuniones sociales y los servicios sean accesibles, pero, en última instancia, depende de las relaciones horizontales que unen a las personas para interactuar.

A diferencia de la multidimensionalidad del concepto capital social, el índice simplificado de pobreza familiar (ISPF)<sup>18-22</sup> sí es un constructo bien delimitado con categorías y puntuaciones unívocas, lo que permite el cruce de variables. En el anexo 1 se muestra el ISPF con los indicadores que lo integran, sus categorías de respuesta, puntuación y criterios para su interpretación. Los factores que miden el capital social (acceso a servicios de salud ante una enfermedad respiratoria, apoyo moral, apoyo económico y acceso a la información) son consideradas dependientes, mientras que los que miden el ISPF son independientes. La desigualdad en la distribución del capital social ante un evento de salud permite o no tender puentes para paliar la pobreza (por ejemplo, en la participación en grupos de encuentro cara a cara o asociaciones cívicas, donde se crea confianza y reciprocidad). Se ha informado que las personas pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo presentan infecciones de vías respiratorias de tracto bajo de una manera más severa que quienes pertenecen a un nivel socioeconómico medio.<sup>23</sup>

El objetivo de este estudio es correlacionar las variables socioestructurales identificadas en el ISPF<sup>14,18-22,24</sup> con los recursos materiales, sociales y simbólicos que constituyen las redes sociales con los que cuentan las personas ante la irrupción de una infección respiratoria aguda.

## **Material y métodos**

Este artículo forma parte de un proyecto más amplio relacionado con la cultura de la vacunación en los adultos en México.<sup>16,25</sup> El estudio fue transversal, descriptivo y observacional, basado en un cuestionario diseñado para medir percepciones sociales utilizando escalas de Likert (anexo 2).

El trabajo de campo se realizó de septiembre de 2005 a febrero de 2006 a través de una encuesta aplicada por los médicos residentes de cuarto año del Curso de Especialización en Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante su estancia en las unidades médicas rurales. Los médicos fueron capacitados previamente sobre el propósito de la investigación y contenido del cuestionario. Las unidades médicas rurales donde se aplicó la encuesta están afiliadas al denominado programa IMSS-Oportunidades, al cual asiste la población que no cuenta con seguridad social y que en su mayoría participa en los programas de desarrollo social implementados por la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) de México.

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 848 casos (adultos que asistieron a consulta) repartidos en siete unidades médicas rurales: Chignahuapan, Puebla (77 casos); San Salvador el Seco, Puebla (200 casos); Mapastepec, Chiapas (200 casos); Altamirano, Chiapas (86 casos); Huejutla de Reyes, Hidalgo (200 casos); Papantla, Veracruz (30 casos) y Chicontepec, Veracruz (55 casos). De los 848 casos codificados se consideraron 584 personas que aportaron información suficiente para calcular el ISPF y 422 personas que contestaron completamente las preguntas del anexo 2. La selección de las unidades médicas rurales no fue aleatoria, pues correspondieron a las plazas asignadas al Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS; los pacientes que participaron en la encuesta lo hicieron de manera casual al asistir a su atención médica, se trató de adultos que fueron atendidos por los servicios médicos principalmente en medicina interna y en la consulta externa.<sup>25</sup>

Debido a que metodológicamente existe el problema de saber cuáles son las fuentes del capital social y los beneficios que de él se derivan, para efectos de este trabajo —en cuanto a la interpretación de los datos— no se consideró al vecindario o poblado como unidad de análisis, sino ciertas áreas rurales de México donde la pobreza es elevada. Se utilizaron variables agregadas (respuestas individuales a cuestionarios con contenido social) tanto para determinar el ISPF como para definir ciertos aspectos relacionados con las redes sociales. Se consideraron las tres vías que distingue Kawachi<sup>13,14</sup> en las que el capital social podría afectar la salud individual: a) el acceso a la información, b) el acceso a los servicios públicos en general y a los servicios médicos en particular, y c) el apoyo moral y económico que se asocia a la reciprocidad y la solidaridad. Las condiciones sociales y económicas objetivas del ISPF (anexo 1) son distintas al capital social (apoyo económico y moral, accesibilidad, información), no obstante se pueden correlacionar en un análisis multivariado esperando que a mayor pobreza del ISPF disminuya el capital social.

En el diseño del cuestionario se incluyeron las preguntas que se consideraron relevantes para describir la situación sociodemográfica, el ISPF, las redes sociales y de acceso con que contaban las personas que contestaron la encuesta, así como los conocimientos y percepciones sobre las enfermedades respiratorias y la neumonía utilizando una escala

tipo Likert de cinco opciones (siempre-nunca). Para el proceso de validación interna de contenido participaron cuatro investigadores (un epidemiólogo, un sociólogo y dos clínicos) en 20 sesiones sumando más de 50 horas de trabajo. Se realizaron dos pruebas piloto (versión 7 y 9, respectivamente, de más de 50 casos cada una) y 11 versiones del cuestionario; se identificaron inconsistencias, problemas de comprensión, redacción y lógica de las preguntas, hasta llegar al instrumento final. Se realizaron varias pruebas piloto y estudios de confiabilidad aplicando la estadística descriptiva para descartar las variables que no discriminaban, así como las pruebas de confiabilidad (alfa de Cronbach mayor a 0.95), aplicadas a cada sección del cuestionario buscando los valores más altos de correlación. El cuestionario se aplicó de manera anónima y se registró con un número de folio para su identificación. El tiempo de aplicación osciló entre 15 y 20 minutos.

Para el análisis estadístico se utilizó la técnica multivariada de análisis discriminante con el fin de identificar las variables que mejor describían el uso de los recursos sociales (variables dependientes). Para medir la correlación se aplicó el coeficiente gamma debido a que se calcularon las variables cualitativas distribuidas en tablas de contingencia asimétrica. El proyecto siguió los lineamientos y principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos recomendados por la Declaración de Helsinki en la 59 Asamblea General, Tokio 2004, y las Normas del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México vigente. Se respetó la autonomía y anonimato de los informantes, quienes participaron de manera voluntaria.

## Resultados

Entre las cifras más significativas destaca que el promedio de edad de quienes respondieron el cuestionario fue de casi 50 años, que la muestra de 848 casos se dividió en 480 mujeres y 368 hombres, el promedio de escolaridad fue de cinco años, 75 % vivía en pareja (casado o en unión libre) mientras que el resto fue divorciado, viudo o soltero; además, 41 % declaró ocuparse del hogar o como ama de casa, 22 % como campesino y el resto se dedicaba a labores como el comercio, oficios, servicios, etcétera. En cuanto a los datos familiares, de la casa donde residen y la colonia donde habitan se extrajo la información necesaria para calcular el ISPF (Cuadro I).

**Cuadro I. Clasificación de las familias según el índice simplificado de pobreza familiar (ISPF)**

Clasificación de las familias		Frecuencia	%
Válidos	Sin evidencia de pobreza familiar	23	2.7
	Pobreza familiar baja	163	19.2
	Pobreza familiar alta	398	46.9
	No valorable	264	31.2
	Total	848	100.0

La relación entre ISPF y capital social así como la evaluación de las frecuencias según grupos del ISPF con la distribución de las variables que integraron cada una de las áreas de recursos sociales evaluadas, se presenta en los cuadros II al V.

Como se observa en el cuadro anterior, de las 32 variables de recursos sociales consideradas en el estudio, 16 mostraron diferencias estadísticamente significativas cuando se consideraron las frecuencias de los grupos de clasificación obtenidos por la evaluación del ISPF mostrados en el cuadro I. De igual forma, la magnitud de las correlaciones gamma significativas variaron entre -0.149 y -0.452 (13 correlaciones negativas) y 0.188 y 0.313 (cinco correlaciones positivas).

Debido a que las diferencias porcentuales presentadas por las respuestas a las variables, así como la magnitud y la dirección de las pruebas de asociación mostraron un comportamiento poco claro y preciso para su interpretación, se consideró pertinente metodológicamente transformar en dos grupos las respuestas a las variables (nunca-algunas veces y casi siempre-siempre) y la clasificación del ISPF (con y sin evidencia de pobreza). Asimismo, se aplicó la técnica de análisis discriminante para identificar las variables más significativas en un contexto multivariado de las cuatro dimensiones de recursos sociales consideradas (accesibilidad, apoyo económico, apoyo moral e información). De esta forma, en el cuadro VI se presentan las variables relaciona-

das con los recursos sociales y que fueron las más importantes en este estudio ante la presencia de una enfermedad respiratoria aguda.

Los resultados del análisis discriminante mostraron con claridad que de las 16 variables significativas (Cuadro II), solamente ocho fueron relevantes para explicar el comportamiento de los recursos sociales y la evidencia de pobreza familiar en este estudio.

La interpretación bivariada y el análisis discriminante mostraron que ante la evidencia de pobreza en la familia, las diferencias estadísticamente significativas se expresan en la autopercepción de que:

- El apoyo moral de los hijos es mayor y se realiza siempre o casi siempre ante la presencia de un caso de infección respiratoria aguda (IRA) en la familia.
- El apoyo moral que otorgan los amigos es menor ante la presencia de un caso de IRA en la familia y también existió la autopercepción de menor apoyo moral de parte del resto de los familiares.
- No pueden comprar medicamentos por falta de dinero siempre o casi siempre ante la presencia de un caso de IRA en la familia.
- El apoyo económico que otorgan las instituciones de gobierno es menor ante la presencia de un caso de enfermedad respiratoria en la familia.

**Cuadro II. Autopercepción del uso de los recursos sociales ante una enfermedad respiratoria, según el nivel de pobreza familiar**

Variable	Índice de pobreza familiar			$\chi^2$	p	Gamma	p
	% nulo	% bajo	% alto				
Acude al médico				28.2	0.001	0.259	0.002
Siempre-casi siempre	2.2	19.2	34.3				
A veces-casi nunca	1.0	7.7	31.4				
Nunca	0.7	1.0	2.4				
Acude al curandero				24.5	0.001	-0.336	0.001
Siempre-casi siempre	0.0	1.2	7.4				
A veces-casi nunca	0.3	10.3	28.9				
Nunca	3.6	16.3	32.0				
Acude a la farmacia				8.8	0.065	-0.092	0.226
Siempre-casi siempre	0.2	3.9	6.8				
A veces-casi nunca	1.4	12.0	35.4				
Nunca	2.4	12.0	25.9				
Decide su propio remedio o curación				12.1	0.016	-0.161	0.040
Siempre-casi siempre	1.4	4.3	14.6				
A veces-casi nunca	1.5	16.3	41.9				
Nunca	1.0	7.4	11.5				
No consigue las medicinas por desabasto				25.5	0.001	-0.404	0.001
Siempre-casi siempre	0.0	1.4	9.3				
A veces-casi nunca	1.2	14.9	45.1				
Nunca	2.8	9.1	16.3				
No compra las medicinas por falta de dinero				62.2	0.001	-0.452	0.001
Siempre-casi siempre	0.3	4.8	23.3				
A veces-casi nunca	1.0	16.6	37.2				
Nunca	2.6	6.3	7.7				

**Cuadro III. Autopercepción del apoyo moral ante una enfermedad respiratoria, según el nivel de pobreza familiar**

Variable	Índice de pobreza familiar			$\chi^2$	p	Gamma	p
	% nulo	% bajo	% alto				
Apoyo moral de la pareja				18.9	0.001	-0.196	0.021
Siempre-casi siempre	2.3	16.5	47.4				
A veces-casi nunca	0.2	3.7	13.0				
Nunca	1.4	6.7	8.9				
Apoyo moral de los hijos				45.2	0.001	-0.267	0.001
Siempre-casi siempre	1.2	14.7	42.5				
A veces-casi nunca	0.2	6.3	18.2				
Nunca	2.5	6.1	8.2				
Apoyo moral de los familiares				20.1	0.001	0.313	0.001
Siempre-casi siempre	2.9	16.8	30.4				
A veces-casi nunca	0.5	9.6	28.9				
Nunca	0.5	1.5	8.8				
Apoyo moral de los amigos				11.9	0.018	0.188	0.009
Siempre-casi siempre	1.6	6.7	11.6				
A veces-casi nunca	1.9	11.6	29.9				
Nunca	0.5	9.7	26.6				
Apoyo moral del consejero espiritual				4.6	0.326	-0.226	0.034
Siempre-casi siempre	0.2	1.2	4.2				
A veces-casi nunca	0.6	3.2	11.5				
Nunca	3.4	24.9	50.9				
Apoyo moral de los vecinos				4.9	0.294	-0.164	0.041
Siempre-casi siempre	0.3	1.6	6.7				
A veces-casi nunca	1.2	7.6	22.3				
Nunca	2.4	18.5	39.4				
Apoyo moral del grupo al que pertenece				12.0	0.017	-0.166	0.088
Siempre-casi siempre	0.7	2.3	4.8				
A veces-casi nunca	1.4	4.4	17.2				
Nunca	2.5	25.1	41.6				

- e) El apoyo económico que otorga la empresa donde trabaja es menor ante la presencia de un caso de IRA en la familia.
- f) La información recibida de enfermedades respiratorias por amigos es menor ante la presencia de un caso de IRA en la familia.

La asociación del ISPF con el acceso a los recursos sociales (servicios de salud, apoyo moral, apoyo económico, obtención de información) ante el evento de IRA nos lleva a considerar que a menor índice de pobreza familiar, mayor acceso a los recursos sociales ante el evento de IRA.

## Discusión

De los 32 reactivos considerados en el cuadro de recursos sociales, 27 están vinculados con redes sociales que implican interacciones personales y reflejan intensidad en las relaciones de confianza, reciprocidad, cooperación, reconocimiento mutuo, solidaridad y participación grupal, mientras que cinco se relacionan con el vínculo que los individuos establecen con las instituciones a nivel marco estructural. Al analizar los datos descriptivos de frecuencia en las variables de redes sociales antes de correlacionarlas con el

ISPF, resulta relevante que el perfil sociodemográfico de la población es mayoritariamente rural (2/3 partes) con un promedio de edad de 50 años. No obstante que 75 % vivía en pareja, solo 44 % manifestó contar con el apoyo moral de su cónyuge ante IRA y 40 % con el apoyo económico. Es notable que la familia mexicana considerada como el mayor recurso social en este estudio la identificamos como diversa y fragmentada y que en caso de necesidad sólo responde parcialmente, lo que podría denotar un capital social limitado.

En cuanto a los recursos materiales relacionados con la atención a la salud ante una enfermedad respiratoria aguda, dos terceras partes de los entrevistados dijeron acudir al médico y la mitad descartó al curandero como recurso social. Esto muestra la confianza de los entrevistados en el sistema de salud y en la medicina alópata, pues aunque no vayan con el médico doctor la automedicación es frecuente (80 %) así como las consultas al encargado de la farmacia (60 %). La falta de recursos monetarios también incidió en las dificultades para comprar medicinas, de ahí que la ausencia de tratamiento farmacológico redunde en malestar físico y, por consiguiente, en menor calidad de vida, impactando el capital social individual y comunitario.

Cuadro IV. Autopercepción de apoyo económico ante una enfermedad respiratoria, según el nivel de pobreza familiar

Variable	Índice de pobreza familiar			$\chi^2$	p	Gamma	p
	% nulo	% bajo	% alto				
Apoyo económico de la pareja				9.4	0.051	-0.149	0.045
Siempre-casi siempre	1.4	11.2	33.2				
A veces-casi nunca	0.2	5.8	14.1				
Nunca	2.3	10.0	21.8				
Apoyo económico de los hijos				13.3	0.010	0.103	0.157
Siempre-casi siempre	1.1	9.7	20.2				
A veces-casi nunca	0.2	8.6	18.6				
Nunca	2.5	8.8	30.4				
Apoyo económico de los familiares				11.8	0.018	0.140	0.062
Siempre-casi siempre	2.1	9.3	17.6				
A veces-casi nunca	0.9	13.1	36.1				
Nunca	1.0	5.4	14.5				
Apoyo económico de los amigos				05.2	0.260	-0.153	0.071
Siempre-casi siempre	0.3	1.7	4.2				
A veces-casi nunca	0.7	7.0	22.4				
Nunca	2.8	19.3	41.6				
Apoyo económico del consejero espiritual				7.8	0.097	-0.349	0.004
Siempre-casi siempre	0.0	0.6	4.4				
A veces-casi nunca	0.2	2.4	7.4				
Nunca	4.0	26.4	54.6				
Apoyo económico de los vecinos				18.5	0.001	-0.369	0.001
Siempre-casi siempre	0.2	0.9	1.7				
A veces-casi nunca	0.7	2.1	15.8				
Nunca	3.1	24.8	50.8				
Apoyo económico del grupo al que pertenece				7.0	0.133	-0.315	0.005
Siempre-casi siempre	0.0	1.2	4.9				
A veces-casi nunca	0.5	3.2	9.7				
Nunca	4.2	27.6	48.7				
Apoyo económico de las instituciones de gobierno				10.1	0.039	-0.017	0.857
Siempre-casi siempre	1.1	2.1	5.9				
A veces-casi nunca	0.6	5.5	14.5				
Nunca	2.5	21.3	46.5				
Apoyo económico de la empresa donde trabaja				15.8	0.003	0.141	0.191
Siempre-casi siempre	1.4	3.6	5.8				
A veces-casi nunca	1.4	2.9	8.4				
Nunca	2.2	25.4	48.9				

Un dato de particular interés es el relacionado con la participación en grupos sociales. De acuerdo con teóricos del capital social,<sup>15,26</sup> la participación en asociaciones voluntarias es un indicador de conciencia cívica y fomenta la creación de capital social. En esta muestra, 25 % dijo asistir o colaborar en algún grupo social; de ese 25 %, 10 % asistió a grupos de promoción de la salud del IMSS, lo que refleja la importancia del centro de salud como cohesionador comunitario. Solo 5 % de los encuestados participa en grupos religiosos, lo que denota, por un lado, las limitaciones sociales de las asociaciones religiosas como promotoras de capital social en las áreas rurales pobres, y por otro, el alcance de los procesos de secularización donde la religión ha dejado de ser el eje de organización de la vida cotidiana.

Tres reactivos concernientes al apoyo moral (hijos, amigos y familiares) resultaron estadísticamente significativos en el análisis discriminante de familias con evidencia de pobreza. No obstante, sólo el de los hijos fue positivo: en familias con evidencia de pobreza, el apoyo moral de los hijos fue mayor que en familias sin evidencia de pobreza ante la eventualidad de una enfermedad respiratoria aguda. En el caso de los amigos y familiares, en familias con evidencia de pobreza los datos sugieren que ante una enfermedad respiratoria el apoyo moral de familiares y amigos fue menor. Entre los más pobres, el capital social sigue estando ubicado primordialmente en los límites de las relaciones intrafamiliares, donde la reciprocidad y la confianza, aunque restringidas, aún se mantienen. Este dato nos parece particularmente importante debido a que pre-

**Cuadro V. Autopercepción de acceso e información ante una enfermedad respiratoria, según el nivel de pobreza familiar**

Variable	Índice de pobreza familiar			$\chi^2$	p	Gamma	p
	% nulo	% bajo	% alto				
Recibe información de la pareja				3.1	0.540	0.101	0.178
Siempre-casi siempre	0.9	4.6	9.7				
A veces-casi nunca	1.2	11.6	27.3				
Nunca	1.8	10.9	32.0				
Recibe información de los hijos				9.1	0.057	0.062	0.411
Siempre-casi siempre	0.5	4.4	9.9				
A veces-casi nunca	0.5	11.3	23.4				
Nunca	2.8	11.6	35.6				
Recibe información de los familiares				5.3	0.256	0.165	0.023
Siempre-casi siempre	0.9	4.8	9.3				
A veces-casi nunca	2.1	13.9	31.0				
Nunca	1.0	9.1	27.9				
Recibe información de los amigos				7.3	0.119	0.063	0.453
Siempre-casi siempre	0.7	1.4	3.8				
A veces-casi nunca	1.6	8.7	21.1				
Nunca	1.7	17.9	43.2				
Recibe información del consejero espiritual				03.7	0.441	-0.225	0.059
Siempre-casi siempre	0.2	1.0	3.2				
A veces-casi nunca	0.4	2.4	9.0				
Nunca	3.6	26.1	54.0				
Recibe información de los vecinos				5.0	0.282	-0.155	0.137
Siempre-casi siempre	0.3	0.7	3.1				
A veces-casi nunca	0.7	3.5	12.2				
Nunca	3.0	23.4	53.0				
Recibe información del grupo al que pertenece				5.3	0.256	-0.209	0.045
Siempre-casi siempre	0.5	1.8	5.3				
A veces-casi nunca	0.7	3.9	12.5				
Nunca	3.5	26.3	45.5				
Recibe información del médico				4.0	0.401	-0.002	0.982
Siempre-casi siempre	2.4	21.6	50.3				
A veces-casi nunca	1.2	4.7	14.5				
Nunca	0.3	1.7	3.3				
Recibe información de los medios de comunicación				11.6	0.020	0.198	0.008
Siempre-casi siempre	1.0	10.7	16.8				
A veces-casi nunca	2.4	13.1	39.6				
Nunca	0.3	4.1	11.9				
Recibe información del centro de salud				16.4	0.002	-0.017	0.836
Siempre-casi siempre	1.7	18.4	41.3				
A veces-casi nunca	1.0	6.5	21.5				
Nunca	1.2	2.9	5.3				

senta a la familia como un recurso confiable ante el caso de enfermedades respiratorias agudas.

La disposición de los recursos económicos es básica en la promoción del capital social. Una colectividad capaz de propiciar equidad en la distribución de los recursos materiales y sociales tenderá a aumentar el capital social, lo que no en pocas ocasiones hace que -la colectividad- se enfrente con los intereses creados de los más poderosos y acaudalados. Esto opera tanto en las interacciones individuales y familiares como a nivel macro en las políticas institucionales públicas y privadas. Al analizar las respuestas desde la estadística descriptiva, se puede apreciar que las personas entrevistadas consideran que siempre cuentan con el apoyo económico de los hijos (62 %), de su pareja (40 %), de sus

familiares (15 %), y que nunca cuentan con el apoyo económico de sus amigos (67 %), de su grupo social (68 %), de su consejero espiritual (77 %) o de sus vecinos (80 %). En este escenario, la labor de las instituciones gubernamentales o las empresas podrían desempeñar un papel relevante en la construcción de capital social a través de la implementación de una densidad de redes y organizaciones (salud, educación, vivienda, servicios públicos, sociales, deportivos, culturales, etcétera) que permitan a los pobladores un mayor acceso a los recursos en caso de necesidad.

Al preguntar sobre el apoyo económico que los entrevistados recibían de las instituciones de gobierno o de la empresa donde trabajan, más de las 2/3 partes contestó no recibir nada, lo que refleja el bajo nivel de seguridad social y

Cuadro VI. Análisis discriminante de la utilización de los recursos sociales según el valor del ISPF ante IRA (n = 422)

Recursos sociales	$\chi^2$	<i>p</i>	CFD	CCD	Lamda de Wilks	F	<i>p</i>
Apoyo moral							
de los hijos	6.66	0.01	0.413	1.111	0.963	8.54	0.004
de los amigos	5.58	0.01	-0.297	-1.158	0.981	4.41	0.037
de los familiares	5.39	0.02	-0.234	-0.532	0.988	2.73	0.099
Apoyo económico							
No pueden comprar medicamentos	4.59	0.03	0.185	0.417	0.992	1.70	0.193
de los familiares	6.23	0.01	-0.257	-0.508	0.985	3.29	0.071
de las instituciones de gobierno	9.08	0.003	-0.114	-0.404	0.997	0.65	0.419
de la empresa en que trabaja	7.26	0.007	-0.103	-0.707	0.998	0.53	0.466
Recibe información de enfermedades respiratorias por sus amigos	5.71	0.01	-0.202	-1.526	0.991	2.04	0.154

CFD = Correlación de la función discriminante.

CCD = Coeficientes canónicos discriminantes.

F = (análisis de varianza), prueba de igualdad de promedios de los grupos.

la gran tarea que tienen las instituciones de incidir para crear tramas sociales más densas y solidarias. Al hacer el análisis discriminante del comportamiento de los recursos económicos en las familias con y sin evidencia de pobreza, es relevante que de las cuatro variables estadísticamente significativas una se relacionó con las interacciones microsociales (menor apoyo económico de los familiares cuando hay evidencia de pobreza ante una enfermedad respiratoria aguda) y otra con la falta de dinero para comprar medicamentos (las familias con evidencia de pobreza no pueden comprar medicamentos cuando aparece una enfermedad respiratoria aguda). Las otras dos variables son estructurales y se relacionan con el capital social colectivo, lo que afirma el supuesto de que cuando hay evidencia de pobreza familiar el apoyo económico de las instituciones es menor y la resolución de los problemas de salud resulta más difícil.

Finalmente al indagar sobre los canales a través de los cuales se difunde la información, que resultan básicos para que una colectividad sea capaz de transformarse y enriquecer su capital social, el esquema se vuelve a repetir: las fuentes de información se encuentran en las relaciones intrafamiliares o a nivel macro en las instituciones de gobierno, como los centros de salud y los medios de comunicación masivos. Llama la atención que las asociaciones civiles intermedias (grupos sociales, religiosos, culturales, políticos, etcétera) sean muy poco consideradas, lo que expresa las limitaciones en los canales de comunicación locales que a su vez inciden en la ausencia de recursos sociales ante las necesidades de salud.

El médico aparece como el actor social más desatulado como educador de la salud comunitaria y como fuente de conocimientos para curar la enfermedad, preservar y promover la salud. El reconocimiento social del médico y la posición de poder institucional que detenta es un recurso social importante y su liderazgo puede propiciar la articulación de un tejido social más solidario que se exprese en un aumento del capital

social. En los resultados del análisis discriminante, las familias con evidencia de pobreza reciben menos información de los amigos ante la presencia de una enfermedad respiratoria aguda, y las relaciones extrafamiliares tienen poca fuerza en la transmisión de conocimientos relacionados con la salud.

Este estudio pretende aportar desde el análisis de las autopercpciones a la comprensión de las redes sociales duraderas de comunidades rurales pobres en localidades del centro y sur del territorio mexicano. La intensidad y frecuencia del uso de los recursos de salud, económicos, morales y de información ante un episodio de enfermedad respiratoria aguda denotan los vínculos de reciprocidad, cooperación y participación a nivel interpersonal (micro), intermedio (asociaciones civiles) e institucional (macro). En esta investigación se encontró que:

1. Los recursos sociales más accesibles siguen estando en la familia a pesar de sus transformaciones.
2. La densidad organizacional expresada en la participación de las personas en asociaciones cívicas voluntarias es escasa.
3. La instauración de redes institucionales en contextos de pobreza hace una gran diferencia en la construcción del capital social de las familias y las poblaciones que no han sido capaces de crearlas desde la base por su misma condición de pobreza.

Los obstáculos teórico-metodológicos de este estudio son variados y se relacionan con algunos factores como la falta de una definición clara del concepto de capital social que aún se discute en los ámbitos académicos y de políticas públicas. Poblete<sup>3</sup> señala que la sola presencia de una relación significativa entre una pregunta relacionada con el capital social y un resultado de salud, suele no ser suficiente para corroborar la existencia de una relación real entre ambos conceptos, por esta razón advertimos que se debe ser cauteloso al realizar inferencias.

Otro obstáculo fue la dificultad de medir variables subjetivas como la confianza, la reciprocidad y la cooperación; no obstante, en esta investigación se diseñó un instrumento de autopercepción para reconstruir las redes sociales a partir de las relaciones interpersonales con variables cualitativas susceptibles de ser traducidas a cuantitativas. El tercer factor tiene que ver con el sesgo de las respuestas y las condiciones de aplicación del instrumento, la parcialidad de la perspectiva de los entrevistados y el hecho de haber sido realizado en centros de salud rurales de instituciones del gobierno (IMSS) y por médicos residentes, lo cual pudo haber alterado la veracidad y confiabilidad de las respuestas, lo que podría controlarse en futuros estudios al realizar la encuesta en un entorno no hospitalario por personal ajeno a la prestación de servicios de salud.

No obstante las limitaciones, resulta cada vez más necesario acercarse a la realidad social para entender las relaciones que se establecen a partir de los intercambios interpersonales en contextos públicos y privados, pues en la dinámica de las redes sociales se puede fomentar una cultura de la salud orientada a favorecer una mejor calidad de vida de las personas en tanto ciudadanos conscientes de su participación en una comunidad donde el capital social se exprese en el acceso equitativo de los recursos materiales, sociales y culturales. El estudio de la articulación de las redes sociales y la promoción del capital social es crucial para el médico, tanto en el ámbito rural como en el urbano, pues ocupa una posición social desde la cual su liderazgo podría transformar, hasta cierto punto, el entorno social donde realiza su labor profesional.

## Referencias

- Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Social capital and the research agenda in epidemiology. *Cad Saude Publica* 2006;22(8):1525-1546. Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800002&lng=en.doi:10.1590/S0102-311X20060008 00002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800002&lng=en.doi:10.1590/S0102-311X20060008 00002)
- Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cad Saude Publica* 2002;18(Supl):47-55.
- Poblete FC, Sapag CJ, 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;136:230-239.
- Poland B, Coburn D, Robertson A, Eakin J. Wealth, equity and health care: a critique of a "population health" perspective on the determinants of health. *Soc Sci Med* 1998;46:785-798.
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the New Millennium. *Soc Sci Med* 2000;51:843-847.
- Lynch JW, Davey SG, Kaplan GA, House JS. Income inequity and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000;320:1200-1204.
- Wakefield SE, Poland B. Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Soc Sci Med* 2005;60:2819-2832.
- Durston J. Capital social: parte del problema, parte de la solución, su papel en la persistencia y superación de la pobreza en América Latina y el Caribe. En: Atria R, Siles M, compiladores. Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. US: CEPAL-UN, Michigan State University; 2003. p. 147.
- Moore S, Shiell A, Hawe P, Haines VA. The privileging of communitarian ideas: citation practices and translation of social capital into public health research. *Am J Public Health* 2005;95:1330-1337.
- Putnam R. Making democracy work. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1993.
- Coleman J. Foundations of social theory. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1990.
- Bourdieu P. The forms of capital. En: Richardson JG, editor. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York, NY: Greenwood; 1985. pp. 241-258.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997; 87:1491-1498.
- Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. En: Berkman L, Kawachi I. *Social epidemiology*. USA: Oxford University Press; 2000. p. 185.
- Coleman J. Foundations of social theory. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1990.
- Hamui-Sutton A, Gómez-Sosa MA, Nellen-Hummel H, Halabe-Cherem J. Percepciones sociales de la neumonía y la vacuna antineumocócica en el adulto. *Am Med* 2009;54:23-31.
- Moscovici S, Hewstone M. De la ciencia al sentido común. En: Moscovici S, compilador. *Psicología social*. Tomo II. Barcelona: Paidós; 1986.
- Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F, Ponce-Rosas R, Terán-Trillo M, Fernández-Ortega M. Fundamentos teóricos del índice simplificado de marginación familiar. *Arch Med Fam* 1999;1:89-95.
- Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F, Terán-Trillo M, Madrigal DH, Palomino GL. Confiabilidad del índice simplificado de marginación familiar. *Arch Med Fam* 1999;1:99-104.
- Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F. La pobreza, generadora de enfermedad en el ámbito familiar. *Arch Med Fam* 2000;2:35-37.
- Ponce-Rosas RE, Irigoyen-Coria A, Terán-Trillo M, Gómez-Clavelina F, Landgrave-Ibáñez S, Mosqueda-Pérez G. Validez de constructo del índice simplificado de pobreza familiar (ISPF). *Arch Med Fam* 2002;4:6-12.
- Irigoyen-Coria , Ponce-Rosas R, Gómez-Clavelina F. Índice simplificado de pobreza familiar: Propuesta para una previsión ponderada. *Pan Am Fam Med Clin* 2005;1:97-98.
- Nascimento-Carvalho CM, Rocha H, Benguigui Y. Effects of socioeconomic status on presentation with acute lower respiratory tract disease in children in Salvador, Northeast Brazil. *Pediatr Pulmonol* 2002;33:244-248.
- Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F, Terán-Trillo M, Ponce-Rosas R. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. *Arch Med Fam* 1999;1:27-34.
- Hamui-Sutton A, Nellen-Hummel H, Fernández-Ortega MA, Halabe-Cherem J. La neumonía y sus representaciones sociales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009;47:341-347.
- Jackson A, Fawcett G, Milan A, Roberts P, Schetagne S, Scott K, Tsoukalias S. CCSD. Social Cohesion in Canada: possible Indicators. highlights. Ottawa, Ontario, Canada: Justice Canada, Departament of Research and Statistics Division, EMB; 2000.

## Anexo 1

Índice simplificado de pobreza familiar (ISPF)

Indicadores	Categorías	Puntuación
Ingreso económico familiar	< 1 salario mínimo 1-2 salarios mínimos 3-4 salarios mínimos 5-6 salarios mínimos 7 o más salarios mínimos	4 3 2 1 0
Número de hijos dependientes	3 más hijos 2 hijos 1 hijo ningún hijo	2.5 2 1 0
Escolaridad materna	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Posprimaria	2.5 2 1 0
Hacinamiento (número número de personas por dormitorio)	3 o más personas 1 a 2 personas	1 0

Criterios de interpretación del ISPF

- 0-3 Sin evidencia de pobreza en la familia
- 3.5-6 Pobreza familiar baja en la familia
- 6.5-10 Pobreza familiar alta en la familia

## Anexo 2

Preguntas del cuestionario "Conocimientos y Creencias de la Vacuna contra el neumococo en los adultos" relacionadas con recursos y redes sociales

Las respuestas se registraron según una escala tipo Likert de frecuencia  
(siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca)

### 1. Acceso a los servicios de salud

¿Cuándo usted ha tenido una enfermedad respiratoria?

- Acude al doctor
- Acude al curandero
- Acude con la persona que atiende la farmacia
- Decide usted el remedio para su enfermedad
- No consigue las medicinas por desabasto
- No puede comprar las medicinas por falta de dinero

### 2. Redes de apoyo moral

¿De quién recibe apoyo moral cuando usted ha tenido una enfermedad respiratoria?

- Su pareja
- Sus hijos
- Sus familiares
- Sus amigos
- Su consejero espiritual
- Vecinos
- Miembros del grupo al que pertenece

### 3. Redes de apoyo económico

¿De quién recibe apoyo económico cuando usted ha tenido una enfermedad respiratoria?

- Su pareja
- Sus hijos
- Sus familiares
- Sus amigos
- Su consejero espiritual
- Vecinos
- Miembros del grupo al que pertenece
- Instituciones de gobierno
- La empresa donde trabaja (é)

### 4. Redes de información

Cuando usted ha tenido una enfermedad respiratoria, ¿de quién recibe información sobre su enfermedad?

(Explicar que la información se refiere a la descripción de la enfermedad, el pronóstico, la curación y la prevención)

- Su pareja
- Sus hijos
- Sus familiares
- Sus amigos
- Su consejero espiritual
- Vecinos
- Miembros del grupo al que pertenece
- Su médico
- Medios de comunicación
- Centro de salud