

Validez de una escala de capital social para personas mayores en Chile

Validity of a social capital scale for older persons in Chile

Marco T. Bustos-Gutiérrez, Marjorie Morales-Casetti y Samana Vergara-Lope

Recibido 4 noviembre 2021 / Enviado para modificación 23 junio 2023 / Aceptado 30 julio 2023

RESUMEN

Objetivos Uno de los instrumentos para medir el capital social es el Capital Social Generador de Recursos (cSGR), el cual no ha sido validado para el contexto chileno. Como una forma de avanzar en el conocimiento del capital social de personas mayores, en este estudio se propuso como objetivo evaluar la validez de una escala de capital social generador de recursos para la población de personas mayores en Chile.

Materiales y Métodos Se emplearon los ítems correspondientes a cSGR contenidos en la Encuesta Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017. Se realizó un análisis descriptivo de los ítems relacionados con cSGR, seguido de un análisis factorial de componentes principales, y se obtuvo un índice de consistencia interna por medio del alfa de Cronbach. Se empleó el software SPSS 23 para los análisis.

Resultados El instrumento obtenido resultó válido y confiable, consta de 11 reactivos que pertenecen a una sola dimensión, cuyo factor explica el 49% de la varianza. Se obtuvo un índice de consistencia interna de alfa de Cronbach alto de 0,89, equivalente para ambos géneros.

Conclusiones La escala de cSGR mostró ser fiable y válida para la población integrada por personas mayores en Chile.

Palabras Clave: Capital social; estudio de validación; personas mayores; Chile. (fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Objective One of the instruments to measure social capital is the Resource Generator Social Capital (RGSC), which has not been validated for the Chilean context. As a way to advance the knowledge of the social capital of older people, the objective of this study was to evaluate the validity of a resource-generating social capital scale for the population of older people in Chile.

Materials and Methods The items corresponding to RGSC contained in the National Socioeconomic Characterization Survey (CASEN) 2017 were used. A descriptive analysis of the items related to RGSC was carried out, followed by a factor analysis of main components, and an internal consistency index was obtained by mean Cronbach's Alpha. SPSS 23 software was used for the analyzes.

Results The instrument obtained was valid and reliable. It is composed of 11 items that belong to a single dimension which factor explains 49% of the variance. A high Cronbach's Alpha internal consistency index of 0.89 was obtained, equivalent for both genders.

Conclusions The RGSC scale proved to be reliable and valid for the population made up of aged in Chile.

Key Words: Social capital; aged; validation study; Chile (source: MeSH, NLM).

MB: Lic. Econ. M.Sc. Gobierno y Asuntos Públicos. Ph. D. Investigación en Ciencias Sociales mención Ciencia Política. Departamento de Sociología y Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Católica de Temuco. Temuco, Chile

marco.bustosg@utc.cl

MM: Ing. Civil Industrial. M.Sc. Gobierno y Asuntos Públicos. Ph. D. Investigación en Ciencias Sociales mención Ciencia Política. Escuela de Ingeniería Industrial, Departamento de Ingeniería Industrial y de Sistemas, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

marjorie.morales@ufrontera.cl

SV: Psicol. M. Sc. Psicología. Ph. D. Psicología. Doctorado en Investigación Educativa, Instituto de Investigaciones en Educación, Universidad Veracruzana. Veracruz, México.

svergaralope@uv.mx

La pirámide poblacional en Chile amenaza con invertirse rápidamente. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE), la proporción de personas mayores de 65 años en el país pasará de 11,8% en 2019 a 18,9% en 2035. Se proyecta



DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V25n5.99250>

también que hacia el año 2050 las personas en este tramo etario representen un 25,1% de la población (1). Entre las razones que explican esta situación, se encuentra el aumento de la esperanza de vida en el país: se espera para el 2035 que hombres y mujeres alcancen los 80,9 años y 86,0 años, respectivamente (1). Esta esperanza de vida proyectada es superior a la que se espera para el mismo año en otros países de la región, como son México (74,6 años para hombres y 80,4 años para mujeres) (2) y Argentina (77,7 para hombres y 84,0 para mujeres) (3). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (4), este cambio en la esperanza de vida ofrece nuevas oportunidades a las personas mayores, en términos de adquirir nuevos aprendizajes y experiencias. Sin embargo, “el envejecimiento es un proceso individual y diferencial que supone una serie de cambios permanentes e irreversibles en el área biológica, psicológica y social” (5, p. 2). En el área social, los cambios están vinculados con la pérdida de relaciones sociales provenientes del trabajo, el fallecimiento de personas cercanas —amigos, familiares y cónyuges— y la reducción de la actividad social asociada con la disminución de la movilidad. Esto hace que sea el grupo de edad en el que se observe un mayor número de hogares no familiares, esto es, personas que viven solas (6). En el contexto chileno, una de cada cinco personas mayores se encuentra en esta condición (7).

Otros aspectos por considerar, desde el punto de vista de la salud de las personas conforme envejecen, es el ser proclives a: desarrollar enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes; perder capacidad física y mental; incrementar su dependencia económica y, por tanto, encontrarse en una situación de pobreza multidimensional y monetaria (8,9). En Chile, en el año 2017, una de cada cinco personas mayores presentaba mucha dificultad para realizar o no podían realizar acciones básicas como ver, oír, caminar, comunicarse, recordar, asearse o vestirse, debido a su estado de salud (10). Sumado a lo anterior, de los 3 843 488 personas mayores en Chile, se estima que un 5,1% se encuentra en condición de pobreza (incluida la pobreza extrema) por ingresos (10).

La desigualdad de base y la falta de políticas y programas para esta población en América Latina, además de los cambios propios de la edad, originan una ausencia de opciones que deja a las personas en condición de desamparo. La pérdida de los lazos sociales y de la solidaridad, así como la disgregación de las familias y de los grupos barriales, como es habitual en los entornos con violencia, aumentan también la vulnerabilidad de las personas. Cuando el proceso de envejecimiento se inserta en un marco de incertidumbre como el descrito, las condiciones de este proceso se ven vulneradas (11). Esto es, los factores que determinan la vulnerabilidad no son inhe-

rentes a la vejez, no están aparejados con la edad ni son justificables por el dato cronológico. En el heterogéneo grupo de personas de 60 años y más, las características y la intensidad de la vulnerabilidad varían en función las características individuales (historia, carga genética, clase social, género, etnia, escolaridad, herramientas psicológicas, red social, entre otras) y de los contextos sociales (desigualdad, pobreza, desempleo, falta de seguridad social y de salud, violencia, falta de políticas y programas, entre otras) (12).

Las personas mayores son menos vulnerables a los cambios vitales que les toca enfrentar si cuentan con un sistema adecuado de apoyo social (13). “El apoyo social es fundamental en la vida de las personas en la vejez. A través de éste se conforman posibles redes y alternativas de apoyo ante situaciones difíciles que pueden presentarse en esta edad” (14, p. 70). La vida social en la vejez aumenta el sentido y el significado de la propia vida (15), realza la satisfacción consigo mismo y con quienes lo rodean, pero además tiene beneficios en la salud física; existe una relación negativa entre la mortalidad y el grado de contactos sociales que se preservan durante esta etapa de la vida (13).

Así, entonces, el concepto de capital social se ha introducido en la literatura médica como un factor cuya presencia se asocia de manera positiva con el estado de salud individual de las personas y que puede ayudar a sortear de mejor manera algunos de los aspectos negativos asociados al envejecimiento (16,17). El capital social hace referencia a la posibilidad que pueden tener las personas, de manera individual o colectiva, de movilizar o alcanzar recursos tangibles e intangibles a partir de su red de contactos o red social (18-20). El tipo de recurso, su cantidad y calidad, dependen de la estructura social imperante, de la posición que las personas ocupan en ella, de los canales y medios de comunicación existentes, así como del nivel de confianza, las normas de reciprocidad y la ayuda predominante (18,19,21,22). Estos aspectos del capital social generan dos situaciones: por un lado, el capital social es un concepto dúctil, de fácil abordaje y utilización como factor explicativo vinculante con la condición de salud de las personas. Por el otro, tal variedad de elementos impide establecer un conceso sobre cómo medirlo (22). Desde la teoría de redes, el capital social es un atributo presente en lo individual y lo colectivo (como propiedad de la red social) y propone que medir por separado el capital social (individual o colectivo) permite simplificar tanto el instrumental metodológico como la interpretación de los resultados que se obtienen (22). Por ello, desde esta perspectiva, se han desarrollado tres instrumentos para medir el capital social individual: capital social genera-

dor de nombres (CSGN) (23,24), capital social generador de posición (CSGP) (25,26) y capital social generador de recursos (CSGR) (27,28).

El CSGN (29,30) identifica el capital social con el que se cuenta, a partir de la red social que se tiene y en la que se participa. Este instrumento consulta por los nombres de las personas que se conocen, y con esta información genera un mapa de la red social, a efectos de establecer el tipo de relación o vínculo y los recursos a los que se puede acceder. El CSGP (25,30) busca observar los recursos a los que pueden acceder las personas, a partir de las ocupaciones que desempeñan los miembros o conocidos de su red social. Se basa en la jerarquía y el prestigio ocupacional que se establece en función del contexto sociocultural imperante, y supone que un mayor acceso a personas en posiciones más elevadas o prestigiosas permitirá disponer de distintos recursos tanto en calidad como en cantidad. El CSGR combina aspectos de los dos instrumentos anteriores (27,28,30). Este instrumento consta de dos partes que se aplican simultáneamente: a) a partir de un listado de recursos se pregunta a las personas a cuáles puede acceder; y b) se consulta por el tipo de vínculo que tiene con la persona a través de la cual puede alcanzar el recurso en cuestión (familiar, amigo, conocido). El listado permite identificar subdimensiones del capital social, así como el tipo de vínculo o grado de proximidad de la persona que puede suministrarlo (28,31). Un detalle por considerar es que el listado de recursos varía de acuerdo al contexto social y cultural de la población en estudio. Por ello, hace falta que se valide para hacerlo pertinente a cada contexto de aplicación (32).

En la literatura médica se encuentran ejemplos del uso del CSGR: en Taiwán, Song y Lin lo utilizaron para observar la desigualdad en salud (33); en Japón, Kobayashi et al. lo usaron para evaluar su relación con el nivel de salud autorreportada (34); en China, Sun et al. lo emplearon para observar la relación entre salud mental y calidad de vida en personas mayores rurales (35); en Reino Unido, Weber y Huxley hicieron uso de este para observar desórdenes mentales (32). En Latinoamérica destaca el caso de Brasil, primer país en aplicar y validar una encuesta que recoge aspectos de salud y de CSGR (31), además de emplearlo para medir desórdenes mentales por género (36). En la revisión de literatura médica sobre CSGR, no se encontraron estudios que abordaran salud y CSGR en el contexto chileno; solo se encontró un trabajo que lo utiliza, vinculado a la participación y el nivel salarial de las personas en edad de trabajar (37). El presente estudio, considerando lo antes expuesto, tiene como propósito evaluar la validez de una escala de capital social generador de recursos para la población de personas mayores en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

La investigación se basa en un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que utiliza los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2017. La encuesta CASEN es aplicada por el Ministerio de Desarrollo Social en Chile para conocer la situación de la población en torno a aspectos demográficos, educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos. A partir de una muestra probabilística, estratificada y bietápica, se levanta la información en las viviendas a partir de un informante idóneo, por lo que es representativa a nivel nacional, regional, nacional urbano y nacional rural (38). Al estar anonimizados los participantes, no fue necesario solicitar su consentimiento informado. Asimismo, por ser una de las fuentes de información de mayor uso del sector público y académico, no se hizo necesario recurrir a un comité de ética para la aprobación de la presente investigación.

Los participantes corresponden a las personas que son consideradas adultos o adultas mayores. De acuerdo con la Ley 19828 del año 2002, se definen como adultos o adultas mayores en Chile a todas aquellas personas que han cumplido los 60 años (39). Quedaron fuera de la investigación los casos en los que faltaba información en las variables consideradas, lo que entrega una población sin expandir de 24 053 personas mayores (13 178 hombres y 10 008 mujeres).

Instrumento

Para medir el capital social generador de recursos para el contexto chileno, se utilizó la información del Módulo Identidades, Redes y Participación (MIRP) de la encuesta CASEN 2017. La pregunta ¿Alguien en su hogar, conoce a una persona que...?, consulta sobre 11 distintos recursos a los que pueden acceder las personas a través de su red de contactos. Las personas participantes pueden responder: 1 = no conoce, 2 = sí, fuera del hogar, 3 = sí, alguien dentro del hogar, 4 = ambas. De acuerdo a la metodología de recolección de información de CASEN, las preguntas que se formulan en el MIRP pueden ser respondidas por un informante idóneo; se asume que estos informantes tienen un buen conocimiento sobre los recursos a los que pueden acceder los miembros del hogar en cuestión (37). La versión original del CSGR —caso holandés (27,28)— es la más amplia, y consulta sobre 33 diferentes recursos que pueden ser accedidos por las personas mediante su red de contactos. Cabe señalar que las características socioeconómicas y culturales imperantes en cada país pueden hacer variar el número y el tipo de recursos por los que se consulta. Por ejemplo, los instrumentos aplicados en Japón y Reino Unido consultan por 27 recursos respectivamente, en tanto que el instrumento aplicado en Brasil consulta por 31. Como se señaló, los recursos consultados en la CASEN 2017 son 11 (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones del capital social generador de recursos CASEN 2017, pregunta ¿alguien en su hogar, conoce a una persona que...?

Item 1	Pueda ayudar en el cuidado de un miembro del hogar en caso de enfermedad
Item 2	Pueda ayudar en el cuidado de niños o personas en situación de discapacidad o dependientes en el hogar
Item 3	Pueda facilitar un vehículo si el hogar lo necesita
Item 4	Pueda prestar dinero al hogar en caso de emergencia
Item 5	Pueda ayudar al hogar a resolver consultas o realizar trámites legales o financieros
Item 6	Pueda ayudar al hogar en el uso de tecnologías (computador, internet, etc.)
Item 7	Pueda ayudar con reparaciones del hogar (gasfitería, mecánica, albañilería o artículos eléctricos)
Item 8	Pueda ayudar a conseguir un trabajo a algún miembro del hogar (servir de referencias, información o contratar)
Item 9	Pueda aconsejar a los miembros del hogar en caso de problemas personales o familiares
Item 10	Pueda hablar o escribir en otro idioma
Item 11	Tenga educación profesional universitaria
Item 11	Tenga educación profesional universitaria

Fuente: elaboración propia con base en CASEN 2017.

Para validar el estudio, los autores de la presente investigación tradujeron al idioma original (inglés) y compararon la similitud de los recursos por los que se consulta en Chile con los instrumentos aplicados en otros países. La adaptación de los ítems o recursos consultados corresponde mayormente a los propuestos en el modelo original. Se debe hacer notar que el ítem 1 de CASEN pregunta si conoce a alguien que pueda ayudar en el cuidado de un miembro del hogar en caso de enfermedad, mientras que en el instrumento original se pregunta si alguien puede hacer las compras del hogar cuando se está enfermo. Por otro lado, el ítem 2 incorpora en su redacción a las personas en situación de discapacidad o dependientes, siendo el único instrumento de los

aplicados hasta la fecha que contempla este segmento de la población.

Procedimiento

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los reactivos, un análisis factorial de componentes principales —como medio para obtener la validez de contenido—, y se obtuvo un índice de consistencia interna por medio del alfa de Cronbach. Todos los análisis se realizaron con el software SPSS 23.

RESULTADOS

Las características de las personas que integran este estudio se encuentran en la Tabla 2. Las mujeres tienen una

Tabla 2. Distribución de las personas mayores por género según características generales. Porcentajes

	N (24 053)	Total (%)	Hombre (%)	Mujer (%)
Lugar de residencia				
Urbano	18 784	78,1	54,2	45,8
Rural	5 269	21,9	65,8	34,2
Nivel de educación				
Sin educación formal	1 512	6,3	49,7	50,3
Básica	11 057	46,0	54,9	45,1
Media	8 013	33,3	58,1	41,9
Técnico superior	867	3,6	62,1	37,9
Profesional	2 336	9,7	61,7	38,3
Postgrado	268	1,1	73,5	26,5
Quintil				
I	6 079	25,3	55,3	44,7
II	5 168	21,5	54,3	45,7
III	4 899	20,4	54,3	45,7
IV	4 365	18,1	58,4	41,6
V	3 542	14,7	64,2	35,8
Pobreza por ingresos				
Pobres	1 005	4,2	54,9	45,1
Pobres extremos	301	1,3	60,1	39,9
No pobres	22 747	94,5	56,8	43,2
Grupo etario				
60 a 69 años	11 921	49,6	60,8	39,2
70 a 79 años	8 038	33,4	56,1	43,9
80 a 89 años	3 537	14,7	46,9	53,1
90 años y más	557	2,3	42,4	57,6
Estado civil				
Casado(a)	10 495	43,6	87,6	12,4
Conviviente	1 522	6,3	71,0	29,0
Separado(a), anulado(a), divorciado(a)	2 584	10,7	37,5	62,5
Viudo(a)	6 312	26,2	22,1	77,9
Soltero(a)	3 140	13,1	32,5	67,5

Fuente: elaboración propia con base en los datos de CASEN 2017.

edad media de 71,99 años (DE: 8,6; IC: 71,83-72,16) y los hombres de 70,2 años (DE: 7,9; IC: 70,08-70,35). Las mujeres tienen una menor educación (media: 7,67; DE: 4,83; IC: 7,58-7,77) en comparación con la cantidad de años que alcanzan los hombres (media: 8,44; DE: 4,9; IC: 8,36-8,52). Las personas mayores de Chile consideradas en este estudio presentan bajos niveles de formación, en general: solo el 7,6% de las mujeres y el 9,5% de los hombres tienen una formación universitaria completa (incluyendo a quienes cuentan con posgrado). El 64,7% de los hombres y el 70,3% de las mujeres mayores se sitúan en los primeros tres quintiles de ingreso. Con respecto a la situación de pobreza, es muy similar la cantidad de hombres y mujeres (5,4% y 5,5%, respectivamente) que se encuentran en esta condición.

En la Tabla 3 se muestran las medias de cada uno de los reactivos y del total de la sumatoria en hombres y mujeres mayores en Chile. Las personas mayores, en general, señalan que lo que menos conocen son personas con las cuales puedan hablar o escribir en otro idioma (56,4% no conocen), seguido por personas que puedan ayudar a conseguir un trabajo a algún miembro del hogar (43,4% no conocen). En cuanto al total de número de recursos que pueden acceder, existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias por género, a favor de los hombres. Con

referencia al tipo de recurso al que pueden acceder, se observan diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems: las medias son mayores en los hombres (Tabla 3).

Al obtener las correlaciones ítem-calificación total, todas estuvieron por encima de 0,15, y se ubicaron entre 0,47 y 0,73. Como siguiente paso, se procedió a realizar el análisis factorial, considerando para ello el método de componentes principales. El coeficiente de Kaiser-Meyer-Olin (KMO) tuvo un valor de 0,896 y la prueba de esfericidad de Bartlett indica relación entre los ítems ($X^2 = 127570,665$, $p < 0,000$, $gl = 55$), lo cual indica que la matriz de ítems es adecuada para hacer un análisis de factorización. En el análisis de componentes principales con rotación varimax, las communalidades de todos los reactivos estuvieron por encima de 0,20 (valores entre 0,27-0,61); se obtuvo un solo factor forzado, con un porcentaje de varianza explicada de 48,88. Al ser un solo factor, no se realizó rotación. Como los ítems considerados en el factor obtenido presentan un buen grado de unidimensionalidad, no fue necesario eliminar ninguno para mejorar el ajuste (Tabla 4). Al revisar la fiabilidad, se encontró un alfa de Cronbach de 0,89.

Aun cuando existen diferencias significativas por género en las medias, el análisis factorial y el alfa de Cronbach resultan equivalentes para ambos géneros, por lo que puede utilizarse el mismo instrumento para todos. Si

Tabla 3. Porcentaje de acceso a CSGR por opción de respuesta y diferencias significativas en las medias por reactivo y totales por género

N (24 053)	Opciones de respuesta				Conoce al menos una persona		Media		t	gl
	No conoce	Sí fuera del hogar	Sí dentro del hogar	Ambas	Total	Total	H	M		
Ítem 1	9,9	46,6	23,3	20,2	90,1	2,54	2,59	2,47	10.014***	22649.564
Ítem 2	16,4	42,3	22,5	18,9	83,6	2,44	2,49	2,37	9.187***	22634.536
Ítem 3	15,2	53,5	16,8	14,5	84,8	2,31	2,41	2,17	20.560***	23155.531
Ítem 4	22,2	49,3	15,2	13,3	77,8	2,20	2,25	2,13	9.863***	22912.962
Ítem 5	24,3	46,0	17,4	12,4	75,7	2,18	2,22	2,12	8.425***	22962.546
Ítem 6	21,3	41,4	23,1	14,1	78,7	2,30	2,35	2,24	8.316***	22479.275
Ítem 7	22,4	44,6	21,3	11,7	77,6	2,22	2,33	2,09	19.876***	22981.985
Ítem 8	43,4	37,7	10,1	8,8	56,6	1,84	1,89	1,79	8.454***	23061.046
Ítem 9	19,1	42,3	22,5	16,0	80,9	2,35	2,41	2,28	10.209***	22725.076
Ítem 10	56,4	29,8	7,9	5,9	43,6	1,63	1,65	1,61	3.393***	22883.178
Ítem 11	31,2	46,6	11,0	11,3	68,8	2,02	2,05	1,99	4.489***	22857.141
Sumatoria total							24,62	23,27	14.715***	22860.715

Fuente: elaboración propia con base en CASEN 2017. *** Sig. al 0,001.

Tabla 4. Estructura factorial del CSGR

	Factor 1
Ítem 1 Ayudar en el cuidado de un miembro del hogar en caso de enfermedad	0,728
Ítem 2 Ayudar en el cuidado de niños o personas en situación de discapacidad o dependientes en el hogar	0,72
Ítem 3 Pueda facilitar un vehículo si el hogar lo necesita	0,721
Ítem 4 Pueda prestar dinero al hogar en caso de emergencia	0,781
Ítem 5 Pueda ayudar al hogar a resolver consultas o realizar trámites legales o financieros	0,769
Ítem 6 Pueda ayudar al hogar en el uso de tecnologías (computador, internet, etc.)	0,752
Ítem 7 Pueda ayudar con reparaciones del hogar (gasfitería, mecánica, albañilería o artículos eléctricos)	0,646
Ítem 8 Pueda ayudar a conseguir un trabajo a algún miembro del hogar (servir de referencias, información o contratar)	0,704
Ítem 9 Pueda aconsejar a los miembros del hogar en caso de problemas personales o familiares	0,732
Ítem 10 Pueda hablar o escribir en otro idioma	0,519
Ítem 11 Tenga educación profesional universitaria	0,558

Fuente: elaboración propia con base en los datos de CASEN 2017.

se tienen en cuenta los valores presentados, la escala de CSGR de Chile tiene un buen nivel de consistencia interna global (40). La consistencia de la escala analizada para el contexto chileno es cercana a la reportada en la escala utilizada para medir el CSGR en Japón (34).

En la Tabla 5 se muestran los rangos de calificaciones obtenidos en la muestra de 24053 adultos mayores en 2017, el primero por medio de cuartiles y el segundo por media y desviaciones estándar. La tabla permite ubicar a cualquier persona que responda el instrumento dentro de los parámetros de calificación que correspondan a su género (Tabla 5).

riamente en zonas urbanas, con niveles educativos bajos, y se localizan en los primeros tres quintiles, lo que puede propiciar que las personas que integran este grupo etario se vean expuestas a situaciones de vulnerabilidad y no tengan un envejecimiento saludable. La literatura señala que las personas recurren al capital social para poder sortear algunas de las dificultades a las que se enfrentan. Como segundo resultado, se identificó la presencia de diferencias en el número y en el tipo de recursos a los que pueden acceder las personas mayores cuando se tiene en cuenta su género. Como tercer resultado, se encontró

Tabla 5. Calificaciones por percentiles y por media y desviaciones estándar

Calificación	Percentiles	Por percentiles		Media + - DE	
		Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Bajo	0-25	11-19	11-20	11-16	11-17
Medio	26-75	20-27	21-29	17-30	18-32
Alto	76-100	28-44	30-44	31-44	33-44

Fuente: elaboración propia con base en los datos de CASEN 2017.

DISCUSIÓN

La vejez se considera la última etapa del ciclo de vida de las personas y conlleva una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que plantean nuevos retos para los tomadores de decisión, las políticas públicas y la sociedad como un todo: el acceso y la capacidad de brindar seguridad social y de salud, mantener una solvencia y autonomía económica, apoyo y soporte familiar y social (9), entre otros. El apoyo social en la vejez es esencial y ayuda a las personas a enfrentar los cambios que se pueden presentar con la edad.

El concepto de capital social como factor condicionante de la salud aparece con mayor frecuencia en la literatura médica, ya que abre una ventana de posibilidades para ayudar a identificar algunos de los factores que pueden incidir de manera positiva/negativa en la condición de salud de las personas (17). En este sentido, permite identificar si las personas cuentan con una red de apoyo, y si a partir de esta pueden acceder a distintos recursos para atenuar el nivel de vulnerabilidad o mejorar el nivel de bienestar en el que se encuentran. El CSGR posibilita identificar el acceso a recursos materiales, económicos y culturales necesarios para la concreción de objetivos específicos para las personas y los hogares. Si bien se considera que es un instrumento que proporciona información sobre el capital social de las personas, puede ser difícil comparar los resultados de las distintas poblaciones en las que se aplica, por lo que se hace necesario evaluar su validez cada vez que se utilice (32).

El objetivo de este trabajo fue evaluar la validez de una escala de capital social generador de recursos para la población de personas mayores en Chile. Como primer resultado, se encontró que estas personas viven mayorita-

que los ítems considerados por CASEN 2017 pueden ser empleados para medir el CSGR de las personas mayores en Chile. Ello implicó evaluar las propiedades preliminares de la escala completa (confiabilidad y validez de constructo) y para dos grupos (hombres y mujeres mayores) de la población chilena. La consistencia interna total fue adecuada (alfa de Cronbach = 0,89). Esta consistencia fue mayor que la observada en el estudio que utiliza los ítems de CSGR para observar su relación con el mercado de trabajo (37). La validez de contenido para la escala completa arroja un solo factor que explica el 48,88% de la varianza; al desagregar por género, se obtuvo un 48,66% de explicación de la varianza en el caso de mujeres y de 48,76% en hombres. El análisis de fiabilidad realizado sugiere que los recursos considerados para la escala de CSGR son relevantes para la población objetivo utilizada: las personas mayores. Puesto que este grupo etario es foco de atención de las políticas públicas, la escala de CSGR puede servir como indicador del nivel y el tipo de recurso al que se tiene o no acceso, y también como instrumento que ayude a focalizar acciones o intervenciones concretas que ayuden a mantener un adecuado nivel y condiciones de vida. Además, su uso podría aportar al conocimiento sobre cómo individuos y grupos de individuos pueden acceder y movilizar su capital social para tener beneficios en su salud. Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra que la escala utilizada no contempla en extenso todas las dimensiones del CSGR. Futuras investigaciones podrían profundizar en su aplicación y desarrollo (como en el contexto brasileño) para medir cómo influye el CSGR en el desarrollo o la presencia de padecimientos del grupo etario abordado en esta investigación ♥

Agradecimientos: Al financiamiento recibido a través de la Universidad de La Frontera, Chile, Proyecto Diufro DI13-0056 para la elaboración de este artículo.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2019. Consultado en Octubre 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3OZW00T>.
2. Gobierno de México. Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050 [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3ZZxK5O>.
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. Total del país. INDEC; 2013. Disponible en: <https://bit.ly/4fr3C7X>.
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021. Consultado en Septiembre 2021. Disponible en: <https://bit.ly/4iDxwbZ>.
5. Vergara-Lope S. Construcción del cuestionario de ideas irracionales (cii) para adultos mayores. *Rev Psicol Soc y Pers*. 2008;24(1):15-28.
6. Salinas-Rehbein B, Cancino M. Contacto social en personas mayores en tiempos de pandemia. *Rev Med Chil* [Internet]. 2020;148(11):1703-4. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020001101703>.
7. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Síntesis de resultados contenidos [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/4iFocnM>.
8. Liang H, Yue Z, Liu E, Xiang N. How does social capital affect individual health among the elderly in rural China? - Mediating effect analysis of physical exercise and positive attitude. *PLoS One*. 2020; 15:1-18. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231318>.
9. Soria-Romero Z, Montoya-Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles Poblac*. 2017; 23(93):59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>.
10. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. CASEN 2020 Encuesta en pandemia [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social y Familia; 2021. Consultado en Septiembre 2021. Disponible en: <https://bit.ly/4ilaVLq>.
11. Barenblit V, Molina S. Salud comunitaria. Aspectos promocionales en la salud del adulto mayor. *Intercanvis, Pap Psicoanálisis* [Internet]. 2010; 24:5-15. Disponible en: <https://bit.ly/3ZEVbAa>.
12. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina [Internet]. Santiago de Chile: Cepal; 2001. Disponible en: <https://bit.ly/3ZJrDKU>.
13. BarraAlmagi E. Apoyo social, estrés y salud. *Psicol y Salud*. 2004;14(2):237-43. <https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>.
14. Ramos Esquivel J, Salinas García RJ. Vejez y apoyo social. *Rev Educ y Desarro* [Internet]. 2010; 15:69-76. Disponible en: <https://bit.ly/4gFZH8h>.
15. Carmona Valdés SE. La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias* [Internet]. 2015; 3(8):393-401. <https://doi.org/10.21933/J.EDSC.2015.08.127>.
16. Yamaguchi A. Effects of social capital on general health status. *Glob J Health Sci*. 2014;6(3):45-54. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p45>.
17. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: A glossary. *J Epidemiol Community Health*. 2017; 71(5):513-7. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208313>.
18. Bourdieu P. The forms of capital. En: Richardson JG, editor. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Nueva York: Greenwood Press; 1986. p. 241-58.
19. Coleman J. Social capital in the creation of human development. *The Am J Sociol*. 1988; 94:95-120. <https://doi.org/10.1086/228943>.
20. Portes A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annu Rev Sociol*. 1998; 24(1):1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>.
21. Lin N, Cook K, Burt R. *Social Capital: Theory and research*. Social capital: theory and research. Nueva York: Aldine de Gruyter; 2001.
22. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editores. *Social capital and health*. Springer; 2008. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_1.
23. Campbell KE, Lee BA. Name generators in surveys of personal networks. *Soc Networks*. 1991; 13(3):203-21. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(91\)90006-F](https://doi.org/10.1016/0378-8733(91)90006-F).
24. Campbell KE, Marsden PV, Hurlbert JS. Social resources and socioeconomic status. *Soc Networks*. 1986; 8(1):97-117. [https://doi.org/10.1016/S0378-8733\(86\)80017-X](https://doi.org/10.1016/S0378-8733(86)80017-X).
25. Lin N, Dumin M. Access to occupations through socialties. *Soc Networks*. 1986; 8(4):365-85. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(86\)90003-1](https://doi.org/10.1016/0378-8733(86)90003-1).
26. Marsden P, Gorman E. Social networks job changes, and recruitment. En: Berg I, Kalleberg A, editores. *Sourcebook of labor markets: evolving structures and processes* [Internet]. Nueva York; 2001. p. 467-502. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1225-7_19.
27. Snijders TAB. Prologue to the measurement of social capital. *Tocqueville Rev*. 1999; 20:27-44. <https://doi.org/10.3138/ttr.20.1.27>.
28. Van Der Gaag M, Snijders TAB. The resource generator: social capital quantification with concrete items. *Soc Networks*. 2005; 27(1):1-29. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2004.10.001>.
29. Fischer CS, McCallister L. A procedure for surveying personal networks. *Sociol Methods Res*. 1978; 7:131-48. <https://doi.org/10.1177/004912417800700202>.
30. Van der Gaag M, Snijders T. An approach to the measurement of individual social capital. *Creat Returns Soc Cap*. 2004:199-218.
31. Griep RH, Santos SM, de Oliveira Cardoso L, de Jesus Mendes da Fonseca M, de Mello Alves MG, Souto EP, et al. Social capital in ELSA-Brasil: Test re-test reliability of the resource generator scale. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(2):131-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003805>.
32. Webber MP, Huxley PJ. Measuring access to social capital: The validity and reliability of the Resource Generator-UK and its association with common mental disorder. *Soc Sci Med*. 2007; 65(3):481-92. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.030>.
33. Song L, Lin N. Social capital and health inequality : evidence from Taiwan. *J Health Soc Behav*. 2009; 50(2):149-63. <https://doi.org/10.1177/002214650905000203>.
34. Kobayashi T, Kawachi I, Iwase T, Suzuki E, Takao S. Individual-level social capital and self-rated health in Japan: An application of the Resource Generator. *Soc Sci Med*. 2013; 85:32-7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.027>.
35. Sun X, Liu K, Webber M, Shi L. Individual social capital and health-related quality of life among older rural Chinese. *Ageing Soc*. 2017; 37(2):221-42. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001099>.
36. Castaldelli-Maia JM, Kheng T, Ng S, Temesgen WA, Souto EP, Moreno AB, et al. Social capital and depressive episodes: gender differences in the ELSA-Brasil cohort. *Front Public Health*. 2021; 9:657700. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.657700>.
37. Fuentes A. El valor de conocer a alguien: generador de recursos y el mercado laboral en Chile. *Estud Públicos*. 2019; 156(156):69-105. <https://doi.org/10.38178/cep.vi156.11>.
38. Ministerio de Desarrollo Social. Metodología de diseño muestral [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/4giCM2V>.
39. Chile, Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Ley 19.828 [Internet]. 2002. Disponible en: <https://bit.ly/4gi6iG5>.
40. Meneses J, Barrios M, Bonillo A, Cosculluela A, Lozano LM, Turbany J, et al. *Psicometría* [Internet]. Barcelona: Editorial UOC; 2013. Disponible en: <https://bit.ly/49Ls9na>.