

CAPITAL SOCIAL Y ESTILOS DE VIDA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

¹Jesús Guerrero Alcedo, ²Edinson Gudiño Bastidas

¹Programa de Psicología, Decanato de Humanidades y Arte. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto, Venezuela. Correo electrónico: jesusguerrero.psi@gmail.com.

²Departamento de Formación Integral. Decanato de Ingeniería Civil. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto, Venezuela.

RESUMEN

En la actualidad diferentes estudios sugieren que el capital social es un determinante clave de la salud física y psicológica en la población; sin embargo poco se sabe acerca de la relación entre éste y las conductas asociadas a los estilos de vida. El presente estudio tiene como objetivo identificar las evidencias empíricas que evalúan la relación entre el capital social y las conductas asociadas a los estilos de vida mediante una revisión de la literatura. Se examinaron fuentes originales en inglés, español y portugués de las bases de datos: Pubmed, Scielo, Ebsco, Google Scholar y Scienccdirect entre los años 2000 y 2017; utilizando los siguientes descriptores: capital social, estilos de vida, conductas de salud. La muestra final quedó conformada por treinta y seis (36) artículos. Los hallazgos evidencian que el capital social se relaciona con todos los factores asociados a los estilos de vida en mayor o menor magnitud. Los estudios sustentan la idea de que la participación social, las redes sociales de apoyo, la confianza social y la membresía como elementos del capital social, poseen una influencia notable sobre los estilos de vida, de allí su importancia de incorporarlo en futuros programas e intervenciones de promoción de la salud.

Palabras clave. capital social, estilos de vida, promoción de la salud

Social capital and lifestyles: a review of the literature

ABSTRACT

Currently many studies suggest that social capital is a key determinant of physical and psychological health in the population; however little is known about the relationship between this and the behaviors associated with lifestyles. The aim of this study is to identify, through a review of the literature, the empirical evidence that assesses the relationship between social capital and behaviors associated with lifestyles. Original sources in English, Spanish and Portuguese of the databases were reviewed: Pubmed, Scielo, Ebsco, Google Scholar and Scienccdirect between the years 2000 and 2017; was using the following descriptors: social capital, lifestyles and health behaviors. The final sample consisted of thirty-six articles. The findings suggest that social capital is related to all the factors associated with lifestyles to a greater or lesser extent. Studies support the idea that social participation, social support networks, social trust and membership as elements of social capital have a significant influence on lifestyles, hence the important of incorporating it in future programs and interventions of health promotion.

Keywords. Social capital, lifestyles, health promotion

Recibido 23/06/2018, Aprobado 01/07/2018.

INTRODUCCIÓN

El término capital social ha sido por mucho tiempo tema de interés entre los profesionales dedicados al estudio de los fenómenos que tienen lugar en el seno de una sociedad. También ha generado intensos debates debido a sus múltiples acepciones, definiciones, dimensiones, e incluso, en cuanto a su validez como teoría científica.

Actualmente existen variados enfoques y posturas con respecto a este término, y sus aplicaciones se direccionan hacia la capacidad de movilizar recursos, la pertenencia a redes, las fuentes que la originan, las acciones (individuales o colectivas) que la infraestructura del capital social posibilita, así como las consecuencias y resultados favorables o desfavorables que se pudiesen generar¹.

Para Bourdieu y Loïc² el capital social es entendido como el conjunto de recursos reales o potenciales asociados con una red extensa y duradera de vínculos más o menos institucionalizados de conocimiento o reconocimiento mutuo. Por su parte, James Coleman³ y Robert Putman⁴ expresan que el capital social comprende un conjunto de atributos propios de una determinada sociedad, como la confianza y el compromiso mutuo entre los miembros que la componen, las normas de reciprocidad y sus redes de participación colectiva que pueden incrementar su eficiencia al facilitar acciones comunes y coordinadas. De esta manera, el capital social expresa los atributos del colectivo más que de los individuos.

En la actualidad se reconocen dos tipos de capital social, el primero relacionado con el capital social cognitivo y el segundo con el capital social estructural⁵. El capital social cognitivo hace referencia a elementos ideológicos que son reforzados por la cultura como valores, actitudes, creencias y normas que posibilitan comportamientos cooperativos⁶. Mientras que el capital social estructural está relacionado con reglas, roles, precedentes, procedimientos y una extensa variedad de redes e instituciones, que podrían vincular a los individuos de manera horizontal –relaciones recíproca entre grupos que comparte características similares- o vertical -distintos niveles de poder y recursos dentro del colectivo- dentro de una sociedad⁷. Más recientemente, se incorporan dos tipos de capital social a los ya descritos anteriormente, el capital social de los procesos formales que está relacionado con los procesos estructurados y/o legales, y el capital social de los procesos informales, referido a las interacciones con miembros de la comunidad, parientes, compañeros y/o amigos.⁸

Los estudios han demostrado la influencia que posee el capital social sobre la salud, mostrando beneficios

tanto para la salud física como psicológica y el bienestar de las personas⁸⁻¹². La conexión entre capital social y salud que a juicio de los autores y siguiendo los planteamientos de Cullen y Whiteford¹³, se puede establecer mediante dos vías hipotéticas. Una primera vía que plantea que el capital social posee un efecto directo sobre diversos indicadores de salud física y psicológica, tal como lo describen algunos investigadores en sus estudios^{9-11,14-16}. La segunda vía plantea que el capital social posee un efecto indirecto sobre la salud a través de tres mecanismos: a) *los comportamientos saludables*, ya que el capital social influiría en los hábitos de salud de los miembros de una comunidad, promoviendo que se difunda información respecto a la salud e incrementando la probabilidad de que las personas adopten normas de comportamientos saludables, además de ejercer un control social sobre el colectivo previniendo conductas nocivas o perjudiciales para la salud, b) *el acceso a los servicios*, donde la comunidad unida solicitaría y accedería con mayor facilidad a los servicios y c) *los procesos psicosociales*, donde el capital social provee a las personas de mayor apoyo afectivo que favorecerían su autoestima y el respeto mutuo, y con ello un mejor logro de indicadores de salud¹³ (Figura 1).

En la literatura a nivel nacional e internacional son amplios los estudios que refieren que el estilo de vida que llevan a cabo las personas son los principales determinantes de la morbilidad, la mortalidad y la salud¹⁷. Así por ejemplo, las conductas relacionadas a la alimentación están estrechamente relacionadas con enfermedades como la diabetes, cardiovasculares y el cáncer¹⁸, un incremento en la actividad física está relacionada con una mejor percibida de salud¹⁹, las personas fumadoras poseen una expectativa de vida 10 años inferior a los no fumadores²⁰ y adecuados hábitos de sueño está asociado con mejores indicadores de salud y bienestar²¹. También se sabe que el capital social es un determinante clave de la salud, sin embargo poco se sabe acerca de la relación entre éste y los factores asociados a los estilos de vida, que podría actuar este último como un factor mediador entre el capital social y la salud física y psicológica.

Por lo tanto, el presente artículo tiene como propósito identificar la información disponible acerca de la relación entre el capital social y las conductas asociadas a los estilos de vida, a través de una revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los artículos de la presente revisión se obtuvieron de la consulta directa y acceso vía internet de los

documentos recuperados en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Ebsco, Google Scholar y Sciencedirect. Tras realizar la revisión se hizo una nueva búsqueda tomando en cuenta las referencias de los artículos ya encontrados.

Como estrategias de búsqueda se usaron las siguientes ecuaciones de búsqueda: “capital social and estilos de vida”, “capital social and conductas de salud” “capital social and drogas” “capital social and actividad física” “capital social and alimentación” “capital social and salud oral” “capital social and vacunación” “capital social and conducta sexual” y “capital social and sueño” en español, inglés y portugués. Estos términos fueron tomados del tesoro de ciencias de la salud (DeCS), según la página: www.decs.bvs.br.

Como criterios de inclusión se tuvieron los siguientes: 1). los estudios deben ser artículos primarios, publicados en revistas reconocidas, indexadas y revisadas por pares, 2). ser escritos en inglés, portugués o español, 3). que aborden la relación entre el capital social y los estilos de vida, 4). que se hayan publicado durante el periodo comprendido entre enero del 2000 y diciembre del 2017. Se excluyeron aquellos artículos repetidos en las base de datos, artículos de revisión, estudios que no se presentaron en formato de artículos primarios como guías, cartas al editor, editoriales, tesis doctorales y disertaciones. Al realizar la búsqueda se identificaron 242 artículos entre todas las bases de datos, posteriormente se procedió a leer los títulos y resúmenes para seleccionar los artículos a ser analizados.

En la presente revisión no se evaluó la calidad metodológica de los estudios. Se realizó una extracción de los datos utilizando una hoja de protocolo que permitió organizar la información de cada artículo. El protocolo recogió información de los siguientes campos: autores, año de publicación, país de origen, título del estudio, diseño y resultados encontrados más relevantes.

RESULTADOS

De las bases de datos utilizadas se localizaron un total de 242 artículos, que tras la lectura repetida de los títulos y los resúmenes, se excluyeron 199 de ellos, obteniéndose 43 posibles artículos relevantes. Al leer los textos completos de estos artículos y aplicando los criterios de inclusión-exclusión finalmente se incluyeron un total de 36 artículos que relacionan el capital social con aquellas conductas relacionadas a los estilos de vida, tales como alimentación, actividad y ejercicio físico, consumo de drogas, comportamientos sexuales, hábitos de sueños y conductas preventivas relacionadas con la salud oral

y vacunación. En la tabla 1 se presentan los estudios incluidos.

Capital social y alimentación

La relación entre el capital social y los hábitos de alimentación como la ingesta de frutas y verduras fueron descritos en ocho investigaciones^{8, 23, 30, 31, 34, 46, 54, 55}. Un estudio en los Estados Unidos encontró que tanto las redes sociales de apoyo y las normas sociales se asociaron con cambios importantes en la ingesta de frutas y verduras³⁴. Loch et al.⁸ reportaron que un nivel bajo de capital social estuvo asociado con un consumo irregular de frutas y verduras en la población. Otros estudios han encontrado que un mayor involucramiento por parte de los miembros de una comunidad en actividades sociales y mayores redes de apoyo, se asociaron con una mayor ingesta de verduras⁴⁶, además la participación social redujo de manera moderada las diferencias socioeconómicas en el consumo de vegetales en ambos sexo, y el consumo de frutas en las mujeres²³. Poortinga señala que las personas con altos niveles de capital social a nivel comunitario tendieron a reportar un consumo de frutas y verduras entre dos y cinco porciones diaria. Por su parte, aquellos que carecían de menores redes de apoyo tenían menos probabilidades de consumir al menos cinco porciones diarias.³¹

Capital social y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

La relación entre el capital social y el consumo de droga fueron reportados en quince investigaciones^{8, 22, 24, 26-31, 35, 40, 45, 46, 49, 50}. En estos estudios se evidencia una asociación negativa y significativa entre la participación social y la confianza; como indicadores del capital social, con el consumo de tabaco^{8, 22, 24, 29, 30, 40} y el número de cigarrillos consumidos³⁵. Asimismo se encontró una relación positiva entre la participación social y el abandono del consumo de tabaco en fumadores diarios²². Esto indica que una baja participación social y confianza en los miembros de la comunidad incrementa la posibilidad de consumir tabaco, mientras que una alta participación social se relaciona con el abandono del consumo. Por otra parte, los elementos del capital social como las relaciones sociales y la membresía no mostraron relación con el consumo de tabaco, al igual que elementos como la confianza en las organizaciones, las relaciones recíprocas en los miembros de la comunidad, la integración comunitaria y la participación social³⁵.

En cuanto al consumo de alcohol, los resultados de los estudios indican que elevados niveles de participación ciudadana y capital social aumentan la probabilidad de consumir de 0-2 unidades de alcohol por día³¹, esto pudiese explicarse ya que las personas

consumen mayores niveles de alcohol cuando socializan. En cambio otros estudios han mostrado un efecto débil entre el capital social contextual y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas⁴⁵ y ningún efecto con el abuso de alcohol⁸. Los hallazgos debe tomarse con cautela pues al parecer el consumo de alcohol podría favorecer una mayor socialización y por lo tanto incrementar el capital social en los miembros de la comunidad, el cual resulta paradójico ya que un hábito considerado de riesgo para la salud pueda favorecer al incremento de recursos sociales.

Capital social y actividad física

En la presente revisión se identificaron cuatro estudios que relacionan el capital social y la actividad y ejercicio físico^{8, 30, 46, 56}. Los hallazgos sugieren que un bajo nivel de capital social y de participación social estuvo relacionado con una mayor inactividad física^{8, 46}. Por su parte, una mayor confianza social entre sus miembros, mayores redes de apoyo y una membresía comunitaria incrementan los niveles de actividad física³⁰. Se ha descrito que la seguridad de la comunidad se ha considerado un factor que ayuda a promover prácticas de actividad física saludable y que la violencia posee efectos perturbadores pues genera conflictos sociales y una cultura de miedo afectando las regulaciones en la comunidad que guían las prácticas y relaciones de solidaridad.⁸

Capital social y hábitos de sueños

Se identificaron tres estudios que evidencian la relación entre el capital social y los hábitos de sueño^{30, 46, 52}. Estos estudios revelan que una alta confianza social, relaciones sociales y reciprocidad se asociaron con mejores hábitos de sueño^{30, 46}. Además, los niños de padres que poseen un mayor capital social, tienen menos probabilidades de padecer de trastornos del sueño.⁵²

Capital social y conductas preventivas

La información disponible sobre la relación entre el capital social y las conductas preventivas permitieron identificar once artículos. Cuatro artículos referidos a la vacunación^{41, 43, 47, 51} y siete con las conductas de salud oral^{32, 33, 36, 38, 39, 42, 44}. Los estudios referidos a la vacunación encontraron que una mayor confianza social y un mayor capital social incrementan la probabilidad de tener una mayor intención de vacunarse⁴⁷ y la consumación de dicha conducta⁵¹. Además, un mayor nivel de capital social en los padres actúa como un mediador en la relación entre el conocimiento de los padres con respecto a la vacunación y la aceptación de los mismos para vacunar a sus hijos⁴³. De la misma manera, entre aquellos padres que viven en barrios que poseen un alto o bajo capital social, son aquellos los que viven

en barrios con un capital social alto los más propensos a vacunar a sus hijos.⁴³

Por otra parte, bajos niveles de capital social, confianza vertical y horizontal en la escuela, confianza en el barrio y de reciprocidad en la escuela estuvieron asociados con una mala autopercepción de la salud oral^{36, 39}. Asimismo, altos niveles de confianza social y apoyo social, y bajos niveles de control social informal se asociaron con una mejor salud oral (cepillado frecuente de los dientes y utilización de hilo dental)⁴². Además, aquellas personas que viven en barrios que poseen un capital social alto fueron las que reportaron menos dolor³² y lesiones dentales, especialmente en niños.⁴⁴

Capital social y conducta sexual

Dentro de los estudios localizados se pudo identificar cuatro de ellos que abordaron la relación entre el capital social y las conductas sexuales^{25, 37, 48, 53}. Los mismos muestran que el capital social se relaciona de manera inversa con los comportamientos sexuales de riesgo y de manera positiva con los comportamientos sexuales de protección. Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos reportaron asociaciones negativas entre el capital social y algunas conductas sexuales de riesgo como el haber tenido sexo frecuentemente, inicio de las relaciones sexuales ante de los 13 años, estar activa/o sexualmente en los últimos tres meses, quedar embarazada y tener relaciones sexuales con cuatro parejas mínimo. También se reportó relaciones positivas con conductas sexuales protegidas como el uso de la píldora anticonceptiva en la última relación sexual²⁵. Aquellos hombres que reportaron un bajo nivel de confianza en los demás tuvieron un mayor riesgo de no usar condones frecuentemente con una nueva pareja y tener múltiples parejas, mientras que en mujeres este se asoció con un menor riesgo para el debut sexual³⁷. Aunque en el estudio de Amin⁴⁸ el capital social no predijo las relaciones sexuales sin protección, este si se asoció con otras conductas de riesgo como tener sexo con extraños, multiplicidad de parejas sexuales, inyección de drogas y relaciones sexuales entre hombres. Resultado similar fue reportado por Odimegwo et al.⁵³ quienes encontraron que un capital social alto no predice la conducta sexual, pero niveles moderados de capital social si se asociaron con una mayor probabilidad de usar el condón en las relaciones sexuales.

Estos hallazgos reflejan una influencia significativa del capital social sobre cada una de las conductas asociadas a los estilos de vida. Por lo que este constructo actúa como un recurso social que surge del funcionamiento social en colectivo de un contexto social particular. Este contexto social puede desempeñar un rol importante en la promoción de cambios en los hábitos poco saludables.

DISCUSIÓN

Las evidencias empíricas han demostrado que el capital social puede influir de manera positiva sobre la salud física y psicológica de las personas. Aunque el mecanismo que explique esa relación sigue estando en debates, se sabe que éste actúa sobre la salud a través del incremento y el mantenimiento en el acceso a los recursos de la comunidad, como control social sobre aquellos comportamientos que son considerados de riesgo (ej. multiplicidad de parejas sexuales, consumo de drogas ilícitas, fumar) y disseminación de mensajes positivos relacionados con el comportamiento y la salud⁸.

De esta manera, hay que evitar en lo posible los tres riesgos que enfrenta el capital social en el área de la salud: a) la culpabilización de las comunidades de sus propios problemas de salud, b) la argumentación de que el capital social es una solución barata para abordar la problemática de la pobreza y las inequidades en salud, justificando así la poca intervención del Estado para resolverlo, y c) poca claridad de las políticas e intervenciones necesaria para construir capital social.⁵⁷

En la presente revisión se encontraron investigaciones cuyas evidencias provienen de estudios mayoritariamente de naturaleza transversal y retrospectiva, esto supone una limitación metodológica para la implementación de intervenciones que efectivamente incrementen el capital social. Aun así, los estudios muestran de manera clara que el capital social se asocia con la puesta en práctica de comportamientos más saludables, el cual se verá reflejado además en un mejor estado de salud en la población.

Muchos de estos estudios permiten reforzar la idea de que el constructo de capital social sea estudiado no solo a nivel comunitario, con medidas de tipo ecológica y comunitaria, sino también a nivel del individuo. De hecho, Suzuki et al.⁵⁸ plantean que una integración de ambas perspectivas puede llevarse a cabo con estrategias metodológicas que permitan abordarlo, como por ejemplo las técnicas de modelamiento multinivel.

En Latinoamérica aunque se ha avanzado en la realización de estudios que demuestren la relación entre capital social y salud⁷, todavía siguen siendo muy pocos aquellos que abordan el capital social y los estilos de vida. En Venezuela resulta de mucha importancia el estudio del capital social como recurso para potenciar el estado de salud, los estilos de vida y el bienestar en la población. Lindström señala que el capital social y sus elementos como la participación social, las redes de apoyo y la confianza se promueven mejor cuando existen condiciones y

estructuras sociales estables y una baja tasa de migración²⁹. Con la crisis económica y social de los últimos años en este país, mucho de los vínculos sociales y redes de apoyo han debilitado la estructura social generando efectos negativos sobre el capital social de la población, evidenciándose a través de una baja participación en actividades de tipo social y un descenso en la confianza interpersonal. A esto se suma las precarias condiciones psicosociales de trabajo que también debilitan el capital social, la participación social y por consiguiente repercutir en los comportamientos saludables y la calidad de vida.²⁹

La presente revisión plantea retos a futuros para el capital social como potenciador de hábitos y conductas saludables, como el desarrollo de políticas e intervenciones claras y sostenibles que incrementen el capital social en la población, el empoderamiento de las comunidades para potenciar la participación social activa y el reconocimiento de iniciativas de promoción de la salud que incorporen la interdisciplinariedad y la intersectorialidad.

En conclusión, los estudios sustentan la idea de que el capital social y sus elementos como la participación social, las redes sociales de apoyo y la confianza social poseen una influencia notable sobre los comportamientos de salud y por consiguiente sobre la salud y el bienestar de la población. Resulta necesario su incorporación en futuros programas e intervenciones de promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arriagada I. Capital social: potencialidades y limitaciones analíticas de un concepto Estudios Sociológicos 2003; 21 (63): 557-584.
2. Bourdieu P, Wacquant L. An invitation to reflexive sociology. Chicago: University of Chicago press; 1992.
3. Coleman J. Foundations of Social Theory. Cambridge (Massachusetts): Belknap Press of Harvard University Press; 1990.
4. Putnam R. The Prosperous Community: Social Capital and Public Life. American Prospect 1993; 13: 35-42.
5. Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindstrom M, Gerdtham UG. Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. International Journal for Equity in Health 2006; 5 (3).
6. Colletta NJ, Cullen ML. The nexus between violent conflict, social capital and social cohesion:

- lessons from Cambodia, Rwanda, Guatemala, and Somalia. Washington, EEUU: The World Bank; 2000.
7. Kripper CE, Sapag JC. Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25:162-170.
 8. Loch M, Tanno R, Eumann A, Martinez D, Rodríguez F. Relationship between social capital indicators and lifestyle in Brazilian adults. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(8):1636-1647.
 9. Islam S, Alam M. Social capital and mental health: results from a cross-sectional study in Bangladesh. *Asian Social Science* 2014; 10 (2): 118-125.
 10. Alvarado R, Sapag J, Arellano J, Alarcón A, Tapia E. Capital social y salud mental en una muestra representativa de trabajadores chilenos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* 2015; 73(3): 227-235.
 11. Fujiwara T, Kawachi I. Social capital and health a study of adult twins in the U.S. *Am J Prev Med* 2008; 35(2): 139-144.
 12. Rocco L, Fumagalli E, Suhrcke M. From social capital to health and back. *Health Eco* 2014; 23: 586-605.
 13. Cullen M, Whiteford H. The interrelations of social capital with health and mental health: discussion paper. Canberra: Commonwealth of Australia; 2001.
 14. Hamano T, Fujisawa Y, Ishida Y, Subramanian SV, Kawachi I, Shiwaku K. Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. *PLoS ONE* 2010; 5 (10): e13214.
 15. Pinxten W, Lievens J. The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu based approach in research on physical and mental health perceptions. *Sociology of Health & Illness*. 2014; xx (xx): 1-15.
 16. Yip W, Subramanian SV, Mitchell AD, Lee DTS, Wang J, Kawachi I. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Soc Sci Med* 2007; 64:35-49.
 17. Contoyannis P, Jones AM. Socio-economic status, health and lifestyle. *J Health Eco* 2004; 23: 965-995.
 18. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. 2da. ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
 19. Kantomaa M, Tammelin T, Ebeling H, Stamatakis E, Taanila A. High levels of physical activity and cardiorespiratory fitness are associated with good self-rated health in adolescents. *Journal of Physical Activity and Health* 2015; 12 (2): 266-272.
 20. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519.
 21. Kaleta D, Makowiec T, Dziankowska E, Jegier A. Physical activity and self-perceived health status. *Int J Occup Med Environ Health* 2006; 19 (1): 61-69.
 22. Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren PO, Berglund G. Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation. *Scand J Public Health* 2000; 28: 200-8.
 23. Lindstrom M, Hanson BS, Wirfalt E, Ostergren PO. Socioeconomic differences in the consumption of vegetables, fruit and fruit juices. The influence of psychosocial factors. *Eur J Public Health* 2001; 11: 51-59.
 24. Lindstrom M, Isacson SO. Smoking cessation among daily smokers, aged 45-69 years: a longitudinal study in Malmo, Sweden. *Addiction* 2002; 97:205-215.
 25. Crosby R, Holtgrave D, DiClemente R, Wingood G, Gayle J. Social Capital as a Predictor of Adolescents' Sexual Risk Behavior: A State-Level Exploratory Study. *AIDS and Behavior* 2003; 7 (3): 245-252.
 26. Lindström, M. Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based study. *Prev Med* 2003; 36 (2): 177-184.
 27. Lindström M, Isacson S, Elmståhl S, The Malmö Shoulder-Neck Study Group. Impact of different aspects of social participation and social capital on smoking cessation among daily smokers: a longitudinal study. *Tobacco Control* 2003; 12: 274-281.
 28. Lindström M, Moghaddassi M, Bolin K, Lindgren B, Merlo J. Social participation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based multilevel analysis in Malmo, Sweden. *Scand J Public Health* 2003; 31: 444-450.
 29. Lindström M. Psychosocial work conditions, social capital, and daily smoking: a population

- based study. *Tobacco Control* 2004; 13:289–295.
30. Xue X, Cheng M. Social capital and health in China: exploring the mediating role of lifestyle. *BMC Public Health* 2017; 17:863.
 31. Poortinga W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Prev Med* 2006; 43: 488-493.
 32. Pattussi MP, Hardy R, Sheiham A. Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. *Am J Public Health*. 2006; 96:1462–1468.
 33. Pattussi MP, Hardy R, Sheiham A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34:344–350.
 34. Sorensen G, Stoddard A, Dubowitz T, Barbeau E, Bigby J, Emmons K, Berkman L, Peterson K. The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the healthy directions studies. *Am J Public Health* 2007; 97 (7): 1216-1227.
 35. Sapag J, Poblete F, Eicher C, Aracena M, Caneo C, Vera G, Martínez M, Hoyos R, Villarroel L, Bradford E. Tobacco smoking in urban neighborhoods: Exploring social capital as a protective factor in Santiago, Chile. *Nicotine & Tobacco Research* 2010; 12 (9): 927–936.
 36. Aida J, Hanibuchi T, Nakade M, Hirai H, Osaka K, Kondo K. The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine* 2009; 69(4): 512e518.
 37. Agardh A, Emmelin M, Muriisa R, Ostergren P. Social capital and sexual behavior among Ugandan university students. *Global Health Action* 2010; 3: 5432.
 38. Aida J, Kondo K, Kondo N, Watt R, Sheiham A, Tsakos G. Income inequality, social capital and self-rated health and dental status in older Japanese. *Social Science & Medicine* 2011; 73: 1561 – 1568.
 39. Aida J, Kuriyama S, Ohmori-Matsuda K, Hozawa A, Osaka K, Tsuji I. The association between neighborhood social capital and self-reported dentate status in elderly Japanese - The Ohsaki Cohort 2006 Study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39:239–249.
 40. Giordano GN, Lindström M. The impact of social capital on changes in smoking behaviour: a longitudinal cohort study. *Eur J Public Health* 2011; 21 (3): 347-354.
 41. Nagaoka K, Fujiwara T, Ito J. Do income inequality and social capital associate with measles-containing vaccine coverage rate? *Vaccine* 2012; 30: 7481– 7488.
 42. Furuta M, Ekuni D, Takao S, Suzuki E, Morita M, Kawachi I. Social capital and self-rated oral health among young people. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 97–104.
 43. Jung M, Lina L, Viswanath K. Associations between health communication behaviors, neighborhood social capital, vaccine knowledge, and parents' H1N1 vaccination of their children. *Vaccine* 2013; 31: 4860 – 4866.
 44. Marques B, Gondim A, Vianna M. Social capital and dental pain in Brazilian northeast: a multilevel cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2013; 13 (2):1-9.
 45. Åslund C, Nilsson K. Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden. *International Journal for Equity in Health* 2013; 12:33.
 46. Nieminen T, Prättälä R, Martelin T, Härkänen T, Hyyppä M, Alanen E, Koskinen S. Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. *BMC Public Health* 2013; 13: 613.
 47. Rönnerstrand B. Social capital and immunization against the 2009 A (H1N1) pandemic in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2013; 41: 853–859.
 48. Amin I. Social capital and sexual risk-taking behaviors among older adults in the United States. *Journal of Applied Gerontology* 2014; 1-18.
 49. Lindström, M, Axelsson J, Modén B, Rosvall M. Sexual orientation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based study. *BMC Public Health* 2014; 14: 565.
 50. Chun-Yuan C, Chi-Chen W, Hsing-Yi C, Lee-Lan Y. The effects of social structure and social capital on changes in smoking status from 8th to 9th grade: Results of the Child and Adolescent Behaviors in Long-term Evolution (CABLE) study. *Prev Med* 2014; 62: 148-154.
 51. Rönnerstrand B. Social capital and immunization against the 2009 A (H1N1) pandemic in the American States. *Public Health* 2014; 128: 709e715.

52. Nagy E, Moore S, Gruber R, Paquet C, Arora N, Dubé L. Parental social capital and children's sleep disturbances. *Sleep Health* 2016; 2: 330–334.
53. Odimegwu C, De Wet N, Dolapo O. Perceptions of social capital and sexual behaviour among youth in South Africa, *Journal of Child & Adolescent Mental Health* 2017; 29 (3): 205-217.
54. Johnson C, Sharkey J, Dean W. Eating behaviors and social capital are associated with fruit and vegetable intake among rural adults. *J Hunger Environ Nutr* 2010; 5(3): 302–315.
55. Motohashi K, Kaneko Y, Fujita K, Motohashi Y, Nakamura A. Interest in dietary pattern, social capital, and psychological distress: a cross-sectional study in a rural Japanese community. *BMC Public Health* 2013; 13: 933.
56. Lindström M, Hanson BS, Östergren PO. Socioeconomic differences in leisure time physical activity: the role of shaping participation and social capital in shaping health related behaviour. *Soc Sci Med* 2001; 52 (3): 441–451.
57. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. *Social capital and health*. New York (NY): Springer; 2008.
58. Suzuki E, Yamamoto E, Takao S, Kawachi I, Subramanian S. Clarifying the use of aggregated exposures in multilevel models: self-included vs. self-excluded measures. *PLoS ONE* 2012; 7(12): e51717.

FIGURA 1
Vías hipotéticas de conexión entre el capital social y salud.
Fuente: Elaboración propia (2018).

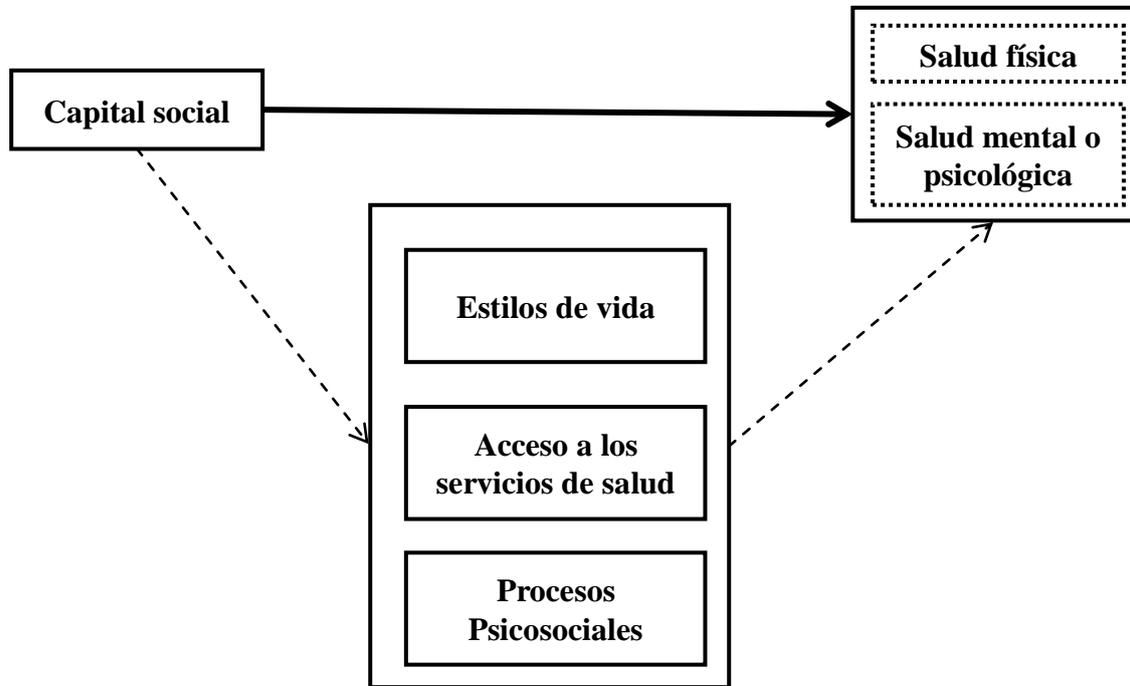


TABLA 1

Estudios que relacionan el capital social con los estilos de vida (2000-2017)

Autores	Año	País	Estudio	Diseño
Lindström et al	2000	Suecia	Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation ²²	Transversal
Lindström et al	2001	Suecia	Socioeconomic differences in the consumption of vegetables, fruit and fruit juices ²³	Estudio de corte prospectivo
Lindström y Isacson	2002	Suecia	Smoking cessation among daily smokers, aged 45–69 years: a longitudinal study in Malmo, Sweden ²⁴	Longitudinal
Crosby et al	2003	EEUU	Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: a state-level exploratory study ²⁵	Transversal
Lindström	2003	Suecia	Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based study ²⁶	Transversal
Lindström et al	2003	Suecia	Impact of different aspects of social participation and social capital on smoking cessation among daily smokers: a longitudinal study ²⁷	Estudio de cohorte
Lindström et al	2003	Suecia	Social participation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based multilevel analysis in Malmo, Sweden ²⁸	Estudio Multinivel
Lindström	2004	Suecia	Psychosocial work conditions, social capital, and daily smoking: a population based study ²⁹	Transversal
Xue y Cheng	2017	China	Social capital and health in china: exploring the mediating role of lifestyle ³⁰	Transversal
Poortinga	2006	Inglaterra	Do health behaviors mediate the association between social capital and health? ³¹	Análisis multinivel
Pattussi et al	2006	Brasil	Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents ³²	Estudio multinivel
Pattussi et al	2006	Brasil	The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents ³³	Estudio Multinivel
Sorensen et al	2007	EEUU	The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the Healthy Directions Studies ³⁴	Longitudinal Aleatorizado controlado
Sapag	2010	Chile	Tobacco smoking in urban neighborhoods: Exploring social	Transversal

et al			capital as a protective factor in Santiago, Chile ³⁵	
Aida et al	2009	Japón	The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: a multilevel analysis ³⁶	Transversal
Agardh et al	2010	Uganda	Social capital and sexual behavior among Ugandan university students ³⁷	Transversal
Aida et al	2011	Japón	Income inequality, social capital and self-rated and dental status in older Japanese ³⁸	Estudio de cohorte prospectivo
Aida et al	2011	Japón	The association between neighborhood social capital and self-reported dentate status in elderly Japanese – The Ohsaki Cohort 2006 Study ³⁹	Estudio de cohorte prospectivo
Giordano y Lindström	2011	Reino Unido	The impact of social capital on changes in smoking behaviour: a longitudinal cohort study ⁴⁰	Longitudinal
Nagaoka et al	2012	Japón	Do income inequality and social capital associate with measles-containing vaccine coverage rate? ⁴¹	Transversal
Furuta et al	2012	Japón	Social capital and self-rated oral health among young people ⁴²	Transversal
Jung et al	2013	EEUU	Associations between health communication behaviors, neighborhood social capital, vaccine knowledge, and parents' H1N1 vaccination of their children ⁴³	Transversal
Marques et al	2013	Brasil	Social capital and dental pain in Brazilian northeast: a multilevel cross-sectional study ⁴⁴	Estudio Multinivel
Åslund y Nilsson	2013	Suecia	Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden ⁴⁵	Transversal
Nieminen et al	2013	Finlandia	Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study ⁴⁶	Transversal
Ronnerstrand	2013	Suecia	Social capital and immunization against the 2009 A(H1N1) pandemic in Sweden ⁴⁷	Transversal
Amin	2014	EEUU	Social capital and sexual risk-taking behaviors among older adults in the United States ⁴⁸	Transversal
Lindström et al	2014	Suecia	Sexual orientation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based study ⁴⁹	Transversal
Chun-Yuan et al	2014	Taiwan	The effects of social structure and social capital on changes in smoking status from 8th to 9th grade: Results of the	Estudio de cohorte

Child and Adolescent Behaviors in Long-term Evolution (CABLE) study⁵⁰

Ronnerstrand	2014	EEUU	Social capital and immunization against the 2009 A (H1N1) pandemic in the American States ⁵¹	Transversal
Loch et al	2015	Brasil	Relationship between social capital indicators and lifestyle in Brazilian adults ⁸	Transversal
Nagy et al	2016	Canada	Parental social capital and children's sleep disturbances ⁵²	Transversal
Odimegwu et al	2017	Sudafrica	Perceptions of social capital and sexual behaviour among young in South Africa ⁵³	Transversal
Johnson et al	2010	EEUU	Eating behaviors and social capital are associated with fruit and vegetable intake among rural adults ⁵⁴	Transversal
Motohashi et al	2013	Japón	Interest in dietary pattern, social capital, and psycho-logical distress: a cross-sectional study in a rural Japanese community ⁵⁵	Transversal
Lindström et al	2001	Suecia	Socioeconomic differences in leisure time physical activity: the role of shaping participation and social capital in shaping health related behavior ⁵⁶	Estudio de cohorte prospectivo

Fuente: Elaboración propia (2018)