

**DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS ASOCIADOS CON LA
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA
CIUDADELA DE NUEVO GIRÓN EN GIRÓN SANTANDER**

LUZ DARY QUINTERO TORRES

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2019

**DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS ASOCIADOS CON LA
PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA
CIUDADELA DE NUEVO GIRÓN EN GIRÓN SANTANDER**

LUZ DARY QUINTERO TORRES

**Trabajo de Grado para Optar al Título de
Magister en Epidemiología**

Directora:

**LAURA ANDREA RODRIGUEZ VILLAMIZAR
PhD. En Public Health Sciences – Epidemiology**

Codirector:

**GERMAN DARIO LEURO CASAS
Magíster en Administración**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2019

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
2. MARCO TEORICO	22
2.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	22
2.2 DESARROLLO DE LOS MODELOS CONCEPTUALES DE DSS	25
2.3 CALIDAD DE VIDA (CV).....	31
2.3.1 Medición de calidad de vida.....	33
3. ESTADO DEL ARTE.....	35
3.1 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA.....	35
3.2 CALIDAD DE VIDA COMO MEDIDA GLOBAL.....	38
3.3 CALIDAD DE VIDA EN LATINOAMÉRICA	41
3.4 CALIDAD DE VIDA EN COLOMBIA	43
4. JUSTIFICACIÓN.....	51
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	53
5.1 HIPÓTESIS.....	53
6. OBJETIVOS.....	54
6.1 OBJETIVO GENERAL	54
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	54
7. MÉTODOS.....	55
7.1 DISEÑO DE ESTUDIO	55

7.2 POBLACIÓN	55
7.3 INFORMACIÓN GENERAL	56
7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	56
7.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	57
7.5.1 Muestreo.....	57
7.6 CAPACITACIÓN DE ENCUESTADORES Y TRABAJO DE CAMPO	59
7.7 INFORMACIÓN ADICIONAL PARA ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN..	60
7.7.1 Criterios de selección.....	60
7.7.2 Tamaño de muestra.....	60
7.7.2.1 <i>Cálculo de tamaño de muestra</i>	60
7.7.3 Muestreo	62
7.7.4 Instrumento de medición para recolección de información de nuevos participantes.....	63
7.7.5 Procesamiento de la información	64
7.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	64
7.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	67
7.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	72
8. RESULTADOS.....	75
8.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN: CONDICIONES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES.	75
8.2 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	79
8.3 FACTORES ASOCIADOS CON LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LA CNG	81

8.3.1 Modelos de regresión Multivariable	85
8.3.2 Modelo de regresión Poisson con varianza robusta	85
8.3.2.1 <i>Modelo de regresión logístico</i>	92
8.3.3 Análisis de sensibilidad	99
9. DISCUSIÓN	101
9.1 LIMITACIONES.....	110
9.2 FORTALEZAS	113
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	116
ANEXOS	131

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Propiedades psicométricas de instrumentos de medición de Calidad de Vida.....	37
Tabla 2. Cálculo de tamaño de muestra	61
Tabla 3. Factores individuales, familiares y sociales de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón. Municipio de Girón. 2017.....	76
Tabla 4. Dimensiones de Calidad de vida de acuerdo al EUROHIS-QOL 8 de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón. Municipio de Girón. 2017.	80
Tabla 5. Análisis bivariado de los factores sociales, familiares e individuales relacionadas con la percepción de calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón. Municipio de Girón. 2017.....	82
Tabla 6. Modelo de regresión Poisson con varianza robusta para evaluar la asociación entre factores individuales, sociales y familiares y la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón en el año 2017	87
Tabla 7. Evaluación de residuos del modelo de regresión poisson con varianza robusta	90
Tabla 8. Factor de inflación de varianza (VIF) para el modelo de regresión poisson con varianza robusta.	91
Tabla 9. Modelo de regresión logística para evaluar la asociación entre factores individuales, sociales y familiares y la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón en el año 2017.....	93

Tabla 10. Bondad de ajuste para el modelo de regresión multivariable, Prueba de Hosmer-Lemeshow.	97
Tabla 11. Resultados de Linktest. Diagnóstico de especificación del modelo de regresión.	97
Tabla 12. Factor de inflación de varianza (VIF) para el modelo de regresión logístico.....	98

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo capas de influencia, según Dahlgren y Whitehead.	26
Figura 2. Modelo de estratificación social y producción de la enfermedad.	27
Figura 3. Modelo de las influencias múltiples en el ciclo de vida. Brunner, Marmot y Wilkinson. 2001.....	28
Figura 4. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.	29

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. CENSO Y ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA CIUDADELA NUEVO GIRÓN	132
ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	139
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL PARA LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN	148
ANEXO D. EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE DE CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA CIUDADELA NUEVO GIRÓN.	150
ANEXO E. EVALUACIÓN DE POISSONABILIDAD DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA COMO UN PUNTAJE POR MÉTODOS GRÁFICOS.	151
ANEXO F. PRUEBAS DE EVALUACIÓN DE MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICO MULTIVARIABLES.....	152
ANEXO G. MODELO DE REGRESIÓN LOG BINOMIAL PARA EVALUAR LA ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES INDIVIDUALES, SOCIALES Y FAMILIARES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA CIUDADELA NUEVO GIRÓN EN EL AÑO 2017	153
ANEXO H. TABLA DE ANALISIS MULTIVARIABLE CON DATOS CENSALES. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD.	156
ANEXO I. AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.....	159

RESUMEN

TÍTULO: DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS ASOCIADOS CON LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA CIUDADELA DE NUEVO GIRÓN EN GIRÓN SANTANDER*.

AUTOR(A): LUZ DARY QUINTERO TORRES**.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, POBLACIONES VULNERABLES, INTERVENCIÓN TEMPRANA.

DESCRIPCIÓN:

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud, la percepción de la calidad de vida (CV) está estrechamente relacionada con la salud física del individuo, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y la interrelación con el entorno. El objetivo del proyecto fue determinar la asociación entre la percepción de la calidad de vida y los factores sociales, familiares e individuales de los habitantes de la Ciudadela de Nuevo Girón en Girón Santander.

Metodología: Estudio observacional con enfoque cuantitativo, analítico, transversal. Se realizaron análisis estadísticos multivariantes con dos modelos de regresión.

Resultados: Hubo 915 participantes entre 18 y 90 años de edad, residentes habituales del CNG, en Girón Santander, Colombia en 2017. La mayor proporción de participantes fueron mujeres (78.25%), en su mayoría jefes de hogar (54.75%). La prevalencia de CV pobre en los habitantes del GNC fue del 12,57%. Los factores asociados con el CV en el modelo de regresión de poisson con variación robusta fueron: el área de residencia anterior (IRR = 1.01), la funcionalidad familiar (IRR = 0.94) y el nivel escolar (secundario: IRR = 1.03; Técnico / tecnólogo: IRR = 1.03, Universidad: IRR = 1.09). En el modelo de regresión logística, los factores asociados fueron los siguientes: nivel escolar (OR = 0,32); estado civil (OR = 2,28); años de residencia en la ciudadela (OR = 0.52) y funcionalidad familiar (OR = 3.08).

Conclusión: existen determinantes sociales intermedios que se asocian con la percepción de la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela de Nuevo Girón. Este estudio es un gran aporte para el desarrollo de la Política de Atención de Salud Integral (APIS) en vigor y desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Directora: Laura Andrea Rodríguez Villamizar, PhD. En Public Health Sciences – Epidemiology. Codirector: German Dario Leuro Casas, Magíster en Administración

ABSTRACT

TITLE: INTERMEDIATE SOCIAL DETERMINANTS ASSOCIATED WITH THE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE OF THE CITIZENS OF NUEVO CIUDELA IN GIRÓN SANTANDER*.

AUTHOR (A): LUZ DARY QUINTERO TORRES**

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE, VULNERABLE POPULATIONS, EARLY INTERVENTION.

DESCRIPTION:

Introduction: According to the World Health Organization, the perception of quality of life (QL) is closely related to the physical health of the individual, the psychological state, the degree of independence, social relationships and the interrelation with the environment. The objective of the project was to determine the association between the perception of quality of life and the social, family and individual factors of the inhabitants of the Nuevo Girón Citadel in Girón Santander.

Methodology: Observational study with a quantitative, analytical, cross-sectional approach. Multivariate statistical analyzes were performed with two regression models.

Results: There were 915 participants between 18 and 90 years old, habitual residents of the CNG, in Girón Santander, Colombia in 2017. The largest proportion of participants were women (78.25%), mostly heads of household (54.75%). The prevalence of poor CV in the inhabitants of the CNG was 12.57%. The factors associated with the CV in the poisson regression model with robust variance were the area of previous residence (IRR = 1.01), family functionality (IRR = 0.94) and school level (secondary: IRR = 1.03; Technician / technologist: IRR = 1.03, University: IRR = 1.09). In the logistic regression model, the associated factors were the following: school level (OR = 0.32); marital status (OR = 2.28); years of residence in the citadel (OR = 0.52) and family functionality (OR = 3.08).

Conclusion: there are intermediate social determinants that are associated with the perception of the quality of life of the inhabitants of the Nuevo Girón Citadel. This study is a great input for the development of the Comprehensive Health Care Policy -PAIS- in force and developed by the Colombian Ministry of Health and Social Protection.

* Degree Work.

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Directora: Laura Andrea Rodríguez Villamizar, PhD. En Public Health Sciences – Epidemiology. Codirector: German Dario Leuro Casas, Magíster en Administración

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud"^{1 2}. En este enfoque, se enuncia que existen múltiples factores que determinan e influyen la salud de las personas, entre ellos el ambiente físico y social³. De esta manera, si se logra intervenir dichos factores, se podrían disminuir las desigualdades sociales y mejorar la calidad de vida de la población. En el marco de los DSS es importante conocer y generar conocimiento sobre las condiciones sociales de las personas y de las comunidades, como también de cómo estos determinantes influyen en la salud, estilos de vida, relaciones familiares y sociales, condiciones socioeconómicas y calidad de vida de las personas^{4 5 6 7}.

En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) tiene como marco conceptual el enfoque de DSS⁸. Sin embargo, aunque es parte de la política pública, el trabajo e investigación es aún incipiente, especialmente en las comunidades

¹ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. [En Línea]. MINSALUD. 2012 p. 2012–21. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

² BOLTE, Gabriele, et al. Environmental Health Inequalities in Europe. *Assessment Report. Copenhagen: WHO*, 2012. p. 212.

³ COLEGIO FE Y ALEGRÍA. Análisis de contexto Ciudadela Nuevo Girón. Colegio Mario Morales Delgado Fé y Alegría. 2014.

⁴ BALLESTEROS ARJONA, Virginia. Urbanismo, medio ambiente y salud. [En Línea]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. 2011. p. 1–49. Disponible en: <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=ODguaG90bGluaw==>

⁵ FIELD, R. A., et al. Population exposure to air pollutants in Europe (PEOPLE): Methodological strategy and basic results. *Inst for Environ and Sustainab*, 2005, p. 1-62.

⁶ ORDÓÑEZ, Gonzalo A. Salud ambiental: conceptos y actividades. *Revista Panamericana de salud pública*, 2000, vol. 7, p. 137-147.

⁷ PAYNE-STURGES, Devon; GEE, Gilbert C. National environmental health measures for minority and low-income populations: tracking social disparities in environmental health. *Environmental Research*, 2006, vol. 102, no 2, p. 154-171.

⁸ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Op.Cit. MINSALUD. 2012 p. 2012–21

vulnerables⁹. En el Municipio de Girón, Departamento de Santander, reside una comunidad con problemáticas internas complejas, entre ellas ambientales y sociales. Esta comunidad denominada “Ciudadela Nuevo Girón” comenzó a forjarse en 2005 como un megaproyecto de vivienda de interés social dirigido a 1.600 familias en su mayoría afectadas por la emergencia invernal producto del desbordamiento del Río de Oro. Las casas de la Ciudadela fueron entregadas hasta el año 2009 y a pesar de haber obtenido un beneficio material, las familias tuvieron que pasar por un proceso de adaptación a los cambios desde la catástrofe, debido a que se vieron en la necesidad de vivir en condiciones de invasión hasta adquirir la vivienda.

En el año 2014, se dio inicio al “Proyecto de Desarrollo Comunitario Endógeno” (PDCE) en la Ciudadela Nuevo Girón, el cual nació como un proyecto de desarrollo participativo que en su primera fase de diagnóstico participativo ha identificado diversas problemáticas sociales, como también, ha permitido que la misma comunidad identifique una serie de necesidades apremiantes^{10,11,12}. En este mismo proceso participativo, la comunidad de la Ciudadela Nuevo Girón ha definido que las intervenciones sociales enmarcadas en el PDCE tendrán como objetivo general mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela.

⁹ BOLTE, Gabriele, et al. Environmental Health Inequalities in Europe. *Assessment Report*. Copenhagen: WHO, 2012. p. 212.

¹⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Urban poverty and health in developing countries. 2009.

¹¹ COLEGIO FE Y ALEGRÍA. Análisis de contexto Ciudadela Nuevo Girón. Colegio Mario Morales Delgado Fé y Alegría. 2014.

¹² UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA. Diseño, implementación y validación de un Modelo para la Gestión Sostenible y la Maximización del Impacto de Programas en Beneficio de Comunidades Vulnerables. Caso Plan de Desarrollo Comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón del municipio de Girón, Santander. 2014.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el enfoque de los DSS de la OMS existe una relación entre el medio físico y las condiciones sociales¹³. A su vez, las condiciones sociales, familiares e individuales son consecuencia de la interacción entre diferentes factores, como las necesidades de alimentación, vivienda, vestuario y atención de la salud, la vulnerabilidad socioeconómica, la pérdida de identidad por relocalización poblacional y/o aculturación, los problemas de desviación social como delincuencia y criminalidad, y las problemáticas asociadas al daño ambiental, entre otros^{14,15}.

Colombia no es ajena a estas problemáticas sociales, especialmente en algunas comunidades. A nivel local, en el municipio de Girón, Santander, existe una población urbana llamada “Ciudadela Nuevo Girón”, reconocida como una población vulnerable en el ámbito socioeconómico¹⁶. La Ciudadela nació como el resultado de la reubicación de familias que en su mayoría eran damnificadas de la emergencia invernal ocurrida en Girón en febrero de 2005 y también, de personas desplazadas por el conflicto armado o que estaban ubicadas en zonas de riesgo a nivel regional.

Para los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón, el beneficio de obtener una vivienda no suplió las necesidades básicas de las familias del asentamiento debido

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Urban poverty and health in developing countries. 2009.

¹⁴ SUÁREZ, F. M. Problemas Sociales y Problemas de Programas Sociales Masivos. Centro Interamericano para el Desarrollo Social (CIDES). [En Línea]. Repositorio CEPAL. 1989. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/33446/S8900328_es.pdf?sequence=6&isAllowed=y

¹⁵ MARTÍNEZ ALIER, Joan. La pobreza como causa de la degradación ambiental: un comentario al Informe Brundtland. Documentos de Análisis Geográfica 18. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Economia i d'Història Econòmica. 1991 p. 55–73.

¹⁶ ARAUJO GONZÁLEZ, Rafael. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Revista Novedades en Población, 2015, vol. 11, no 21, p. 89-96.

a condiciones sociales, familiares e individuales, a factores propios de las viviendas recibidas y del ambiente donde se ubicó el barrio. Lo anterior incidió en que se generaran y/o profundizaran diversas problemáticas al interior de la comunidad. De acuerdo con los diagnósticos sociales de los últimos años^{17,18,19}, se han caracterizado distintas problemáticas al interior de la Ciudadela, como: pobreza y desempleo, insatisfacción de los servicios básicos de salud, de educación y de saneamiento; además, violencia, discriminación, marginación, drogadicción, microtráfico, así como también, problemáticas ambientales como mala disposición de basuras, contaminación del suelo y del aire por malos olores provenientes del río, entre otras. Sumado a esto, las viviendas entregadas contaban con un espacio físico reducido (área total de 30,20m²), situación que ha generado hacinamiento al encontrar entre 4 a 6 personas habitando el mismo espacio. Otra problemática surgida desde el inicio del asentamiento ha sido la poca cohesión social; probablemente relacionada con la heterogeneidad de procedencia de los habitantes. Esta condición sumada a problemáticas sociales de base, han limitado el desarrollo comunitario de la Ciudadela²⁰.

Un diagnóstico comunitario participativo reciente, evidencia que la Ciudadela Nuevo Girón sigue siendo una comunidad con problemáticas sociales y ambientales complejas sin solucionar²¹. De esta manera la Ciudadela Nuevo Girón se presenta

¹⁷ PICÓN O., José M. Escuela de padres y madres por un nuevo Girón. Girón, Santander. 2012.

¹⁸ CARBALLEDA, Alfredo Juan. La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas. [En Línea]. Organización Margen. Disponible en: <http://www.margen.org/carballeda/Problematicas%20sociales.pdf> 2005.

¹⁹ ARIZA SILVA, Nancy Juliana y CASTELLANOS CASTO, Walter. Implementación de la planeación estratégica participativa estratégica participativa como herramienta para el desarrollo comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón. [En Línea]. Tangara UIS. Trabajo de Grado: Trabajador Social. Universidad Industrial de Santander. 2012. Disponible en: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2012/142944.pdf>

²⁰ UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA. Diseño, implementación y validación de un Modelo para la Gestión Sostenible y la Maximización del Impacto de Programas en Beneficio de Comunidades Vulnerables. Caso Plan de Desarrollo Comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón del municipio de Girón, Santander. 2014.

²¹ COLEGIO FE Y ALEGRÍA. Análisis de contexto Ciudadela Nuevo Girón. Colegio Mario Morales Delgado Fé y Alegría. 2014.

como una comunidad vulnerable, en la que 11 años después del evento catastrófico aún no se han solucionado las necesidades básicas de las familias.

En la Ciudadela existen diversos proyectos y programas estatales y no gubernamentales, que en su mayoría tienen un carácter asistencialista. Como una propuesta alterna que tiene sus objetivos puestos en el desarrollo de potencialidades al interior de la comunidad, surge el PDEC; este comenzó a gestarse en el año 2014 en el marco de un convenio de cooperación interinstitucional suscrito entre la Universidad Autónoma de Bucaramanga -UNAB- y la Comunidad de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Virgen Santísima, Provincia de Bucaramanga. Este proyecto adopta como eje central el concepto de “desarrollo endógeno” tendiente a que cualquier acción en beneficio de una comunidad vulnerable debe concebirse a partir de la propia comunidad, dejando de lado el asistencialismo para colocar las comunidades como protagonistas de su propio desarrollo^{22, 23}.

En ese contexto, en el PDCE se generó la necesidad de desarrollar un modelo de gestión ejecutado en tres fases: fase de diseño, fase de implementación y fase de validación. La fase inicial tuvo como objetivo diseñar un modelo de gestión para la sostenibilidad, para ello propusieron realizar una valoración del contexto territorial y de las problemáticas a partir de la documentación existente y de entrevistas a representantes de la comunidad y de las organizaciones ligadas a esta. Esta aproximación se realizó por medio de métodos cualitativos y participativos a fin de construir el conocimiento necesario para la configuración del PDCE y el diseño del modelo de gestión del mismo. A continuación, se elaboró la propuesta del PDCE y del correspondiente diseño del modelo de gestión con la participación de la

²² UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA. Diseño, implementación y validación de un Modelo para la Gestión Sostenible y la Maximización del Impacto de Programas en Beneficio de Comunidades Vulnerables. Caso Plan de Desarrollo Comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón del municipio de Girón, Santander. 2014.

²³ LEURO, G. Propuesta: Plan de Desarrollo Comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón del municipio de Girón, Santander. 2013.

comunidad y de las organizaciones aliadas, a partir de lo cual se definieron las condiciones necesarias para la implementación del plan.

A su vez, esta fase permitió constituir el grupo denominado “Grupo Investigación Acción Participativa (GIAP)”. El GIAP es una herramienta que forma parte de los procesos Investigación Acción Participación (IAP), y permite que la comunidad se involucre, participe y sea protagonista para la toma de decisiones relativas al proyecto, en igualdad de condiciones con el equipo investigador. De esta manera, el grupo quedó constituido por miembros de la comunidad, los investigadores responsables del proyecto (UNAB y Comunidad de la Presentación), y un grupo de 20 mujeres lideresas. Por último, esta etapa pudo identificar por medio de estrategias como el árbol de problemas y mapa social, distintos factores que a juicio del grupo se consideran determinantes de la calidad de vida de la comunidad. Los aspectos evaluados fueron: salud, educación, generación de ingresos, comunicación, organización y participación comunitaria e infraestructura social.

Dentro del proceso de IAP se planteó incluir en el proyecto ocho sistemas de gestión correspondientes a: educación, salud comunitaria, comunicación, inclusión y participación, infraestructura social, generación de Ingresos, asociatividad y responsabilidad social, jurídica y política pública y gestión administrativa. Estos ocho sistemas en su conjunto, ajustados a las necesidades de la comunidad de Nuevo Girón, configuran un Plan de Desarrollo Comunitario (Plan de Acción Integral – PAI) de carácter endógeno^{24,25}.

El objetivo principal del proyecto comunitario es mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela, entendida como la percepción que tienen sobre las condiciones de calidad de vida a nivel general. Sin embargo, al revisar los

²⁴ UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA. Op.Cit. 2014.

²⁵ LEURO, G. Propuesta: Plan de Desarrollo Comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón del municipio de Girón, Santander. 2013.

documentos correspondientes al PDCE no se tiene planteado realizar una evaluación de los factores que influyen dicha percepción en la comunidad.

El mecanismo por el cual se quiere lograr una mejor calidad de vida en los habitantes de la Ciudadela es a través de intervenciones sociales generadas por aliados estratégicos vinculados a sectores académicos, estatales y organizaciones del sector privado. Las intervenciones que serán ejecutadas en la fase de implementación giran en torno a los siguientes ejes: gestión de la salud, gestión de la educación, gestión de los ingresos y gestión de la infraestructura.

En este momento el PDEC, luego de tres años de puesta en marcha, se encuentra en la parte final de la fase de diseño, es decir, el paso a seguir será la ejecución de la fase de implementación. Esta intervención es necesaria, participativa y global, sin embargo, se requiere previamente identificar los factores que influyen la percepción individual de la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela, con el fin de orientar las intervenciones y contribuir a que éstas tengan los resultados esperados.

2. MARCO TEORICO

Los ejes teóricos que se tendrán en cuenta para el desarrollo del presente trabajo de investigación serán: Determinantes sociales de la salud (DSS) y calidad de vida.

2.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Se denominan DSS a los diferentes factores que tienen influencia sobre la salud de las personas y la población. La OMS los ha definido como: “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias son moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Los DSS son los principales responsables de las desigualdades en salud - las diferencias injustas y evitables en el estado de salud vistos dentro y entre países”^{26, 27, 28}.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud es considerado un enfoque muy importante para el abordaje de las inequidades en materia de salud dado que promueve medidas con respecto a una variedad de factores que influyen en los resultados individuales y poblacionales, involucrando factores sociales muchos de los cuales están fuera del alcance del sector de la salud²⁹.

²⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health in the post-2015 development agenda : need for a social determinants of health approach Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health. Declaración conjunta de la plataforma de las Naciones Unidas sobre los determinantes sociales de la salud. 2015. pp. 1–18.

²⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Los determinantes sociales de la salud: Conceptos clave. Organización Mundial de La Salud. 2014.

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2009 p. 1–5.

²⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud para las Américas. [En Línea]. Salud para las Américas. Publicación Científica y Técnica Nro. 636: Panorama Regional y Perfiles del País. Ediciones 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-americas-edicion-

El enfoque de determinantes sociales ha tenido una amplia acogida en el contexto internacional. El conocimiento de la historia de la humanidad evidencia una interdependencia entre las condiciones sociales, políticas, económicas y ambientales y la salud de las personas, por tanto, para entender el contexto de los DSS es necesario hacer un breve recuento histórico.

Esta corriente de pensamiento en salud tiene sus raíces en la medicina social europea del siglo XIX al manifestar que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica”³⁰. El término de DSS comenzó a usarse por los fundadores de la salud públicas moderna, explícitamente por Rudolf Virchow (1821-1902), quien para su tiempo habló sobre determinación social de la enfermedad y su relación con la política^{31, 32}. En 1946, se crea la Constitución de la OMS, en ella se pretende abordar las raíces sociales de los problemas de salud a la vez que toma como función básica la promoción y mejoramiento de la nutrición, la vivienda, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y laborales y otros aspectos de la higiene del medio, en colaboración con los estados miembros.

En 1975, Kenneth Newell publicó “Health by the People”³³, de allí nace la preocupación por la necesidad de crear acciones fuera del ámbito sanitario que generen un resultado mayor que las intervenciones que son únicamente en el

2012-43&alias=75-salud-americas-edicion-2012-panorama-regional-perfiles-pais-5&Itemid=231&lang=es

³⁰ ARELLANO, Oliva López; ESCUDERO, José Carlos; CARMONA MORENO, Luz Dary. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 2008, vol. 3, no 4, p. 323-335.

³¹ GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1999, vol. 53, no 5, p. 263-263.

³² VILLAR, Eugenio. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde e Sociedade*, 2007, vol. 16, p. 7-13.

³³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. En: Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. 2005. pp. 1–72.

ámbito de la salud. En 1978, se realizó la conferencia de Alma-Ata³⁴, con presencia de 134 gobiernos y 67 organizaciones internacionales, donde se traza como objetivo la premisa de “salud para todos en el año 2000”. A partir de este momento, se dio la apertura al uso de la atención primaria en salud como también el posicionamiento de los DSS en el área de Salud Pública.

En 2003, se crea una comisión mundial sobre factores determinantes de la salud con el fin de reunir el conocimiento de expertos para abordar problemas sociales³⁵ y en 2008, esta Comisión sobre DSS, instó a todos los países a mitigar las inequidades sociales por medio de las siguientes recomendaciones: a) Mejorar las condiciones de vida cotidianas; b) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y c) Medición y análisis del problema^{36,37}. A partir esta fecha, la OMS hizo el compromiso para trabajar sobre los DSS y en año 2009 dentro del marco de la Asamblea Mundial de la salud, exhortó a los países miembros para que desarrollaran políticas de protección social integrales para luchar contra las inequidades sociales teniendo en cuenta los DSS³⁸.

En Colombia los determinantes sociales encontraron representación en el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012-2021. Bajo este esquema se propuso como objetivo estratégico: “Alcanzar mayor equidad en salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y tener cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad

³⁴ THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION PROMOTING HEALTH IN THE AMERICAS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Septiembre de 1978. p. 3.

³⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. 2000. pp. 1–50.

³⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. En: Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. 2005. pp. 1–72.

³⁷ MEJÍA ORTEGA, Luz Mery. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 2013, vol. 31, p. 11.

³⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2009 p. 1–5.

y la discapacidad evitables”³⁹. Existen en Colombia otras políticas públicas que son complementarias al PDSP; entre ellas están la Red Unidos, encaminada en la superación de la pobreza, pobreza extrema y desigualdades sociales, y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas -PAPSIVI- cuyo principal objetivo es “garantizar la atención psicosocial y la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario, en el marco del conflicto armado colombiano”⁴⁰.

2.2 DESARROLLO DE LOS MODELOS CONCEPTUALES DE DSS

Actualmente los determinantes sociales de la salud pueden ser estudiados desde diferentes modelos; a continuación, se enunciarán algunos desarrollados a través del tiempo que finalmente dieron origen al modelo adoptado actualmente por la OMS. Es necesario precisar que esta propuesta de investigación toma como modelo el adaptado por la OMS que será desarrollado más adelante.

El primer modelo es el de Dahlgren y Whitehead (figura 1) y expresa que existen diferentes niveles de condiciones que son causales individuales, comunitarias y en políticas de salud nacionales que producen las desigualdades sociales en la salud⁴¹, entendiendo que “las desigualdades en salud reflejan las diferencias de salud entre grupos” mientras que las “inequidades se refieren al conjunto de desigualdades que

³⁹ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. [En Línea]. MINSALUD. 2012 p. 2012–21. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

⁴⁰ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la ley 1448 de 2011. Oficina de Promoción Social con la Colaboración Puntual de las Direcciones de: Promoción y Prevención y Prestación de Servicios. 2013. p. 1–131.

⁴¹ GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1999, vol. 53, no 5, p. 263-263.

se consideran injustas”⁴². El esquema que desarrollaron se presenta en capas colocando a la persona en el centro con las características biológicas respectivas, edad, sexo y factores genéticos; de adentro hacia afuera, se ubican primero los factores individuales y estilos de vida; luego las redes sociales y comunitarias, seguida por las condiciones de vida y trabajo que incluyen el ambiente laboral, la educación, la agricultura y la producción de alimentos, el desempleo, el agua y saneamiento, los servicios de atención en salud y la vivienda; por último, se encuentra la capa de las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales generales.

Figura 1. Modelo capas de influencia, según Dahlgren y Whitehead.

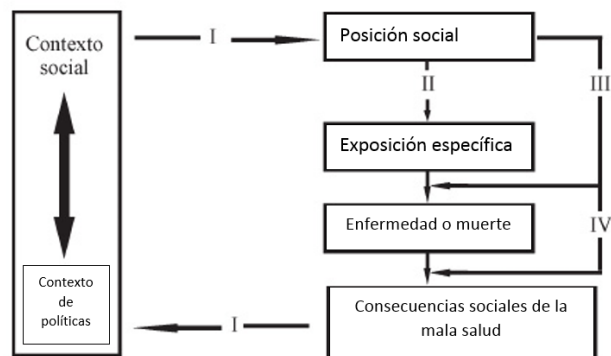


Fuente: PASARÍN, M. I., FORCADA, C., MONTANER, I., DE PERAY, J. L. & GOFIN, J. Salud comunitaria: Una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gac. Sanit. 24, 23–27. 2010

⁴² EVANS, T.; WHITEHEAD, M. y DIDERICHSEN F. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. 2002. 1-165 p.

El segundo modelo fue desarrollado por Diderichsen⁴³ (figura 2) y colaboradores que explica cómo por medio de la estratificación social creada por la misma sociedad, las personas son asignadas en una posición social respectiva hecho que determina y configura las oportunidades en salud que tenga.

Figura 2. Modelo de estratificación social y producción de la enfermedad.



Fuente: BUSS, P. M. & PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev. Saúde Coletiva* 17, 77–93. 2007.

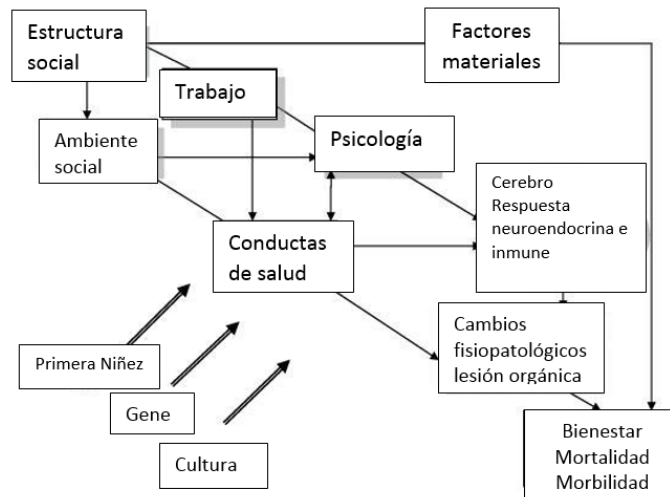
El tercer modelo fue propuesto por Brunner, Marmot y Wilkinson⁴⁴ (Figura 3) y presenta los factores de riesgo ambientales, psicológicos y conductuales a los que puede exponerse una persona durante su vida, de tal manera, que las inequidades en salud, sociales y económicas, son determinadas por dichas influencias o factores a la vez que los factores genéticos y culturales influyen de manera adicional la salud de la población⁴⁵.

⁴³ DIDERICHSEN, Finn; EVANS, T. y WHITEHEAD, M. Bases sociales de las disparidades en salud. *Evans T, organizador. Desafío a la falta de equidad en la salud. Washington: OPS/Fundação Rockefeller, 2002, p. 13-24.*

⁴⁴ BRUNNER, E., WILKINSON, R. y MARMOT, M. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. Organización Mundial de La Salud (OMS). 2000.

⁴⁵ *Ibíd.*

Figura 3. Modelo de las influencias múltiples en el ciclo de vida. Brunner, Marmot y Wilkinson. 2001.

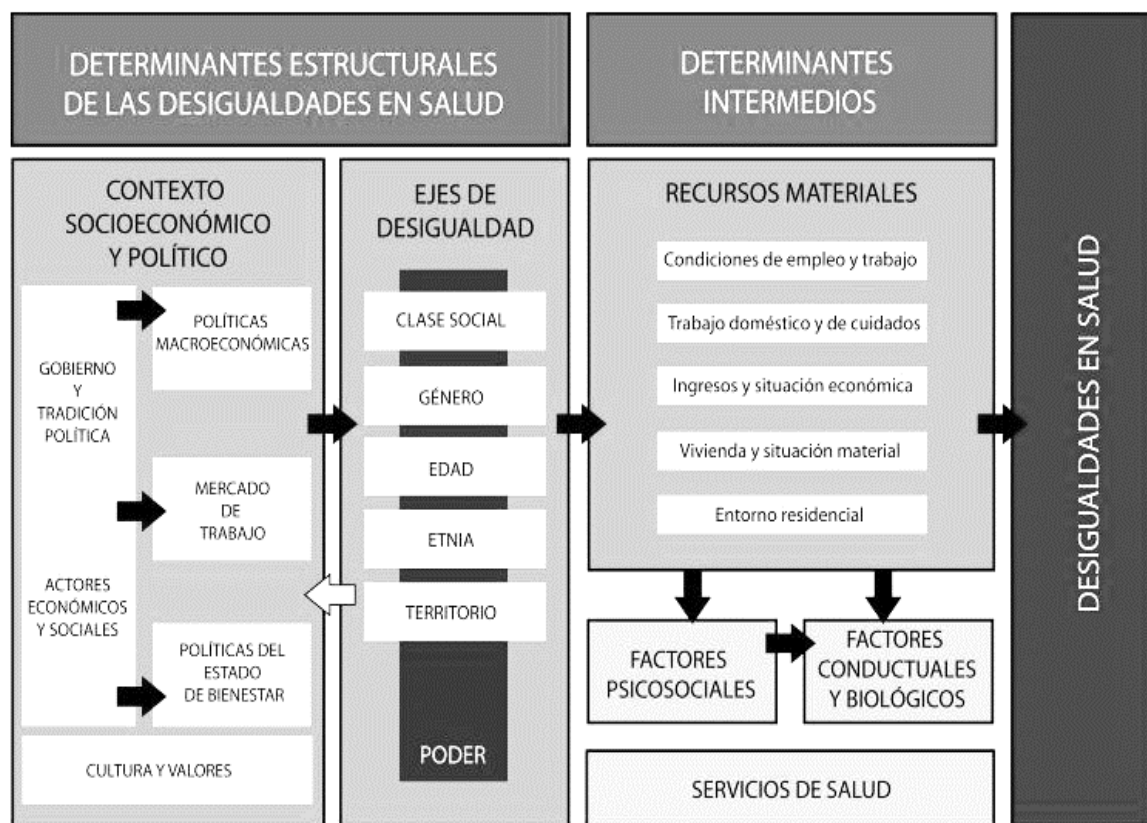


Fuente: BRUNNER and MARMOT. See Chapter 2 in Social determinants of health, Ed M. MARMOT & R.G. WILKINSON, OUP. 1999.

Del modelo anterior, Vega y Solar (2005) (Figura 4) de la comisión de DSS refieren que este modelo pretende vincular la estructura social con el proceso salud enfermedad de las personas⁴⁶.

⁴⁶ VEGA, J.; SOLAR, O.; IRWIN, A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad*, 2005, vol. 89. p. 9–18.

Figura 4. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.



Fuente: O. & IRWIN, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Soc. Determin. Heal. Discuss. Pap. 2 (Policy Pract. 79 (2010). doi: ISBN 978 92 4 150085 2Solar e Irwin⁴⁷ y Navarro V., editors. The political and social contexts of health. Amityville: Baywood Publishing; 2004.

En 2005 la OMS, lanzó en Chile la Comisión sobre DSS. Dicha comisión aduce que el bienestar social se logra si se abordan las causas sociales y no solamente la atención médica. Por tanto, se da comienzo a la recopilación de pruebas sobre las inequidades, como una manera de comprender los determinantes sociales de la salud y su repercusión sobre la equidad en la salud y de formular recomendaciones

⁴⁷ SOLAR, Orielle y IRWIN, Alec. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010. p. 79.

para la acción. En 2008 surge el informe final de la Comisión, del que emanan tres recomendaciones para la acción: primero, mejorar las condiciones de vida; segundo, luchar contra la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos, y tercero medir y comprender el problema y evaluar los efectos de las intervenciones. En 2011 la Declaración política de Rio sobre DSS introdujo en la agenda regional la necesidad de un enfoque de los DSS así como también instó a las acciones en torno de la equidad y el desarrollo humano^{48, 49}.

Este modelo combina los componentes sociales, económicos y políticos y concibe la salud como el resultado de un proceso social. En el contexto sociopolítico están incluidas las instituciones políticas y los procesos económicos, lo que impacta en la estratificación social y las oportunidades en salud. El contexto sociopolítico se construye por los sistemas y procesos políticos, políticas macroeconómicas, las políticas que afectan factores como trabajo, tierra y distribución de la vivienda. Solar e Irwin (2010), introdujeron las pautas con las cuales se puede entender cuáles y en qué puntos de las interacciones de los DSS se pueden realizar intervenciones.

Para lograr ese objetivo establecieron dos tipos de DSS: los estructurales y los intermedios. Por tanto, los determinantes estructurales o también llamados de inequidad de salud, se definen como aquellos que generan estratificación social, mientras que los determinantes intermedios reflejan las diferencias en la condición de vulnerabilidad, condición de vida, del trabajo, conductas de la comunidad y los estilos de vida de las personas^{50, 51}. En los primeros se encuentran las políticas macroeconómicas, las políticas públicas y sociales, que determinan el ingreso, la

⁴⁸ CDSS, OMS. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes Sociales de la salud. En *Documento de trabajo de la conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Documento Comisión Determinantes Sociales de la Salud*. 2011.

⁴⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. The Millennium Development Goals Report. 2005.

⁵⁰ ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. The social determinants of health: beyond the risk factors perspective. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2009, vol. 8, no 17, p. 69-79.

⁵¹ MOISO, Adriana. Determinantes de la Salud. In: *Fundamentos de Salud Pública*. Argentina: EDULP. 2014. p. 161–89.

etnia y clase social entre otros; mientras que los segundos tienen que ver con los circunstancias materiales, los factores biológicos y psicosociales, el ambiente y el sistema de salud^{52,53}.

Las causas de muchas inequidades en el campo de la salud y en gran proporción de los padecimientos humanos son de carácter social y tienen su explicación por medio de los DSS. Esto evidencia que, si bien los determinantes estructurales, que corresponden a las políticas definidas en un nivel superior, son importantes en la determinación socioeconómica de una persona, también existe una determinación y afectación directa de la salud de la persona a través de los determinantes intermedios. Así, la relación entre los determinantes estructurales e intermedios da como resultado el estado de salud de la persona.

2.3 CALIDAD DE VIDA (CV)

La Calidad de Vida (CV) es un concepto polivalente y multidisciplinario. El concepto de calidad de vida ha evolucionado con los años y ha sido abordado desde diferentes disciplinas desde la medicina, la filosofía, la economía y la política. Desde una connotación semántica la expresión CV se identificó en tres contextos y significados: descriptivo, evaluativo y prescriptivo. El aspecto descriptivo individualiza los objetos y los diferencia de los demás, en este sentido permite ver al ser humano con cualidades de razonar, por tanto, en este contexto la CV se identifica con la racionalidad y vida humana. En el aspecto evaluativo o normativo se refiere a los valores no morales donde se utiliza el verbo deber. Por último, la

⁵² ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. Op.Cit. 2009, vol. 8, no 17, p. 69-79.

⁵³ GARCÍA-RAMÍREZ, Jorge A. y VÉLEZ-ÁLVAREZ, Consuelo. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 2013, vol. 15, p. 731-742.

calidad de vida posee una ética rigurosa que permite diferenciar lo bueno de lo malo, lo que se debe hacer de lo que no⁵⁴.

La CV en general es un concepto que se popularizó en la década de los 60's hasta hacerse muy común en relación con la salud física y mental, la educación, la economía, la política y los indicadores sociales⁵⁵. Se han propuesto diversos modelos conceptuales de CV. Para Felce y Perry (1995), la CV se trata de las condiciones y satisfacción de vida de una persona, la combinación de componentes objetivos y subjetivos y la satisfacción personal que experimenta, así como la satisfacción personal ponderada por una escala de valores, aspiraciones y expectativas personales⁵⁶. Por su parte, Bogner (2005) definió que es necesario estudiar la CV desde la perspectiva subjetiva, que surge cuando las necesidades primarias han quedado satisfechas y se puede identificar el estilo de vida, definido por las condiciones en que se encuentra el individuo así como las características y el lugar de ubicación de la vivienda, el grado de escolaridad alcanzado, la seguridad social, la forma en que se invierte el tiempo libre, las relaciones que se establecen con la familia y la pareja, los amigos, vecinos y compañeros de trabajo⁵⁷.

Con los años el concepto de CV ha cambiado. En 1980, Levi y Anderson, definen calidad de vida como: «una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo; y de felicidad, satisfacción y recompensa»⁵⁸. En 1991, Chaturvedi describe la CV como: “la sensación subjetiva

⁵⁴ GUYATT, Gordon H. y COOK, Deborah J. Health status, quality of life, and the individual. *Jama*, 1994, vol. 272, no 8, p. 630-631.

⁵⁵ *Ibíd.* p. 630-631.

⁵⁶ MERCER LATINOAMERICA. Calidad de Vida Internacional. [En Línea]. MERCER. 04 de marzo de 2015. p.3. Disponible en: <https://www.latam.mercer.com/newsroom/mercer-calidad-de-vida-internacional-2015.html>

⁵⁷ BADIA LIACH, X. y LIZAN TUDELA, L. Estudios de calidad de vida. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. *Revista Elsevier Sci.* 2003. Vol 5. pp. 250–61.

⁵⁸ LEVI, L. y ANDERSON, L. La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. *Ormaza I. Grupos de apoyo en la vejez. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco*, 1980.

de bienestar del individuo”⁵⁹. Mientras tanto Quintero en 1992 determina que la CV «Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marcosocial y cultural determinado»⁶⁰.

Desde el año 1995, un grupo de trabajo de la OMS en CV propuso una definición propia⁶¹, por lo que su constructo se definió como “la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”. Afirman que la CV se ve afectada por la salud física del individuo, su estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y la interrelación con el entorno⁶². La anterior definición se usó como referencia para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Por su parte, la calidad de vida relacionada con la salud se entiende como la valoración subjetiva del estado de salud actual de la persona, como también al cuidado y las actividades que mejoran la salud que permiten continuar las metas valoradas de vida viéndose reflejado en el bienestar general de la persona⁶³. La medición de este constructo se realiza por medio de diversos instrumentos que pueden ser específicos incluso para patologías o poblaciones y se cuenta con versiones extensas y reducidas.

2.3.1 Medición de calidad de vida. Existen dos perspectivas teóricas básicas en CV: la objetiva y la subjetiva; en la primera un tercero hace una evaluación teniendo

⁵⁹ CHATURVEDI, Santosh K. What's important for quality of life to Indians—in relation to cancer? *Social Science & Medicine*, 1991, vol. 33, no 1, p. 91-94.

⁶⁰ QUINTERO, G. Comunicación personal a J. Grau. 1996.

⁶¹ WHOQOL GROUP, et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 1995, vol. 41, no 10, p. 1403-1409.

⁶² URZÚA, Alfonso; CAQUEO-URÍZAR, Alejandra. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 2012, vol. 30, no 1, p. 61-71.

⁶³ SHUMAKER, S. A. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. *The International Assessment of Health-Related Quality of Life*, 1995, p. 375.

en cuenta el grado en que la vida cumple con las normas explícitas del buen vivir y la segunda, incluye únicamente la valoración que hace la misma persona de su propia vida. Estas relaciones constituyen una representación social basada en parámetros objetivos como la satisfacción de las necesidades básicas y las necesidades creadas por el grado de desarrollo económico y social de una determinada sociedad, y en parámetros subjetivos como el bienestar, felicidad, amor, placer y satisfacción personal^{64, 65, 66}.

Tanto indicadores objetivos, como subjetivos se utilizan como medidas de calidad de vida. Las medidas objetivas tienen la ventaja de no estar sujetas al sesgo de error del observador, pero son insensibles a los sentimientos de las personas. Mientras que los parámetros subjetivos, como la satisfacción en el trabajo y las percepciones de salud y moral, implican que se solicite a las personas que hagan comentarios sobre sus vidas, sin embargo, estas percepciones por muy desinformadas que sean son las reales y la gente actúa basada en ellas⁶⁷.

⁶⁴ ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. The social determinants of health: beyond the risk factors perspective. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2009, vol. 8, no 17, p. 69-79.

⁶⁵ GARCÍA-RAMÍREZ, Jorge A. y VÉLEZ-ÁLVAREZ, Consuelo. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 2013, vol. 15, p. 731-742.

⁶⁶ GUYATT, Gordon H. y COOK, Deborah J. Health status, quality of life, and the individual. *Jama*, 1994, vol. 272, no 8, p. 630-631.

⁶⁷ BADIA LIACH, X. y LIZAN TUDELA, L. Estudios de calidad de vida. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. *Revista Elsevier Sci*. 2003. Vol 5. pp. 250–61.

3. ESTADO DEL ARTE

3.1 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

En la literatura científica existen múltiples métodos e instrumentos para la medición de la calidad de vida. Cada uno de ellos cuenta con finalidades y ámbitos específicos de evaluación. Todos estos instrumentos existentes cuantifican de distintas maneras la calidad de vida y en su mayoría agrupan las preguntas en dominios específicos. Cada pregunta contiene un puntaje asignado a cada posible respuesta, obteniéndose al final un puntaje global que se ubica en una escala predeterminada para calificar la calidad de vida.

Algunos instrumentos usados para la medición subjetiva de la calidad de vida son: la Encuesta de Calidad de Vida (EUA, 1989), el Índice de Calidad de Vida: Índice QL (EUA, 1989), el perfil de salud de Nottingham: NHP (Reino Unido, 1987), el Índice de Estado Funcional (EUA, 1990), el Cuestionario General de Salud: GHQ-28 (EUA, 1992), el Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV (México, 1996), la encuesta: SF-36 (México, 1999), el Cuestionario Europeo de Calidad de Investigación y Tratamiento de Vida: EORTC QLQ-C36 (Suiza, 1996), el Índice de Calidad de Vida de Wisconsin versión canadiense: CaW-QL (Canadá, 1999), y el instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud: WHOQOL (EUA, 2000). Muchos de estos instrumentos tienen una versión completa y versiones reducidas. También, existen instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud y otros que evalúan condiciones clínicas específicas, como, por ejemplo: el Formulario de Calidad de Vida para Diabetes (EUA, 1993), el Formato de Calidad de Vida para HIV- SIDA HIV- QL31 (EUA, 1997) o el instrumento

para evaluar Calidad de Vida Específica del Cáncer de Próstata: PROSQOLI (Canadá, 1998), entre otros⁶⁸.

Se realizó una búsqueda de instrumentos de medición para calidad de vida por medio de dos estrategias, la primera a través de consulta a expertos en el tema y en la segunda se revisaron artículos científicos que usaron distintas escalas para medir CV. La información arrojada por estas dos estrategias será presentada más adelante. Sin embargo, es importante resaltar que el instrumento debía cumplir las siguientes características: aplicable en una comunidad urbana como instrumento que mide las condiciones de calidad de vida de forma general, validado en idioma español, fácil y claro de entender, evaluado previamente, con buena consistencia y validez demostrada, esto quiere decir que hubiese sido validado en poblaciones similares a las del estudio a nivel regional o nacional. Como resultado de la búsqueda, se identificó que el instrumento de la OMS, denominado EUROHIS-QOL, cumple con todas estas características psicométricas para la realización del estudio.

El índice EUROHIS-QOL de 8 ítems es una medida subjetiva de la calidad de vida. El formato corto de 8 ítems EUROHIS-QOL permite medir la calidad de vida como un índice. Este instrumento, fue derivado del proyecto WHOQOL-100 y del WHOQOL-BREF. El puntaje total de QOL corresponde a la suma de las puntuaciones en los ocho ítems, las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida. Conceptualmente los dominios psicológico, físico, social y ambiental están representados por dos ítems. Se evalúan los siguientes dominios: percepción general de la calidad de vida, satisfacción con la salud física en general, indicadores de salud mental identificados por la satisfacción con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, satisfacción consigo mismo, satisfacción con las relaciones interpersonales con amigos, familiares, conocidos y colegas, y la

⁶⁸ WHOQOL GROUP, et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 1995, vol. 41, no 10, p. 1403-1409.

percepción de energía que tiene la persona para realizar las actividades diarias, por último, incluye indicadores sociales y ambientales identificados por la satisfacción de la persona con las condiciones generales de la vivienda y la percepción sobre el dinero suficiente para satisfacer las necesidades diarias.

Las ocho preguntas cuentan con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert, además, los dominios psicológicos, físicos, sociales y ambientales cuentan cada uno con dos elementos. Este instrumento ha mostrado buena consistencia interna en análisis piloto del desempeño de la escala general con valores alfa de Cronbach satisfactorios (0,80) para la consistencia interna (Ver tabla1) en países europeos y es recomendado para su uso en la investigación en salud pública^{69,70}. En América Latina se ha usado especialmente en Brasil para investigaciones poblacionales en adultos⁷¹.

Tabla 1. Propiedades psicométricas de instrumentos de medición de Calidad de Vida

Cuestionario	Población	Dimensiones	Ítems	Consistencia Interna	Reproducibilidad/fiabilidad	Validez	Rasch/INFIT/OUTFIT
WHOQOL-100(46)	Adultos/sanos y enfermos	Seis dominios: Físico, Psicológico, Independencia Social Ambiente Espiritual	100	Alpha de Cronbach= 0.80, rango (0.82-0.95 entre dominios)	Alpha de Cronbach (0.82–0.86)	V. discriminante C. Pearson= 0.5	Rasch Buenas estadísticas de ajuste
WHOQOL-26 (51)(52)(53)	Adultos/sanos	Cuatro dominios: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales. Ambiente.	26	Alpha de Cronbach de 0,88	Alpha de Cronbach a 0,7.	V. discriminante Coeficiente de Pearson: > 0,4	OUTFIT ítems=1.02 OUTFIT personas de 1.02

⁶⁹ MIELES-BARRERA, María Dilia; ACOSTA, Alejandro. Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2012, vol. 10, no 1, p. 205-217.

⁷⁰ SCHMIDT, Silke; MÜHLAN, Holger; POWER, Mick. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*, 2005, vol. 16, no 4, p. 420-428.

⁷¹ BACKES, Vanessa, et al. Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2011, vol. 27, p. 573-580.

Cuestionario	Población	Dimensiones	Ítems	Consistencia Interna	Reproducibilidad/fiabilidad	Validez	Rasch/INFIT/OUTFIT
WHOQOL-8 EUROHIS-QOL 8-item (49)	Encuesta multicultural /Personas sanas y con enfermedades crónicas	Cuatro: psicológico, físico, social y ambiental	8	Alpha de Cronbach $\alpha = 0,83$	Las correlaciones entre la CV y la salud general mostraron correlaciones superiores a $r = 0,50$ para todos estos países	V. discriminante alta convergencia con el diagnóstico reciente ($\chi^2 = 999,41, 1; P < 0.001$) y bajo tratamiento ($\chi^2 = 154,46, 1; P < 0.001$).	En el análisis de Rasch, la escala mostró muy buenas estadísticas de ajuste de ítems, y no umbrales revertidos

De acuerdo a la evidencia encontrada en la revisión de la literatura sobre instrumentos de medición de CV (tabla1) y lo descrito en los párrafos anteriores, se pudo identificar que el instrumento EUROHIS-QOL de 8 ítems puede medir de manera adecuada la percepción de CV en población general. Esta afirmación está sustentada en la validación realizada del instrumento y su aplicación ya demostrada en distintas poblaciones que le brinda elementos de valoración suficiente para aplicarla como un instrumento generalista.

3.2 CALIDAD DE VIDA COMO MEDIDA GLOBAL

El ranking de CV elaborado en 2015 por la consultora global Mercer toma en cuenta la medición objetiva de calidad de vida basada en indicadores del entorno político y social (Estabilidad política, crimen, cumplimiento de la ley); entorno económico (regulaciones de tipo de cambio, servicios bancarios); entorno socio-cultural (censura, limitaciones de la libertad personal); atención a la salud (servicios médicos, enfermedades infecciones, disposición de residuos, drenaje, contaminación del aire); escuelas y educación (disponibilidad de escuelas internacionales); servicios públicos y de transporte (electricidad, agua, transporte público, congestión vial); recreación (restaurantes, teatros, cines, teatros, deportes,

uso del tiempo libre); bienes de consumo (disponibilidad de comida/artículos de consumo diario, automóviles); vivienda. (Renta de casas, muebles, servicios de mantenimiento); y ambiente natural (clima, récord de desastres naturales)⁷².

Según dicho ranking, se tuvo en cuenta la medición de calidad de vida de aproximadamente 440 ciudades del mundo⁷³. Como resultado se encontró que los países europeos tienen los primeros lugares en calidad de vida, en general las metrópolis europeas siguen dominando los primeros puestos, junto con las principales ciudades de Australia y Nueva Zelanda. En el Reino Unido, Londres es la ciudad que ocupa el lugar más alto del ranking; en Asia, la ciudad de Singapur, mientras que Dubái se sitúa en el primer puesto en todo Medio Oriente y África. En América, la ciudad de Vancouver en Norteamérica ocupa el quinto lugar y se encuentre entre las 10 ciudades con mejores condiciones de calidad de vida, siendo la única de la región en esta posición; la encuesta muestra que tanto Canadá como Estados Unidos continúan ofreciendo un alto nivel de calidad de vida. Por otro lado, en Sudamérica, Montevideo en Uruguay se lleva el primer lugar, seguida de Buenos Aires en Argentina, mientras que Haití con Puerto Príncipe ocupan la posición más baja de la región. Lo anterior muestra que existen diferencias marcadas en los niveles de calidad de vida de los habitantes de países de altos ingresos, comparados con los países de bajos y medianos ingresos.

Otra investigación en seis países (Australia, Brasil, Israel, Rusia, España y Estados Unidos) evaluó las propiedades psicométricas de la versión reducida del instrumento de CV de la Organización Mundial de la Salud de 8 ítems o índice EUROHIS-QOL 8-items. En dicho estudio los investigadores recomiendan el uso de este instrumento como una medida útil en estudios para evaluar la efectividad de

⁷² DA ROCHA, Neusa Sica, et al. The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value in Health*, 2012, vol. 15, no 3, p. 449-457.

⁷³ MERCER LATINOAMERICA. Calidad de Vida Internacional. [En Línea]. MERCER. 04 de marzo de 2015. p.3. Disponible en: <https://www.latam.mercer.com/newsroom/mercer-calidad-de-vida-internacional-2015.html>

una intervención. La muestra incluyó 2359 personas, identificadas en los entornos de atención primaria y 1193 con un diagnóstico confirmado de depresión. Se encontró una consistencia interna aceptable (entre 0.72 y 0.81 entre países)⁷⁴.

En mediciones subjetivas de calidad de vida, se han desarrollado instrumentos de CV general e instrumentos de CV relacionados con la salud. Estos instrumentos pueden estimar las condiciones sobre el estado de salud, el funcionamiento y el bienestar de las poblaciones con y sin condiciones de salud para ser utilizadas en estudios epidemiológicos. Así como también, como indicadores en estudios de intervención clínica y como ayuda para la toma de decisiones políticas en el campo de la salud. El desarrollo de indicadores subjetivos y objetivos para el monitoreo de la salud, ha producido un cambio reciente en la CV para desarrollar versiones cortas de medidas de CV que no solo se utilizan como instrumentos de monitoreo en las encuestas de salud sino también para fines de cribado.

Dentro de los instrumentos para condiciones de CV global se encuentra el EUROHIS-QOL. El índice EUROHIS-QOL de 8 ítems es una medida de CV derivado del proyecto WHOQOL, como una medida de evaluación económica de la versión corta del WHOQOL-100 (100 ítems), el WHOQOL-BREF (26 ítems). Conceptualmente, cada dominio del WHOQOL-100, así como del WHOQOL-BREF está representado de manera resumida por dos ítems en el EUROHIS-QOL. El desarrollo del índice EUROHIS-QOL de 8 ítems para la medida de calidad de vida se ha basado en tres muestras grandes y multinacionales del WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF (n> 20 000). Cuenta con evaluación de las propiedades psicométricas en diferentes estudios^{75,76}. El estudio de validación fue parte del

⁷⁴ SCHMIDT, Silke; MÜHLAN, Holger; POWER, Mick. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*, 2005, vol. 16, no 4, p. 420-428.

⁷⁵ *Ibíd.* p. 420-428.

⁷⁶ DA ROCHA, Neusa Sica, et al. The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value in Health*, 2012, vol. 15, no 3, p. 449-457.

estudio de campo EUROHIS⁷⁷, un proyecto europeo sobre los determinantes de la salud y los resultados para su uso en las encuestas de salud. Una de las validaciones realizadas aplicó la encuesta con 4849 adultos en 10 países, con 1203 individuos del Reino Unido, Francia y Alemania, un total combinado de 1876 de Croacia, la República Checa, Rumania y Eslovaquia, 778 de los Estados Bálticos, Lituania y Letonia, y 992 de Israel. Los resultados mostrados dentro del análisis del estudio piloto del rendimiento de la escala general, evidenciaron valores de alfa de Cronbach satisfactorios (0,80) para la consistencia interna en tres centros (Reino Unido, Alemania, Francia). La escala mostró una consistencia interna $\alpha = 0,83$; en cuanto a la validez convergente, la correlación fue de $r=0.53$. El análisis de validez discriminatoria entre personas sanas y enfermas, incluyó el indicador de condición de larga duración que mostró una alta convergencia con el diagnóstico reciente ($\chi^2 = 999.41$; $p<0.001$) y bajo tratamiento ($\chi^2 = 154.46$; $P <0.001$)⁷⁸.

3.3 CALIDAD DE VIDA EN LATINOAMÉRICA

Se ha identificado en diversos países Latinoamericanos la necesidad de fortalecer la investigación en calidad de vida y el trabajo comunitario para el desarrollo sostenible de las comunidades⁷⁹. Se pueden encontrar diversos trabajos de investigación sobre calidad de vida en distintas poblaciones tanto de niños⁸⁰ como en adultos⁸¹. Igualmente, es muy frecuente encontrar estimaciones de calidad de

⁷⁷ DUMITRESCU, A. Trias OQ. Eurohis. Developing common instruments for health surveys. WHO. 2003. 193 p.

⁷⁸ SCHMIDT, Silke; MÜHLAN, Holger; POWER, Mick. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*, 2005, vol. 16, no 4, p. 420-428.

⁷⁹ CASAVIELLES, Rodríguez, et al. Mejoramiento sostenible de la calidad de vida de la población mediante el trabajo comunitario. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2011, vol. 37, p. 219-229.

⁸⁰ VÉLEZ, Claudia Marcela; GARCÍA GARCÍA, Héctor Iván. Medición de la calidad de vida en niños. *Iatreia*, 2012, vol. 25, no 3, p. 240-249.

⁸¹ GONZÁLEZ TOVAR, José; GARZA-SÁNCHEZ, Rosa Isabel. Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad ccvamc-62. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 2016, vol. 23, no 1, p. 17-25.

vida relacionada con la salud de distintas enfermedades, como por ejemplo de enfermedad hepática crónica⁸², así como también la hipertensión arterial sistémica⁸³ y el VIH⁸⁴.

También hay especial interés por la CV del medio ambiente urbano debido al crecimiento de las ciudades de Nivel Intermedio y áreas metropolitanas en toda América Latina. En Chile se encuentran trabajos que han diseñado distintas estrategias metodológicas interdisciplinarias referentes a CV en ambientes urbanos⁸⁵.

Un estudio trasversal en 1.100 adultos realizado en Brasil usando el instrumento de CV de 8 ítems de la OMS (WHO-8: EUROHIS), encontró que las medidas de CV evalúan aspectos importantes de salud que no se detectan por las dimensiones fisiológicas y clínicas tradicionales, al sugerir que los factores psicosociales medidos desde la percepción de calidad de vida, pueden desempeñar un papel importante en la autoevaluación del sobrepeso⁸⁶. Por tanto, de acuerdo con los investigadores, este instrumento tiene un buen desempeño psicométrico y práctico para evaluar la calidad de vida en Brasil y países con condiciones similares⁸⁷.

⁸² ROJAS VILLARRAGA, Adriana, et al. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 2005, vol. 12, no 4, p. 295-300.

⁸³ COBO-MEJÍA, E. A.; PRIETO-PERALTA, M. y SANDOVAL-CUELLAR, C. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con hipertensión arterial sistémica: revisión sistemática y metaanálisis. *Rehabilitación*, 2015, vol. 50, no 3, p. 139-149.

⁸⁴ CARDONA-ARIAS, Jaiberth Antonio; LEÓN-MIRA, Vanessa; CARDONA-TAPIAS, Alejandro Antonio. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Revista Colombiana de Reumatología*, 2013, vol. 20, no 1, p. 19-29.

⁸⁵ OLAVE FARÍAS, Didima, et al. Metodología básica para medir la Calidad de Vida en ciudades intermedias de Chile. *Revista Geográfica*, 2001, p. 73-82.

⁸⁶ GONZÁLEZ TOVAR, José; GARZA-SÁNCHEZ, Rosa Isabel. Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad ccvamc-62. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 2016, vol. 23, no 1, p. 17-25.

⁸⁷ FLECK, Marcelo, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saude publica*, 2000, vol. 34, no 2, p. 178-183.

De otro lado, una revisión de estudios originales, publicados entre 2002 y 2012, en los que se aplicó el WHOQOL BREF, encontró que en la región de las Américas el país con mayor número de publicaciones fue Brasil y en el Pacífico Occidental China. Así, los investigadores concluyeron que el instrumento se ha empleado en varios países y mostró buenos resultados en la determinación de calidad de vida en población general, por lo que se recomienda su uso teniendo en cuenta las propiedades conceptuales desarrolladas en los dominios (percepción general de la calidad de vida, satisfacción con la salud física en general, indicadores de salud mental identificados por la satisfacción con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, satisfacción consigo mismo, satisfacción con las relaciones interpersonales con amigos, familiares, conocidos y colegas, y la percepción de energía que tiene la persona para realizar las actividades diarias, por último, incluye indicadores sociales y ambientales identificados por la satisfacción de la persona con las condiciones generales de la vivienda y la percepción sobre el dinero suficiente para satisfacer las necesidades diarias), psicométricas y posibilidades de utilización, que son útiles en la medición del impacto de una intervención, así como también en la detección de cambios en el estado de salud. También destacan que la medición obtenida con este instrumento puede aportar información útil en estudios epidemiológicos, observacionales y ensayos clínicos controlados, entre otros⁸⁸.

3.4 CALIDAD DE VIDA EN COLOMBIA

En Colombia se han desarrollado diversos trabajos en CV, especialmente en calidad de vida relacionada con la salud, principalmente en Medellín, Cali y Bogotá. Se tienen varias apreciaciones sobre la utilidad de la CV como herramienta de medición de condiciones sociales, ambientales y de salud. Mieles y Acosta resaltaron en

⁸⁸ CARMONA, Z.; PARRA, D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Revista científica Salud Uniorte*, 2015, vol. 31, no 3.

2011, la necesidad de investigar la calidad de vida de grupos humanos particulares, sin desconocer que el contexto socioeconómico, cultural y político influye de manera decisiva en las problemáticas, expectativas, intereses, valoraciones y deseos de las personas⁸⁹.

También se han realizado estimaciones de CV en ambientes laborales. Gómez concluye que es importante analizar los riesgos que asumen las organizaciones cuando se contratan empleados de manera temporal, un riesgo que limita la adhesión e integración del empleado con los objetivos de la organización y cómo la calidad de vida laboral de los empleados temporales, con base en los resultados obtenidos, muestra la precariedad laboral actual⁹⁰.

La CV relacionada con la salud ha sido investigada ampliamente en distintas poblaciones y diferentes enfermedades. Un estudio transversal en Antioquia (2013) investigó los factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de 191 adultos mayores seleccionados aleatoriamente de base poblacional, la calidad de vida se midió con el WHOQOL-BREF. El estudio encontró que los ancianos del departamento de Antioquia evidenciaron puntajes de CV altos, dado que los adultos mayores percibieron la CV como muy buena a nivel general, el investigador infiere que la adultez mayor no constituye una etapa de indefectible dependencia y deterioro⁹¹.

Otro estudio de corte transversal realizado en 2009 comparó la medición de calidad de vida relacionada con la salud por medio de tres instrumentos (el MOSSF-36, VIH-

⁸⁹ MIELES-BARRERA, María Dilia; ACOSTA, Alejandro. Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2012, vol. 10, no 1, p. 205-217.

⁹⁰ BLANCH, J. M. Calidad de vida laboral en empleados temporales del Valle de Aburrá- Colombia. *Revista Ciencias Estratégicas*. 2010. Vol. 18(24). pp. 225–36.

⁹¹ CARDONA-ARIAS, Jaiberth Antonio; GIRALDO, Elizabeth; MAYA, María Antonia. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médicas UIS*, 2016, vol. 29, no 1, p. 17-27.

WHOQOL y el WHOQOL-BREF) en personas infectadas con VIH/SIDA en una muestra no probabilística de 187 personas con VIH/SIDA. Se evaluó la consistencia interna y validez discriminante con coeficientes de correlación de Pearson y la validez convergente/divergente de los constructos de CVRS con la correlación entre los dominios de los instrumentos. Para la realización del análisis de confiabilidad, consistencia interna y validez discriminante los investigadores calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los dominios de cada instrumento y entre los puntos y su dominio. Las correlaciones entre los dominios del MOSSF-36 fueron mayores a 0.4, a diferencia de la correlación entre desempeño emocional y función física; en el WHOQOL-BREF las correlaciones entre sus dominios fueron superiores a 0.5 y en el WHOQOLHIV-BREF superiores a 0.4 exceptuando la correlación entre independencia y espiritualidad. Los investigadores concluyeron que el MOSSF-36 tuvo un perfil perfecto de características psicométricas, el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-HIV-BREF estuvieron en un nivel aceptable y los constructos de los tres instrumentos presentaron convergencia. Por lo anterior proponen estos instrumentos para estudiar la CVRS en las personas con VIH/SIDA en Colombia⁹².

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ECV- realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, es un instrumento de base poblacional usado para la medición de condiciones objetivas de CV de los colombianos, tiene como objetivo caracterizar las condiciones de vida de los colombianos incluyendo variables relacionadas con la vivienda como el material de paredes, pisos y servicios públicos; educación, salud, cuidado de los niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos, etc., así como también, la tenencia de bienes y percepción del jefe o del cónyuge sobre las condiciones de vida en el hogar⁹³.

⁹² CARDONA-ARIAS, Jaiberth. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia Médica*, 2011, vol. 42, no 4. p. 438–47.

⁹³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – (DANE); DIRECCIÓN DE METODOLOGÍA Y PRODUCCIÓN ESTADÍSTICA – DIMPE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida

Los resultados obtenidos en la ECV 2016 mostraron que a nivel nacional el 58,1% de las personas manifestaron usar internet en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo, la cobertura de gas natural fue 64,7%, en las cabeceras 78,7% y en centros poblados y rural disperso fue 11,9%, el servicio de energía eléctrica llegó al 99,7% de los hogares de las cabeceras y en centros poblados y la cobertura de este servicio en las zonas rurales dispersas fue del 95,0%. En cuanto a la educación, las personas de 15 a 24 años tenían en promedio 10,1 años de educación⁹⁴.

En la dimensión de salud el 95,4% de personas manifestó estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el porcentaje de personas que manifestaron estar afiliadas al régimen subsidiado en 2016 fue mayor en centros poblados y rural disperso (81,8%) en comparación con cabeceras (40,4%). En cuanto a la atención integral de los niños, el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que permanecieron la mayor parte del tiempo entre semana con su padre o madre en casa fue 49,7%. En las cabeceras fue 45,2% y en centros poblados y rural disperso 61,9%. La permanencia en “hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio” fue 35,9% para el total nacional, en las cabeceras 39,7% y en centros poblados y rural disperso alcanzó el 25,8%. Sin embargo, para la región pacífica, el 37,0% de los menores de cinco años permanecieron al cuidado de un “hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio”⁹⁵.

Estas estimaciones a nivel nacional muestran las diferencias en CV entre las zonas rurales y urbanas, siendo evidente una desventaja de las personas que habitan las zonas rurales, también, aunque se ve una mejora en las condiciones de vida de los habitantes de áreas urbanas, persiste la necesidad de mejorar las condiciones de CV especialmente en las dimensiones de salud en términos no solo de cobertura sino en la mejora de las condiciones generales de salud de la población, vigilancia y

-ECV- 2016. [En Línea]. DANE. 04 de abril de 2017. Disponible en: http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/456/get_microdata

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Ibid.

control del sistema de salud así como el acceso a los servicios. Aunque ésta encuesta nacional es una aproximación a las condiciones reales, debe analizarse con mayor detenimiento la dimensión de educación y en lo posible, analizar la información en forma discriminada por educación pública y privada, en términos de contenido y de acceso.

Se han realizado estimaciones de la CV global de algunas poblaciones colombianas, relacionadas con las condiciones de vida o determinantes sociales. Se realizó un estudio analítico de corte transversal en 4.248 adultos mayores de 60 años de Antioquia en el año 2012, para determinar la asociación entre CV y los determinantes sociales de la salud en esta población. Los resultados evidenciaron lo siguiente: más de la mitad de los adultos mayores calificaron como buena su CV, 31,4% como regular, solo una minoría como mala.

En relación con la satisfacción con la salud, el 57,1% de los adultos mayores se consideraron satisfechos, sin embargo, el 28,6% estaban insatisfechos; De acuerdo a los factores determinantes de la CV se evidenció que los hombres tienen 1,38 veces el riesgo de percibir la calidad de vida como mala en comparación de una calidad de vida buena ($p=0,005$ IC95%: 1,106-1,745). Respecto al estado civil y afiliación a un régimen de salud, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la percepción de CV. En cuanto a la pensión, los adultos mayores jubilados tienen 37,9% menor probabilidad de percibir la calidad de vida como mala ($p=0,008$ IC95%:0,437-0,884). Por otro lado, los adultos mayores que perciben el estado de salud actual como malo, tienen 10,59 veces más probabilidad de presentar una CV mala con respecto a quienes perciben el estado de salud como excelente ($p<0,05$; IC95%:2,92-38,421); y quienes perciben el estado de salud como regular tienen 3,72 más probabilidad de tener mala calidad de vida con

respecto a quienes perciben el estado de salud como excelente ($p = 0,034$; IC95%: 1,107-12,547)⁹⁶.

Además, García J y Álvarez C. en 2014 evaluaron la asociación entre los determinantes sociales intermedios y estructurales y la CV en una población adulta de la ciudad de Manizales. Seleccionaron una muestra de 440 personas a quienes les determinaron la CV por medio del formulario WHOQOL-BREF. El 36,8 % calificó su CV como *normal* y el 61,6% como *bastante bien o muy bien*. El 67,8 % manifestó estar *satisfechos o muy satisfechos*. Se encontraron asociaciones positivas estadísticamente significativas entre los determinantes sociales. El nivel de ingresos estuvo asociado con la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente, así, el estrato socioeconómico se asoció con la salud física y el ambiente.

La vinculación laboral mostró asociación con la salud física, la salud psicológica y el ambiente. Para los determinantes sociales de la salud intermedios, se encontró asociación entre el régimen de salud con las relaciones sociales y el ambiente, y el tener medicina prepagada con la salud psicológica y el ambiente. La posición socioeconómica y la escolaridad mostraron asociación estadísticamente significativa con todos los dominios de calidad de vida. Se encontró asociación positiva estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre los determinantes el género (hombre, mujer) con la salud física y edad con la salud física y psicológica⁹⁷.

Melguizo H. et al., realizaron un estudio transversal en el que se aplicó el “Índice Multicultural de Calidad de Vida” para identificar los factores sociodemográficos asociados a la CVRS de los adultos mayores de Cartagena. En él participaron 514 adultos mayores en los cuales se identificó que ser pensionado o encontrarse

⁹⁶ DÍAZ DÍAZ, Ana María y GALLO ASCENCIO, Derly Carolina. *Calidad de vida asociada a los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores de Antioquia, año 2012*. Tesis Doctoral. Universidad del Rosario. 2012.

⁹⁷ GARCÍA RAMÍREZ, Jorge Alejandro y VÉLEZ ÁLVAREZ, Consuelo. Social determinants of health and quality of life of the adult population of Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2017, vol. 43, no 2, p. 191-203.

trabajando aumenta la oportunidad de tener un mejor bienestar físico (OR= 1.976; IC 95%= 1.323- 2.833). Asimismo, convivir con más de 4 personas en el hogar reduce la probabilidad de tener un buen bienestar físico (OR= 0,519; IC 95%= 0.283-0,954).

Encontrarse pensionado o estar trabajando aumenta 2,7 veces la posibilidad de tener un buen bienestar psicológico (OR= 2,729 IC 95%= 1,758-4,236). Las mujeres tienen 2,3 veces más probabilidad de tener buen autocuidado (OR= 2,331; IC 95%= 1,761-3,799). Del mismo modo, los adultos mayores que tienen estudios secundarios o superiores a estos tienen 2,7 veces más oportunidad de tener un adecuado autocuidado (OR= 2,751; IC 95%= 1,315-5,223). Las mujeres tienen 2,3 veces más probabilidad de tener buen autocuidado (OR= 2,331; IC 95%= 1,761-3,799).

Del mismo modo, los adultos mayores que tienen estudios secundarios o superiores a estos tienen 2,7 veces más oportunidad de tener un adecuado autocuidado (OR= 2,751; IC 95%= 1,315-5,223). Las mujeres tienen 1,7 veces más posibilidad de tener un buen funcionamiento ocupacional (OR= 1,707; IC 95%= 1,297-2,604). Los adultos mayores pensionados o que aún laboran tienen 2 veces más oportunidad de percibir un buen funcionamiento ocupacional (OR= 2.038; IC 95%= 1.334-3.113); a diferencia de los que viven en estratos socio-económicos más altos, que mostraron menor probabilidad de desarrollar un buen funcionamiento ocupacional (OR= 0,492; IC 95%= 0,329-0,735). Por último, es importante mencionar que ninguno de los factores considerados en este estudio se asoció al funcionamiento interpersonal, apoyo social, apoyo comunitario, plenitud espiritual y percepción global de la calidad de vida de los adultos mayores⁹⁸.

⁹⁸ MELGUIZO HERRERA, Estela; ACOSTA LÓPEZ, Ana; CASTELLANO PÉREZ, Brunilda. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 2012, vol. 28, no 2.

La revisión hecha de la literatura sobre CV en Colombia demuestra que existen estudios previos que abordan las condiciones de CV en diferentes grupos poblacionales. Sin embargo, no existe un consenso sobre la mejor manera de evaluarlo. Lo anterior podría explicarse por la gran diversidad de escalas de medición de CV, a nivel general y global, así como también de métodos para determinar la percepción sobre CV de las personas.

4. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo y al Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, se deben emprender acciones que puedan reducir la inequidad en salud. El objetivo es mejorar las condiciones de vida que modifiquen la situación de salud y disminuyan la carga de enfermedad existente en las comunidades. A su vez, la comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS establece que dentro del contexto comunitario se deben promover estrategias dirigidas a las poblaciones vulnerables tendientes a reducir las desigualdades sociales. Como también recomiendan, medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones sanitarias, realizar inversiones para obtener e intercambiar nuevos datos sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la eficacia de las medidas adoptadas⁹⁹.

Reconociendo que existe una interrelación entre los determinantes socioambientales estructurales e intermedios y que estos a su vez, permiten explicar las condiciones de CV, salud y desarrollo en las comunidades, es necesario abordarlos para generar intervenciones que puedan dar solución a las problemáticas presentes en las poblaciones. Dichas intervenciones deben estar orientadas a la solución de las problemáticas propias de las comunidades, por tanto, en su identificación las comunidades deben ser involucradas, y hacerlas participe, especialmente aquellas comunidades con condiciones sociales, culturales y económicas disminuidas y de alta vulnerabilidad.

La Ciudadela Nuevo Girón es considerada una comunidad vulnerable debido a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales en las que viven

⁹⁹ COMISIÓN OMS SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigual en una generación Alcanzar la equidad Sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la salud. 2008, p. 31.

actualmente sus habitantes, las cuales llevaron a su conformación como parte del contexto urbano del municipio de Girón. En la actualidad, en esta comunidad, se desarrolla un proyecto de intervención social denominado “Proyecto de desarrollo comunitario endógeno” que involucra la participación de la comunidad. El proyecto está en fase de planeación o diseño y tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela. De esta manera, definir los factores claves asociados con la CV de los habitantes de la Ciudadela, puede orientar las intervenciones que se ejecutarán en el marco del PDCE en la fase de implementación.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles determinantes sociales intermedios se asocian con la percepción de calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón de Girón Santander?

5.1 HIPÓTESIS

Algunas condiciones sociales, familiares e individuales se asocian negativamente con el nivel de percepción de calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón en el municipio de Girón Santander

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre los factores sociales, familiares e individuales con la percepción de la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón en Girón Santander.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Identificar las características sociales, familiares e individuales de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón.
- 2.** Estimar la percepción de calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón.
- 3.** Estimar la dirección y magnitud de la asociación entre factores sociales, familiares e individuales con la percepción de la calidad de vida de los habitantes de la ciudadela Nuevo Girón en Girón Santander.

7. MÉTODOS

7.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Este estudio se realizó a partir de los datos secundarios derivados del censo-encuesta desarrollado por el PDCE con apoyo del Departamento de Salud Pública de la UIS y se complementó con recolección de información de fuente primaria para el cumplimiento del objetivo de este trabajo.

7.2 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por los habitantes del asentamiento urbano denominado Ciudadela Nuevo Girón. La Ciudadela Nuevo Girón hace parte del municipio San Juan Girón del departamento de Santander; el cual pertenece a la provincia de Soto y conforma el Área Metropolitana de Bucaramanga.

De acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE- en el año 2014, el municipio de Girón cuenta con una población aproximadamente de 175.528 habitantes¹⁰⁰. Según el registro de planeación municipal y el censo de viviendas realizado por el PDCE con el apoyo del Departamento de Salud Pública de la Universidad Industrial de Santander -2017-, se identificaron 1,700 viviendas de las cuales se censaron 1,100. Dicho censo encontró que en promedio hay 5 personas por vivienda, esto permite estimar una población aproximada de 8500 habitantes, de los cuales se estima que el 68% son

¹⁰⁰ COLEGIO FE Y ALEGRÍA. Análisis de contexto Ciudadela Nuevo Girón. Colegio Mario Morales Delgado Fé y Alegría. 2014.

mayores de 18 años, es decir 5780 personas. De esta manera, el marco muestral estuvo comprendido por aproximadamente 5700 personas mayores de 18 años.

Resumen metodología del censo-encuesta del PDEC

7.3 INFORMACIÓN GENERAL

Para el desarrollo del presente estudio se tomó como fuente de información los datos suministrados por el censo realizado por el PDCE con acompañamiento del Departamento de Salud Pública de la Universidad Industrial de Santander, en el marco de la práctica formativa de la asignatura Fundamentos de Medicina I. El censo fue realizado durante el mes de julio del año 2017 en cada uno de los sectores (partiendo del sector 7 al 1) de la Ciudadela. No se tuvieron en cuenta criterios específicos de agrupamiento por sectores. Se contó con el acompañamiento continuo de la comunidad, por medio del apoyo de un grupo de mujeres lideresas participantes en el PDCE.

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Se incluyeron como participantes en el censo a las personas mayores de 18 años residentes habituales de la Ciudadela Nuevo Girón.
- Dentro de cada hogar se incluyó como participante al miembro del hogar que permanecía la mayor parte del tiempo en la vivienda y por tanto en la ciudadela.

Criterios de exclusión

- No participaron en el censo las personas cuyas condiciones mentales les impedían tomar la decisión de participar de manera autónoma o contestar las preguntas relacionadas con la encuesta transversal en forma clara.

7.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

7.5.1 Muestreo. Se realizó un muestreo censal con barrido. Las unidades de muestreo fueron las viviendas. Se realizó la selección de las viviendas garantizando que se cubrieran todos los sectores de manera sistemática. Se realizó un muestreo no probabilístico para la selección de una persona participante por hogar que cumpliera los criterios de selección. Se definió residente habitual a la persona que había residido como mínimo los últimos 6 meses en la Ciudadela.

Para la recolección de la información se utilizó una encuesta transversal (anexo1). Para garantizar la calidad de los datos recolectados por el censo, se realizó un control de calidad de la siguiente manera: durante cada recorrido, se verificó que los datos recolectados estuviesen completos y bien diligenciados, se mantuvo vigilancia constante y acompañamiento a los encuestadores, se revisaron las encuestas por duplicado, además, los días previos a la aplicación de la encuesta, los encuestadores fueron capacitados y se contó con espacio para solucionar dudas antes y durante la aplicación en el territorio.

Instrumento de medición: la encuesta incluyó la medición de variables de los factores sociales, familiares e individuales y de CV por medio de una escala. La encuesta se distribuyó en cinco secciones (de la A hasta la E) de la siguiente manera: el apartado A correspondía a variables del censo de población y de la composición del hogar, comprendió tres preguntas y una tabla donde se listaron los miembros del hogar

que residían habitualmente en la vivienda, incluido el entrevistado. La sección B hizo un abordaje a la información personal del entrevistado, con un total de 10 preguntas sobre condiciones de la vivienda. Incluyó el lugar de procedencia, estado civil, hacinamiento, servicios con los que cuenta la vivienda, entre otras.

La sección C indagó sobre la percepción de calidad de vida del entrevistado por medio de 8 preguntas tomadas del cuestionario EUROHIS-QOL de la OMS, las características del cuestionario EUROHIS-QOL con opciones de respuesta para la percepción de calidad de vida que iban desde “muy mala” hasta “muy buena”, y de “muy insatisfecho” hasta “muy satisfecho” para las dimensiones de satisfacción con: la salud, capacidad para realizar actividades de la vida diaria, consigo mismo, relaciones interpersonales y condiciones de la vivienda. Para las dimensiones de la percepción de energía para realizar actividades de la vida diaria, las opciones incluyeron “para nada” y “mucho”.

La sección D tuvo preguntas sobre la funcionalidad familiar por medio del Apgar familiar. En este caso se tomaron preguntas validadas a nivel nacional para la evaluación de funcionalidad familiar. Por último, en la sección E, se formularon preguntas relacionadas con amenazas de seguridad percibidas en la Ciudadela.

La medición se realizó en un único momento en cada vivienda. La encuesta se aplicó en cada vivienda y hogar de acuerdo con los criterios de elegibilidad o selección que se ajustaron a los criterios de selección del presente proyecto. En caso de que existiera más de una persona elegible en una vivienda, se seleccionó a la persona que permanecía más tiempo en el barrio.

7.6 CAPACITACIÓN DE ENCUESTADORES Y TRABAJO DE CAMPO

Los encuestadores que apoyaron la recolección de la información fueron estudiantes de medicina de primer año, entrenados y capacitados previamente. La capacitación fue realizada dentro del contexto del aula de clase como parte de la asignatura Fundamentos de Medicina I. Este proceso incluyó capacitación general sobre la encuesta, entrega del manual de la encuesta donde se desarrollaron los aspectos conceptuales de la misma. Este último escenario permitió solucionar las dudas metodológicas, previo a la aplicación de la encuesta en la comunidad y evitar errores asociados con la aplicación.

Los estudiantes pudieron realizar, después del proceso de capacitación, una prueba de aplicación de la encuesta en cada una de sus familias para identificar los aspectos por mejorar de la encuesta y del encuestador. Todas las sugerencias fueron acogidas y adaptadas a la encuesta especialmente en cuestión de orden, lenguaje y forma de encuestar. El proceso anterior favoreció el entendimiento y comprensión de la encuesta por los encuestadores además de mejorar la presentación de la encuesta usada.

Se contó con supervisión directa por parte de los profesores del Departamento de Salud Pública en el trabajo de campo. La proporción de profesores fue de 3 profesores por cada 26 estudiantes, con un total de 4 grupos de estudiantes. En el momento de la aplicación de la encuesta cada profesor supervisó el trabajo de campo en el grupo correspondiente de estudiantes. Este proceso permitió verificar el correcto diligenciamiento de la encuesta, como también un buen abordaje y trato de los estudiantes a las personas participantes. Al finalizar cada jornada, un profesor líder del grupo recogió los formatos diligenciados para el censo y las encuestas. Posteriormente, cada profesor revisó todo el material para identificar las fallas de recolección. Las fallas encontradas como: datos faltantes o respuestas fuera de

contexto fueron corroborados con los encuestadores y corregidos en las siguientes visitas.

La encuesta contó con un manual entregado a los encuestadores desde el proceso de capacitación donde se desarrollaron cada uno de los aspectos conceptuales de la encuesta. A su vez, dentro del proceso de capacitación, así como también en el proceso de acompañamiento en el trabajo de campo, los profesores solucionaron las dudas conceptuales y metodológicas del censo a los encuestadores.

El proceso de sensibilización comunitaria se desarrolló por medio de las lideresas que voluntariamente participaron del proceso de censo- encuesta desarrollado en la Ciudadela. Se recibió acompañamiento de 8 lideresas de la Ciudadela que también forman parte del Proyecto de Desarrollo Comunitario Endógeno.

7.7 INFORMACIÓN ADICIONAL PARA ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

7.7.1 Criterios de selección. Para el desarrollo del presente trabajo de investigación, se tuvieron en cuenta los mismos criterios planteados por el censo- encuesta.

7.7.2 Tamaño de muestra:

7.7.2.1 Cálculo de tamaño de muestra. Para la estimación del tamaño muestral se usó el programa Epiinfo 3.1, en el módulo Statcalc para el cálculo de tamaño de muestra de estudios cross-sectional o de cohorte. Dentro de los factores sociales referenciados en la literatura con asociación positiva con la CV, se tuvieron en cuenta para esta estimación los siguientes: tipo de aseguramiento en salud (grupo

de referencia (GR)= régimen subsidiado) OR:3,53;IC 95% 1,08-11,56; p= 0,036)¹⁰¹; ocupación (GR=pensionado) OR= 1.976; IC 95%= 1.323- 2.833; Sexo: (GR= mujer) OR= 2,331; IC 95%= 1,761-3,799; nivel de estudio: (GR=estudios superiores); estudios superiores (OR=1,826; IC 95%= 1,155-2,889)^{102, 103}.

Para el cálculo de tamaño de muestra se tuvo en cuenta un nivel de confianza 95%; una potencia (1-beta, % probabilidad de detección) del 80 y 90%, una razón de tamaño de la muestra, expuesto/no expuesto propio de cada factor, el porcentaje de no expuestos positivos, el porcentaje de expuestos positivos registrados en el censo de la Ciudadela para las viviendas censadas y las estimaciones de referencia tomados de la literatura (Odds Ratio) ver tabla 2.

Tabla 2. Cálculo de tamaño de muestra

Factor	Potencia	Razón	% buena CV en expuestos	% CV no expuestos	OR	Total sin corrección	Total con corrección de continuidad
Ocupación: Trabajador (72)	80%	1:5	71	48	2,7	143	160
	90%	1:5	71	48	2,7	190	207
Nivel de estudio: Superiores (72)	80%	1:7	20	12	1,8	738	793
	90%	1:7	20	12	1,8	996	1052
Sexo: Hombre (70)	80%	1:1	34	25	1,5	933	981
	90%	1:1	34	25	1,5	1249	1296

De esta manera, para el desarrollo de la presente investigación, la muestra propuesta fue de 981 adultos con un poder de 80% (sexo-hombres), para establecer

¹⁰¹ DÍAZ DÍAZ, Ana María y GALLO ASCENCIO, Derly Carolina. *Calidad de vida asociada a los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores de Antioquia, año 2012*. Tesis Doctoral. Universidad del Rosario. 2012.

¹⁰² MELGUIZO HERRERA, Estela; ACOSTA LÓPEZ, Ana; CASTELLANO PÉREZ, Brunilda. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 2012, vol. 28, no 2.

¹⁰³ DÍAZ DÍAZ, Ana María y GALLO ASCENCIO, Derly Carolina. Op.Cit. 2012.

un OR de 1.5. Este ejercicio fue realizado para determinar el tamaño de muestra mínimo para poder tener asociaciones y poder estadístico.

7.7.3 Muestreo. El censo-encuesta logró reunir información del 60% de las viviendas de la Ciudadela usando un muestreo censal por barrido. En el marco del presente estudio se realizó un muestreo aleatorio simple (MAS) para garantizar un muestreo probabilístico que permitiera una mayor representatividad de la población de estudio. Para las viviendas que no fueron censadas y fueron seleccionadas con el MAS se propuso realizar trabajo de campo aplicando la encuesta-censo a las viviendas seleccionadas en el MAS.

En caso de no encontrar habitantes en la vivienda o negación a participar en la investigación se realizó reemplazo de la vivienda por otra seleccionada en la misma cuadra, si en la tercera ocasión no se obtenía respuesta se tomó información disponible de las viviendas censadas de la cuadra seleccionada en el MAS. Sin embargo, la información adicional únicamente pudo ser recolectada de los sectores 1, 2 y 7 de la Ciudadela, debido a la situación de inseguridad del barrio, así como también a las limitaciones en cuanto al tiempo disponible de las lideresas para realizar el acompañamiento dentro de la comunidad. Es importante señalar que el contexto de cada sector es distinto, incluso la percepción de cada sector sobre el barrio es distinta, por ejemplo, los sectores 1 y 2 que se encuentran en las zonas más altas, son considerados más seguros, mientras que los sectores ubicados en el valle (3, 4, 5, 6 y 7) son considerados de mayor peligrosidad con mayores amenazas de riñas y violencia entre los habitantes de dichos sectores.

Estas limitaciones impidieron avanzar en el proceso de recaptura de la información de los demás sectores. Por lo tanto, para los otros sectores, se procedió a seleccionar las viviendas partiendo del MAS y reemplazarlas por las encuestas ya realizadas siempre y cuando conservaran las condiciones del muestreo, en este

caso que pertenecieran a la misma manzana de la vivienda seleccionada o a la manzana contigua, pero del mismo sector. La investigadora principal durante la recolección adicional de información contó con el acompañamiento de tres lideresas por jornada, quienes participaron del proceso de manera activa y tuvieron además un proceso de capacitación previo al trabajo realizado.

7.7.4 Instrumento de medición para recolección de información de nuevos participantes. Se recolectó información de nuevos participantes a través de la encuesta en el hogar (ver anexo1) usada en el censo de la Ciudadela diseñada por el PDCE con el apoyo del Departamento de Salud Pública de la UIS. Las encuestas adicionales realizadas usaron el mismo instrumento y metodología aplicados en el censo.

Los investigadores contaron con la capacitación y conocimiento previo de la encuesta de recolección de información aplicado anteriormente en la Ciudadela por el censo. El trabajo de campo fue ejecutado por los investigadores del presente proyecto con el acompañamiento del Departamento de Salud Pública de la Universidad Industrial de Santander, así como también con el apoyo de las lideresas del PDCE.

Se aclara que el ente responsable de la ejecución del trabajo de campo fue el Departamento de Salud Pública de la UIS con acompañamiento de las lideresas de la ciudadela, formadas por el Proyecto de Desarrollo comunitario endógeno de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Los días y horarios de abordaje para realizar las encuestas fueron acordados con las lideresas debido a que se dependía de la disponibilidad de tiempo que tuviesen. Las jornadas fueron realizadas en diferentes días de la semana, en horas de la mañana, y media tarde. No se incluyeron fines de semana por disponibilidad de tiempo de las lideresas.

Los investigadores contaron con el acompañamiento de la comunidad de la Ciudadela por medio de la participación de 8 lideresas durante el desarrollo del trabajo de campo. Además, se informó en el CAI de la Ciudadela a los agentes de la policía nacional.

7.7.5 Procesamiento de la información. Creación de base de datos: La base de datos se construyó con las variables evaluadas por el censo realizado en la Ciudadela correspondientes a los factores sociales, familiares e individuales. Se crearon dos bases de datos. Una que contenía la información total del censo y otra que contenía la información recopilada por medio del MAS. En ambas bases de datos se identificó a los participantes con un único código para garantizar que no se presentara doble registro. Para efectos de la codificación, se convirtieron los datos recopilados en códigos apropiados para el análisis para lo cual se realizó un libro de códigos en formato de archivo de Word, indicando el significado de cada una de las variables y los códigos asignados para cada variable. Se manejó una base de datos original y se crearon para los análisis, bases de datos secundarias, de tal manera que la base inicial no fuese manipulada o se perdieran los datos originales. Para el procesamiento de los datos cuantitativos se utilizó el software Stata en versión 14 (Stata corp LP. Stata 14. College station: stata corp LP; 2014).

7.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente: se tuvo como variable dependiente la percepción de calidad de vida medida por el índice de calidad de vida de la OMS en la versión corta de 8 ítems - EUROHIS-QOL¹⁰⁴. Esta fue tomada como una variable de conteo para el

¹⁰⁴ SCHMIDT, Silke; MÜHLAN, Holger; POWER, Mick. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*, 2005, vol. 16, no 4, pp. 420-428.

análisis principal y como variable categórica dicotómica para el análisis secundario. Ver Anexo 2. Operacionalización de las variables

Variables independientes: las variables fueron agrupadas en tres tipos de factores: sociales, familiares e individuales:

- **Factores sociales:** zona de procedencia, causa de desplazamiento hacia el barrio, tiempo de residencia en el barrio, hacinamiento, beneficios de programas sociales, sitio de residencia anterior y percepción de inseguridad.
- **Factores familiares:** Apgar familiar, composición del hogar, número de integrantes del hogar, jefatura del hogar,
- **Factores individuales:** edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, seguridad social.

Para el análisis de la variable percepción de inseguridad se realizó una categorización partiendo de información disponible en las encuestas (ver Anexo 2. Operacionalización de las variables).

La evaluación objetiva de la inseguridad ciudadana tuvo en cuenta las siguientes categorías tomadas de la Guía de evaluación del estado de la seguridad ciudadana en América Latina de las Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD¹⁰⁵:

1. Condiciones sociales e institucionales de la violencia, los conflictos y el delito. Esta incluye presencia de agentes de riesgo -alcohol, drogas y armas de fuego- que por acción individual o combinada, condiciones institucionales que enmarcan la existencia de un Estado débil e ineficiente, drogadicción con influencia en niños, vagancia.

¹⁰⁵ SAÍN, Marcelo. Guía de evaluación del estado de la seguridad ciudadana en América Latina. *PNUD LAC SURF*, 2005.

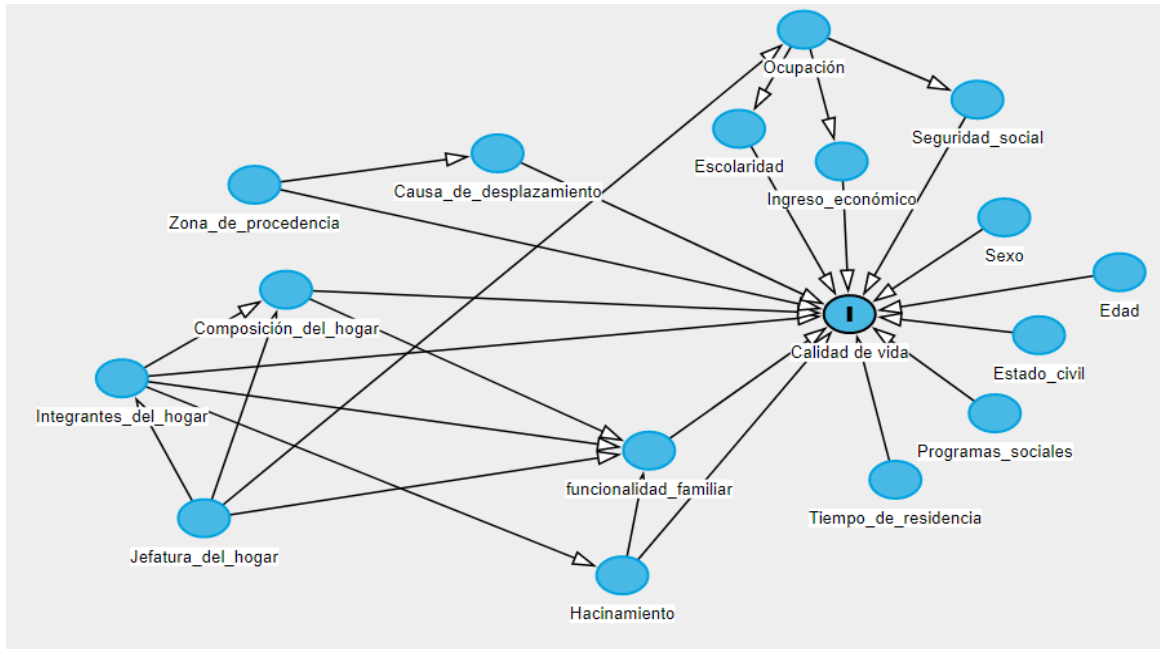
2. Conflictos del orden público¹⁰⁶. Incluye los siguientes eventos: protestas y movilizaciones sociales o políticas violentas, las modalidades barriales y vecinales de desorden y, en general, los tumultos cercenatorios de normas básicas de convivencia ciudadana, riñas, peleas entre pandillas, tiroteos, vandalismo.
3. Delito en general que comprenden delitos contra las personas (homicidios dolosos y culposos y las lesiones), los delitos contra la libertad sexual, los delitos contra la propiedad, los delitos contra el Estado y la comunidad, los delitos contra la libertad, los delitos contra el estado civil, los delitos vinculados al tráfico de estupefacientes, los delitos económicos y los delitos previstos en leyes especiales (delincuencia, violencia, asesinato).
4. Criminalidad compleja. En este se incluyen los siguientes eventos crimen organizado, el terrorismo y el accionar de grupos políticos ilegales, secuestro de personas, evasión tributaria, contrabando, tráfico y la explotación sexual y/o laboral de personas (principalmente mujeres y niñas), tráfico y comercialización de drogas, venta ilegal de armas, el robo, “doblaje” y desarme de automóviles, robos calificados bajo las modalidades de asaltos cometidos por los denominados “piratas del asfalto”.
5. Violencia delictiva. Comprende: homicidios dolosos, lesiones dolosas, robos y asaltos perpetrados a través del uso de armas de fuego o blancas, Violaciones, Violencia familiar robos, enfrentamientos armados con fuerzas de seguridad, y las víctimas de los mismos –muertos y heridos- entre los presuntos delincuentes, el personal policial y otras personas.

Diagrama Acíclico Gráficos acíclicos dirigidos (DAG): el siguiente diagrama presenta las potenciales relaciones causales entre las principales variables

¹⁰⁶ BOLTE, Gabriele, et al. Environmental Health Inequalities in Europe. *Assessment Report*. Copenhagen: WHO, 2012. p. 212.

consideradas como determinantes sociales y la percepción de calidad de vida, dentro del modelo multicausal (Figura 5).

Figura 5. Diagrama acíclico dirigidos (DAG)



DAG elaborado en el programa dagitty. De acuerdo con el DAG se obtuvo un set mínimo de 10 variables para poder determinar la relación causal, con una posible combinación así: causa de desplazamiento, composición del hogar, factores individuales como sexo, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, seguridad social; hacinamiento, número de integrantes del hogar, jefatura del hogar, programas sociales, sitio de residencia de los últimos 6 meses, tiempo de residencia, funcionalidad familiar, zona de procedencia.

7.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al tomar los datos consolidados provenientes de la base de datos con el MAS se procedió a realizar el análisis estadístico. Este se dividió en tres secciones, análisis

descriptivo, bivariado y multivariable. En el primero se realizó un análisis exploratorio de la base de datos, en este se pudo identificar la calidad de los datos recolectados, así como también la construcción y categorización de las variables para el análisis estadístico posterior. A nivel general, no se presentó pérdida de información que pudieran influenciar los resultados de la investigación. Se realizó la respectiva categorización de las variables para ello se usó un mismo libro de códigos, tanto en la base de datos que contenía información del muestreo aleatorio simple, como en la base con la información total (censal) recolectada.

Se pudo corroborar la correcta identificación de la escala de medición de las variables. La identificación tuvo que ver con que la información recogida en los cuestionarios se correspondiera con la registrada en las bases de datos construidas. Las variables fueron categorizadas de acuerdo a la tabla de variables y en concordancia con los criterios aplicados en encuestas nacionales especialmente en la Encuesta Nacional de Demografía en Salud del Ministerio de Protección Social colombiano¹⁰⁷ (ver anexo 2).

La variable calidad de vida se analizó previamente como variable cuantitativa de conteo con medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico), además se analizó la distribución por medio histogramas y gráficos q-norm. Luego se categorizó como variable dicotómica; para realizar esta categorización se tomó la variable CV con un punto de corte de 24 con dos categorías, así: puntajes menores de 24 como “percepción predominante de mala o regular CV” y los puntajes mayores de 24 como “percepción predominante de buena o excelente CV”. El punto de corte se estableció tomando en cuenta un máximo puntaje de 3 en cada ítem. Se tomó un puntaje de 24, estrictamente no como un punto de corte para validar la calidad de vida, sino de

¹⁰⁷ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [En Línea]. MINSALUD. 2015. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady407.pdf

acuerdo al puntaje Likert de la escala identificar los factores relacionados con la percepción de calidad de vida, correspondiente a identificar dicha percepción como mala o regular y buena o excelente. A su vez, la variable Apgar familiar se creó a partir del puntaje arrojado por las cinco preguntas del cuestionario, se tuvo en cuenta como categorías de análisis finales la “disfuncionalidad leve y severa” y una “buena funcionalidad”. Los puntos de corte que se tuvieron en cuenta fueron: de 0 a 7 para disfuncionalidd leve y severa y los puntajes mayores de 8 se consideraron como buena funcionalidad¹⁰⁸.

Para el análisis descriptivo las variables cualitativas fueron resumidas con proporciones con su respectivo intervalo de confianza del 95%. En el análisis bivariado, las variables categóricas se evaluaron por medio de la prueba de Chi cuadrado para determinar la asociación cruda entre los factores sociales, familiares e individuales con la CV de los habitantes de la Ciudadela. Es necesario aclarar que para este análisis bivariado no se contó con variables cuantitativas como variables independientes por tanto las pruebas estadísticas usadas en el análisis comprenden únicamente escalas cualitativas. También se usaron gráficos de cajas para analizar la distribución de cada uno de las variables con el puntaje de CV. Cuando se usó la variable CV categorizada se usaron gráficos de barras analizar la distribución.

Con el fin de evaluar la asociación entre los distintos factores relacionados con la percepción de CV se plantearon dos tipos de análisis teniendo en cuenta la distribución de la variable calidad de vida primero como un conteo y segundo como una variable categórica dicotómica. Para el primero se propuso un modelo de regresión Poisson robusta y para el segundo un modelo de regresión logístico. Estos modelos incluyeron todos los factores sociales, familiares e individuales descritos en el Diagrama Acíclico Dirigido -Dag-, sin embargo, se realizó un análisis de multicolinealidad de las variables en los modelos para determinar si algunas

¹⁰⁸ SUAREZ CUBA, Miguel A.; ALCALÁ ESPINOZA, Matilde. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, 2014, vol. 20, no 1, p. 53-57.

variables medían fenómenos similares para determinar su inclusión dentro de los modelos de regresión.

Los dos modelos propuestos fueron desarrollados para analizar la asociación de la calidad de vida con los distintos factores planteados. En el primero, que fue el modelo principal, se realizó el análisis del puntaje de calidad de vida en la escala de medición original, mientras que el segundo se planteó como modelo secundario para analizar los resultados en términos dicotómicos de percepción predominante de buena o mala calidad de vida, dado que existe un interés en hacer más sencilla la interpretación de los resultados para darle información a la comunidad y a los tomadores de decisiones del PDCE sobre los resultados arrojados por esta investigación.

De esta manera la categorización de la variable calidad de vida a partir de un puntaje de 24 se estableció tomando en cuenta un puntaje máximo de 3 en cada uno de los 8 ítems. Se tomó un puntaje de 24, estrictamente no como un punto de corte para validar la calidad de vida, sino para identificar los participantes que en todos los 8 ítems del instrumento de calidad de vida tuvieron una calificación como muy mala, mala o indiferente, de acuerdo al puntaje Likert de la escala original. Estos participantes con puntajes menores o iguales a 3 en todos los ítems se consideraron con una “percepción predominante de mala calidad de vida”, y los participantes que en todos los 8 ítems tuvieron calificaciones de bueno o excelente (puntaje 4 o 5) en la escala original se consideraron con una “percepción predominante de buena calidad de vida.”

Se revisó el cumplimiento de los supuestos necesarios en los distintos modelos de regresión. En el caso del modelo de regresión logístico se evaluó que el desenlace fuese binario, la independencia de las observaciones y linealidad de las variables continuas incluidas en el modelo. Para el primero, la variable desenlace fue categorizada de acuerdo a un punto de corte establecido en el punto 24, ubicando

los valores por debajo como mala calidad de vida y por encima como buena calidad de vida. Para el segundo, se garantizó durante todo el proceso, desde la recolección de la información, que las observaciones fueran independientes. Finalmente, para el tercer supuesto, no se tuvieron en cuenta variables continuas dentro del modelo de regresión dado que no se encontró linealidad en la variable edad por lo cual se sugirió categorizar dicha variable.

También se hizo un análisis de multicolinealidad de las variables incluidas en el modelo por medio de vif, este es un indicador del factor de inflación de la varianza o un indicador de cuánto de la inflación del error estándar podría ser causado por la colinealidad, así, un vif mayor de 10 evidencia multicolinealidad. Al analizar las variables se pudo encontrar que la variable relacionada con el *sitio de residencia* en los últimos tres meses, presentó un VIF de 9.85 en el primer modelo y de 9.79 en el segundo, por lo tanto, no fue incluida en los modelos de regresión por presentar patrones de multicolinealidad con la variable zona de procedencia.

Se incluyeron las variables encontradas en la literatura como explicativas, divididas en subgrupos como factores individuales, sociales y familiares; entre ellas: edad, sexo, discapacidad, ocupación, estado civil, nivel escolar, régimen de seguridad social, años de residencia en la Ciudadela Nuevo Girón, asignación de vivienda, hacinamiento, beneficio de un programa social, inseguridad percibida, funcionalidad familiar, número de hogares en la vivienda y número de integrantes dentro de la vivienda

Dentro de los modelos de regresión propuestos, los estimadores se consideraron estadísticamente significativos a un $\alpha < 0.05$. Los modelos fueron evaluados por medio de prueba de bondad de ajuste de Hosmer – Lemeshow, la especificación de los mismos, con el cumplimiento de supuestos, el área bajo la curva Receptor-operator (ROC), la evaluación de residuos lineales generalizados a través de métodos gráficos y numéricos. Adicionalmente se realizó un análisis de sensibilidad

frente a los datos recolectados por el MAS y los datos que en su totalidad logró recolectar el censo.

7.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación, se acogió a las disposiciones y lineamientos internacionales vigentes como el código de Nüremberg (1947), las versiones actualizadas de la declaración de Helsinki (1964), el informe Belmont (1978) y las pautas de CIOMS (1991), así como también a la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de salud colombiano^{109, 110, 111, 112}.

Bajo el artículo 11 del capítulo I de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano esta investigación se considera como una investigación sin riesgo, dado que el estudio no realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. A su vez, la encuesta usada en esta investigación no trató aspectos sensibles de la conducta de los participantes.

La investigación en comunidades involucra necesariamente la participación de actores políticos y líderes sociales vinculados al interior de la comunidad. Por esta razón en el censo-encuesta y en la recolección adicional de información, se dio participación a los líderes y lideresas de la comunidad participantes del PDCE. En consonancia a las necesidades de la comunidad, los habitantes de la Ciudadela

¹⁰⁹ CÓDIGO DE NUREMBERG. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. USAC. 1997, p. 1.

¹¹⁰ MUNDIAL, Asociación Médica. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Centro de Documentación en Bioética 2013. *Disponible en: <http://www.redsamid.net/archivos/201606-declaracion-helsinki-brasil.pdf>*, vol. 1.

¹¹¹ NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. National Institutes of health. 2003. p. 12.

¹¹² Facultad de derecho. Pautas Éticas CIOMS. 2007.

estuvieron representados en los líderes y lideresas comunitarios. Además, dentro de la investigación se contó con el consentimiento verbal de las personas que aceptaron participar de manera autónoma en la investigación (anexo 3.). Durante el desarrollo de la presente investigación se actuó bajo el principio de beneficencia para obtener los mejores resultados cualitativos y cuantitativos a los participantes y la comunidad.

Desde el inicio de la investigación, y durante los procedimientos planteados como muestreo adicional o recolección de información faltante que no haya sido censada, se buscará garantizar el respeto por las personas, como también el respeto de la voluntad de participar o negarse a hacerlo. Los participantes dispondrán de toda la información pertinente para que tengan la oportunidad de tomar decisiones de forma autónoma y no subordinada.

La confidencialidad de la información de los participantes, ya sea del censo o de la información adicional recabada, fue tomada en cuenta desde el inicio en la construcción de la base de datos, al codificar a cada participante con un número y no con los datos personales. Los nombres de los participantes únicamente fueron conocidos por los investigadores que garantizaron la confidencialidad de la información y son los únicos con acceso a dicha información con fines investigativos. Las personas designadas para la transcripción de la información recolectada formarán un acta de confidencialidad que debe ser cumplida en su totalidad.

Esta investigación realizó un muestreo aleatorio simple, con la particularidad de selección de viviendas que no fueron encuestadas en el censo-encuesta inicial. Por lo anterior, la información recibida por parte de los participantes en el curso de la investigación, tuvo un manejo confidencial para proteger la privacidad de los participantes y de la comunidad. También, se garantizó el uso debido de dicha información, dado que el grupo investigador fue el único que tuvo acceso a los datos

recolectados y se codificaron los nombres de los participantes en las bases de datos respectivas. Por último, respecto a la confidencialidad, a los participantes se les especificó de manera directa que los resultados del proceso de investigación serían publicados en formato de artículo en una revista indexada o como ponencia en un congreso internacional o en la modalidad de poster y quedarían disponibles en la literatura científica sin comprometer de manera personal a los participantes.

Todo lo anterior en el marco de lo reglamentado en la Ley estatutaria 1581 de 2012 y en la resolución de rectoría N° 1227 de agosto 22 de 2013, sobre el tratamiento de datos personales. Se declara que no existe ningún conflicto de interés entre los investigadores que participan en el presente protocolo que pudiera comprometer la validez de la investigación o la publicación de los resultados, con esto se busca dar relevancia al bienestar de los participantes sobre los intereses de la ciencia y la sociedad, en búsqueda del mayor beneficio de la comunidad y la no maleficencia hacia los participantes.

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de ética en Investigación Científica de la Universidad Industrial de Santander (CEINCI-UIS), en reunión realizada el 9 de febrero de 2018 según consta en el acta N° 1 Ver anexo

8. RESULTADOS

8.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN: CONDICIONES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES.

Teniendo en cuenta la muestra obtenida por el muestreo aleatorio simple (MAS), la población de estudio estuvo conformada por 915 habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón, con edades comprendidas entre los 18 y 90 años (Tabla 1). La mayor proporción de participantes fueron mujeres (78.25%) y en su mayoría jefes del hogar (54.75%). De acuerdo con la caracterización de las personas encuestadas, las amas de casa representaron un 47.32%, seguidas de los(as) trabajadores(as) independientes con un 29,72%, mientras que un 5.46% de los encuestados reportaron estar desempleados y tan solo un 1,31% recibían pensión. En cuanto a la condición de discapacidad, se encontró que correspondía a un 11.03%, teniendo en cuenta que algún miembro de la familia presentara alguna discapacidad (visual, auditiva, voz/habla, movimiento o neurológica). En el estado civil, las personas en unión libre representaron el mayor porcentaje con un 44.26%, seguidos de las personas casadas y solteras con un 20,98% y 20,21% respectivamente. El 39.01% tuvieron un nivel escolar de primaria, el 34.97% de secundaria, el 20.78% no tuvieron ningún nivel de estudio y tan sólo el 0.32% asistieron a la universidad. La población en su mayoría pertenece al régimen de seguridad social subsidiado.

Respecto a los factores sociales el 91,80% de las personas permanecieron en el mismo sitio de residencia en los últimos meses. La procedencia de los habitantes de la Ciudadela indicó que en su mayoría venían de asentamientos vulnerables de la zona urbana 79.47%. A su vez, la razón principal por la que se les asignó una vivienda en la CNG fue a consecuencia de la emergencia invernal (77.60%) sucedida en el año 2005 en el municipio de Girón. Los servicios públicos con los que cuentan las viviendas fueron los siguientes: agua (99.67%), energía eléctrica

(99,56%), gas (94.97%), recolección de basuras (99.45%), internet (14.54%), televisión (87.43%), teléfono fijo (5.03%).

Tabla 3. Factores individuales, familiares y sociales de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón. Municipio de Girón. 2017.

Variable	n= 915			
Factores individuales	n	%	IC 95%	
Edad				
18 a 29 años	229	24.75	21.87	27.86
30 a 44 años	277	30.27	27.37	33.33
45 a 64 años	306	33.44	30.30	36.85
>65 años	103	11.23	9.23	13.63
Sexo				
Femenino	716	78.25	75.45	80.81
Masculino	199	21.75	19.18	24.54
Discapacidad				
Si	101	11.03	0.91	13.24
Ocupación				
Ama de casa	433	47.32	44.09	50.57
Estudiante	18	1.96	1.24	3.10
Empleado	130	14.20	12.08	16.62
Trabajador Independiente	272	29.72	26.84	32.77
Pensionado/Jubilado	12	1.31	0.74	2.29
Sin empleo	50	5.46	4.16	7.14
Estado civil				
Casada(o)	192	20.98	18.46	23.74
Separada(o)	74	8.08	6.48	10.04
Soltera(o)/ nunca unida(o)	185	20.21	17.73	22.95
Unión libre	405	44.26	41.06	47.50
Viuda(o)	59	6.44	5.02	8.23
Nivel escolar				
Sin estudio	190	20.76	18.25	23.52
Primaria	357	39.01	35.90	42.22
Secundaria	320	34.97	31.94	38.12

Variable		n= 915		
Técnico/ tecnólogo	45	4.91	3.68	6.52
Universitario	3	0.32	0.10	0.40
Régimen de seguridad social				
Contributivo	195	21.31	18.77	24.09
Subsidiado	33	75.08	72.16	77.78
No afiliado	687	3.60	2.57	5.03
Factores Sociales				
Sitio de residencia en los últimos tres meses				
Más de un sitio	75	8.20	6.58	10.16
Un solo sitio	840	91.80	89.83	93.41
Años de residencia en la CNG				
De 1 a 5 años	459	50.16	46.92	53.40
De 6 a 10 años	373	40.76	37.61	43.98
Menos de 1 año	83	9.07	7.37	11.11
Zona de residencia anterior				
Zona rural	188	20.55	18.04	23.29
Zona urbana	727	79.45	76.70	81.95
Asignación de vivienda				
Emergencia invernal	710	77.60	74.77	80.18
Subarriendo	113	12.35	10.36	14.64
Violencia	68	7.43	5.89	9.32
Otros*	24	2.62	1.76	3.88
Hacinamiento	132	14.43	12.29	16.86
Beneficio de un programa social				
Si	519	56.72	53.48	59.90
Inseguridad percibida				
Condiciones sociales e institucionales de la				
violencia	234	25.57	22.95	28.61
Conflictos del orden público	177	19.34	15.49	21.09
Delito en general	67	7.32	58.05	72.15
Violencia delictiva	338	36.94	32.15	41.23
Ninguno	99	10.82	7.05	19.97
Factores familiares				

Variable	n= 915			
Funcionalidad familiar -Apgar-				
Buena funcionalidad	836	91.37	89.35	93.02
Disfuncionalidad leve y severa	79	8.63	6.97	10.64
Número de hogares en la vivienda				
Un hogar	767	83.83	81.29	86.07
Más de dos hogares	148	16.17	13.92	18.70
Número de integrantes de la vivienda				
5 o menos integrantes	758	82.84	80.25	85.15
6 o más integrantes	157	17.16	14.84	19.74
Jefatura del hogar				
Compañero/a	309	33.77	30.77	36.90
Jefe de hogar	501	54.75	51.50	57.96
Otro***	105	11.48	9.56	13.71

*Otros incluye: desempleo, pobreza, razones de salud, razones familiares, violencia; ***Otro incluye: cualquier otro parentesco que se tuviera con el jefe del hogar.

La proporción de hacinamiento fue del 14.34%. Respecto a los beneficios ofrecidos por los programas sociales que hacen presencia en la Ciudadela, el 56.72% de los encuestados manifestaron que alguno de los miembros del hogar era beneficiarios de alguno de los siguientes programas sociales: hogar infantil ICBF, restaurante escolar, familias en acción, red unidos, pilo paga y apoyo al anciano.

La percepción de inseguridad de los habitantes de la Ciudadela es alta, donde un 28.75% se sienten inseguros siempre y casi siempre y el 30.93% algunas veces. Dentro de la percepción de inseguridad evaluada de manera subjetiva con pregunta abierta, al categorizar las respuestas teniendo en cuenta la guía latinoamericana¹¹³, se encontró que un 25,57% de participantes refiere que existen condiciones sociales e institucionales de violencia y el 36,94% perciben como eventos inseguros los

¹¹³ SAÍN, Marcelo. Guía de evaluación del estado de la seguridad ciudadana en América Latina. PNUD LAC SURF, 2005.

delitos en general que incluyen los siguientes: delincuencia, violencia y asesinato. Además, el 10,82% de los participantes percibe la inseguridad desde los eventos de violencia delictiva.

En cuanto a los factores familiares, el 91.37% de los participantes tuvieron dentro de sus hogares una buena funcionalidad familiar. El número más frecuente de hogares en la vivienda fue de uno, siendo también más frecuente encontrar que los hogares se conforman por 5 o menos integrantes (82.84%).

8.2 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

De un total de 915 participantes, el promedio del puntaje de CV de los habitantes de la Ciudadela fue de 27.72 con una desviación estándar de 3.04, el rango del puntaje estuvo entre 14 y 35 y una varianza de 9.26. A su vez, el análisis de la percepción de CV de manera dicotómica se pudo evidenciar que la prevalencia de mala CV en los habitantes de la CNG fue del 12.57% (IC95%= 10.56-14.88).

Las puntuaciones del EUROHIS-QOL 8 de acuerdo a cada una de las dimensiones mostraron un alto nivel de satisfacción para todas las dimensiones, a excepción de la percepción de tener suficiente dinero para satisfacer las necesidades diarias (Tabla 4).

Tabla 4. Dimensiones de Calidad de vida de acuerdo al EUROHIS-QOL 8 de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón. Municipio de Girón. 2017.

Dominios	Dimensiones	Ítems	Puntuación (%)				
			Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
Indicador de calidad de vida	Percepción general de calidad de vida	Calidad de vida general	30 (3,3)	58(6.3)	320(34.8)	357(39.0)	150(16.4)
			Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Indicador de Salud física	Satisfacción con la salud física en general	Salud general	38(4.1)	109 (11.9)	180(19.7)	317(34.6)	271(29.6)
	Satisfacción con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria	19(2.8)	62(6.8)	159(17.8)	338(36.9)	337(36.8)
Indicadores de salud mental	Satisfacción con las relaciones interpersonales con amigos, familiares, conocidos y colegas	Relaciones interpersonales	22(2.4)	33(3.6)	144(15.7)	339(37.1)	337(41.2)
	Satisfacción consigo mismo	Estima	21(2.3)	38(4.2)	89(9.7)	340(37.2)	427(46.7)
Indicadores sociales y ambientales	Satisfacción de la persona con las condiciones generales de la vivienda	Hogar	22(2.4)	33(3.6)	144(15.7)	339(37.1)	377(41.2)
			Para nada	Muy poca	Más o menos	Bastante	Mucha
	Percepción sobre el dinero suficiente para satisfacer las necesidades diarias	Finanzas	115(12.6)	232(25.4)	391(42.7)	106(11.6)	71(7.7)
Indicador de estado físico	Sensación de energía para la vida cotidiana	Energía	17(1.86)	56(6.1)	201(21.9)	270(29.5)	371(40.5)

Los gráficos 1 y 2 (anexo 4 y 5) presentan la evaluación de la distribución del puntaje de CV, en ellos se puede observar que la distribución se agrupa especialmente en los puntajes ubicados entre 25 y 30, además, es evidente que el puntaje no sigue una distribución normal. A su vez al corroborar la varianza de los datos se pudo encontrar que hay un fenómeno de subdispersión donde la media no es igual a la varianza, sino que la varianza es inferior a la media. Esta evaluación inicial de la distribución de la variable dependiente, sirvió como sustento para la formulación y construcción de los distintos modelos de regresión.

8.3 FACTORES ASOCIADOS CON LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN LA CNG

Al realizar el análisis bivariado con cada una de las variables que constituían los tres grupos de factores asociados de manera cruda, se pudo evidenciar lo siguiente: dentro de los factores individuales: el estado civil y el nivel escolar se asocian con la calidad de vida (valor de $p < 0.001$). A su vez, dentro de los factores sociales: los años de residencia en la Ciudadela y la percepción de inseguridad en las categorías de “Condiciones sociales e institucionales de la violencia” y violencia delictiva” presentan asociación con la calidad de vida (valor de p de 0.032, 0.05 y 0.005 respectivamente). Por último, dentro de los factores familiares: se encontró una asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida (valor de $p < 0.001$) (ver tabla 5).

Tabla 5. Análisis bivariado de los factores sociales, familiares e individuales relacionadas con la percepción de calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón. Municipio de Girón. 2017.

		n= 915				
Variables		Buena calidad de vida		Mala calidad de vida		Valor p
		%	IC 95%+	%	IC95%	
Factores individuales						
Edad						
	18 a 29 años	24.75	[21.87-27.86]	26.95	[19.54-35.92]	0.95
	30 a 44 años	30.05	[27.39-33.78]	28.69	[21.07-37.75]	
	45 a 64 años	33.50	[30.30-36.85]	33.04	[24.96-42.26]	
	>65 años	11.25	[9.23-13.63]	11.30	[6.62-18.63]	
Sexo						
	Femenino	77.75	[74.72-80.50]	81.73	[73.46-87.85]	0.33
	Masculino	22.25	[19.49-25.27]	18.26	[12.14-26.53]	
Discapacidad						
	Si	10.87	[8.89-13.23]	12.17	[7.28-19.64]	0.67
Ocupación						
	Ama de casa	47.62	[44.17-51.09]	45.21	[36.24-54.51]	0.39
	Estudiante	2.12	[1.32-3.39]	0.86	[0.11-6.07]	
	Empleado	13.50	[11.29-16.05]	19.13	[12.86-27.49]	
	Trabajador Independiente	30.12	[27.03-33.40]	26.95	[19.54-35.92]	
	Pensionado/Jubilado	1.12	[0.58-2.15]	2.60	[0.82-7.90]	
	Sin empleo	5.50	[4.11-7.31]	5.21	[2.33-11.25]	
Estado civil						
	Casada(o)	21.25	[18.54-24.22]	19.13	[12.86-27.49]	<0.001
	Separada(o)	7.00	[5.42-8.99]	15.65	[10.02-23.61]	
	Soltera(o)/ nunca unida(o)	20.62	[17.95-23.57]	17.39	[11.42-25.56]	
	Unión libre	45.25	[41.82-48.72]	37.39	[28.92-46.70]	
	Viuda(o)	5.87	[4.43-7.73]	10.43	[5.97-17.61]	
Nivel escolar						
	Sin estudio	38.12	[34.81-41.55]	32.17	[24.17-41.37]	<0.001
	Primaria	37.00	[33.71-40.41]	45.21		
	Secundaria	19.12	[16.54-22.00]	20.86		

n= 915						
Variables	Buena calidad de vida		Mala calidad de vida		Valor p	
	%	IC 95%+	%	IC95%		
Técnico/ tecnólogo	5.37	[4.00-7.17]	1.73	[36.24-54.51]		
Universitario	0.37	[0.12-1.15]	-	[5.42-8.99]		
				[0.42-0.6.81]		
				-		
Régimen de seguridad social						
Contributivo	21.75	[19.02-24.75]	18.26	[12.14-26.53]	0.68	
Subsidiado	74.62	[71.48-77.52]	78.26	[69.65-84.95]		
No afiliado	3.62	[2.52-5.17]	3.47	[1.29-9.02]		
Factores Sociales						
Sitio de residencia en los últimos tres meses						
Más de un sitio	8.37	[6.64-10.51]	6.95	[3.48-13.42]	0.60	
Un solo sitio	91.62	[89.48-93.35]	93.04	[86.57-96.51]		
Años de residencia en la CNG*						
De 1 a 5 años	48.75	[45.29-52.22]	60.00	[50.66-68.65]	0.032	
De 6 a 10 años	42.37	[38.98-45.83]	29.56	[21.84-38.66]		
Menos de 1 año	8.87	[7.08-11.05]	10.43	[5.97-17.61]		
Zona de residencia anterior						
Zona rural	19.62	[17.01-22.52]	26.95	[19.54-35.92]	0.069	
Zona urbana	80.37	[77.47-82.98]	73.04	[64.07-80.45]		
Asignación de vivienda						
Emergencia invernol	77.25	[74.20-80.02]	80.00	[71.55-86.41]	0.82	
Subarriendo	12.62	[10.49-15.11]	10.43	[5.97-17.61]		
Violencia	7.37	[5.75-9.40]	7.82	[4.08-14.48]		
Otros**	2.75	[1.81-4.14]	1.73	[0.42-6.81]		
Índice de hacinamiento						
Hacinamiento	14.00	[11.75-16.58]	17.39	[11.42-25.56]	0.33	
Beneficio de un programa social						
Si	57.87	[54.41-61.26]	48.69	[39.57-57.90]	0.63	

n= 915						
Variables	Buena calidad de vida		Mala calidad de vida		Valor p	
	%	IC 95%+	%	IC95%		
Percepción de inseguridad objetiva						
-Categorías						
Condiciones sociales e institucionales de la violencia						
Si	24,25	[21.39-27.34]	34,78	[32.15-50.20]	0.015	
Violencia delictiva						
Si	38.63	[35.30-42.05]	25.22	[18.03-40.78]	0.005	
Factores familiares						
Funcionalidad familiar -Apgar-						
Buena funcionalidad	93.37	[91.42-94.90]	77.39	[68.71-84.21]	<0.001	
Disfuncionalidad leve y severa	6.62	[5.09-8.57]	22.60	[15.78-31.28]		
Número de hogares en la vivienda						
Un hogar	83.50	[80.75-85.91]	86.08	[78.35-91.36]	0.48	
Más de dos hogares	16.50	[14.08-19.24]	13.91	[8.63-21.64]		
Número de integrantes de la vivienda						
Menos de 5 integrantes	82.37	[79.57-84.86]	86.08	[78.35-91.36]	0.32	
6 o más integrantes	17.62	[15.13-20.42]	13.91	[8.63-21.64]		
Jefatura del hogar						
Compañero/a	34.37	[31.15-37.74]	29.56	[21.84-38.66]	0.15	
Jefe de hogar	53.62	[50.15-57.06]	62.60	[53.29-71.07]		
Otro***	12.00	[9.92-14.44]	7.82	[4.08-14.48]		

+Intervalo de confianza del 95%; *CNG: Ciudadela Nuevo Girón; **Otros incluye: desempleo, pobreza, razones de salud, razones familiares, violencia; ***Otro incluye: cualquier otro parentesco que se tuviera con el jefe del hogar.

8.3.1 Modelos de regresión Multivariable. Se realizaron dos tipos de análisis multivariable, en el primero establecido como el principal, se tomó la variable de respuesta como un conteo (puntaje de calidad de vida) por medio de modelo de regresión Poisson robusto; y en el segundo que fue el modelo secundario, se realizó análisis con la variable calidad de vida dicotómica (con punto de corte en 24) para lo cual se planteó un modelo de regresión logístico.

8.3.2 Modelo de regresión Poisson con varianza robusta. El análisis descriptivo del puntaje de calidad de vida registró una media de 27.72 y una varianza de 9.26 siendo esta menor a la media (subdispersión). El histograma (gráfico 3, anexo 4) representó la distribución del puntaje de calidad de vida. Las pruebas estadísticas de evaluación de poissonabilidad de índice de dispersión o prueba de varianza (VT), prueba de bondad de ajuste de “poissonabilidad” tipo ji-cuadrado, mostraron ajuste de los datos a una distribución Poisson. Sin embargo, arrojaron como resultado un fenómeno de subdispersión.

Para dar cumplimiento al supuesto de equidispersión y el buen ajuste del modelo de regresión se planteó un modelo de regresión poisson con varianza robusta (tabla 4).

Los factores asociados a un incremento de un punto en la escala de calidad de vida fueron: el nivel escolar (Secundaria: IRR=1.03; IC95%=1.01-1.05; Técnico/tecnólogo: IRR=1.03; IC95%=1.00-1.07; Universitario: IRR= 1.09; IC95%1.01-1.19), la zona de residencia anterior (zona urbana: IRR=1.01; IC95%=1.00-1.03) y la funcionalidad familiar (disfuncionalidad leve y severa: IRR=0.94; IC95%=0.91-0.97), esta última indica que tener una buena funcionalidad familiar genera un efecto protector frente a una mala calidad de vida.

Factores individuales

Nivel escolar: el cambio porcentual en el valor esperado del puntaje de calidad de vida en personas con un nivel escolar de secundaria o con nivel escolar técnico o tecnológico aumenta 3% comparado con las personas que no tuvieron estudio. A su vez, el cambio porcentual en el valor esperado del puntaje de calidad de vida en personas con un nivel escolar universitario aumenta 9% comparado con las personas que no tuvieron estudio. Esto puede interpretarse con que a medida que aumenta el nivel de escolar, aumenta también el cambio esperado en el puntaje de calidad de vida. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Factores sociales

Zona de residencia anterior: respecto a la zona residencial anterior, el cambio porcentual en el valor esperado del puntaje de calidad de vida en las personas que residían en zona urbana aumentó 1% comparados con las personas que manifestaron residir en zona rural antes de vivir en la CNG. Lo anterior indica que haber vivido en zona urbana antes de ser ubicados en la CNG representa mayores puntajes de calidad de vida, por lo tanto, una mejor calidad de vida, comparado con las personas que provenían de zonas rurales. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Factores familiares

Funcionalidad familiar: el cambio porcentual en el valor esperado del puntaje de calidad de vida en personas con disfuncionalidad familiar leve y severa disminuye un 6% comparado con las personas con buena funcionalidad familiar. Esta diferencia es estadísticamente significativa. Por tanto, la percepción de calidad de vida es mejor en personas con una buena funcionalidad familiar comparado con aquellas personas con funcionalidad familiar leve o mala.

Tabla 6. Modelo de regresión Poisson con varianza robusta para evaluar la asociación entre factores individuales, sociales y familiares y la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón en el año 2017.

		Calidad de vida		
Factores individuales		RR (SE ⁺)	IC 95%!	Valor p
Edad		1		
	18 a 29 años	1.01 (0.01)		
	30 a 44 años	1.01(0.01)	[0.99-1.03]	0.20
	45 a 64 años	1.02(0.01)	[0.99-1.02]	0.28
	65 años o más		[0.99-1.02]	0.12
Sexo		1		
	Femenino			
	Masculino	0.99(0.01)	[0.96-1.02]	0.68
Discapacidad		1		
	No			
	Si	0.99(0.01)	[0.97-1.02]	0.67
Ocupación		1		
	Ama de casa			
	Estudiante	0.99(0.02)	[0.95-1.03]	0.41
	Empleado	0.99(0.01)	[0.96-1.01]	0.48
	Trabajador Independiente	1.01(0.01)	[0.99-1.02]	0.27
	Pensionado/Jubilado	0.98(0.03)	[0.91-1.06]	0.72
	Sin empleo	1.01(0.01)	[0.97-1.04]	0.56
Estado civil		1		
	Casado(a)			
	Separada(o)	0.98(0.01)	[0.95-1.01]	0.28
	Soltera(o)/ nunca unida(o)	0.99(0.01)	[0.97-1.01]	0.45
	Unión libre	1.00(0.01)	[0.98-1.02]	0.47
	Viuda(o)	0.98(0.01)	[0.95-1.02]	0.49
Nivel escolar		1		
	Sin estudio			
	Primaria	1.00(0.01)	[0.98-1.02]	0.77
	Secundaria	1.03(0.01)	[1.01-1.05]	0.01*
	Técnico/ tecnólogo	1.03(0.01)	[1.00-1.07]	0.02*
	Universitario	1.09(0.04)	[1.01-1.19]	0.03*
Régimen de seguridad social				

Calidad de vida				
Contributivo		1		
Subsidiado		1.01(0.01)	[0.99-1.03]	0.32
No afiliado		1.02(0.02)	[0.98-1.06]	0.20
Factores Sociales				
Años de residencia en la CNG**				
De 1 a 5 años		1	[0.99-1.02]	0.03*
De 6 a 10 años		1.01(0.01)	[0.96-1.02]	0.77
Menos de 1 año		0.99(0.01)		
Zona de residencia anterior				
	Zona rural	1		
	Zona urbana	1.01(0.01)	[1.00-1.03]	0.05*
Asignación de vivienda				
	Emergencia invernol	1		
	Subarriendo	1.01(0.01)	[0.98-1.03]	0.38
	Violencia	0.98(0.01)	[0.95-1.01]	0.28
	Otros**	1.04(0.26)	[0.99-1.10]	0.05*
Hacinamiento				
	Sin hacinamiento	1		
	Hacinamiento	0.99(0.01)	[0.97-1.01]	0.55
Beneficio de un programa social				
	Sin beneficio	1		
	Con beneficio	0.99(0.01)	[0.97-1.00]	0.33
Percepción de inseguridad objetiva				
-Dummie				
Condiciones sociales e institucionales de la violencia	Si	0.98(0.01)	[0.97-1.00]	0.27
Violencia delictiva	Si	1.00(0.01)	[0.98-1.02]	0.53
Factores familiares				
Funcionalidad familiar -Apgar-				
	Buena funcionalidad	1		
	Disfuncionalidad leve y severa	0.94(0.01)	[0.91-0.97]	<0.01*
Número de hogares en la vivienda				
	Un hogar	1		

Calidad de vida			
Más de dos hogares	1.00(0.01)	[0.99-1.02]	0.48
Jefatura del hogar			
Compañero/a	1		
Jefe del hogar	0.99(0.01)	[0.97-1.00]	0.32
Otro	1.01(0.01)	[0.98-1.03]	0.43
Número de integrantes de la vivienda	1		
Menos de 5 integrantes	1.01(0.01)		
6 o más integrantes		[0.99-1.03]	0.05

Nota: *SE=error estándar. IC95%: Intervalo de confianza del 95%. *Asociación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05. CNG**: Ciudadela Nuevo Girón. Categorías de referencia: Edad: 18-28; Sexo: femenino; discapacidad: sin discapacidad; ocupación: ama de casa; estado civil: casado(a); nivel escolar: sin estudio; régimen de seguridad social: contributivo; Años de residencia en la CNG: de 1 a 5 años; Zona de residencia anterior: zona rural; Asignación de vivienda: emergencia invernala; Índice de hacinamiento: sin hacinamiento; beneficio de un programa social: sin beneficio; Percepción de inseguridad objetiva: no; Funcionalidad familiar -Apgar-: buena funcionalidad; Número de hogares en la vivienda: un hogar; Número de integrantes de la vivienda: menos de 5 integrantes.

Evaluación de modelo poisson con varianza robusta:

Deviance goodness-of-fit = 348.0861 Prob > chi2 (915)	=	0.32
Pearson goodness-of-fit = 314.106 Prob > chi2(915)	=	0.45

De acuerdo con las pruebas estadísticas anteriores (Deviance y Pearson) del modelo poisson, estas no son estadísticamente significativas, por lo tanto, el modelo se ajusta de manera razonable y es apropiado para representar los datos de la investigación.

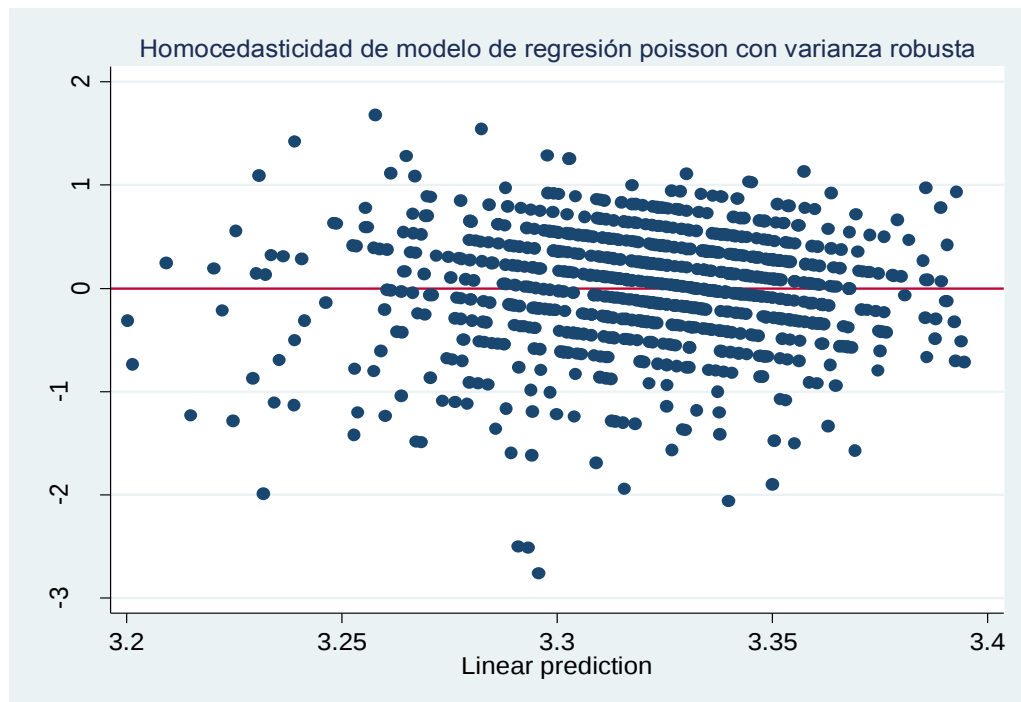
Evaluación de residuos/ Simetría de los residuos

Tabla 7. Evaluación de residuos del modelo de regresión poisson con varianza robusta

<i>Residuo</i>	<i>Observaciones</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
ans	915	-.010	0.56	-2.76	1.67
dev	915	-.010	0.56	-2.75	1.67
pear	915	7.63e	0.55	-2.50	1.76

El análisis de residuos muestra un buen ajuste del modelo. Adicionalmente se realizó evaluación de homocedasticidad dando como resultado el cumplimiento del supuesto de homocedasticidad dado que no se observa ningún patrón residual en los datos analizados (Figura 6).

Figura 6. Homocedasticidad de modelo de regresión poisson con varianza robusta



Evaluación de colinealidad

De acuerdo al análisis del factor de inflación de varianza (tabla 6) para el modelo propuesto, se encontró colinealidad con la variable *sitio de residencia*, por tanto, dicha variable fue excluida de modelo final de regresión poisson con varianza robusta.

Tabla 8. Factor de inflación de varianza (VIF) para el modelo de regresión poisson con varianza robusta.

Variable	VIF	1/VIF
Edad		
45 a 64 años	2.33	0.43
65 años o más	2.56	0.39
Sexo (mujeres)	1.85	0.54
Discapacidad (sí)	1.37	0.73
Ocupación		
Estudiante	1.11	0.89
Empleado	1.56	0.63
Trabajador Independiente	2.14	0.46
Pensionado/Jubilado	1.15	0.87
Sin empleo	1.30	0.76
Estado civil		
Separada(o)	1.49	0.67
Soltera(o)/ nunca unida(o)	2.37	0.42
Unión libre	3.09	0.32
Viuda(o)	1.41	0.70
<i>Sitio de residencia</i>	9.79	0.10
Jefatura del hogar		
Jefe de hogar	3.23	0.30
Otro	1.76	0.56
Nivel escolar		
Primaria	2.83	0.35
Secundaria	2.80	0.35

Variable	VIF	1/VIF
Técnico/ tecnólogo	1.32	0.75
Universitario	1.06	0.94
Régimen de seguridad social		
Subsidiado	1.24	0.80
No afiliado	4.55	0.22
Años de residencia en CNG		
De 6 a 10 años	1.98	0.50
Menos de 1 año	1.47	0.68
Zona de residencia anterior (zona urbana)	4.80	0.20
Asignación de vivienda		
Subarriendo	1.42	0.70
Violencia	1.19	0.84
Otros**	1.16	0.86
Hacinamiento (sí)	1.30	0.76
Beneficio de un programa social (sí)	2.42	0.41
Inseguridad percibida		
Casi nunca	1.61	0.62
Algunas veces	2.25	0.44
Casi siempre	1.45	0.69
Siempre	1.72	0.58
Funcionalidad familiar (Disfuncionalidad leve y severa)	1.16	0.86
Número de hogares (más de dos hogares)	1.25	0.80
Número de integrantes en el hogar (6 o más integrantes)	1.39	0.71
Mean VIF	2.12	

8.3.2.1 Modelo de regresión logístico. Como análisis secundario o alternativo se realizó un modelo de regresión logístico tomando la variable calidad de vida dicotomizada en un puntaje de 24 para identificar participantes con una “percepción predominante de mala calidad de vida” (puntajes de 24 o menos) y participantes con una “percepción predominante de buena calidad de vida” (puntajes superiores a 24). En el modelo de regresión se planteó como categoría de referencia la mala calidad

de vida (menor o igual a 24). El modelo de regresión logístico reportó una bondad de ajuste de Pearson adecuada ($p > 0,05$). Para el modelo de regresión se estableció que se considerarían asociaciones estadísticamente significativas, si el valor de α era < 0.05 (tabla 9).

El modelo de regresión log binomial fue planteado para determinar la mejor manera de modelar los datos y evitar una posible sobreestimación en los estimadores puntuales respecto al modelo de regresión logístico, sin embargo, se pudo observar que comparado con el modelo de regresión logístico no se evidenciaron cambios significativos en los estimadores ni tampoco en las asociaciones estadísticas de los distintos factores y la calidad de vida (Ver anexo 7. Modelo de regresión log binomial), por lo tanto, se tomó como modelo final el modelo de regresión logística que mostró un mejor ajuste de los datos (tabla 8).

Tabla 9. Modelo de regresión logística para evaluar la asociación entre factores individuales, sociales y familiares y la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón en el año 2017.

		Calidad de vida		
Factores individuales		OR (SE ⁺)	IC 95%!	Valor <i>p</i>
Edad	18 a 29 años	1		
	30 a 44 años	0.83 (0.24)	[0.46-1.48]	0.53
	45 a 64 años	0.71(0.20)	[0.40-1.29]	0.26
	65 años o más	0.6(0.28)	[0.26-1.51]	0.27
Sexo	Femenino	1		
	Masculino	0.73(0.26)	[0.44-1.53]	0.58
Discapacidad	No	1		
	Si	1.23(0.37)	[0.49-2.09]	0.53
Ocupación	Ama de casa	1		
	Estudiante	0.41(0.44)	[0.04-3.43]	0.59
	Empleado	1.68(0.55)	[0.88-3.22]	0.09
	Trabajador Independiente	1.00(0.29)	[0.57-1.77]	0.27
	Pensionado/Jubilado	2.69(2.11)	[0.58-12.51]	0.09

Calidad de vida				
Sin empleo		0.88(0.47)	[0.31-2.50]	0.95
Estado civil	Casado (a)	1		
	Separada(o)	2.28(0.87)	[1.07-4.85]	0.02*
	Soltera(o)/ nunca unida(o)	1.00(0.36)	[0.49-2.04]	0.90
	Unión libre	0.95(0.28)	[0.53-1.72]	0.57
	Viuda(o)	1.17(0.50)	[0.50-2.74]	0.78
Nivel escolar	Sin estudio	1		
	Primaria	0.60(0.16)	[0.36-1.02]	0.02
	Secundaria	0.32(0.10)	[0.17-0.60]	<0.001
	Técnico/ tecnólogo	0.19(0.15)	[0.04-0.94]	0.07
	Universitario	-	-	-
Régimen de seguridad social	Contributivo	1		
	Subsidiado	1.03(0.30)	[0.58-1.83]	0.89
	No afiliado	0.80(0.51)	[0.23-2.81]	0.74
Factores Sociales				
Años de residencia en la CNG**	De 1 a 5 años	1		
	De 6 a 10 años	0.48(0.12)	[0.31-0.84]	0.03*
	Menos de 1 año	1.11(0.48)	[0.57-2.66]	0.59
Zona de residencia anterior	Zona rural	1		
	Zona urbana	0.79(0.20)	[0.45-1.23]	0.37
Asignación de vivienda	Emergencia invernal	1		
	Subarriendo	0.68(0.27)	[0.34-1.54]	0.31
	Violencia	0.83(0.44)	[0.46-2.40]	0.66
	Otros**	0.63(0.56)	[0.14-3.37]	0.57
Hacinamiento	Sin hacinamiento	1		
	Hacinamiento	1.33(0.40)	[0.71-2.42]	0.34
Beneficio de un programa social	Sin beneficio	1		
	Con beneficio	0.73(0.16)	[0.47-1.13]	0.14
Percepción de inseguridad objetiva				
-Dummie				
Condiciones sociales e institucionales de la violencia				
	Si	1.34(0.34)	[0.81-2.20]	0.24

Calidad de vida				
Violencia delictiva				
Si	0.67(0.18)	[0.39-1.14]	0.14	
Factores familiares				
Funcionalidad familiar -Apgar-				
Buena funcionalidad	1			
Disfuncionalidad leve y severa	3.08(0.87)	[1.66-5.27]	<0.001*	
Número de hogares en la vivienda				
Un hogar	1			
Más de dos hogares	0.81(0.23)	[0.41-1.40]	0.51	
Número de integrantes de la vivienda				
Menos de 5 integrantes	1			
6 o más integrantes	0.83(0.25)	[0.42-1.50]	0.53	

Nota: *SE=error estándar. !IC95%: Intervalo de confianza del 95%. *Asociación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05. CNG**: Ciudadela Nuevo Girón. Categorías de referencia: Edad: 18-28; Sexo: femenino; discapacidad: sin discapacidad; ocupación: ama de casa; estado civil: casado(a); nivel escolar: sin estudio; régimen de seguridad social: contributivo; Años de residencia en la CNG: de 1 a 5 años; Zona de residencia anterior: zona rural; Asignación de vivienda: emergencia invernal; Índice de hacinamiento: sin hacinamiento; beneficio de un programa social: sin beneficio; Percepción de inseguridad subjetiva: no; Funcionalidad familiar -Apgar-: buena funcionalidad; Número de hogares en la vivienda: un hogar; Número de integrantes de la vivienda: menos de 5 integrantes

El modelo de regresión multivariable permitió encontrar distintas asociaciones estadísticamente significativas entre algunos factores determinantes sociales y la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela. Así, los factores que se encontraron con asociación positiva fueron los siguientes. Como factores individuales: el estado civil y el nivel escolar; factores sociales: los años de residencia en la Ciudadela y la inseguridad percibida; finalmente dentro de los factores familiares: la funcionalidad familiar.

Factores individuales: en cuanto al nivel escolar, las personas que cursaron secundaria tienen 68% menos los odds de tener una mala calidad de vida comparados con las personas que sin estudio (OR=0.32; IC95%:0.17-0.60; valor de $p<0.001$). A su vez, las personas que tienen un nivel de formación técnico tienen 80% menos los odds de tener una mala calidad de vida, comparados con las personas sin estudio (OR=0.19; IC95%: 0.04-0.96; valor de $p=0.04$). Por su parte, respecto al estado civil, las personas separadas tienen 2 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida comparada con las personas casadas (OR=2.28; IC95%=1.07-4.85; valor de p : 0.03).

Factores sociales: el tener de 6 a 10 años de residencia en el barrio tiene 48% menos los odds de tener una mala calidad de vida comparados con las personas que tienen de 1 a 5 años de residencia (OR=0.52; IC95%:0.32-0.84; valor de $p=<0.001$).

Factores familiares: las personas que tienen una familia con disfuncionalidad leve o severa tienen 2 veces más los odds de tener una calidad de vida mala comparados con los que tienen una buena funcionalidad familiar (OR=2.96; IC95%:1.66-5.27; valor de p : <0.001).

Evaluación de modelo de regresión logístico:

De acuerdo a la prueba de bondad de ajuste del modelo de Hosmer-Lemeshow, con un valor de p de 0.63 se puede concluir que el modelo se ajusta bien a los datos incluidos (Tabla 10).

Tabla 10. Bondad de ajuste para el modelo de regresión multivariable, Prueba de Hosmer-Lemeshow.

Número de observaciones	912
Número de patrones de covariables	896
Hosmer-Lemeshow chi2(38)	34.46
$p > \chi^2 =$	0.63

Las pruebas de sensibilidad y especificidad del modelo fueron del 8.70% y del 99.37% respectivamente. Un valor predictivo positivo del 66.67% y un valor predictivo negativo del 88.29%, además la correcta clasificación del modelo fue del 87.94% (Gráfico 4. Anexo 6).

También se realizó una curva ROC (Gráfico 5. Anexo 6) en la cual se puede evidenciar que de acuerdo con el área bajo la curva de 0,74 hay una discriminación aceptable para el modelo de regresión, es decir que el modelo de regresión planteado tiene un buen poder predictivo.

Por otro lado, la evaluación de los residuos lineales generalizados mostró que los valores observados y los valores predichos no presentaron grandes diferencias. De acuerdo al diagnóstico de especificación del modelo por medio de linktest (tabla 9), se pudo encontrar que dado que $_hatsq$ no presenta significancia estadística, lo observado se parece a lo predicho, no es necesario la inclusión de términos de interacción en el modelo planteado.

Tabla 11. Resultados de Linktest. Diagnóstico de especificación del modelo de regresión.

Calidad de vida	Coefficiente	Error estándar	IC95%	Valor de p
$_hat$	1.012	0.30	[0.40-1.62]	<0.001
$_hatsq$	0.004	0.09	[-0.17-0.18]	0.95

Evaluación de colinealidad

De acuerdo al análisis del factor de inflación de varianza (tabla 12) para el modelo propuesto (tabla 9), se encontró colinealidad con la variable *sitio de residencia*, por tanto, dicha variable fue excluida de modelo final de regresión logístico.

Tabla 12. Factor de inflación de varianza (VIF) para el modelo de regresión logístico.

Variable	VIF	1/VIF
Edad		
45 a 64 años	2.33	0.42
65 años o más	2.57	0.38
Sexo (mujeres)	1.85	0.53
Discapacidad (sí)	1.36	0.73
Ocupación		
Estudiante	1.11	0.89
Empleado	1.56	0.64
Trabajador Independiente	2.14	0.46
Pensionado/Jubilado	1.13	0.88
Sin empleo	1.30	0.76
Estado civil		
Separada(o)	1.50	0.66
Soltera(o)/ nunca unida(o)	2.37	0.42
Unión libre	3.10	0.32
Viuda(o)	1.42	0.70
<i>Sitio de residencia</i>	9.85	0.10
Jefatura del hogar		
Jefe de hogar	3.23	0.30
Otro	1.76	0.56
Nivel escolar		
Primaria	2.83	0.35
Secundaria	2.80	0.35
Técnico/ tecnólogo	1.32	0.75
Universitario	2.83	0.35

Variable	VIF	1/VIF
Régimen de seguridad social		
Subsidiado	1.24	0.80
No afiliado	4.57	0.22
Años de residencia en CNG		
De 6 a 10 años	1.98	0.50
Menos de 1 año	1.47	0.67
Zona de residencia anterior (zona urbana)	4.82	0.20
Asignación de vivienda		
Subarriendo	1.42	0.70
Violencia	1.19	0.84
Otros**	1.16	0.86
Hacinamiento (sí)	1.30	0.76
Beneficio de un programa social (sí)	2.42	0.41
Inseguridad percibida		
Casi nunca	1.61	0.62
Algunas veces	2.25	0.44
Casi siempre	1.45	0.69
Siempre	1.72	0.58
Funcionalidad familiar (Disfuncionalidad leve y severa)	1.16	0.86
Número de hogares (más de dos hogares)	1.25	0.80
Número de integrantes en el hogar (6 o más integrantes)	1.39	0.71
Mean VIF	2.15	

8.3.3 Análisis de sensibilidad. Se realizó un análisis de sensibilidad teniendo en cuenta los datos del Muestreo Aleatorio Simple (MAS) (n=915) y la información total recolectada en el censo de la Ciudadela (n=1162). Al realizar el análisis de cada una de las bases de datos se encontró el en MAS una prevalencia de mala calidad de vida del 12. 57%, mientras que con la información total la prevalencia fue del 8.52%. La media del puntaje de CV fue mayor en el MAS. Al realizar el análisis bivariado, el análisis de las asociaciones crudas mostró una asociación de 5 variables en el MAS y de 8 en la base total, sin embargo, al plantear el modelo de

regresión e involucrar las demás variables, se pudo evidenciar que las asociaciones permanecían con la información proveniente del MAS, mientras que únicamente se conservaron 4 variables asociadas usando la información total. La sensibilidad de estos modelos fue similar en los dos análisis, siendo del 74% en el MAS y del 79% con la información total. A su vez, las pruebas de bondad de ajuste mostraron un buen ajuste de los modelos de regresión. De acuerdo con la información anterior y dadas las limitaciones de la encuesta censal se decidió tomar en los datos provenientes del MAS para la elaboración del informe final y resultados del presente trabajo de investigación (ver anexo 8. Análisis multivariable con datos del censo).

9. DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud mediante el trabajo de la Comisión de determinantes sociales de la salud, ha insistido en que los problemas de salud de las distintas poblaciones están vinculados a las condiciones socio económicas que estas tienen. De esta manera, las políticas sociales e intervenciones en salud no solo deben estar vinculadas al tratamiento de las enfermedades sino también deben incorporar estrategias que impacten las “causas de las causas”, es decir, que vinculen el contexto social de las personas, así como también los distintos estilos de vida^{114, 115, 116}.

En el marco de la Política de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social-PAIS-, se convoca a realizar gestiones desde la salud pública para orientar la construcción participativa de los planes territoriales, motivar acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población y orienten la gestión integral del riesgo en salud. Por tanto, este estudio es pionero en poblaciones vulnerables de la región y permite generar insumos en relación al conocimiento de los determinantes sociales intermedios en comunidades vulnerables que pueden mejorar la calidad de vida de ser intervenidos de manera integral. Este conocimiento permite planear y ejecutar intervenciones colectivas efectivas y coordinar la articulación de acciones en materia de salud pública vinculando a todos los agentes del sistema¹¹⁷.

¹¹⁴ URBINA, Manuel; BLOCK, Miguel González. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. *Instituto Nacional de Salud Pública, y Academia Nacional de México de Medicina*, 2012. 132 p.

¹¹⁵ CARMONA, Z.; PARRA, D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Revista científica Salud Uniorde*, 2015, vol. 31, no 3.

¹¹⁶ ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. The social determinants of health: beyond the risk factors perspective. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2009, vol. 8, no 17, p. 69-79.

¹¹⁷ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política de Atención Integral en Salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente”. [En Línea]. MINSALUD. Bogotá D.C., Enero de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

La PAIS colombiana recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012- 2021. En este contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. El Ministerio define que “toda política nacional o territorial de salud debe partir del análisis de los determinantes y se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS”¹¹⁸. Bajo este marco se considera este estudio de gran importancia en materia de salud pública dentro del contexto local y nacional dado que aporta la caracterización poblacional de la Ciudadela Nuevo Girón. De esta manera, los resultados presentados en esta investigación pueden guiar procesos de intervención dirigidas a los factores asociados con la calidad de vida en esta población.

Otro aspecto a considerar sobre el impacto de los resultados en materia de salud pública tiene que ver con las cuatro estrategias centrales de la PAIS que son: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones¹¹⁹. De acuerdo a lo anterior, esta investigación puede dar grandes aportes en las cuatro estrategias planteadas por el Ministerio.

Es importante entender que no solo los recursos sanitarios determinan el nivel de salud de una población, sino que también está determinado por factores sociales como la clase social a la que pertenecen, el trabajo que desempeñan, el entorno en el que habitan, el género, la etnia, el lugar de residencia ya sea rural o urbano, las condiciones sanitarias entre otros. Entender estos determinantes puede significar

¹¹⁸ *Ibíd.*

¹¹⁹ *Ibíd.*

mejoras en la salud de las poblaciones con el fin de prevenir las enfermedades y reducir las inequidades y desigualdades sociales^{120, 121}.

Este trabajo de investigación permitió abordar los determinantes sociales y su relación con la calidad de vida en una población vulnerable colombiana, usando como herramienta de análisis metodologías cuantitativas. De esta manera, el presente estudio pudo encontrar asociaciones estadísticamente significativas entre algunos factores sociales, familiares e individuales con la percepción de calidad de vida. Por tanto, este trabajo representa un aporte al entendimiento de los factores que determinan las condiciones de vida y de salud de la población estudiada y se presenta como referencia local y regional para intentar generar cambios en la manera como se intervienen las problemáticas sociales de las comunidades vulnerables.

Se encontró que los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón perciben su calidad de vida como mala o regular en un 12.57%; este aspecto podría resultar controversial dado que los habitantes de la Ciudadela son considerados como una población en condición de vulnerabilidad por su contexto socioeconómico y se esperaría que los habitantes en su mayoría percibieran su calidad de vida como mala. Al respecto, Muñoz M y Pachón N, desarrollan la hipótesis de que el bienestar material es directamente proporcional a la calidad de vida especialmente en las personas o familias que han sido desplazadas por distintos motivos dentro del contexto colombiano, como es el caso de los habitantes de la Ciudadela. Es decir, el logro de un mayor bienestar material representado en la adquisición de una vivienda puede tener consecuencias en la mejor percepción de calidad de vida. Por tanto, esta percepción de calidad de vida puede obedecer a que si las condiciones materiales que gozan actualmente los habitantes de la Ciudadela son mejores a las

¹²⁰ JAYASINGHE, Saroj. Social determinants of health inequalities: towards a theoretical perspective using systems science. *International journal for equity in health*, 2015, vol. 14, no 1, p. 71.

¹²¹ VILLAR AGUIRRE, Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta médica peruana*, 2011, vol. 28, no 4, p. 237-241.

que tenían antes de ser ubicados en el asentamiento, esta sensación de bienestar les hace percibir una mejor calidad de vida¹²².

Teniendo en cuenta que la población analizada se trata de una comunidad vulnerable social y económicamente, llama la atención los resultados de la alta proporción de percepción predominante buena o excelente de CV. Una posible explicación a este hallazgo es que se puedan estar presentando procesos de normalización de situaciones negativas consideradas importantes para la mejora de la calidad de vida. Por ejemplo, se puede pensar que los beneficios estatales y de organizaciones no gubernamentales, o también llamadas políticas de focalización, tales como subsidios¹²³ y ayudas humanitarias de ONG, generan dependencia socioeconómica e impiden el surgimiento de mejores condiciones sociales, incluso disminuyen en la población la posibilidad de superación de la pobreza¹²⁴. En este sentido, las ayudas brindadas por los entes externos públicos o privados deben ser acompañadas de programas que vinculen a las comunidades y que las impulsen a su autodesarrollo y autodeterminación.

El uso del termino vulnerabilidad frecuentemente usado, hace referencia a “la identificación de colectivos que comparten algún atributo básico común (edad, sexo, condición étnica o localización territorial), el que se supone que genera problemas similares”¹²⁵. Bajo este criterio estos grupos necesitan programas sectoriales o políticas públicas específicas, sin embargo, estas políticas no necesariamente

¹²² MUÑOZ CONDE, Manuel; PACHÓN GARCÍA, Nelson. La calidad de vida y la situación de pobreza de la población desplazada (2008-2010). *Cuadernos de Economía*, 2011, vol. 30, no 55, p. 179-216.

¹²³ LASSO, Martínez, et al. Los subsidios del estado colombiano y el comportamiento socioeconómico que se genera por el acceso a estos. Repositorio Universidad Militar Nueva Granada. 2013.

¹²⁴ DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN y DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL. Mecanismos de focalización. Cuatro estudios de caso. Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia. 2007.

¹²⁵ ACEVEDO ALEMÁN, J.; TRUJILLO PÉREZ, M.; LOPÉZ SAUCEDO, M. Problemática grupos vulnerables: visiones de la realidad. [En Línea]. Universidad Autónoma de Coahuila. Estudios de posgrado e investigación, 2013. p. 212. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000037.pdf>

deben estar relacionadas con subsidios ni ayudas económicas en dinero o especie, sino más bien que fomenten proyectos productivos al interior de las comunidades, desarrollados por la misma comunidad que se mantengan a lo largo del tiempo incluso si las ayudas gubernamentales disminuyen. Lo anterior queda evidenciado en el contexto de la Ciudadela dado que los resultados en la percepción de calidad de vida pueden estar relacionados con procesos de dependencia de las políticas de subsidio estatal que normalizan la pobreza e impiden la superación de la misma.

Respecto a los resultados sobre la percepción de inseguridad, es necesario comprender que los problemas sociales actuales que tienen que ver con la corrupción, drogadicción, delincuencia juvenil y violencia, han aumentado severamente la inseguridad urbana. Estas problemáticas no pueden entenderse únicamente desde la perspectiva de la pobreza, sino que debe comprenderse desde la agudización y acentuación de las desigualdades, especialmente desde la condición de vulnerabilidad en que se encuentran muchas familias. En este sentido los estudios estadísticos de la CEPAL (comunicación 6 19) indican que la desigualdad y la vulnerabilidad, en las condiciones actuales de masificación y globalización de los medios, se hacen más evidentes cuando se amplían las ofertas de consumo y se ven limitadas las posibilidades reales de satisfacerlas¹²⁶.

Los resultados de este estudio revelaron que algunos factores individuales, familiares y sociales están fuertemente asociados con la percepción que se tiene sobre la calidad de vida en poblaciones vulnerables. Respecto a los factores individuales se encontró asociación positiva entre el nivel escolar y la calidad de vida. Esta relación coincide con los resultados presentados por García J y Vélez C, puesto que a medida que aumenta los años de escolaridad se mejoran los

¹²⁶ PIZARRO HOFER, Roberto. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina [En Línea]. Serie estudios estadísticos y prospectivos. 2001. 69 p. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf;jsessionid=5EB6316C346859D7B1C71D8680EB5C61?sequence=1%5Cnhttp://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf;jsessionid=F94EE6CA3F70BC2A40ED610774D3228B?sequence=1

indicadores de calidad de vida y esta relación es similar en los diferentes estratos sociales^{127, 128}. Una investigación reciente sobre calidad de vida relacionada con la salud en personas entre los 12 y los 84 años, realizada en la ciudad de Bucaramanga pudo encontrar que los años de escolaridad se asocian con una mejor percepción de calidad de vida¹²⁹. Este aspecto le da un papel protagónico a la educación y a los procesos educativos como determinantes sociales importante en la consolidación de una buena calidad de vida.

Sin embargo, los procesos educativos integrales no solamente tienen una responsabilidad individual, incluso nisiquiera respecta a la familia *per se*, sino que requieren de esfuerzos conjuntos entre el individuo, la familia, las comunidades y el gobierno nacional, este último tiene el deber de garantizar la oferta de posibilidades reales de acceso y permanencia de los estudiantes en las instituciones de educación. Además, para disminuir las brechas de desigualdad social éste debe garantizar calidad de la educación desde la educación básica, primaria, secundaria, media y universitaria, con mayores esfuerzos en las comunidades con desventajas socioeconómicas, es decir una mayor inversión para el fortalecimiento del capital social¹³⁰. En este escenario es preciso también reunir esfuerzos intersectoriales para un mayor acceso a dichas oportunidades educativas. Por tanto, reconocer la educación como un determinante social importante para la mejora de la calidad de vida de las comunidades requiere de una visión general desde los determinantes estructurales en niveles como política pública educativa y sistema político-

¹²⁷ GARCÍA RAMÍREZ, Jorge Alejandro y VÉLEZ ÁLVAREZ, Consuelo. Social determinants of health and quality of life of the adult population of Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2017, vol. 43, no 2, p. 191-203.

¹²⁸ VÉLEZ ÁLVAREZ, Consuelo; PICO MERCHÁN, María Eugenia y ESCOBAR POTES, María del Pilar. Determinantes sociales de la salud y calidad de vida en trabajadores informales: Manizales, Colombia. *Revista Salud de los Trabajadores*, 2015, vol. 23, no 2, p. 95-103.

¹²⁹ CAMARGO, Diana Marina; RAMÍREZ, Paula Camila y FERMINO, Rogerio César. Individual and environmental correlates to quality of life in park users in Colombia. *International journal of environmental research and public health*, 2017, vol. 14, no 10, p. 1250.

¹³⁰ BONILLA GUTIÉRREZ, Diego Fernando. El Capital Social La Educación. *Revista Estudios Gerenciales*. Cali Abril/Junio. 2001. Vol.17 no.79

económico, este aspecto debe ser tenido en cuenta para estudios superiores sobre calidad de vida.

En cuanto al estado civil, los resultados pudieron evidenciar que las personas separadas tienen una mayor percepción de mala calidad de vida comparados con las personas casadas. Respecto a este factor individual, los estudios disponibles presentan diferencias, por ejemplo, al comparar este resultado con un estudio de calidad de vida realizado en adultos mayores colombianos en el año 2012, se encontraron resultados contrarios dado que las personas casadas tienen un mayor probabilidad de tener una mala calidad de vida respecto a las personas separadas¹³¹. Por tanto, en esta dimensión aún no es claro qué tipo de relaciones permiten con mayor precisión tener una mejor percepción de calidad de vida. Sin embargo, se ha evidenciado en estudios de salud mental sobre afrontamiento de la soledad que las personas que cuentan con un soporte o apoyo emocional pueden hacer frente de una mejor manera a las problemáticas diarias y por lo tanto representa una mejora en la calidad de vida. De esta manera, el estado civil es un indicador de la red de apoyo con la que cuenta la persona siendo más favorable en la percepción de calidad de vida para las personas que cuentan con acompañamiento o apoyo emocional¹³².

Por otro lado, los factores sociales que fueron determinantes en la percepción de calidad de vida, fueron los años de residencia en la Ciudadela y la percepción de inseguridad objetiva. Sin embargo, esta última específicamente en la dimensión de “Condiciones sociales e institucionales de la violencia” y de “Violencia delictiva” se asociaron únicamente en el análisis bivariado y desapareció la asociación al ser incluido en los modelos de regresión respectivos, por tanto, se puede inferir que

¹³¹ DÍAZ DÍAZ, Ana María y GALLO ASCENCIO, Derly Carolina. *Calidad de vida asociada a los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores de Antioquia, año 2012*. Tesis Doctoral. Universidad del Rosario.

¹³² CARDONA JIMÉNEZ, Jairo León, et al. El afrontamiento de la soledad en la población adulta= Facing loneliness of adult population. *Medicina UPB*, 2011, vol. 30, no 2, p. 150-162.

esta asociación causal estaba confundida y no representa una asociación estadísticamente significativa para efectos de los resultados presentados en este trabajo de investigación.

Respecto a los años de residencia en la Ciudadela, una persona que tenga más de cinco años residiendo en el barrio presentan una mejor percepción de su calidad de vida, comparado con las personas que llevan residiendo de 1 a 5 años. En este sentido, un estudio español, por García P y Oliva J, en población inmigrante indicó que el tiempo de residencia en un lugar se asocia de manera significativa a referir problemas en la dimensión de salud. Así, no son los inmigrantes recién llegados, ni los más antiguos en el lugar los que refieren más problemas, sino aquellos que se sitúan en el tramo intermedio, cuya probabilidad de referir problemas es mayor que la de los autóctonos. Lo anterior indica que el tiempo de residencia es una variable relevante en la calidad de vida¹³³.

Ardila R en 2003, sostuvo que las principales dimensiones de carácter objetivo que se deberían tomar en cuenta para el estudio de la calidad de vida deben referirse a aspectos como: bienestar emocional; riqueza material y bienestar material; salud; trabajo y otras formas de actividad productiva; relaciones familiares y sociales; y la seguridad e integración con la comunidad¹³⁴. Respecto a esta última, se evidenció que en general existe percepción de inseguridad en la comunidad, y esta fue manifestada constantemente por los participantes, por lo tanto, la percepción de inseguridad que se tenga del lugar de residencia se asocia significativamente con la percepción que se tiene de la calidad de vida. Además, a la luz de los resultados, es controvertible que las personas que tienen siempre una percepción de inseguridad en la Ciudadela tienen menores posibilidades de tener una mala calidad de vida comparados con las personas que manifestaron que nunca percibían la

¹³³ GARCÍA-GÓMEZ, Pilar y OLIVA, Juan. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gaceta Sanitaria*, 2009, vol. 23, p. 38-46.

¹³⁴ ARDILA, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 2003, vol. 35, no 2, p. 161-164.

ciudadela como un lugar inseguro. A su vez, Fernández JP en 2005, al desarrollar la tesis doctoral refiere que la seguridad humana en su conjunto tiene una verdadera relación con la calidad de vida. En este sentido, la seguridad comunitaria tiene que ver con el crimen y el comportamiento antisocial y se construye bajo virtudes sociales. En este aspecto la explicación sobre la tendencia a superar esta percepción de inseguridad permanente dentro de un contexto de violencia es la resiliencia entendida como el proceso de superación de la adversidad^{135, 136}. Sin embargo, dentro de la revisión hecha no se encuentran estudios que puedan explicar la inseguridad percibida con la mala calidad de vida en poblaciones vulnerables.

Entre los factores familiares asociados con la calidad de vida, la funcionalidad familiar se convierte en determinante social para los habitantes de la Ciudadela. Así pues, en las personas que se identificó una disfuncionalidad familiar leve o severa, se presenta un mayor riesgo de percibir su calidad de vida como mala, comparados con aquellas personas con una buena funcionalidad familiar. Al igual que Segarra y colaboradores, quienes realizaron una investigación en adultos mayores, se encontró que la funcionalidad familiar fue un indicador positivo para tener una buena calidad de vida, es decir, las personas que viven en familias funcionales tendrían una mejor calidad de vida¹³⁷. De esta manera, saber cómo funcionan las familias, su estructura, relaciones y procesos al interior de los hogares es vital para entender la percepción de calidad de vida. Lo anterior demuestra el papel fundamental que tiene la familia en la percepción que tengan las personas sobre su calidad de vida. Así como también sugiere que el correcto funcionamiento al interior de los hogares depende cómo una persona percibe su calidad de vida. Es importante resaltar que aunque la disfuncionalidad familiar, entendida como leve o severa, fue menor en la

¹³⁵ CANTÚ MARTÍNEZ, Pedro César. Calidad de vida y sustentabilidad: una nueva ciudadanía. *Ambiente y Desarrollo*, 2015, vol. 19, no 37, p. 9-22.

¹³⁶ FERNÁNDEZ PEREIRA, Juan Pablo. *Seguridad humana*. Universidad Autónoma de Barcelona. Departament de Dret Públic i de Ciències Historicojurídiques. 2006.

¹³⁷ SEGARRA ESCANDÓN, Marco Vinicio. *Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Gguaraynag, Azuay. 2015-2016*. 2017. Tesis de Maestría.

Ciudadela comparada con diversos estudios que usaron para la medición de funcionalidad familiar el Apgar, los resultados son comparables a los encontrados en esta investigación^{138, 139, 140}.

9.1 LIMITACIONES

Es importante señalar que los datos provienen de una fuente secundaria (censo), por tanto, existen limitaciones ligadas a los datos de dicha fuente. Sin embargo, el MAS realizado pudo disminuir el impacto de este tipo de fuente así como también la recolección de información adicional realizada por los investigadores del presente proyecto. Teniendo en cuenta las limitaciones propias del uso de fuentes secundarias, se podrían presentar los siguientes sesgos: sesgo de información, ocurrido en el momento de la entrevista, si existe un direccionamiento de la información hacia una respuesta determinada, esto podría conducir al entrevistador a preguntar de modo diferente las exposiciones a las personas e inclinar la respuesta hacia una respuesta. Para reducir este tipo de sesgo, el censo poblacional realizó un entrenamiento riguroso a los entrevistadores indicando la manera correcta en que se debía aplicar la encuesta a los residentes habituales de las viviendas de la Ciudadela. A su vez, se elaboró un instructivo para la realización de la encuesta el cuál fue aplicado y supervisado por los profesionales antes y durante de la aplicación de las encuestas.

¹³⁸ VIANA CAMPOS, Ana Cristina, et al. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 2014, vol. 12, no 1, p. 166.

¹³⁹ ANDRADE, Ana y MARTINS LOPES, Rosa María. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 2011, p. 185-199.

¹⁴⁰ PRAZERES, Filipe; SANTIAGO, Luiz. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 2016, vol. 14, no 1, p. 156.

Aunque la fuente de información principal de información proviene de datos secundarios, se pudo realizar un muestreo aleatorio simple para garantizar un análisis probabilístico que permitiera una mayor representatividad de la población de estudio, así como también, se realizó un análisis de sensibilidad entre los datos provenientes del censo y los datos del muestreo aleatorio. Este análisis permitió identificar que no existían diferencias importantes entre los datos provenientes del censo y del muestreo aleatorio por lo cual se tomó como fuente de información para esta investigación la información seleccionada en el muestreo aleatorio simple.

El análisis multivariable secundario usó la variable calidad de vida dicotomizada en un puntaje del que no se tiene validación previa como punto de corte para la escala EUROHIS-QOL, lo cual es una limitación del análisis secundario. Los investigadores de este trabajo asumen que a pesar de que la dicotomización de la variable calidad de vida a partir de un punto de corte a priori no está basado en una validación, esta se realizó con el fin de facilitar la interpretación de los resultados a la comunidad. Además, si bien la categorización de la variable calidad de vida se realizó a partir de los criterios establecidos por los investigadores, se consideró para esto los estadísticos descriptivos del puntaje de calidad de vida de la escala original, a partir de las posibilidades de obtener un puntaje mínimo de tres en cada uno de los 8 ítems. Por tanto, esta categorización corresponde a la distribución de los datos y de la variable calidad de vida de la escala original.

Respecto al análisis propuesto al inicio de la investigación, no se pudo realizar un modelo de regresión poisson sencillo dado que no se cumplía el supuesto de equidispersión, sin embargo, se pudo realizar una corrección por medio de un modelo de regresión multivariable generalizado de la familia poisson con varianza robusta que permitió un mejor ajuste del modelo y el cumplimiento del supuesto.

Se pudo presentar un posible sesgo de selección dado que la encuesta representa únicamente a las personas que permanecen la mayor parte del tiempo en la

vivienda, o también llamados residentes habituales. Sin embargo, dentro del proceso de recolección de información se logró ingresar a la Ciudadela en distintos momentos del día, así como también, en distintos días de la semana incluido un fin de semana, por tanto, esta investigación cuenta con representatividad de la población mayor de 18 años de la Ciudadela Nuevo Girón e incluye aquellos que también son trabajadores independientes y formales que estaban en días de descanso. Este aspecto no representa una debilidad para los objetivos planeados por el estudio dado que contiene la información de las personas que permanecen más tiempo en la CNG y son conocedoras de la dinámica interna de la misma.

Respecto a la funcionalidad familiar, el instrumento usado para la medición (Apgar) refleja la percepción de un solo miembro de la familia, y es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado¹⁴¹. Sin embargo, el lugar de la entrevista es importante para exteriorizar las problemáticas familiares, por tanto, el hecho de realizar una encuesta en casa y con presencia de la familia pudo significar la inclinación de las respuestas de los entrevistados hacia una funcionalidad familiar buena. Por tanto, se recomienda para próximas investigaciones realizar entrevista al menos en dos ocasiones posteriores para identificar procesos que describan de mejor manera si la familia cuenta con buena funcionalidad.

Para disminuir el sesgo de confusión se usó como estrategia la revisión inicial de la literatura sobre las variables determinantes importantes relacionadas con calidad de vida y se planteó un diagrama acíclico dirigido -DAG- que permitió el análisis de las posibles relaciones causales de las variables independientes, mediadoras y confusoras, para ser incluido en los modelos de regresión propuestos. Con esto se pudo identificar el set mínimo de variables para la construcción de los modelos de regresión multivariable.

¹⁴¹ SUAREZ CUBA, Miguel A.; ALCALÁ ESPINOZA, Matilde. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, 2014, vol. 20, no 1, p. 53-57.

La presente investigación abordó las condiciones relacionadas con la percepción de calidad de vida en el marco de los determinantes sociales de la salud en una comunidad vulnerable del área metropolitana de Bucaramanga. Bajo este enfoque únicamente se tuvieron en cuenta los determinantes intermedios de la salud dado que los determinantes estructurales refieren a niveles superiores que sobrepasan nuestro alcance. Sin embargo, es importante indicar que se necesitan políticas públicas integrales que garanticen las condiciones de vida, el bienestar social y la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela evidenciados en este trabajo. Por tanto, se debe considerar que no solamente la garantía material de una vivienda que cubra las necesidades básicas es suficiente para alcanzar el bienestar de las personas, sino que también deben mejorarse las condiciones y oportunidades laborales para jóvenes y adultos, oportunidades y acceso a la educación (no solamente en los niveles básicos y medios, sino también en la educación superior), la seguridad al interior de la comunidad, los servicios de salud, acompañamiento a problemáticas de resolución de conflictos y violencia, asistencia a problemáticas de drogodependencia y expendio de estupefacientes.

9.2 FORTALEZAS

El presente estudio corresponde a un estudio analítico de corte transversal con el cual se pudieron identificar las características actuales correspondientes a los factores sociales, familiares e individuales de los habitantes de la CNG. De acuerdo con ello se estimó la percepción de calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón, así como también la dirección y magnitud de la asociación entre estos factores con la percepción de la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela. Lo anterior constituye un avance al entendimiento de los determinantes sociales de la salud y las relaciones que tienen con la calidad de vida de las poblaciones vulnerables del país.

Como fortalezas importantes del estudio se tiene que: primero se pudo realizar una recolección adicional de información basada en el MAS. Este aspecto permitió mejorar la representación muestral de la Ciudadela Nuevo Girón. Segundo, el abordaje analítico se hizo por medio de dos perspectivas, modelando un el puntaje de calidad de vida y dicotomizando, estas dos formas de análisis cuantitativo proporcionan dos posibilidades de medir y entender la calidad de vida. Adicionalmente, los resultados obtenidos de las dos mediciones mostraron consistencia en las variables más asociadas con la percepción de la CV lo que permite tener unos resultados más robustos y cercanos a la realidad de la CNG. A su vez, el análisis de sensibilidad realizado permitió tener una mejor selección de los modelos de regresión acompañado de una correcta selección muestral comparada con los datos provenientes del censo para garantizar un abordaje estadístico adecuado. Tercero, para la recolección de la información se contó con el apoyo de las lideresas de la Ciudadela Nuevo Girón, esto permitió una mayor confianza de los participantes en el momento de contestar la encuesta así como también objetividad de los encuestadores para su aplicación. Por último, el apoyo del comité de ética durante todo el proceso de investigación permitió brindar garantías a los participantes para expresar las respuestas en la entrevista y para mantener la confidencialidad de la información suministrada en las mismas.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Sin obviar las anteriores limitaciones, nuestros resultados sugieren que los programas sociales y comunitarios, tanto gubernamentales como aquellos de iniciativa privada o mixtos, deben considerar la educación, las problemáticas de inseguridad y la funcionalidad familiar al momento de diseñar estrategias de intervención específicas en comunidades vulnerables.

Se espera con los posibles beneficios alcanzados, apuntar a la superación de algunas de las problemáticas sociales más sentidas por la comunidad. El conocimiento aportado producto de esta investigación puede ser útil para que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así como los tomadores de decisiones en políticas públicas a nivel local, tengan evidencia del impacto generado por los programas de desarrollo social de base comunitaria, y la importancia que pueden tener estos en la solución de las problemáticas sociales de comunidades vulnerables.

Este estudio se constituye como un documento importante que destaca aspectos descriptivos sociodemográficos al interior de la Ciudadela y aporta recomendación que pueda tener injerencia en la planeación de las intervenciones dentro del proyecto de desarrollo comunitario endógeno. En este caso, teniendo en cuenta los resultados de esta investigación se recomienda en el marco del PDCE generar intervenciones que busquen consolidar procesos educativos en los habitantes de la Ciudadela mayores de 18 años que les permitan acceder a más y mejores oportunidades laborales para mejorar su calidad de vida. A su vez, que se intervengan aspectos como la seguridad dentro del barrio y las relaciones al interior de la familia. Al priorizar en las intervenciones la comunidad obtendrá mayores beneficios y la mejora en la CV a nivel general.

BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO ALEMÁN, J.; TRUJILLO PÉREZ, M.; LOPÉZ SAUCEDO, M. Problemática grupos vulnerables: visiones de la realidad. [En Línea]. *Universidad Autónoma de Coahuila. Estudios de posgrado e investigación*, 2013. p. 212. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000037.pdf>

ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella. The social determinants of health: beyond the risk factors perspective. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2009, vol. 8, no 17, p. 69-79.

ANDRADE, Ana y MARTINS LOPES, Rosa María. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 2011, p. 185-199.

ARAUJO GONZÁLEZ, Rafael. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Revista Novedades en Población*, 2015, vol. 11, no 21, p. 89-96.

ARDILA, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 2003, vol. 35, no 2, p. 161-164.

ARELLANO, Oliva López; ESCUDERO, José Carlos; CARMONA MORENO, Luz Dary. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 2008, vol. 3, no 4, p. 323-335.

ARIZA SILVA, Nancy Juliana y CASTELLANOS CASTO, Walter. Implementación de la planeación estratégica participativa estratégica participativa como herramienta para el desarrollo comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón. [En Línea]. Tangara

UIS. Trabajo de Grado: Trabajador Social. Universidad Industrial de Santander. 2012. Disponible en: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2012/142944.pdf>

BACKES, Vanessa, et al. Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2011, vol. 27, p. 573-580.

BADIA LIACH, X. y LIZAN TUDELA, L. Estudios de calidad de vida. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. *Revista Elsevier Sci*. 2003. Vol 5. pp. 250–61.

BALLESTEROS ARJONA, Virginia. Urbanismo, medio ambiente y salud. [En Línea]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. 2011. p. 1–49. Disponible en: <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=ODguaG90bGluaw==>

BLANCH, J. M. Calidad de vida laboral en empleados temporales del Valle de Aburrá- Colombia. *Revista Ciencias Estratégicas*. 2010. Vol. 18(24). pp. 225–36.

BOLTE, Gabriele, et al. Environmental Health Inequalities in Europe. *Assessment Report. Copenhagen: WHO*, 2012. p. 212.

BONILLA GUTIÉRREZ, Diego Fernando. El Capital Social La Educación. *Revista Estudios Gerenciales*. Cali Abril/Junio. 2001. Vol.17 no.79

BRUNNER, E., WILKINSON, R. y MARMOT, M. Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. Organización Mundial de La Salud (OMS). 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 2007, vol. 17, p. 77-93.

CAMARGO, Diana Marina; RAMÍREZ, Paula Camila y FERMINO, Rogerio César. Individual and environmental correlates to quality of life in park users in Colombia. *International journal of environmental research and public health*, 2017, vol. 14, no 10, p. 1250.

CANTÚ MARTÍNEZ, Pedro César. Calidad de vida y sustentabilidad: una nueva ciudadanía. *Ambiente y Desarrollo*, 2015, vol. 19, no 37, p. 9-22.

CARBALLEDA, Alfredo Juan. La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas. [En Línea]. Organización Margen. Disponible en: <http://www.margen.org/carballeda/Problematicas%20sociales.pdf> 2005.

CARDONA JIMÉNEZ, Jairo León, et al. El afrontamiento de la soledad en la población adulta= Facing loneliness of adult population. *Medicina UPB*, 2011, vol. 30, no 2, p. 150-162.

CARDONA-ARIAS, Jaiberth Antonio; GIRALDO, Elizabeth; MAYA, María Antonia. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médicas UIS*, 2016, vol. 29, no 1, p. 17-27.

CARDONA-ARIAS, Jaiberth Antonio; LEÓN-MIRA, Vanessa; CARDONA-TAPIAS, Alejandro Antonio. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Revista Colombiana de Reumatología*, 2013, vol. 20, no 1, p. 19-29.

CARDONA-ARIAS, Jaiberth. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia Médica*, 2011, vol. 42, no 4. p. 438–47.

CARMONA, Z.; PARRA, D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Revista científica Salud Uniorte*, 2015, vol. 31, no 3.

CASAVIELLES, Rodríguez, et al. Mejoramiento sostenible de la calidad de vida de la población mediante el trabajo comunitario. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2011, vol. 37, p. 219-229.

CDSS, OMS. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes Sociales de la salud. En *Documento de trabajo de la conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Documento Comisión Determinantes Sociales de la Salud*. 2011.

CHATURVEDI, Santosh K. What's important for quality of life to Indians—in relation to cancer? *Social Science & Medicine*, 1991, vol. 33, no 1, p. 91-94.

COBO-MEJÍA, E. A.; PRIETO-PERALTA, M. y SANDOVAL-CUELLAR, C. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con hipertensión arterial sistémica: revisión sistemática y metaanálisis. *Rehabilitación*, 2015, vol. 50, no 3, p. 139-149.

CÓDIGO DE NUREMBERG. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. USAC. 1997, p. 1.

COLEGIO FE Y ALEGRÍA. Análisis de contexto Ciudadela Nuevo Girón. Colegio Mario Morales Delgado Fé y Alegría. 2014.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [En Línea]. MINSALUD. 2015. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady407.pdf

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. [En Línea]. MINSALUD. 2012 p. 2012–21. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política de Atención Integral en Salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente”. [En Línea]. MINSALUD. Bogotá D.C., Enero de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas en el marco de la ley 1448 de 2011. Oficina de Promoción Social con la Colaboración Puntual de las Direcciones de: Promoción y Prevención y Prestación de Servicios. 2013. p. 1–131.

COMISIÓN OMS SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una generación Alcanzar la equidad Sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la salud. 2008, p. 31.

CORREDOR PARRA, Lina Rocío. Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell en español, para personas con enfermedad crónica. Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo. Línea de Investigación: Calidad de Vida en Personas con Enfermedad Crónica no Transmisible. Tesis de Maestría. Universidad Nacional. 2015.

DA ROCHA, Neusa Sica, et al. The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value in Health*, 2012, vol. 15, no 3, p. 449-457.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – (DANE); DIRECCIÓN DE METODOLOGÍA Y PRODUCCIÓN ESTADÍSTICA – DIMPE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ECV- 2016. [En Línea]. DANE. 04 de abril de 2017. Disponible en: http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/456/get_microdata

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN y DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL. Mecanismos de focalización. Cuatro estudios de caso. Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia. 2007.

DÍAZ DÍAZ, Ana María y GALLO ASCENCIO, Derly Carolina. *Calidad de vida asociada a los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores de Antioquia, año 2012*. Tesis Doctoral. Universidad del Rosario. 2012.

DIDERICHSEN, Finn; EVANS, T. y WHITEHEAD, M. Bases sociales de las disparidades en salud. *Evans T, organizador. Desafío a la falta de equidad en la salud. Washington: OPS/Fundação Rockefeller*, 2002, p. 13-24.

DUMITRESCU, A. Trias OQ. Eurohis. Developing common instruments for health surveys. WHO. 2003. 193 p.

ESPINOZA, Iris, et al. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*. 2011, vol. 139, no 5, p. 579-586.

EVANS, T.; WHITEHEAD, M. y DIDERICHSEN F. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. 2002. 1-165 p.

Facultad de derecho. Pautas Éticas CIOMS. 2007.

FERNÁNDEZ PEREIRA, Juan Pablo. *Seguridad humana*. Universidad Autónoma de Barcelona. Departament de Dret Públic i de Ciències Historicojurídiques. 2006.

FIELD, R. A., et al. Population exposure to air pollutants in Europe (PEOPLE): Methodological strategy and basic results. *Inst for Environ and Sustainab*, 2005, p. 1-62.

FLECK, Marcelo, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saude publica*, 2000, vol. 34, no 2, p. 178-183.

GARCÍA RAMÍREZ, Jorge Alejandro y VÉLEZ ÁLVAREZ, Consuelo. Social determinants of health and quality of life of the adult population of Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2017, vol. 43, no 2, p. 191-203.

GARCÍA-RAMÍREZ, Jorge Alejandro y VÉLEZ-ÁLVAREZ, Consuelo. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 2013, vol. 15, p. 731-742.

GARCÍA-GÓMEZ, Pilar y OLIVA, Juan. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gaceta Sanitaria*, 2009, vol. 23, p. 38-46.

GONZÁLEZ TOVAR, José; GARZA-SÁNCHEZ, Rosa Isabel. Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad ccvamc-

62. *CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 2016, vol. 23, no 1, p. 17-25.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1999, vol. 53, no 5, p. 263-263.

GUYATT, Gordon H. y COOK, Deborah J. Health status, quality of life, and the individual. *Jama*, 1994, vol. 272, no 8, p. 630-631.

JAYASINGHE, Saroj. Social determinants of health inequalities: towards a theoretical perspective using systems science. *International journal for equity in health*, 2015, vol. 14, no 1, p. 71.

LEURO, G. Propuesta: Plan de Desarrollo Comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón del municipio de Girón, Santander. 2013.

LEVI, L. y ANDERSON, L. La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. *Ormaza I. Grupos de apoyo en la vejez. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco*, 1980.

MARTÍNEZ ALIER, Joan. La pobreza como causa de la degradación ambiental: un comentario al Informe Brundtland. Documentos de Análisis Geográfica 18. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Economia i d'Història Econòmica. 1991 p. 55–73.

MARTÍNEZ LASSO, Yerly Yeisure. Los subsidios Del Estado colombiano y el comportamiento socioeconómico que se genera por el acceso a estos. Repositorio Universidad Militar Nueva Granada. 2013.

MEJÍA ORTEGA, Luz Mery. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 2013, vol. 31, p. 11.

MELGUIZO HERRERA, Estela; ACOSTA LÓPEZ, Ana; CASTELLANO PÉREZ, Brunilda. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 2012, vol. 28, no 2.

MERCER LATINOAMERICA. Calidad de Vida Internacional. [En Línea]. MERCER. 04 de marzo de 2015. p.3. Disponible en: <https://www.latam.mercer.com/newsroom/mercer-calidad-de-vida-internacional-2015.html>

MIELES-BARRERA, María Dilia; ACOSTA, Alejandro. Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2012, vol. 10, no 1, p. 205-217.

MOISO, Adriana. Determinantes de la Salud. In: *Fundamentos de Salud Pública*. Argentina: EDULP. 2014. p. 161–89.

MUNDIAL, Asociación Médica. Declaración de Helisinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Centro de Documentación en Bioética 2013. Disponible en: <http://www.redsamid.net/archivos/201606-declaracion-helsinki-brasil.pdf>, vol. 1.

MUÑOZ CONDE, Manuel; PACHÓN GARCÍA, Nelson. La calidad de vida y la situación de pobreza de la población desplazada (2008-2010). *Cuadernos de Economía*, 2011, vol. 30, no 55, p. 179-216.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. National Institutes of health. 2003. p. 12.

OLAVE FARÍAS, Didima, et al. Metodología básica para medir la Calidad de Vida en ciudades intermedias de Chile. *Revista Geográfica*, 2001, p. 73-82.

ORDÓÑEZ, Gonzalo A. Salud ambiental: conceptos y actividades. *Revista Panamericana de salud pública*, 2000, vol. 7, p. 137-147.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. En: Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. 2005. p. 1–72.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. 2000. p. 1–50.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2009 p. 1–5.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud para las Américas. [En Línea]. Salud para las Américas. Publicación Científica y Técnica Nro. 636: Panorama Regional y Perfiles del País. Ediciones 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-americas-edicion-2012-43&alias=75-salud-americas-edicion-2012-panorama-regional-perfiles-pais-5&Itemid=231&lang=es

PASARÍN, María Isabel, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 2010, vol. 24, p. 23-27.

PAYNE-STURGES, Devon; GEE, Gilbert C. National environmental health measures for minority and low-income populations: tracking social disparities in environmental health. *Environmental Research*, 2006, vol. 102, no 2, p. 154-171.

PICÓN O., José M. Escuela de padres y madres por un nuevo Girón. Girón, Santander. 2012.

PIZARRO HOFER, Roberto. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina [En Línea]. Serie estudios estadísticos y prospectivos. 2001. 69 p. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf;jsessionid=5EB6316C346859D7B1C71D8680EB5C61?sequence=1%5Cnhttp://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf;jsessionid=F94EE6CA3F70BC2A40ED610774D3228B?sequence=1

PRAZERES, Filipe; SANTIAGO, Luiz. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 2016, vol. 14, no 1, p. 156.

QUINTERO, G. Comunicación personal a J. Grau. 1996.

ROJAS VILLARRAGA, Adriana, et al. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 2005, vol. 12, no 4, p. 295-300.

SAÍN, Marcelo. Guía de evaluación del estado de la seguridad ciudadana en América Latina. *PNUD LAC SURF*, 2005.

SCHMIDT, Silke; MÜHLAN, Holger; POWER, Mick. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*, 2005, vol. 16, no 4, p. 420-428.

SEGARRA ESCANDÓN, Marco Vinicio. *Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Gguaraynag, Azuay. 2015-2016*. 2017. Tesis de Maestría.

SHUMAKER, S. A. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. *The International Assessment of Health-Related Quality of Life*, 1995, p. 375.

SOLAR, Orielle e IRWIN, Alec. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010. p. 79.

SUAREZ CUBA, Miguel A.; ALCALÁ ESPINOZA, Matilde. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, 2014, vol. 20, no 1, p. 53-57.

SUÁREZ, F. M. Problemas Sociales y Problemas de Programas Sociales Masivos. Centro Interamericano para al Desarrollo Social (CIDES). [En Línea]. Repositorio CEPAL. 1989. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/33446/S8900328_es.pdf?sequence=6&isAllowed=y

THE PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION PROMOTING HEALTH IN THE AMERICAS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Septiembre de 1978. p. 3.

TORRES, M.; QUEZADA, M.; RIOSECO, R. y DUCCI, M. E. Rioseco R, Ducci. Escala De Calidad De Vida Whoqol-Bref: Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Revista Médica de Chile* 2008; 136: 325-333.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA. Diseño, implementación y validación de un Modelo para la Gestión Sostenible y la Maximización del Impacto de Programas en Beneficio de Comunidades Vulnerables. Caso Plan de Desarrollo Comunitario de la Ciudadela Nuevo Girón del municipio de Girón, Santander. 2014.

URBINA, Manuel; BLOCK, Miguel González. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. *Instituto Nacional de Salud Pública, y Academia Nacional de México de Medicina*, 2012. 132 p.

URZÚA, Alfonso; CAQUEO-URÍZAR, Alejandra. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 2012, vol. 30, no 1, p. 61-71.

VEGA, J.; SOLAR, O.; IRWIN, A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad*, 2005, vol. 89. p. 9–18.

VÉLEZ ÁLVAREZ, Consuelo; PICO MERCHÁN, María Eugenia y ESCOBAR POTES, María del Pilar. Determinantes sociales de la salud y calidad de vida en trabajadores informales: Manizales, Colombia. *Revista Salud de los Trabajadores*, 2015, vol. 23, no 2, p. 95-103.

VÉLEZ, Claudia Marcela; GARCÍA GARCÍA, Héctor Iván. Medición de la calidad de vida en niños. *Iatreia*, 2012, vol. 25, no 3, p. 240-249.

VIANA CAMPOS, Ana Cristina, et al. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 2014, vol. 12, no 1, p. 166.

VILLAR AGUIRRE, Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta médica peruana*, 2011, vol. 28, no 4, p. 237-241.

VILLAR, Eugenio. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde e Sociedade*, 2007, vol. 16, p. 7-13.

WHOQOL GROUP, et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 1995, vol. 41, no 10, p. 1403-1409.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health in the post-2015 development agenda : need for a social determinants of health approach Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health. Declaración conjunta de la plataforma de las Naciones Unidas sobre los determinantes sociales de la salud. 2015. pp. 1–18.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Urban poverty and health in developing countries. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. The Millennium Development Goals Report. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Los determinantes sociales de la salud: Conceptos clave. Organización Mundial de La Salud. 2014.

ANEXOS

ANEXO A. CENSO Y ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA CIUDADELA NUEVO GIRÓN

CENSO Y ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA CIUDADELA NUEVO GIRÓN

Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Universidad Industrial de Santander (UIS)-Escuela de Medicina-Departamento de Salud Pública.

Objetivo de la encuesta: Caracterizar la población y las condiciones de calidad de vida de la comunidad de la Ciudadela Nuevo Girón del municipio de Girón. El siguiente cuestionario contiene una serie de preguntas respecto a características demográficas, calidad de vida y funcionalidad familiar. La información suministrada por usted servirá para realizar una caracterización y evaluar algunas condiciones sociales de su comunidad para el “Proyecto de desarrollo endógeno de la Ciudadela Nuevo Girón” que es un proyecto de desarrollo comunitario que se está desarrollando en la Ciudadela con acompañamiento de las Hermanas de la Presentación y la Universidad Autónoma de Bucaramanga y en el cual la UIS es una institución aliada. La información obtenida en esta encuesta permitirá a la comunidad y sus instituciones acompañantes tener una mejor planeación de los grupos de población y prioridades a ser atendidas en el plan de desarrollo comunitario. Su participación es muy importante y voluntaria. La información suministrada por usted se manejará de manera estrictamente confidencial y nunca sus datos serán identificados con nombre o ubicación de familia. De igual manera usted podrá suspender la participación en esta encuesta en cualquier momento si así lo desea. De acuerdo con lo anterior, declaro haber leído y comprendido esta información y declaro que deseo participar en la encuesta: SI ____ NO ____

Para cualquier duda sobre esta encuesta puede comunicarse con la profesora Laura Andrea Rodriguez al tel. 6344000 ext. 3327 o con la profesora Claudia Isabel Amaya al tel. 6344000 ext. 3037, ambas profesoras del Dpto. de Salud Pública UIS.

Fecha	D	M	A
--------------	----------	----------	----------

Sector _____ Entrevistador: _____ Código vivienda: _____

A. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

1. ¿Cuántos hogares hay en esta vivienda? _____ 2. ¿Cuántas personas conforman este hogar? _____

3. ¿Cuál es su papel en este hogar? Jefe hogar _____ Compañero/a jefe hogar _____ Otro: _____ ¿Cuál? _____

4. Liste los miembros del hogar que residen habitualmente en la vivienda comenzando por el entrevistado (#1):

N o	Sex o		Eda d (año s)	Ocupaci ón*	Discapaci dad		Tipo de discapacidad					Otra Discapacida d ¿Cuál?
	F	M			Si	N o	Visual	Auditi va	Voz/hab la	Movimien to	Neurológi ca	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

*Tipo ocupación: 1-Ama de casa 2-Estudiante 3-Empleado 4-Trabajador Independiente 5 Pensionado/Jubilado 6-Desocupado 7-No aplica (menores)

B. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿Ha vivido solamente en un sitio o en más de un sitio en los últimos 6 meses?						
☐ Un sitio			☐ Más de un sitio			
2. ¿En qué zona residía antes de vivir en este Ciudadela?						
☐ Zona rural			☐ Zona urbana			
3. ¿Cuál es su estado civil actual?						
☐ Casada(o)	☐ Unión libre	☐ Separada(o)	☐ Viuda(o)	☐ Soltera(o)/nunca unida(o)		
4. ¿Cuál es el nivel escolar completo más alto que ha aprobado?						
☐ Primaria	☐ Secundaria	☐ Técnico/Tecnólogo	☐ Universidad	☐ Sin estudio		
5. ¿A cuál régimen de seguridad social en Salud está afiliado(a)?						
☐ Contributivo	☐ Subsidiado	☐ Especial	☐ No afiliado(a)			
6. ¿Hace cuantos años reside en este Ciudadela?						
☐ Menos de 1 año	☐ De 1 a 5 años	☐ De 6 a 10 años	☐ Más de 10 años			
7. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta usted en su vivienda? Menciónelos todos						
☐ Agua	☐ Energía eléctrica	☐ Recolección de basuras	☐ Gas	☐ Internet	☐ Televisión	☐ Teléfono
8. ¿Cuál fue la principal razón por la cual se le asignó una vivienda en la ciudadela Nuevo Girón a su familia?						

☐ Emergencia invernal	☐ Violencia	☐ Desempleo	☐ Pobreza	Razones ☐ familiares	☐ Razones de salud	☐ Otra. ¿Cuál? ?
9. ¿Cuántas personas viven en esta vivienda? _____				10. ¿Cuántos dormitorios tiene esta vivienda? _____		
11. ¿Usted o su familia son beneficiaria(o)s de algún programa social o comunitario? Sí_____ No_____						
12. Si es beneficiario indique el tipo de programa: Hogar infantil ICBF_____ Restaurante escolar_____ Familias en Acción_____ Red Unidos_____ Pilo paga_____ Apoyo anciano _____ ¿Otros? Indique cuáles _____ _____						

CENSO Y ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA CIUDELA NUEVO GIRÓN
Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander.

C. PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN DE SU CALIDAD DE VIDA					
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
	1	2	3	4	5
Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
3. ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
4. ¿Qué tan satisfecho está con usted mismo?	1	2	3	4	5
5. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales: amigos, familiares, conocidos, colegas?	1	2	3	4	5

6. ¿Qué tan satisfecho está con las condiciones de la vivienda?	1	2	3	4	5
Para nada	Muy poca	Más o menos	Bastante	Mucha	
7. ¿Se siente con energía suficiente para sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuenta con dinero suficiente para satisfacer sus necesidades diarias?	1	2	3	4	5

D. PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
Pregunta	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me siento satisfecha(o) con el apoyo o la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me siento satisfecha(o) con la forma en que mi familia					

habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.					
Me siento satisfecha(o) con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me siento satisfecha(o) con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor.					
Me siento satisfecha(o) con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.					
E. PREGUNTAS RELACIONADAS CON AMENAZAS DE SEGURIDAD PERCIBIDAS EN SU COMUNIDAD					
1. Usted ¿se siente insegura(o) en la Ciudadela?					
♦ Nunca	♦ Casi nunca	♦ Algunas veces	♦ Casi siempre	♦ Siempre	
2. Señale tres eventos o situaciones graves que le pueden ocurrir en la Ciudadela					
1. _____					
2. _____					
3. _____					

Muchas gracias por su participación. ¡Que tenga un buen día!

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
Variable Dependiente					
Calidad de vida como conteo	“Percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”	Sumatoria de puntuaciones de las ocho preguntas del cuestionario EUROHIS-QOL	Índice de Calidad de vida de EUROHIS-QOL - 8 ítems. Valor máximo: 40 Valor mínimo: 8	Cuantitativa de conteo	2 y 3
Calidad de vida dicotomizada	“Percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”	Sumatoria de puntuaciones de las ocho preguntas del cuestionario EUROHIS-QOL. Se tomarán los puntajes menores de 24 y mayores de 24	Puntajes menores de 24: Percepción de CV como regular o mala Puntajes mayores de 24: Percepción de CV como buena o muy buena	Cualitativa Nominal dicotómica	2 y 3
Variables independientes					
Factores individuales					
Edad <i>¿Cuántos años cumplidos tiene?</i>	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento del individuo hasta el momento de la entrevista	Años cumplidos según la cédula de ciudadanía	Edad en años cumplidos del participante	Cuantitativa Continua Razón	1;2
Sexo <i>¿Cuál es su sexo?</i>	Estatus biológico de una persona como hombre, mujer o intersexual, el cual se establece a partir de una	Sexo reportado por el entrevistador en la encuesta	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal Dicotómica	1;2

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
	diversidad de indicadores que incluyen los cromosomas sexuales, las gónadas, los órganos sexuales internos y los genitales (American Psychological association, 2011).				
Discapacidad	"Interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Convención de la ONU, 2006	Repuesta reportada por el entrevistado en la encuesta	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica	1;2
Tipo de discapacidad	Definición del tipo de discapacidad manifestado por la persona dada la limitación física que le impiden participar de manera plena y efectiva en la sociedad	Reporte hecho por el entrevistador en la encuesta	Visual Auditiva Voz/habla Movimiento Neurológica	Cualitativa Nominal Politómica	1;2
Estado conyugal	Condición que indica si una persona tiene o ha tenido alguna vez una pareja conyugal.	Reporte hecho por el entrevistado sobre su estado marital actual	Casada(o) Unión libre Separada(o) Viuda(o) Soltera(o)/ nunca unida(o)	Cualitativa Nominal Politómica	1;2

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
Nivel más alto de escolaridad	Nivel más alto de escolaridad obtenido por el entrevistado o participante del estudio	Nivel de educación más alto terminado	Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Universidad	Cualitativa Nominal Politómica	1;2
Años de educación	Años cursados de educación formal del participante	Reporte hecho por el entrevistador sobre la información suministrada por el entrevistado	Total de años de educación cursados	Cuantitativa Continua	1;2
Factores Sociales					
Ocupación	Actividad o trabajo al que dedica la mayor parte del tiempo actualmente	Reporte de actividad hecho en encuesta	Ama de casa Estudiante Empleado Trabajador Independiente Pensionado/Jubilado Desocupado	Cualitativa Nominal politómica	1;2
Sitio de residencia últimos 6 meses	Lugar donde la persona ha establecido su permanencia o estabilidad locativa en el último periodo de seis meses	Reporte hecho por el entrevistador sobre el sitio de residencia del entrevistado en los últimos seis meses si es un solo sitio o más de un sitio	Un sitio Más de un sitio	Cualitativa Nominal dicotómica	1;2

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
Tiempo de residencia en el barrio	Tiempo transcurrido desde que la persona llegó a vivir al barrio hasta el momento de la entrevista.	Año en que comenzó a residir en el barrio reportado por el entrevistado	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años Más de 10 años	Cualitativa Nominal Politómica	1;2
Zona de procedencia	Zona en que el participante residía antes de vivir en el barrio donde está siendo entrevistado	Reporte hecho por el entrevistador sobre la zona de residencia del entrevistado antes de vivir en el barrio donde reside actualmente	Zona rural Zona Urbana	Cualitativa Nominal Dicotómica	1;2
Causa de desplazamiento hacia el barrio <i>¿Cuál fue la principal razón por la cual salió del último lugar donde vivía?</i>	Definición de la principal causa por la cual el entrevistado tuvo que residir en el barrio.	Reporte del entrevistador sobre la principal causa de desplazamiento del entrevistado desde el último lugar de residencia hasta el actual	Violencia causada por grupos armados y delincuencia Fenómenos naturales Desempleo Pobreza Razones de educación Razones de salud Razones familiares	Cualitativa Nominal Politómica	1;2
Seguridad social <i>¿A cuál régimen de seguridad social en Salud está afiliado(a)?</i>	Se entiende como la afiliación a la seguridad social por tipo de régimen.	Reporte hecho por el entrevistador sobre el tipo de seguridad social del entrevistado	Contributivo Subsidiado Excepción Especial No está afiliado(a)	Cualitativa Nominal Politómica	1;2

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
			No sabe		
Índice de hacinamiento <i>¿Cuántas personas viven en este hogar?</i> <i>¿Cuántos dormitorios tiene esta vivienda?</i> <i>No se tendrá en cuenta como dormitorio el comedor ni la sala</i>	Índice obtenido del número de personas residentes en la vivienda con el número de cuartos disponibles de la vivienda.	Reporte del entrevistado sobre las personas residente en el hogar y el número de cuartos.	hasta 2.4 - sin hacinamiento. De 2.5 a 4.9 - hacinamiento medio. Más de 5.0 - hacinamiento crítico.	Cuantitativa discreta	1;2
Inseguridad percibida	Se ha definido este fenómeno como un sentimiento y/o pensamiento de vulnerabilidad asociado a la estimación de riesgo de ser víctima de delito, lo que permite hacer la distinción entre la dimensión cognitiva y la dimensión emocional	Reporte del entrevistado sobre como percibe la inseguridad en la Ciudadela	Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	Cualitativa politómica	1;2
Inseguridad percibida Evaluación subjetiva	Se tuvo en cuenta la inseguridad percibida de La dimensión subjetiva de la seguridad se refiere a los aspectos simbólico-culturales expresados en el conjunto de sensaciones, percepciones, valoraciones e interpretaciones sociales acerca del problema de la criminalidad y de las respuestas que	Reporte del entrevistado sobre como percibe la inseguridad en la Ciudadela	Si No	Cualitativa dicotómica	1,2

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
	el sistema de seguridad ciudadana da al mismo.				
Inseguridad subjetiva percibida categorizada	Se tuvo en cuenta la inseguridad percibida de evaluación objetiva teniendo en cuenta el guía par la evaluación de la seguridad ciudadana donde se esta se refiere “a los hechos de violencia, los conflictos vulneratorios del orden público y los eventos delictivos cometidos en una jurisdicción y que hayan sido registrados de algún modo por alguna agencia estatal u organización o entidad social. Los aspectos fundamentales de esta dimensión pueden expresarse en algunos indicadores básicos, a saber, (i) las condiciones sociales e institucionales de la violencia, el conflicto vulneratorio del orden público y el delito; (ii) los conflictos vulneratorios del orden público; (iii) el delito en general; (iv) las modalidades de criminalidad	Reporte del entrevistado sobre como percibe la inseguridad en la Ciudadela	- Condiciones sociales e institucionales de la violencia - Delito en general - Conflictos del orden público - Violencia delictiva - Ninguno	Cualitativa politómica	1,2

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
	compleja; (v) la violencia delictiva; y (vi) la violencia domestica, intrafamiliar, y contra las mujeres. Para todos ellos es necesario indicar situación actual y también evolución temporal” (74).				

Dimensiones de calidad de vida					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
Calificación de calidad de vida <i>¿Cómo calificaría su calidad de vida?</i>	Percepción de la calidad de vida del entrevistado	Calificación que le da el entrevistado a su propia calidad de vida como muy mal; mala; ni muy buena ni muy mala; buena; muy buena.	Muy mala Mala Ni buena no mala Buena Muy buena	Cualitativa Ordinal politómica	3
Satisfacción con la salud <i>¿Qué tan satisfecho está con su salud?</i>	Satisfacción de la persona entrevistada con su salud física en general	Calificación que asigna el entrevistado a la satisfacción que tiene con su salud desde la mínima satisfacción hasta muy satisfecho	Muy insatisfecho Insatisfecho Ni satisfecho/ ni insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho	Cualitativa Nominal Politómica	3
Satisfacción con capacidades para la vida diaria	Satisfacción del entrevistado con la	Reporte del entrevistador sobre la	Muy insatisfecho Insatisfecho	Cualitativa Nominal	3

Dimensiones de calidad de vida					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
<i>¿Qué tan satisfecho está con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?</i>	capacidad para realizar actividades de la vida diaria	satisfacción que siente en entrevistado sobre las capacidades para realizar las actividades diarias	Ni satisfecho/ ni insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho	Politómica	
Satisfacción consigo mismo <i>¿Qué tan satisfecho está con usted mismo?</i>	Satisfacción del entrevistado consigo mismo	Reporte del entrevistador sobre la satisfacción que tiene el entrevistado consigo mismo	Muy insatisfecho Insatisfecho Ni satisfecho/ ni insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho	Cualitativa Nominal Politómica	3
Satisfacción con los demás <i>¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales: amigos, familiares, conocidos, colegas?</i>	Satisfacción del entrevistado con las relaciones interpersonales con amigos, familiares, conocidos y colegas	Reporte del entrevistador sobre la satisfacción del entrevistado con las relaciones que entabla con los amigos, familiares, conocidos y colegas	Muy insatisfecho Insatisfecho Ni satisfecho/ ni insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho	Cualitativa Nominal Politómica	3
Satisfacción con condiciones de la vivienda <i>¿Qué tan satisfecho está con las condiciones de la vivienda?</i>	Satisfacción del entrevistado con las condiciones	Reporte del entrevistador sobre la satisfacción del entrevistado manifestada desde muy	Muy insatisfecho Insatisfecho Ni satisfecho/ ni insatisfecho Satisfecho	Cualitativa Nominal Politómica	3

Dimensiones de calidad de vida					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES QUE TOMA	ESCALA DE MEDICIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO
		insatisfecho hasta muy satisfecho	Muy satisfecho		
Percepción de energía para actividades diarias <i>¿Se siente con energía suficiente para sus actividades diarias?</i>	Percepción de la persona encuestada sobre la sensación de energía para realizar actividades de la vida diaria	Reporte registrado por el entrevistador sobre la percepción que tiene el entrevistado	Para nada Muy poca Más o menos Bastante Mucha	Cualitativa Ordinal Politómica	3
Dinero para necesidades básicas <i>¿cuenta con dinero suficiente para satisfacer sus necesidades diarias?</i>	Percepción de la persona entrevistada sobre el alcance del dinero para satisfacer las necesidades diarias	Reporte del entrevistador sobre la satisfacción que tiene o no el entrevistado sobre el dinero con el que cuenta para solucionar las necesidades básicas	Muy insatisfecho Insatisfecho Ni satisfecho/ ni insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho	Cualitativa Nominal Politómica	3

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL PARA LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Saludo cordial y respetuoso a la persona participante en la investigación.

Introducción: Estamos realizando una investigación con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociales, familiares e individuales con la calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela Nuevo Girón. Dicho proyecto es desarrollado por investigadores de la Universidad Industrial de Santander -UIS- con el aval del comité de ética en investigación de la CEINCI-UIS.

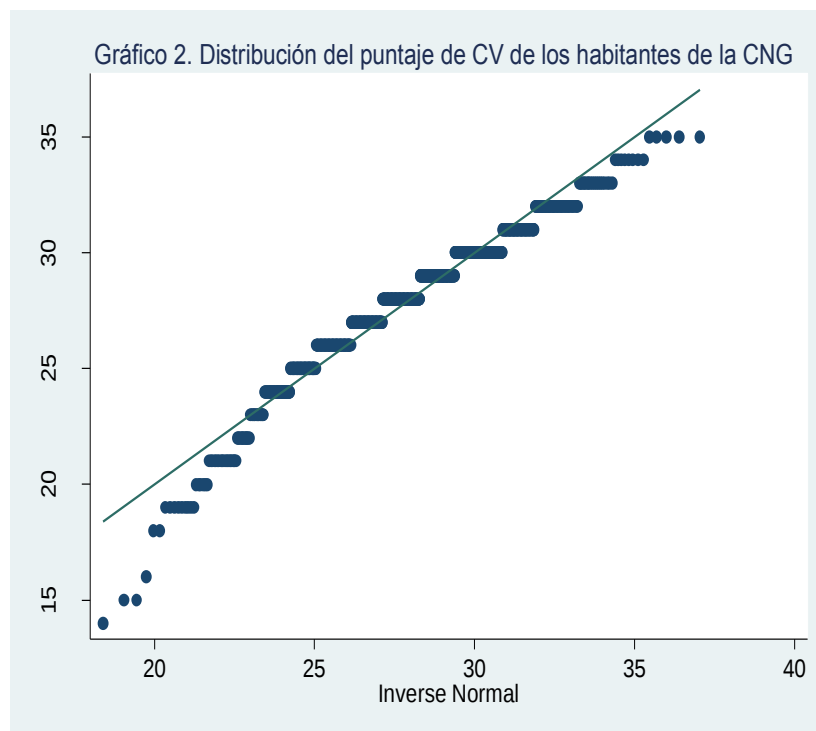
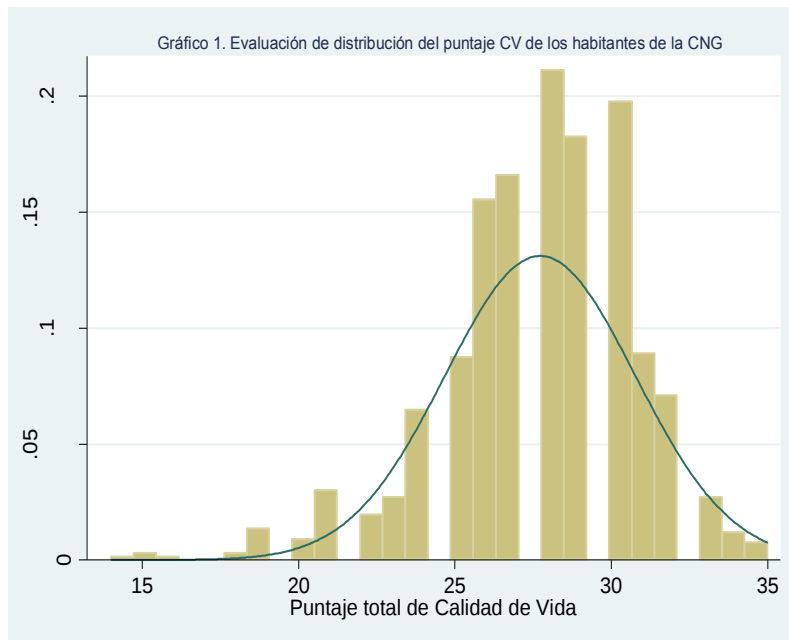
El siguiente cuestionario contiene una serie de preguntas respecto a características demográficas, calidad de vida y funcionalidad familiar. La información suministrada por usted servirá para realizar una caracterización y evaluar algunas condiciones sociales de su comunidad para el “Proyecto de desarrollo endógeno de la Ciudadela Nuevo Girón”, éste es un proyecto de desarrollo comunitario que se está desarrollando en la Ciudadela con acompañamiento de las Hermanas de la Presentación y la Universidad Autónoma de Bucaramanga y en el cual la UIS es una institución aliada.

La información obtenida en esta encuesta permitirá a la comunidad y sus instituciones acompañantes tener una mejor planeación de los grupos de población y prioridades a ser atendidas en el plan de desarrollo comunitario. Su participación es muy importante y voluntaria. La información suministrada por usted se manejará de manera estrictamente confidencial únicamente por los investigadores de este proyecto y nunca sus datos serán identificados con nombre o ubicación de familia. De igual manera usted podrá suspender la participación en esta encuesta en cualquier momento si así lo desea.

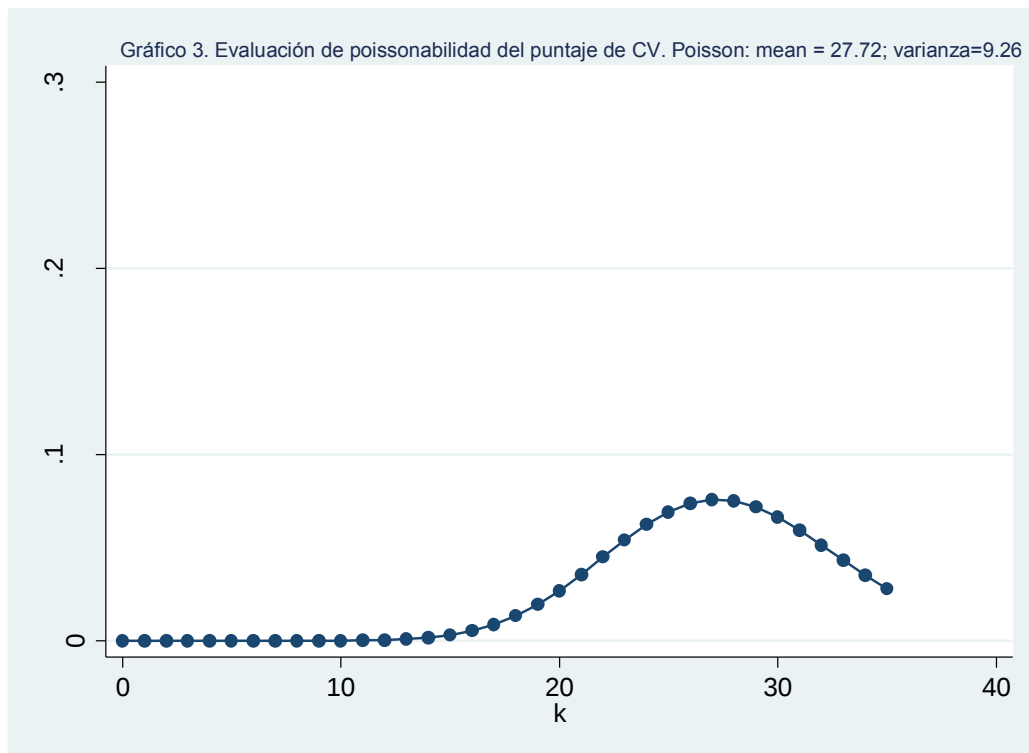
De acuerdo con lo anterior, usted declara haber comprendido esta información y declara que desea participar en la encuesta: SI ____ NO ____

Para cualquier duda sobre esta encuesta o sobre la investigación en la que va a participar, usted se puede comunicar con los investigadores Luz Dary Quintero Torres al tel: 3004559118, Laura Andrea Rodriguez al tel. 6344000 ext. 3327 o Claudia Isabel Amaya al tel. 6344000 ext. 3037, del Dpto. de Salud Pública UIS.

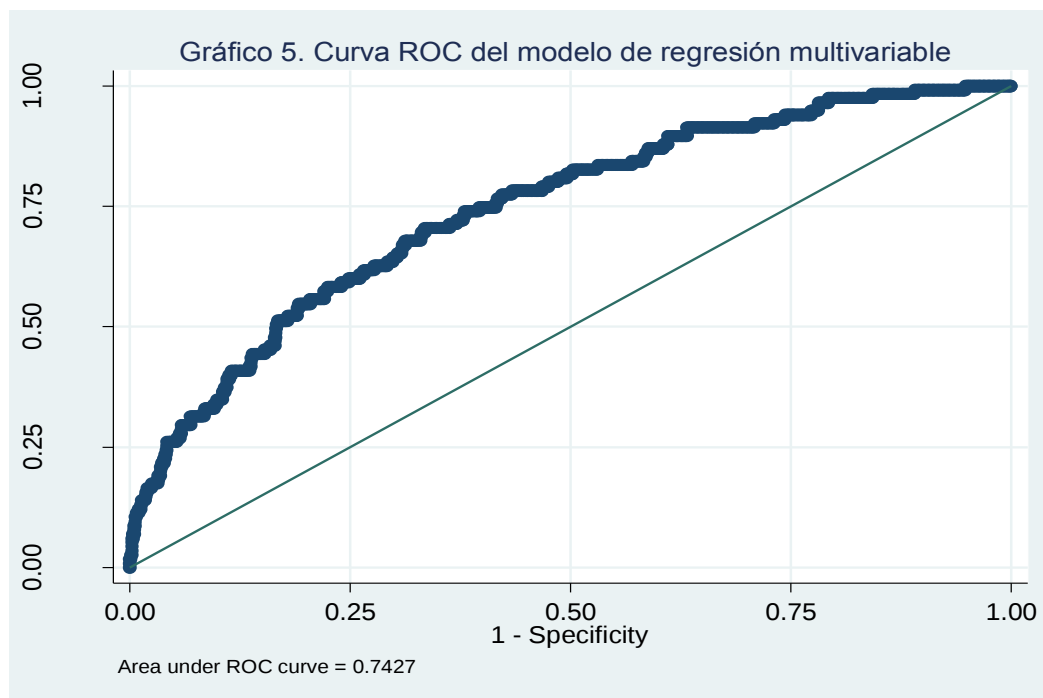
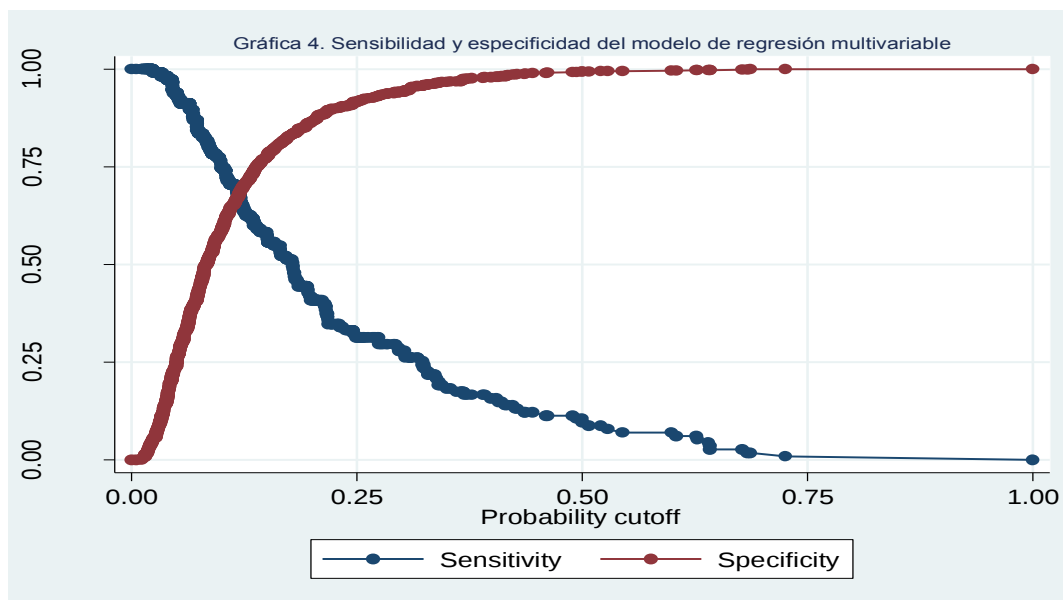
ANEXO D. EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE DE CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA CIUDADELA NUEVO GIRÓN.



ANEXO E. EVALUACIÓN DE POISSONABILIDAD DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA COMO UN PUNTAJE POR MÉTODOS GRÁFICOS.



ANEXO F. PRUEBAS DE EVALUACIÓN DE MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICO MULTIVARIABLES



ANEXO G. MODELO DE REGRESIÓN LOG BINOMIAL PARA EVALUAR LA ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES INDIVIDUALES, SOCIALES Y FAMILIARES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA CIUDADELA NUEVO GIRÓN EN EL AÑO 2017.

Factores individuales		Calidad de vida		
		OR (SE*)	IC 95%!	Valor <i>p</i>
Edad				
Ref. 18 a 29 años	30 a 44	0.83 (0.24)		
años		0.72(0.21)	[0.47-1.49]	0.54
45 a 64 años		0.64(0.28)	[0.40-1.30]	0.28
65 años o más			[0.27-1.53]	0.32
Sexo				
Ref. Femenino				
Masculino		0.85(0.27)	[0.46-1.59]	0.62
Discapacidad				
Ref. No				
Si		1.16(0.42)	[0.56-2.38]	0.67
Ocupación				
Ref. Ama de casa	Estudiante			
Empleado		0.43(0.47)	[0.05-3.61]	0.44
Trabajador Independiente		1.59(0.52)	[0.84-3.03]	0.15
Pensionado/Jubilado		9.68(0.27)	[0.55-1.70]	0.91
Sin empleo		3.51(2.78)	[0.74-16.61]	0.11
		0.92(0.48)	[0.32-2.60]	0.88
Estado civil				
Ref. casado(a)				
Separada(o)		2.28(0.87)	[1.07-4.85]	0.03*
Soltera(o)/ nunca unida(o)		1.02(0.36)	[0.50-2.07]	0.94
Unión libre		0.97(0.29)	[0.53-1.74]	0.91
Viuda(o)		1.24(0.53)	[0.53-2.89]	0.61
Nivel escolar				

Ref. Sin estudio	Primaria	0.59(0.15)	[0.35-1.00]	0.050
	Secundaria	0.31(0.99)	[0.17-0.58]	<0.001*
	Técnico/ tecnólogo	0.20(0.15)	[0.04-0.94]	0.042*
	Universitario	-	-	-
Régimen de seguridad social				
	Ref. Contributivo			
	Subsidiado	1.03(0.29)	[0.58-1.82]	0.91
	No afiliado	0.82(0.52)	[0.23-2.85]	0.76
Factores Sociales				
Años de residencia en la CNG**				
Ref. De 1 a 5 años	De 6 a 10 años			
	años	0.52(0.12)	[0.32-0.84]	0.008
	Menos de 1 año	1.22(0.47)	[0.56-2.63]	0.60
Zona de residencia anterior				
Ref. Zona rural	Zona urbana			
		0.73(0.18)	[0.44-1.19]	0.21
Asignación de vivienda				
	Ref. Emergencia invernal			
	Subarriendo	0.71(0.27)	[0.33-1.51]	0.37
	Violencia	0.99(0.41)	[0.43-2.25]	0.99
	Otros**	0.70(0.56)	[0.14-3.34]	0.66
Proporción de hacinamiento				
	Ref. Sin hacinamiento			
	Hacinamiento	1.31(0.40)	[0.71-2.39]	0.37
Beneficio de un programa social				
Ref. Sin beneficio	Si			
		0.73(0.15)	[0.47-1.12]	0.15
	Inseguridad percibida	0.66(0.22)	[0.34-1.28]	0.22

Ref. Nunca	Casi	0.64(0.17)	[0.37-1.09]	0.10
nunca		0.47(0.18)	[0.21-1.03]	0.06
Algunas veces		0.30(0.11)	[0.14-0.63]	<0.002*
Casi siempre				
Siempre				
Factores familiares				
Funcionalidad familiar -Apgar-				
Ref. Buena funcionalidad				
Disfuncionalidad leve y severa		2.94(0.85)	[1.66-5.21]	<0.001*
Número de hogares en la vivienda				
Ref. Un hogar				
Más de dos hogares		0.74(0.23)	[0.40-1.37]	0.34
Número de integrantes de la vivienda				
Ref. Menos de 5 integrantes				
6 o más integrantes		0.77(0.24)	[0.41-1.45]	0.43

+Intervalo de confianza del 95%; *CNG: Ciudadela Nuevo Girón; **Otros incluye: desempleo, pobreza, razones de salud, razones familiares, violencia; ***Otro incluye: cualquier otro parentesco que se tuviera con el jefe del hogar.

**ANEXO H. TABLA DE ANALISIS MULTIVARIABLE CON DATOS CENSALES.
ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD.**

**MODELO DE REGRESIÓN POISSON CON VARIANZA ROBUSTA PARA
EVALUAR LA ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES INDIVIDUALES, SOCIALES Y
FAMILIARES Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA
CIUDADELA NUEVO GIRÓN EN EL AÑO 2017 CON DATOS CENSALES.**

		Calidad de vida		
Factores individuales		RR (SE ⁺)	IC 95%!	Valor <i>p</i>
Edad		1		
	18 a 29 años	1.01 (0.01)		
	30 a 44 años	0.99(0.01)	[0.98-1.01]	0.84
	45 a 64 años	0.99(0.01)	[0.97-1.01]	0.81
	65 años o más		[0.96-1.01]	0.56
Sexo	Femenino	1		
	Masculino	1.00(0.01)	[0.98-1.02]	0.49
Discapacidad		1		
No		0.95(0.01)	[0.92-0.97]	<0.01*
Si				
Ocupación	Ama de casa	1		
	Estudiante	0.99(0.02)	[0.95-1.04]	0.99
	Empleado	0.99(0.01)	[0.97-1.01]	0.89
	Trabajador Independiente	1.01(0.01)	[0.99-1.02]	0.36
	Pensionado/Jubilado	0.99(0.03)	[0.93-1.06]	0.89
	Sin empleo	1.01(0.01)	[0.97-1.04]	0.50
Estado civil		1		
Casado(a)		0.97(0.01)	[0.94-1.01]	0.10
Separada(o)		0.98(0.01)	[0.96-1.01]	0.41
Soltera(o)/ nunca unida(o)		0.99(0.01)	[0.97-1.01]	0.48
Unión libre		0.97(0.01)	[0.94-1.01]	0.48
Viuda(o)				

Nivel escolar	Sin estudio	1		
Primaria		1.00(0.01)	[0.98-1.02]	0.51
Secundaria		1.02(0.01)	[0.99-1.04]	0.08
Técnico/ tecnólogo		1.01(0.01)	[0.98-1.04]	0.34
Universitario		1.11(0.04)	[1.02-1.20]	0.01*
Régimen de seguridad social	Contributivo	1		
Subsidiado		1.01(0.01)	[0.98-1.01]	0.82
No afiliado		1.03(0.01)	[0.99-1.06]	0.11
Factores Sociales				
Años de residencia en la CNG**	De 1 a 5 años	1		
De 6 a 10 años		1.00(0.01)	[0.99-1.02]	0.16
Menos de 1 año		1.00(0.01)	[0.97-1.03]	0.75
Zona de residencia anterior	Zona			
rural		1		
Zona urbana		1.01(0.01)	[0.99-1.03]	0.05
Asignación de vivienda	Emergencia			
invernal		1		
Subarriendo		0.99(0.01)	[0.97-1.01]	0.85
Violencia		1.00(0.01)	[0.98-1.03]	0.62
Otros**		1.00(0.26)	[0.99-1.10]	0.61
Proporción de hacinamiento	Sin			
hacinamiento		1		
Hacinamiento		0.97(0.01)	[0.95-0.99]	<0.01*
Beneficio de un programa social	Sin beneficio	1		
Con beneficio		1.00(0.01)	[0.99-1.01]	0.47
Inseguridad percibida	Nunca	1		
Casi nunca		1.03(0.01)	[1.01-1.06]	<0.01*

Algunas veces	1.03(0.01)	[1.01-1.05]	<0.01*
Casi siempre	1.05(0.01)	[1.03-1.07]	<0.01*
Siempre	1.06(0.01)	[1.04-1.09]	<0.01*
Factores familiares			
Funcionalidad familiar -Apgar-			
Buena funcionalidad	1		
Disfuncionalidad leve y severa	0.95(0.01)	[0.92-0.98]	<0.01*
Número de hogares en la vivienda			
Un hogar	1		
Más de dos hogares	1.01(0.01)	[0.99-1.03]	0.35
Jefatura del hogar			
Compañero/a	1		
Jefe del hogar	1.00(0.01)	[0.98-1.00]	1.01
Otro	1.01(0.01)	[0.98-1.03]	0.35
Número de integrantes de la vivienda			
Menos de 5 integrantes	1		
6 o más integrantes	1.01(0.01)	[0.98-1.03]	0.34

*SE=error estándar. IC95%: Intervalo de confianza del 95%. *Asociación estadísticamente significativa a un nivel de significancia de 0.05. CNG**: Ciudadela Nuevo Girón. Categorías de referencia: Edad: 18-28; Sexo: femenino; discapacidad: sin discapacidad; ocupación: ama de casa; estado civil: casado(a); nivel escolar: sin estudio; régimen de seguridad social: contributivo; Años de residencia en la CNG: de 1 a 5 años; Zona de residencia anterior: zona rural; Asignación de vivienda: emergencia invernal; Índice de hacinamiento: sin hacinamiento; beneficio de un programa social: sin beneficio; Inseguridad percibida: nunca; Funcionalidad familiar -Apgar-: buena funcionalidad; Número de hogares en la vivienda: un hogar; Número de integrantes de la vivienda: menos de 5 integrantes

ANEXO I. AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Logo	Logo
	
4110	
Bucaramanga,	
Estudiante LUZ DARY QUINTERO TORRES Investigadora principal	
Profesora LAURA ANDREA RODRÍGUEZ VILLAMIZAR Directora trabajo de investigación Maestría en Epidemiología Escuela de Enfermería Facultad de Salud Universidad Industrial de Santander	
Asunto: Aval Comité de Ética proyecto, "Determinantes sociales intermedios asociados con la percepción de calidad de vida de los habitantes de la Ciudadela de Nuevo Girón Santander".	
Cordial Saludo. El Comité de Ética en Investigación Científica de la Universidad Industrial de Santander (CEINCI-UIS) en reunión realizada el día 9 de febrero de 2018, según consta en el acta N° 01, evaluó los ajustes realizados al proyecto del asunto y al respecto conceptúa:	
En consideración a que el proyecto cumple con todos los requerimientos del CEINCI-UIS, el Comité acuerda por consenso, APROBAR el documento en digital y el consentimiento informado verbal en su última versión.	
Se recomienda emplear las estrategias que considere necesario, para verificar que el consentimiento informado verbal ha sido comprendido por los participantes. De otra parte, adoptar los mecanismos necesarios para garantizar la confidencialidad de la información recabada. Todo ello amparado en lo reglamentado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 del Congreso de la República de Colombia, por la cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales y en la Resolución de Rectoría 1227 del 22 de agosto de 2013, sobre el tratamiento de datos personales. Igualmente realizar los trámites necesarios en las instituciones para acceder a la información y a los participantes. Así mismo, socializar los resultados generados en este proyecto en las instancias correspondientes.	
De igual manera, especificar la institución a la que pertenece el investigador responsable, así como puntualizar el cronograma de actuación de los encuestadores.	
Se solicita que se remita al correo del Comité, información de las siguientes circunstancias, cuando lleguen a ocurrir:	
Elaboró César Hastamorir, revisó Francisco Espinel, aprobó Laura Rodríguez Villamizar.	

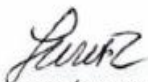
4110

- Reporte de mala práctica científica por parte de cualquier miembro del equipo investigador.
- Notificación previa de las modificaciones realizadas al protocolo.
- Reporte de cualquier eventualidad que usted considera deba conocer el CEINCI-UIS.
- Informe de avance sobre los aspectos éticos según guía e instructivo anexo. Este informe debe enviarse a la mitad del desarrollo de la investigación y al finalizar la misma según el cronograma establecido en el Formato FIN 65.
- El informe debe ser enviado al correo: ceinci.seguimientos@uis.edu.co

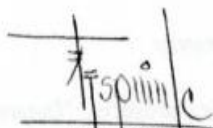
En el momento del seguimiento se verificará el cumplimiento de las consideraciones éticas.

En nombre del CEINCI-UIS le ofrecemos el apoyo que usted considere necesario, para la aplicación y salvaguarda de los asuntos éticos durante la investigación.

Atentamente,



LAURA A. RODRÍGUEZ VILLAMIZAR
Presidenta
CEINCI- UIS



FRANCISCO ESPINEL CORREAL
Secretario Técnico Científico
CEINCI- UIS

Copia: Profesora Claudia Isabel Amaya Castellanos (Departamento de Salud Pública), co-directora del trabajo de investigación.

Dra. Laura Andrea Rodríguez Villamizar, coordinadora de la Maestría en Epidemiología.

Archivo Comité de Ética – CEINCI-UIS