

**Factores asociados a la autopercepción en salud en una muestra de personas adultas del
municipio de Guachetá: Estudio transversal**

*Trabajo de grado para optar al título de
Magíster en Salud Pública*

**Presentado por:
María Del Mar Moreno Gómez**

**Director:
Camilo Alejandro Correal
Tutor:
Erwin Hernando Hernández**

**Universidad de La Sabana
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
2021**

Declaro que este trabajo de grado no ha sido presentado para optar a un título, ya sea en igual forma o con variaciones, en esta o cualquier otra universidad.

Agradecimientos

Agradezco a mis papás por haberme ayudado a cumplir todos mis sueños. A Ana María y a Ziggy por su paciencia y compañía. A mi director Camilo Correal y a mi tutor Erwin Hernandez por su ayuda incondicional. A Érika Suárez y al municipio de Guachetá por ayudarme a culminar este proceso.

María Del Mar Moreno Gómez

Contenido

Agradecimientos	3
Contenido	4
Resumen ejecutivo	6
Introducción	8
Pregunta de investigación y su justificación	9
Marco teórico	9
Estado del arte	11
Objetivos	13
<i>General</i>	<i>13</i>
<i>Específico</i>	<i>13</i>
Metodología	14
<i>Tipo de estudio.</i>	<i>14</i>
<i>Población y muestra.</i>	<i>14</i>
<i>instrumento de recolección de la información.</i>	<i>14</i>
<i>Métodos y técnicas de recolección de la información.</i>	<i>15</i>
<i>Procesamiento y análisis de la información</i>	<i>16</i>
Consideraciones Éticas	18
Resultados	19
<i>Población</i>	<i>19</i>
<i>Análisis por subgrupos</i>	<i>28</i>
<i>Análisis bivariado</i>	<i>34</i>
<i>Análisis multivariado</i>	<i>34</i>
Discusión	35
Conclusiones	39
Bibliografía	39
Anexos	45
<i>Anexo No. 1 Tipos de variables de la encuesta</i>	<i>45</i>
<i>Anexo No. 2 Encuesta</i>	<i>52</i>
<i>Anexo No. 3 Verificación por doble entrada</i>	<i>60</i>



<i>Anexo No. 4 Recodificación de las variables</i>	<i>61</i>
<i>Anexo No. 5 Cálculo del índice de capital social (CS)</i>	<i>62</i>
<i>Anexo No. 6 Tablas de análisis bivariado</i>	<i>63</i>
<i>Anexo No. 7 Tablas de análisis multivariado</i>	<i>73</i>

Resumen ejecutivo

La autopercepción en salud es definida como la apreciación que se tiene sobre el propio estado de salud. Este es un fenómeno multidimensional en el que actúan diversas variables como la salud psicológica, el capital social y algunos factores sociodemográficos como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el nivel de ingresos económicos, las enfermedades crónicas y la capacidad funcional.

Su estimación ha tomado relevancia en el campo de la salud pública ya que predice indicadores como morbilidad, mortalidad y uso de servicios sanitarios. Por lo tanto, su medición y la de los factores que la definen, es fundamental para los tomadores de decisiones, debido a que su inclusión dentro de los programas de gobierno puede ayudar a intervenir las variables que más estén afectando el estado de salud, con el objetivo de aumentar el bienestar de la comunidad.

Se realizó un estudio de tipo transversal en un grupo de adultos del municipio de Guachetá, Cundinamarca, entre los meses de septiembre y octubre de 2021. Se aplicó un instrumento tipo encuesta con 52 preguntas sobre autopercepción en salud, capital social, salud psicológica y diversas variables sociodemográficas con el objetivo de identificar el estado actual de estas en el grupo de participantes, y a la vez, saber las variables que mayor influencia tuvieran en la autopercepción en salud.

Se encontró que, entre la muestra de estudio, 80% de las personas considera su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que 17% piensa que su estado de salud es regular; así mismo, el 17% de la muestra tienen un alto riesgo de sufrir trastornos emocionales, y por último, se consideró que más de la mitad de los encuestados cuenta con buenas redes de apoyo. Por otro lado, se estimó que la medida de asociación que mayor riesgo ejercen en la autopercepción en salud es vivir sin pareja y el alto riesgo de trastornos emocionales.

Por ende, bajo las condiciones de la presente investigación y con respecto a la población estudiada se puede concluir que la medición de la autopercepción en salud, el capital social y el bienestar

psicológico arrojó en términos generales resultados positivos para el grupo de participantes del estudio, sin embargo, se debe procurar generar acciones que ayuden a mejorar la autopercepción en salud en la muestra estudiada.

Así mismo, dadas las limitaciones, se recomienda realizar la investigación con muestras con mayor cantidad de participantes que permitan establecer las variables que actúan de manera directa e indirecta en la autopercepción en salud de los habitantes del municipio, con el objetivo de generar acciones y programas de gobierno que ayuden a mejorar la calidad de vida y el bienestar de toda la población.

Introducción

La autopercepción en salud es una evaluación subjetiva sobre el estado de salud individual. Este es un fenómeno multidimensional, en el que actúan diversas variables como la salud psicológica, el capital social y algunos factores sociodemográficos como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el nivel de ingresos económicos, las enfermedades crónicas y la capacidad funcional (Nieminen et al., 2010).

Aunque es una medición individual, ha venido tomando relevancia en el campo de la salud pública debido a que genera una aproximación al estado de salud física y mental de las poblaciones, ya que predice indicadores como morbilidad, mortalidad y uso de servicios sanitarios (Aguilar-Palacio et al., 2015).

Por lo tanto, su medición y la de los factores que la definen, es fundamental para los tomadores de decisiones, debido a que su inclusión dentro de los programas de gobierno puede ayudar a intervenir las variables que más estén afectando el estado de salud, con el objetivo de aumentar el bienestar de la comunidad (Hung & Lau, 2019).

Por lo anterior, y buscando tener una medición acertada de las variables anteriormente mencionadas, el presente trabajo de grado se realizó en el municipio de Guachetá, ubicado en el departamento de Cundinamarca, Colombia, en la provincia de Ubaté. Con una extensión total de 239.19 km² de los cuales 99.63% corresponden a área rural con 20 veredas y 0.37% al sector urbano con 4 barrios (Dirección local de salud Guachetá, 2020).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2020 contó con una población total de 14.241 habitantes, con una distribución de 45.78% ubicados en la cabecera municipal y 54.22% en el centro poblado y la zona rural dispersa. De los cuales, 9.470 personas contaban con más de 18 años, con una distribución similar por sexo en el que por cada 103 hombres había 100 mujeres (Dirección local de salud Guachetá, 2020).

Este trabajo tiene como objetivo ser una fuente de información para la planeación y toma de decisiones de los actores locales del municipio de Guachetá.

Pregunta de investigación y justificación

¿Cuáles son los factores asociados a la autopercepción en salud en el grupo de participantes del municipio de Guachetá?

La medición de la autopercepción en salud y las variables asociadas es fundamental en el campo de la salud pública debido a que forma parte de los indicadores en salud al predecir morbilidad, mortalidad y uso de servicios sanitarios dentro de una comunidad (Aguilar-Palacio et al., 2015). Por lo anterior, es fundamental saber su estado y el de los factores que lo definen dentro de las poblaciones, con el objetivo de generar planes de gobierno que modifiquen las principales variables que generen malestar, buscando así aumentar la calidad de vida y el bienestar de la población.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015, en el departamento de Cundinamarca el 17.6% de las mujeres y el 10.8% de los hombres calificó su estado de salud como regular o malo (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2015). Por lo que se decidió realizar una medición de la autopercepción en salud y sus principales factores asociados en un grupo de participantes del municipio de Guachetá, con el fin de saber su estado actual y si hay variables susceptibles de intervención que permitan mejorar la calidad de vida de la población.

Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud en 1946 como un “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Percibiéndola así, como un medio que permite alcanzar un bienestar pleno (World Health Organization, 1946).

Por lo anterior, hay mediciones que han tomado relevancia en los últimos años en el campo de la salud pública debido a su capacidad de percibir el estado de salud global. Este es el caso de la autopercepción en salud, que se define como el diagnóstico que hace una persona sobre su propio estado de salud. El cual, influye directamente sobre la sensación de bienestar que se tiene. (Nieminen et al., 2010).

Es así, como la autopercepción de salud se ha convertido en una herramienta valiosa en la medida en que la persona se autocalifica dependiendo de su sensación de bienestar pleno, más allá de sus patologías físicas o mentales (Fayers & Sprangers, 2002); por esta razón, en ella actúan diversas variables como la salud psicológica, el capital social y algunos determinantes sociodemográficos como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el nivel de ingresos económicos, las enfermedades crónicas y la capacidad funcional (Nieminen et al., 2010).

Por su lado, los determinantes sociales se definen como las circunstancias en las que vive una persona inmersa desde su nacimiento hasta su muerte, las cuales son el producto de la distribución de la riqueza, el poder y los recursos, en una escala mundial, nacional y global, y que está sujeto a las políticas públicas adoptadas (World Health Organization, 2020).

Por ende, los determinantes sociodemográficos actúan como un marco de referencia en cuanto a la calidad de vida que tiene una persona y por esto juegan un papel fundamental en la autopercepción en salud. (Nieminen et al., 2010) Debido a que en personas en quienes indicadores tales como educación o nivel de ingresos son más altos, se ha observado una mejor autopercepción en salud; e igualmente, en países donde las inequidades son mayores, se observa una alta variación de esta (Vincens et al., 2018).

Así mismo, el capital social hace referencia a la red de apoyo con la que cuenta una comunidad que permite mejorar la calidad de vida de sus miembros. A la vez, para poder evaluarlo cuenta con tres dimensiones: cognitiva, estructural y representación social (Cabrera Jiménez, 2017).

La dimensión cognitiva se define como el conjunto de valores basados en la confianza, reciprocidad y solidaridad que mejoran las relaciones y permiten potencializar el bienestar colectivo; de la misma manera, la dimensión estructural evalúa los vínculos y las redes generadas dentro de la comunidad que aumentan la asociatividad dentro de esta, permitiendo la mejoría del tejido social; y por último, la representación social busca generar un enfoque integrador mediante el conocimiento de la percepción de las personas sobre el lugar que habitan, la confianza en los actores sociales y la importancia de las redes sociales y el entorno comunitario (Cabrera Jiménez, 2017).

Así mismo, el bienestar psicológico hace referencia al estado de equilibrio mental que percibe una persona que tiene, en relación con él mismo y el entorno que lo rodea tanto social como físico (Lin et al., 2019). Este tiene una asociación directa con el capital social, ya que el último se considera una fuente de comunicación con el entorno, logrando así cambios significativos y mejoras, que fomenten el desarrollo de la comunidad y aumenten el autoestima y empoderamiento de los ciudadanos (Lin et al., 2019).

Es por esta razón, que los factores sociodemográficos, la salud psicológica y el capital social actúan de manera conjunta influyendo sobre la autopercepción en salud de una persona, ya que intervienen directamente sobre la calidad de vida y el riesgo de adquirir ciertas condiciones como enfermedades o limitaciones funcionales (Nieminen et al., 2008).

Estado del arte

La autopercepción en salud se ha convertido en una variable altamente usada en el campo de la salud pública debido a la capacidad de aproximación que tiene con el estado de salud de las

comunidades (Bustos-Vázquez et al., 2017). Sin embargo, Nieminen et al., (2010) demuestran que esta medición no debe ser interpretada de forma aislada ya que tiene otras variables que la modifican como el capital social, el bienestar psicológico y factores sociodemográficos como el sexo, la edad, la capacidad funcional, las comorbilidades, el nivel educativo, los ingresos mensuales y la ubicación de la vivienda.

En cuanto a factores sociodemográficos como la edad, el estudio de Cerquera Córdoba, Ara Mercedes; Flórez Jaimes, Ludy Omaira; Linares Restrepo, (2010) muestra que la autopercepción buena disminuye a mayor edad, pues después de los 60 años aumenta el porcentaje de personas que denominan su salud como regular o mala; así mismo, en cuanto al sexo, se evidencia que es mayor el porcentaje de mujeres que evalúa su salud como regular o mala, y por último, este estudio encontró que es mayor la población colombiana con 60 años o más, que piensa que su estado de salud es regular o malo en comparación con la población española de la misma edad.

Por otro lado, Bustos-Vázquez et al., (2017) demuestran que la autopercepción en salud está influenciada directamente con la presencia de comorbilidades y la depresión; así mismo, estudios como el de Gunasekara et al., (2011); y Kondo et al., (2009) muestran una pequeña asociación entre los ingresos económicos y la autopercepción en salud, sin embargo los dos estudios concuerdan en decir que se requiere una mayor investigación para poder saber si estas variables sí están relacionadas.

De la misma manera, Gumà et al., (2019) encontraron que hay relación entre la autopercepción en salud y el nivel educativo, pues son directamente proporcionales; sin embargo, esta asociación está moderada por el tipo de hogar en el que viven las personas, debido a que se evidenció que en personas no universitarias que vivían con pareja e hijos era menor la probabilidad de declarar una autopercepción en salud regular o mala.

Por su parte, Nieminen et al., (2010) sostienen que el capital social interviene de manera directa sobre la autopercepción en salud y la salud psicológica debido a que ayuda a generar mejores técnicas de afrontamiento en situaciones adversas y evalúan la red de apoyo con que se cuenta.

Así mismo, Lin et al.,(2019) encontraron que la salud psicológica y el capital social se modifica dependiendo de variables sociodemográficas como el lugar de residencia. Tal es el caso de las áreas rurales, donde se ha observado una mejor red de apoyo, mayor participación en actividades con la comunidad y un mejor grado de confianza hacia los vecinos, lo cual ocasiona que las personas residentes en áreas rurales perciban su salud mental de forma positiva, a diferencia de lo que ocurre en áreas donde hay un alto grado de urbanización, el cual disminuye el capital social, y por ende se comporta como un indicador negativo en salud mental.

Gracias a la asociación directa de todos estos factores, Hung & Lau, (2019) afirman que la autopercepción de salud mejora, si en los planes de gobierno se incluye la intervención y participación social como eje fundamental para aumentar la calidad y transparencia de los procesos que se lleven a cabo y de las decisiones que se tomen; y a la vez, si se crean programas que busque intencionalmente mejorar las relaciones interpersonales y crear puentes que faciliten la comunicación entre las personas y entidades gubernamentales .

Es importante resaltar que debido a que existe una multicausalidad en el proceso de salud-enfermedad, la autopercepción de salud y las variables que la definen sirven como marco de referencia para una correcta interpretación de los problemas en salud dentro de una comunidad y para orientar así mismo las soluciones a esos problemas, y por ende una interpretación adecuada de estos permitirá mejorar las condiciones de calidad de vida de toda la comunidad (Galli, 2006).

Objetivos

- General

Explorar los factores asociados a la autopercepción de salud en una muestra de personas adultas del municipio de Guachetá.

- Específicos

- Describir las características sociales y demográficas de la población de estudio.
- Identificar el estado actual del capital social y el bienestar psicológico en una muestra de personas adultas del municipio de Guachetá.

Metodología

- Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal en la población de adultos del municipio de Guachetá, durante los meses de septiembre y octubre del año 2021. Este tipo de estudio busca observar una condición específica en un determinado periodo de tiempo (Osío Uribe & Zuleta Tobón, 2005) con el fin de estimar su magnitud y distribución en una población, además, de poder medir otras variables de interés para el investigador (Cruz Licea & Moreno Altamirano, 2012).

- Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por los adultos de la zona rural y urbana del municipio de Guachetá, se calculó el tamaño de muestra usando el recurso EPIDAT 4.2 en su módulo de muestreo tomando como población a los habitantes adultos del municipio de Guachetá (9.470 personas mayores de 18 años), una prevalencia de 13 % y un nivel de confianza del 95% con un tamaño de muestra de 171. Se realizó un muestreo por conveniencia, determinado por los hogares a los que tuvieron acceso en esos meses las gestoras de vida del municipio, no selectivo a través de un barrido en el casco urbano y en el área rural, procurando incluir personas de todas las zonas del municipio de igual proporción por sexo. Se realizó la recolección de la información a una persona por hogar, usando como criterio de azar el cumpleaños más próximo. Se incluyó a la población que hubiera vivido mínimo 6 meses en el municipio de Guachetá, ya que se consideró que estas personas podían conocer mejor las redes de apoyo del municipio; y se excluyó dentro de la muestra a las personas que tuvieran algún tipo de discapacidad, debido a que por su condición particular se puede modificar la autopercepción en salud y así mismo, se considera que esta población requiere análisis independientes

- Instrumento de recolección de la información

Para este estudio se aplicó un instrumento tipo encuesta. Esta es una técnica de investigación que busca recolectar datos de forma masiva por medio de un instrumento de tipo cuestionario (Casas Aguita et al., 2002).

El instrumento tuvo un total de 52 preguntas que incluyeron una pregunta de autopercepción de salud (Nieminen et al., 2010) mediante una escala de tipo Likert; 12 ítems de salud psicológica aplicando el formulario GHQ12 (Nieminen et al., 2010; Ruiz et al., 2017) y 31 preguntas sobre capital social que se dividieron en 3 subgrupos: el componente cognitivo con 13 preguntas, el componente estructural con 14 preguntas y el componente de representación social del capital social con 4 preguntas.

De la encuesta original de capital social que tenía un total de 33 preguntas, se eliminó una del componente estructural que preguntaba sobre la elección de alcaldes menores, y otra del componente de representación social que indagaba sobre el plan de desarrollo de la localidad, pues no correspondían a la estructura político-administrativa del municipio de Guachetá (Cabrera Jiménez, 2017; Nieminen et al., 2010).

Por último, se realizaron 8 preguntas de datos sociodemográficos (Nieminen et al., 2008), se adaptaron las preguntas de ingresos económicos (Gumà et al., 2019) y ubicación de la vivienda (Dirección local de salud Guachetá, 2020) con el objetivo de hacerlas más comprensibles para la comunidad, ver anexo 1 (tipos de variables de la encuesta) y anexo 2 (encuesta).

- **Métodos y técnicas de recolección de información:**

Las encuestas fueron realizadas por 6 gestoras de vida del municipio (personal auxiliar de salud contratado por el municipio), las cuales recibieron 2 capacitaciones previas sobre el uso de la herramienta y la aplicación supervisada del instrumento para evaluar la adecuada comprensión de las preguntas y el desarrollo de la encuesta, sin que se registrara ninguna dificultad ni necesidad de ajuste, por lo que se procedió a la recolección de la muestra y la correspondiente aplicación de las encuestas de manera presencial en formato físico.

Las encuestas en formato físico fueron tabuladas en una máscara de captura en el programa Epidata 4.6.0.6 en donde se realizó una verificación por doble entrada (ver anexo 3, verificación por doble entrada).

- **Procesamiento y análisis de la información**

Con el módulo descriptivo de la aplicación Epidata 4.2 se realizó el análisis de frecuencias y el análisis por subgrupos incluyendo la edad, la cual se dividió según el ciclo de vida usado por el Ministerio de Salud y protección social de Colombia (2021) en juventud comprendida entre los 18 a 26 años, adultez desde los 27 a 59 años y adulto mayor en personas con 60 años o más; el sexo en masculino y femenino; el nivel educativo en primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, educación superior incompleta y educación superior completa; el tipo de hogar en pareja e hijos, solo con pareja, solo con hijos, solo, con otras personas; la ubicación de la vivienda en cabecera municipal, centro poblado y rural; la capacidad funcional en conservada y reducida; los ingresos mensuales familiares en gran dificultad, alguna dificultad y cierta facilidad; las enfermedades crónicas en si las padece o no las padece; y el bienestar psicológico en bajo riesgo o alto riesgo de trastornos emocionales.

Para la exploración de los factores relacionados con la autopercepción de salud se realizó un análisis bivariado y un análisis multivariado con el programa CietMap 2.2.18 (con base en R). Como variable de ocurrencia se tuvo la autopercepción de salud, y como variables de exposición se tuvo el nivel de bienestar psicológico, el capital social y las características sociodemográficas.

Para el análisis bivariado se recodificaron las variables de forma dicotómica y se calculó el OR y el intervalo de confianza del 95% por el método de Miettinen (anexo 4, recodificación de las variables). Los datos faltantes se eliminaron del análisis (Calfati, 2017). Se definió la variable de autopercepción de salud de forma dicotómica en autopercepción de salud alta si incluía las respuestas “muy bueno” y “bueno”; y autopercepción de salud baja, si incluía las respuestas “regular”, “malo”, “muy malo”

(Aguilar-Palacio et al., 2015). En cuanto a la edad, esta se dividió en mayor de 60 años y menor de 60 debido a que se ha observado que se percibe un nivel de salud aceptable hasta los 60 años (Cerquera Córdoba, Ara Mercedes; Flórez Jaimes, Ludy Omaira; Linares Restrepo, 2010). En el nivel educativo, se tomó educación alta como la que incluía secundaria completa, educación superior incompleta y educación superior completa; y educación baja la que incluía ningún tipo de educación, primaria incompleta, primaria completa y educación superior incompleta. Con respecto al tipo de hogar, este se dividió en vivir con pareja y vivir sin pareja, ya que la convivencia en pareja ha demostrado tener un mejor perfil de salud con respecto a las personas que viven sin pareja (Koball et al., 2010). Para la variable de ubicación de la vivienda, esta se dividió en urbana y rural, tomando la última como centro poblado y área rural ya que la cercanía a un puesto de salud se ha asociado con mejor autopercepción de salud (Arévalo-Avecillas et al., 2018). En el caso del municipio de estudio, el único hospital se encuentra ubicado en la cabecera municipal.

En cuanto a la capacidad funcional esta se dividió en capacidad funcional reducida si respondía que se cansaba al caminar y capacidad funcional preservada si no se cansaba al caminar. Con respecto a los ingresos económicos, estos se dividieron en los que tenían dificultad económica para llegar a fin de mes y los que no tenían dificultad económica contando la primera opción como con gran dificultad o con alguna dificultad para llegar a fin de mes con los ingresos mensuales familiares (Kondo et al., 2009). En cuanto al bienestar psicológico, esta se consideró con bajo riesgo de tener trastornos emocionales cuando la puntuación diera menor a 12 y con alto riesgo de tener trastornos emocionales cuando se tuviera una puntuación mayor o igual a la anterior (Ruiz et al., 2017).

Para realizar el análisis de la variable de capital social, esta se dividió como lo propuso Cabrera Jiménez (2017) en 3 componentes (cognitivo, estructural y representación social) cada componente tenía unas preguntas determinadas que contaban con 1 punto mínimo y 3 máximo, los datos ausentes en este caso se sustituyeron por la media de los valores válidos de cada pregunta (Calfati, 2017); la puntuación de cada pregunta se sumaba y a la

sumatoria total se le restaba el máximo de puntuación de cada componente, después ese resultado se dividía por la resta de los valores máximos y mínimos determinados por el instrumento, lo cual generaba una puntuación de cada uno de los componentes; con lo anterior, se combinaron los índices anteriormente obtenidos para tener un único índice de capital social, ver anexo 5 (cálculo de índice de capital social). Dado que no se contó con un criterio que diera la determinación de capital social, para realizar la exploración de factores relacionados, se estableció la variable binomial en donde se tomó como capital social bajo, menor al percentil 50 y como capital social alto mayor al percentil 50 (Katz, 2011)

Para realizar el análisis multivariado se tomaron las asociaciones con significancia estadística del análisis bivariado y se llevó a cabo el procedimiento de Mantel-Haenszel (Mantel & Haenszel, 1959) mediante el cual se incluyen todas las variables seleccionadas, se estimó el M-H χ^2 y se eliminó la variable con el menor valor de M-H χ^2 y se estimó de nuevo el cálculo hasta obtener las variables que conservaron un M-H χ^2 mayor de 3,84, conservando así su significancia.

- **Consideraciones éticas, disposiciones legales vigentes y propiedad intelectual**

Basados en la resolución 008430 de 1993 y la Declaración de Helsinki, la presente investigación contó con la aprobación de las autoridades de salud y de las autoridades civiles de la comunidad a estudiar. Se brindó un consentimiento informado a los participantes con información clara y concisa sobre la investigación, realizado bajo las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2016). Así mismo, la participación de estos fue de carácter voluntario. Se respetó la autonomía de los individuos y entidades, y la confidencialidad de los datos recolectados. No se inició la investigación hasta no tener la aprobación por parte del Comité de Investigación de la Universidad de la Sabana.

Por otra parte, acorde al artículo 11 del capítulo 1 de la resolución 008430 (Ministerio de Salud y protección social, 1993), el presente estudio se clasificó como una investigación con riesgo mínimo. También, se socializaron los resultados del estudio a los sujetos de investigación y a la comunidad de Guachetá, así como también, se divulgaron los resultados a la comunidad científica a través de los medios idóneos. Así mismo, los investigadores del estudio declaran que no tuvieron conflictos de intereses, y realizaron la investigación bajo un valor social y científico.

El proyecto y sus productos derivados respetan todos los elementos de propiedad intelectual, mediante el reconocimiento de trabajos previos y garantizando los derechos de autor. Igualmente, se garantizó el reconocimiento y los derechos morales de las partes implicadas en la investigación, así como la observación por parte de los investigadores del reglamento de propiedad intelectual de la Universidad de la Sabana.

Resultados

- Población

Se entrevistó a un total de 65 personas, en donde el 64,6% es decir 42 correspondieron a mujeres y el 35,3%, es decir 23 correspondieron a hombres (ver figura 1) cuyas características sociodemográficas se presentan en la tabla 1. En cuanto a la edad de las personas entrevistadas, la media fue de 42,7 la mediana de 42 y la moda de 48 años, con un rango entre 18 años y 67 años, de los cuales el 6.1% (4) de la población correspondió a jóvenes (18 a 26 años), el 87.8% (57) a adultos (27 a 59) y el 6.1% (4) a adultos mayores (60 años o más) (ver figura 2).

Figura 1.

Sexo

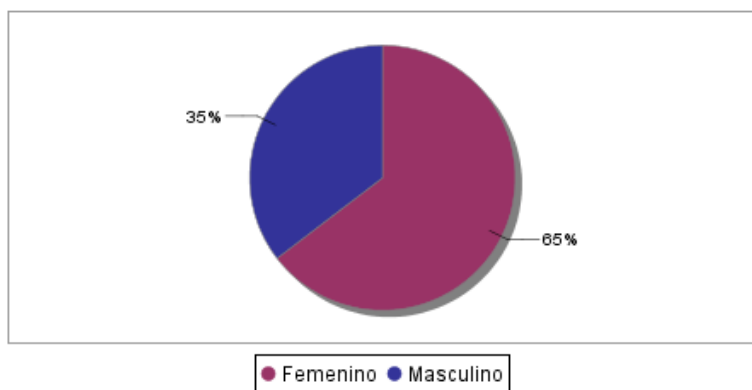


Tabla 1.

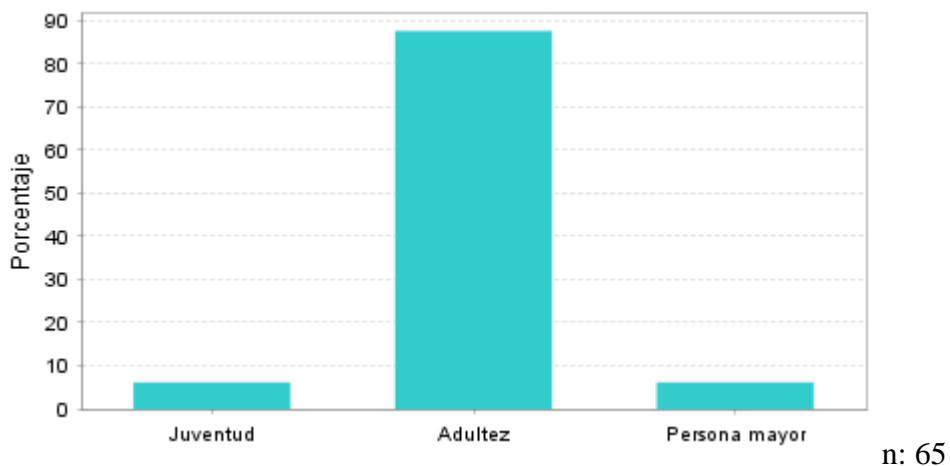
Características sociodemográficas por frecuencia por número de personas

	Femenino	Masculino	Total
Edad			
Juventud (18 a 26 años)	4	0	4
Adulthood (27 a 59 años)	35	22	57
Adulto mayor (60 años o más)	3	1	4
Nivel educativo			
Primaria incompleta	2	11	13
Primaria completa	9	5	14
Secundaria incompleta	13	4	17
Secundaria completa	10	2	12
Educación superior incompleta	2	0	2
Educación superior completa	6	1	7
Tipo de hogar			
Pareja e hijos	7	12	19
Solo con pareja	7	7	14
Solo con hijos	18	1	19
Solo	2	1	3
Con otras personas	7	2	9
No responde	1	0	1
Ubicación de la vivienda			

Cabecera municipal	5	1	6
Centro poblado	4	2	6
Área rural dispersa	33	20	53
Capacidad funcional			
Sí	28	16	44
No	13	6	19
No sabe	1	1	2
Ingresos mensuales familiares			
Gran dificultad	18	12	30
Alguna dificultad	9	5	14
Cierta facilidad	14	5	19
No sabe	0	1	1
No responde	1	0	1
Enfermedad crónica			
Sí	5	1	6
No	33	21	54
No sabe	4	1	5
Bienestar psicológico			
Bajo riesgo	34	20	54
Alto riesgo	8	3	11
Capital Social			
Media			0,42
Mediana			0,40
Moda			0,62

Figura 2

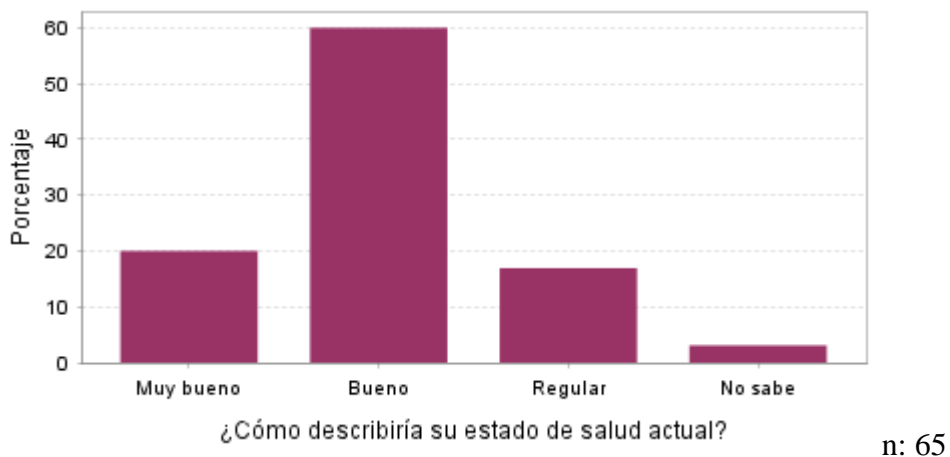
Frecuencia por ciclo de edad



En cuanto a la pregunta de autopercepción de salud, el 20% (13) respondió “muy bueno”, el 60% (39) respondió “bueno”, el 16,92% (11) respondió “regular” y el 3,08% (2) no respondió a la pregunta (ver figura 3).

Figura 3

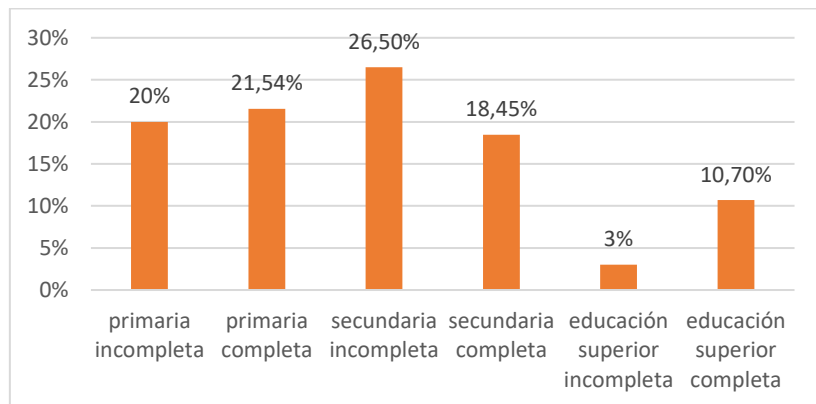
Autopercepción de salud



El nivel de educación de la muestra fue de 20% (13) con primaria incompleta, 21,54% (14) con primaria completa, 26,5% (17) con secundaria incompleta, 18,45% (12) con secundaria completa, 3% (2) con educación superior incompleta y 10,7% (7) con educación superior completa (ver figura 4)

Figura 4.

Nivel de educación

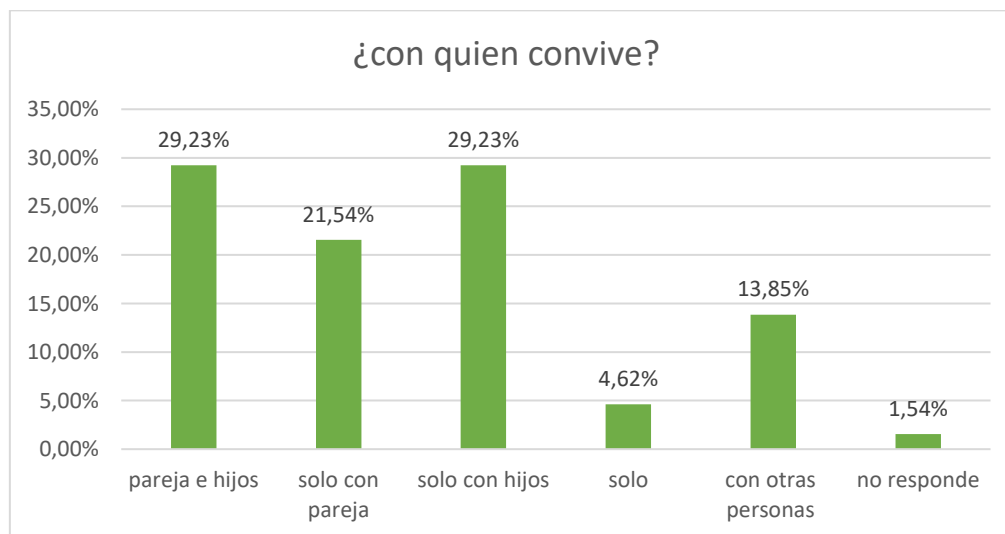


n: 65

En cuanto a la variable de tipo de hogar, el 29,23% (19) vive con pareja e hijos, el 21,54% (14) vive solo con su pareja, el 29,23% (19) vive solo con hijos, el 4,62% (3) vive solo, el 13,85% (9) vive con otras personas diferentes a las anteriormente mencionadas, y así mismo, un 1,54% (1) de los encuestados no respondió a la pregunta (ver figura 5).

Figura 5

Tipo de hogar

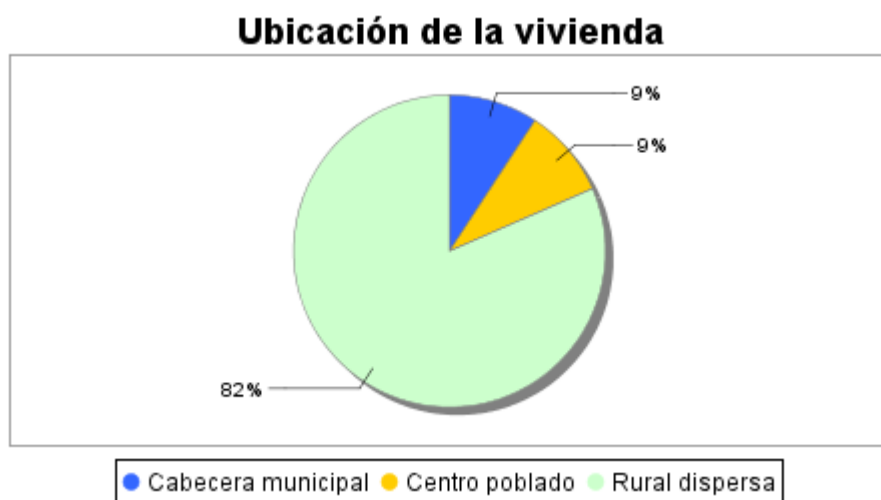


n: 65

En la pregunta sobre ubicación de la vivienda, el 9,23% (6) de los encuestados vive en la cabecera municipal, el 9,23% (6) vive en el centro poblado y el 81,54% (53) vive en el área rural dispersa (ver figura 6)

Figura 6

Ubicación de la vivienda



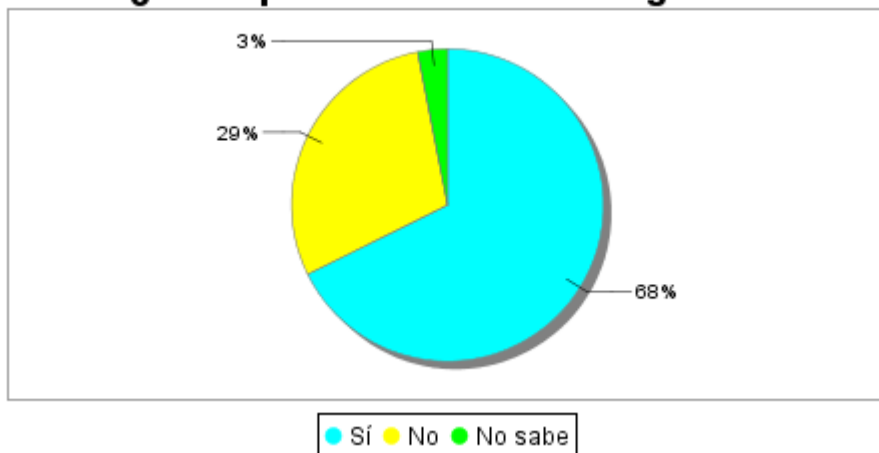
n: 65

En cuanto a la pregunta “¿usted puede caminar sin fatigarse?”, el 67,69% (44) respondió que sí podía caminar sin fatigarse, mientras que el 29,23% (19) respondió no poder caminar sin fatigarse; así mismo, el 3% (2) respondió “no sabe” a la pregunta (ver figura 7).

Figura 7

Capacidad funcional

¿usted puede caminar sin fatigarse?

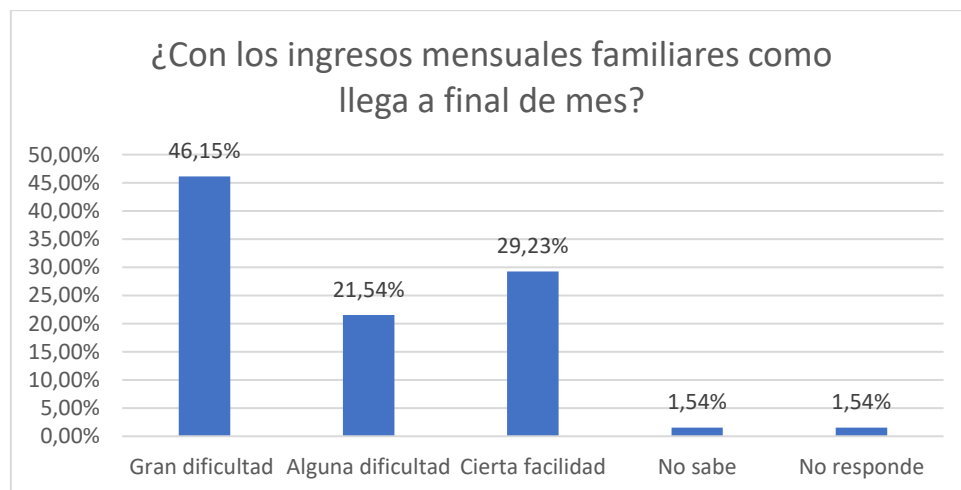


n: 65

En la pregunta que hacía referencia a la condición económica familiar, el 46,15% (30) refirió llegar a fin de mes con una gran dificultad económica, el 21,54% (14) respondió llegar a final de mes con alguna dificultad, mientras que el 29,23% (19) respondió que llegaba a fin de mes con cierta facilidad; así mismo, 1,54% (1) respondió “no sabe” y el 1,54% eligió “no responde” (1) (ver figura 8).

Figura 8.

Condición económica familiar



n: 65

Con respecto a la pregunta de enfermedades crónica, el 9,23% (6) de los encuestados dijo que sí padecía de alguna patología crónica, mientras que el 83,08% (54) respondió no padecer de ninguna, el 7,69% (5) respondió “no sabe” a la pregunta (ver figura 9)

Figura 9

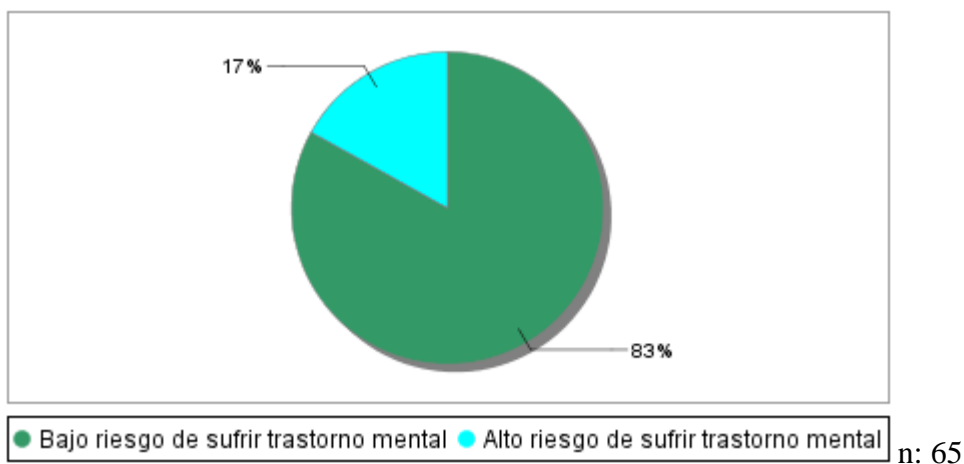
Enfermedades crónicas



Con respecto al cuestionario del bienestar psicológico, el 83% (54) tuvo una puntuación menor o igual a 11 considerada como bajo riesgo de sufrir un trastorno emocional, mientras que el 16.9% (11) tuvo una puntuación mayor a 12 considerada como con alto riesgo de sufrir un trastorno emocional (Ruiz et al., 2017) (ver figura 10)

Figura 10.

Bienestar psicológico



En cuanto a la encuesta de capital social, en el componente cognitivo tuvo una media de 0,43, una mediana de 0,42 y una moda de 0,48; en el componente estructural tuvo una media de 0,45, una mediana de 0,42 y una moda de 0,39; en el componente de representación social tuvo una media de 0,38, una mediana de 0,31 y una moda de 0,31; y por último en el índice de capital social tuvo una media de 0,42 una mediana de 0,40 y una moda de 0,62 (ver tabla 2).

Tabla 2.

Capital social (CS)

	CS cognitivo	CS estructural	CS representación social	índice capital social
n	65	65	65	65
Media	0,43	0,453	0,383	0,422
Mediana	0,424	0,429	0,318	0,408
Moda	{0,485}	{0,393}	{0,318}	{0,629}
Desviación estándar	0,143	0,12	0,212	0,101
Varianza	0,021	0,014	0,045	0,01
Mínimo	0,197	0,25	0,091	0,252
Máximo	0,727	0,75	0,909	0,775
Cuartiles				
P25	0,295	0,357	0,227	0,364
P50	0,424	0,429	0,318	0,408
P75	0,538	0,536	0,455	0,459

- **Análisis por subgrupos**

La autopercepción de salud segmentada por edad muestra que de los jóvenes 2 personas consideran su salud como buena, 1 como regular y 1 no responde; de los adultos, 13 consideran su salud buena, 36 regular y 8 no responden; de los adultos mayores 1 considera su salud buena, 2 regular y 1 no responde (ver tabla 3).

Tabla 3.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por edad

Autopercepción de salud	Joven (18 a 26 años)	Adulto (27 a 59 años)	Adulto mayor (60 años o más)	TOTAL
Muy buena	0	13	0	13
Buena	2	36	1	39
Regular	1	8	2	11
No responde	1	0	1	2
TOTAL	4	57	4	65

Así mismo, la autopercepción de salud segmentada por sexo muestra que 8 personas de sexo masculino consideraron su estado de salud como muy bueno, 13 como bueno, 1 como regular y 1 no responde; en cuanto al sexo femenino, 5 personas consideraron su estado de salud como muy bueno, 26 como bueno, 10 como regular y 1 no responde (ver tabla 4).

Tabla 4.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por sexo.

Autopercepción de salud	Femenino	Masculino	TOTAL
Muy buena	5	8	13
Buena	26	13	39
Regular	10	1	11
No responde	1	1	2
TOTAL	42	23	65

Con respecto a la autopercepción de salud segmentada por el nivel educativo, 3 personas con primaria incompleta consideraron su estado de salud como muy bueno, 8 como bueno, y 2 como regular; las personas con primaria completa consideraron 6 su estado de salud como muy bueno, 7 como bueno y 1 como regular; con respecto a las personas en secundaria incompleta, 1 consideró su estado de salud como muy bueno, 10 como muy bueno, 4 como regular y 2 no respondieron; en cuanto a la secundaria completa 3 personas

consideraron su estado de salud como muy bueno, 8 como bueno, 1 como regular; con respecto a la educación superior incompleta, 1 persona consideró su estado de salud como bueno y 1 como regular; en educación superior completa 5 personas consideraron su estado de salud como bueno y 2 como regular (ver tabla 5).

Tabla 5.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por nivel educativo.

Autopercepción de salud	Prim. Incom.	Prim. Comp.	Secund. incom.	Secund. Comp.	Edu. Sup. Incom.	Edu. Sup. Comp.	TOTAL
Muy bueno	3	6	1	3	0	0	13
Bueno	8	7	10	8	1	5	39
Regular	2	1	4	1	1	2	11
No responde	0	0	2	0	0	0	2
TOTAL	13	14	17	12	2	7	65

En cuanto a la autopercepción de salud segmentada por tipo de hogar, las personas que viven con pareja e hijos calificaron su salud, 3 personas con muy buena, 14 con bueno y 2 con regular; en cuanto a las personas que viven solo con pareja, 7 calificaron su salud como muy buena, y 7 como buena; los que vive solo con hijos, 3 calificaron su salud muy buena, 11 como buena, 5 como regular; los que viven solos 2 respondieron que su salud era buena y 1 que regular; los que viven con otras personas, 5 respondieron bueno, 2 regular y 2 no respondieron (tabla 6)

Tabla 6.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por tipo de hogar.

Autopercepción de salud	Pareja e hijos	Solo con pareja	Solo con hijos	Solo	Otros	No responde	TOTAL
Muy bueno	3	7	3	0	0	0	13
Bueno	14	7	11	2	5	0	39
Regular	2	0	5	1	2	1	11
No responde	0	0	0	0	2	0	2
TOTAL	19	14	19	3	9	1	65

Con respecto a la tabla de contingencia de autopercepción de salud y ubicación de la vivienda, de los habitantes de la cabecera municipal 1 persona respondió que su estado de salud era muy bueno, 4 bueno y 1 regular; 4 de los habitantes del centro poblado respondieron que su salud era buena y 2 regular; y 12 habitantes de la zona rural respondieron que su estado de salud era muy bueno, 31 respondieron que era bueno, 8 respondieron regular y 2 no respondieron (ver tabla 7).

Tabla 7.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por ubicación de la vivienda.

Autopercepción de salud	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural	TOTAL
Muy bueno	1	0	12	13
Bueno	4	4	31	39
Regular	1	2	8	11
No responde	0	0	2	2
TOTAL	6	6	53	65

En cuanto a la autopercepción de salud segmentada por capacidad funcional, las personas con capacidad funcional preservada, es decir que pueden caminar sin fatigarse, 4 personas respondieron que su estado de salud era muy bueno, 33 que su estado de salud era bueno, 6 que su estado de salud era regular y una persona no respondió; las personas con capacidad funcional reducida, 9 respondieron muy bueno, 5 bueno, 4 regular y 1 no respondió (tabla 8).

Tabla 8.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por capacidad funcional.

Autopercepción de salud	Capacidad funcional conservada	Capacidad funcional reducida	No sabe	TOTAL
Muy bueno	4	9	0	13
Bueno	33	5	1	39
Regular	6	4	1	11
No responde	1	1	0	2
TOTAL	44	19	2	65

En cuanto a autopercepción de salud segmentada por ingresos mensuales familiares, de las personas que respondieron que llegaban a fin de mes con gran dificultad con los ingresos mensuales familiares, 2 calificaron su salud como muy buena, 20 como buena, 7 como regular y 1 no respondió; las personas que respondieron llegar a fin de mes con alguna dificultad, 3 calificaron su estado de salud como muy bueno, 8 como bueno, 2 como regular y 1 como no responde; de los que llegan a fin de mes con cierta facilidad, 8 respondieron que su estado de salud era muy bueno, 9 que era bueno y 2 que era regular (ver tabla 9)

Tabla 9.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por ingresos mensuales familiares.

Autopercepción de salud	Gran dificultad	Alguna dificultad	Cierta facilidad	No sabe	No responde	TOTAL
Muy bueno	2	3	8	0	0	13
Bueno	20	8	9	1	1	39
Regular	7	2	2	0	0	11
No responde	1	1	0	0	0	2
TOTAL	30	14	19	1	1	65

Con respecto a la autopercepción de salud segmentada por enfermedades crónicas, 2 de las personas que respondieron sí padecer una enfermedad crónica consideran su estado de

salud como bueno, 3 como regular y uno no responde; los que no tienen enfermedades crónicas 9 consideran que su estado de salud como muy bueno, 36 como bueno, 8 como regular y 1 no responde (ver tabla 10).

Tabla 10.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por enfermedades crónicas.

Autopercepción de salud	Sí padece enfermedades crónicas	No padece enfermedades crónicas	No sabe	TOTAL
Muy bueno	0	9	4	13
Bueno	2	36	1	39
Regular	3	8	0	11
No responde	1	1	0	2
TOTAL	6	54	5	65

En cuanto a la autopercepción en salud segmentada por bienestar psicológico, las personas que obtuvieron puntuaciones de bajo riesgo para padecer un trastorno emocional, 13 respondieron muy bueno, 34 respondieron bueno y 7 respondieron regular; en cuanto a las personas que obtuvieron puntuaciones con alto riesgo para trastornos emocionales, 5 respondieron bueno, 4 respondieron regular y 2 no respondieron (ver tabla 11).

Tabla 11.

Tabla de contingencia de autopercepción de salud segmentada por bienestar psicológico.

Autopercepción de salud	Bajo riesgo	Alto riesgo	TOTAL
Muy bueno	13	0	13
Bueno	34	5	39
Regular	7	4	11
No responde	0	2	2
TOTAL	54	11	65

- **Análisis bivariado:**

De acuerdo con lo observado en la tabla 12, teniendo como ocurrencia la autopercepción de salud, se puede observar, que las asociaciones con significancia estadística fueron el sexo masculino, vivir sin pareja, la presencia de enfermedades crónicas, la edad mayor a 60 años y el alto riesgo de trastornos emocionales, lo cual se puede ver de forma detallada en el anexo 6 (tabla de análisis bivariado).

Tabla 12.

Análisis bivariado teniendo como ocurrencia la autopercepción de salud

Exposiciones	OR	IC 95%
Sexo masculino	0.15	0.02 – 1.00
Educación baja	0.85	0.22 – 3.34
Vivir sin pareja	5.9	1.28 – 27.16
Ubicación rural de la vivienda	1.06	0.11 – 10.30
Capacidad funcional reducida	1.76	0.43 – 7.19
Dificultad económica para llegar a fin de mes	2.32	0.46 – 11.71
Presencia de enfermedades crónicas	8.44	1.51 – 47.22
Edad mayor de 60 años	11.33	1.41 – 91.18
Alto riesgo de trastornos emocionales	5.37	1.27 – 22.72
Bajo índice de capital social	1.77	0.48 – 6.57

- **Análisis multivariado**

Para realizar el análisis multivariado se tomaron las asociaciones con significancia estadística del análisis bivariado las cuales fueron el sexo masculino, vivir sin pareja, la

presencia de enfermedades crónicas, la edad mayor a 60 años y el alto riesgo de trastornos emocionales, se eliminó la de menor valor de M-H χ^2 siendo esta la de presencia de enfermedades crónicas, se corrió de nuevo el análisis eliminando posteriormente la variable de sexo masculino por ser la de menor M-H χ^2 , realizando el análisis con las variables que tuvieron un valor χ^2 mayor a 3,84, que fueron el alto riesgo de trastornos emocionales, convivir sin pareja y la edad mayor a 60 años. Estas 3 variables mantienen su independencia (ver tabla 13), lo cual se puede ver de forma detallada en el anexo 7 (tabla de análisis multivariado).

Tabla 13.

Análisis multivariado teniendo como ocurrencia la autopercepción de salud

Summary Odds Ratio, N = 54

Autopercepción en salud	Crude OR	wt OR	95% CI wt OR	MH summ chi sq
Alto riesgo de trastornos emocionales	5.52	7.73	1.11 – 53.62	4.28
Vivir sin pareja	5.90	5.13	1.13 – 23.32	4.47
Edad mayor a 60 años	18.40	10.57	1.68 – 66.43	6.32

Discusión

La autopercepción en salud se ha convertido en uno de los indicadores más usados en el campo de la salud pública para identificar los problemas y necesidades de la población mediante la exploración del bienestar de los individuos y las comunidades (Bustos-Vázquez et al., 2017). De esta manera, los hallazgos del presente estudio reportan que del total de la muestra el 80% percibe su estado de salud como alto y el 17% percibe su estado de salud como bajo. Estos datos concuerdan con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015, en la cual se

reporta que en el departamento de Cundinamarca el 17.6% de las mujeres y el 10.8% de los hombres calificó su estado de salud como regular o malo (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2015).

En cuanto a las variables que demostraron significancia estadística, la edad mayor a 60 años fue una de las que más peso estadístico tuvo con una peor autopercepción en salud, sin embargo, debido a que la muestra no cuenta con una población significativa mayor de 60 años, se considera limitada esta inferencia estadística. Investigaciones como la de Cerquera Córdoba et al., (2010) muestran que la autopercepción en salud empeora en personas mayores de 60 años, debido al deterioro en la salud observado después de esta edad; así mismo, Gallegos-Carrillo et al., (2006) han demostrado una relación directa entre el aumento de la edad y la mala autopercepción en salud, sin embargo, en este estudio se destaca la presencia de variables asociadas como las enfermedades crónicas y agudas y la funcionalidad del adulto mayor.

Así mismo, el bienestar psicológico mostró relación con la autopercepción en salud. En el análisis por subgrupos se observa que el 36% de las personas con alto riesgo de trastornos emocionales tiene una calificación baja en autopercepción en salud, en comparación al 12% de las personas con bajo riesgo que tiene una calificación baja de la misma. Bustos-Vázquez et al., (2017) y Knäuper & Turner, (2003) afirman que la salud mental es una variable independiente en cuanto a la autopercepción en salud; y de la misma manera, Han, (2002) sostiene que los síntomas depresivos empeoran la percepción individual del estado de salud sobre todo en la población adulta mayor.

Otra variable que demostró peso estadístico fue vivir sin pareja, que se asocia con una mala autopercepción en salud, en el análisis por subgrupos se observó que los que peor perciben su salud son las personas que viven solas, pues 33% de este grupo calificó su estado de salud como regular. Estudios como el de Gumà et al., (2019), Gumà et al., (2015) y Koball et al., (2010) corroboran que vivir en pareja ha mostrado una asociación positiva con un mejor perfil de salud con respecto a las personas que no viven en pareja; sin embargo, Franke & Kulu, (2018) refieren que esta diferencia en la autopercepción de salud entre los 2 grupos se debe a la optimización de

los recursos económicos y a la creación y mantenimiento de una red social de apoyo, elementos que son mayores en el contexto de pareja.

Con respecto a las variables con un valor de OR más bajo como el sexo y la presencia de enfermedades crónicas, en el presente estudio el sexo masculino constituyó un factor protector en cuanto a la autopercepción en salud positiva, sin embargo, esta inferencia se encuentra limitada debido a que no hay una distribución de la muestra por sexo similar a la de la población. Datos que concuerdan con la encuesta nacional de demografía y salud (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2015); estudios como el de Bustos-Vázquez et al., (2017) sugieren que dicha asociación no es directa, sino mediada por factores como la depresión; de igual forma, investigaciones como la de Lahelma et al., (1999) y la de Emslie et al., (1999) han encontrado que la inequidad laboral empeora la autopercepción en salud de las mujeres y que esta se califica de manera similar si las diferencias disminuyen en ambos sexos.

En cuanto a las enfermedades crónicas, aunque en el análisis multivariado no constituyó una de las variables con significancia estadística, en el análisis por subgrupos se observa que el 50% de las personas con patologías crónicas califica su estado de salud como regular en comparación a las personas sin enfermedades crónicas, de las cuales solo el 14% considera su estado de salud como regular. Así mismo, Bustos-Vázquez et al., (2017) y Damián et al., (2008) consideran que la presencia de comorbilidades tiene una gran relevancia en la calificación de la autopercepción de salud e incluso que esta empeora a medida que aumenta el número de comorbilidades.

En cuanto a otras variables que no mostraron significancia estadística, investigaciones como la de Vladislavovna-Doubova et al., (2008) y Jewell et al., (2007) han demostrado que a mayor nivel educativo, es más probable que se califique la autopercepción en salud como buena o muy buena; en cuanto a la ubicación de la vivienda, Arévalo-Avecillas et al., (2018) concuerdan que no tiene una relevancia directa, sino que se ve afectada por la situación económica, las redes familiares y los recursos percibidos relacionados con la alimentación.

Con respecto a la capacidad funcional, la actual investigación muestra que el 21% de las personas con capacidad funcional reducida califican su salud como regular, en comparación al 13% de las personas que la tienen preservada. Gallegos-Carrillo et al., (2006) refieren que la autopercepción en salud se ve afectada por la limitación funcional y factores como la discapacidad, sin embargo, su estudio no es concluyente sobre si existe una asociación directa en el estado de salud. Por otra parte, en cuanto a los recursos económicos, el análisis por subgrupos mostró que de las personas que llegan con gran dificultad a fin de mes, el 23% considera su salud regular, en comparación al 10% que llegan con cierta facilidad a fin de mes. Gunasekara et al., (2011); y Kondo et al., (2009) muestran una pequeña asociación entre los ingresos económicos y la autopercepción en salud, sin embargo, las investigaciones concluyen que se requieren más estudios para saber la asociación real de esta variable.

De la misma manera, aunque la investigación actual no muestra una significancia estadística entre capital social y autopercepción en salud, Nieminen et al., (2010) sugieren que los altos niveles de capital social se correlacionan con un mayor bienestar psicológico y así mismo con un alto nivel de autopercepción en salud. Estudios como el de Molina & Salazar, (2014) mencionan que el capital social ejerce un efecto positivo en la salud debido a que genera un apoyo social que permite mejorar las técnicas de afrontamiento de los individuos. Así mismo, la investigación de Ortiz-Hernández et al., (2007) destaca que el capital social se ha relacionado con un menor morbilidad global y una mayor expectativa de vida, elementos que pueden ayudar a mejorar la salud autopercebida.

Dentro de las limitaciones del estudio se tuvo el tamaño de la muestra, ya que se calculó un tamaño de 171 personas, sin embargo, debido a inconvenientes derivados de la organización política y administrativa de Guachetá, la muestra que se obtuvo fue de 65 personas, lo cual no aseguró una distribución representativa de la población y limitó así el poder estadístico necesario para una adecuada inferencia estadística en el municipio, generando así, que los datos no se puedan extrapolar al total de la población.

Finalmente, y bajo las limitaciones anteriormente nombradas se puede concluir que existen diversos factores que se relacionan de manera directa e indirecta con la autopercepción en salud, los cuales se deben tener en cuenta en las mediciones debido a que son susceptibles de intervención para así mejorar el bienestar y la calidad de vida de la comunidad.

Conclusiones

Bajo las condiciones de la presente investigación y con respecto a la población estudiada se puede concluir que el 80% de las personas encuestadas consideran que tiene un estado de salud alto, porcentaje que concuerda con encuestas nacionales, así mismo, la variable que mayor relación tuvo con respecto a la baja autopercepción en salud fue el hecho de vivir sin pareja.

Con respecto a la medición de la autopercepción en salud, el capital social y el bienestar psicológico, estas tuvieron resultados positivos para el grupo de participantes del estudio, ya que la mayoría de los participantes tuvo una autopercepción en salud alta, más de la mitad considera que cuenta con buenas de redes de apoyo y aproximadamente uno de cada cinco participantes tiene riesgo de trastornos emocionales. Sin embargo, se debe procurar generar acciones que ayuden a mejorar la autopercepción en salud.

Así mismo, dadas las limitaciones del estudio, se recomienda profundizar la línea de investigación con mayor número de personas que permitan establecer las variables que actúan de manera directa en la autopercepción en salud de los habitantes del municipio, con el objetivo de intervenir mediante acciones y programas que ayuden a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población

Finalmente, este trabajo de investigación sirve como línea de base exploratoria para profundizar posteriormente en las variables que tuvieron una mayor asociación estadística con la autopercepción en salud en la muestra estudiada en el municipio de Guachetá.

Bibliografía

- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., & Rabanaque, M. J. (2015). Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2014.07.004>
- Arévalo-Avecillas, D., Game, C., Padilla-Lozano, C., & Wong, N. (2018). Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*, 30(5), 271–282. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
- Bustos-Vázquez, E., Fernández-Niño, J. A., & Astudillo-García, C. I. (2017). Auto percepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: Propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomedica*, 37, 92–103. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3070>
- Cabrera Jiménez, M. F. (2017). *Capital social y desarrollo humano en Bogotá DC: una aproximación desde las localidades*. Universidad Externado de Colombia.
- Calfati, R. O. (2017). *Estrategias para el tratamiento de datos faltantes en estudios con datos longitudinales* [Universidad Oberta de Catalunya]. <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/64085/6/romancalafatiTFG0617memoria.pdf>
- Casas Aguita, J., Repullo Labrador, J., & Donado Campos, J. (2002). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención primaria*, 31(8), 527–538. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
- Cerquera Córdoba, Ara Mercedes; Flórez Jaimes, Ludy Omaira; Linares Restrepo, M. M. (2010). Auto percepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 2(31), 407–428. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587018>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. En *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*.

- Cruz Licea, V., & Moreno Altamirano, A. (2012). *Epidemiología y estadística en salud pública* (McGraw Hill Medical (ed.); 1st Edición).
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1464§ionid=101050145>
- Damián, J., Pastor-Barriuso, R., & Valderrama-Gama, E. (2008). Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. *BMC Geriatrics*, 8, 5.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-5>
- Dirección local de salud Guachetá. (2020). *Análisis de la situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud del municipio de Guachetá año 2020*.
- Emslie, C., Hunt, K., & MacIntyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine*, 48(1), 33–48.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00287-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00287-1)
- Fayers, P., & Sprangers, M. (2002). Understanding self-rated health Patient-reported. *Lancet*, 359, 187–188. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07466-4](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07466-4)
- Franke, S., & Kulu, H. (2018). Mortality Differences by Partnership Status in England and Wales: The Effect of Living Arrangements or Health Selection? *European Journal of Population = Revue Européenne de Démographie*, 34(1), 87.
<https://doi.org/10.1007/S10680-017-9423-7>
- Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Duran-Muñoz, C., Hortensia, R., & Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Rev Saúde Pública*, 40(5), 792–801.
- Galli, D. (2006). Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo. *Psicodebate*, 6(0), 85. <https://doi.org/10.18682/pd.v6i0.443>
- Gumà, J., Arpino, B., & Solé-Auró, A. (2019). Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 127–133.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010>
- Gumà, J., Treviño, R., & Cámara, A. D. (2015). Posición en el hogar y género. Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España. *Revista*

- Internacional de Sociología*, 73(1), e003–e003. <https://doi.org/10.3989/2013.03.04>
- Gunasekara, F. I., Carter, K., & Blakely, T. (2011). Change in income and change in self-rated health: Systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Social Science and Medicine*, 72(2), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.029>
- Han, B. (2002). Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(9), 1549–1556. <https://doi.org/10.1046/J.1532-5415.2002.50411.X>
- Hung, N., & Lau, L. L. (2019). The relationship between social capital and self-rated health: A multilevel analysis based on a poverty alleviation program in the Philippines. *BMC Public Health*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8013-5>
- Jewell, R. T., Rossi, M., & Triunfo Urretavizcaya, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de economía*, 26(46), 147–167. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2578529&info=resumen&idioma=SPA>
- Katz, M. H. (2011). *Multivariable Analysis A practical guide for Clinicians & Public Health Researchers* (third edit). Cambridge University Press.
- Knäuper, B., & Turner, P. A. (2003). Measuring health: improving the validity of health assessments. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 12 Suppl 1(SUPPL. 1), 81–89. <https://doi.org/10.1023/A:1023589907955>
- Koball, H. L., Moiduddin, E., Henderson, J., Goesling, B., & Besculides, M. (2010). What Do We Know About the Link Between Marriage and Health? *Journal of Family Issues*, 31(8), 1019–1040. <https://doi.org/10.1177/0192513X10365834>
- Kondo, N., Sembajwe, G., van Dam, R. M., Subramanian SV, & Yamagata, Z. (2009). Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ*, 339(b4471). <https://doi.org/10.1136/bmj.b4471>
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Silventoinen, K. (1999). Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science & Medicine*, 48(1), 7–19. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00285-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00285-8)

- Lin, X., Lu, R., Guo, L., & Liu, B. (2019). Social capital and mental health in rural and urban China: A composite hypothesis approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040665>
- Mantel, N., & Haenszel, W. (1959). Statistical analysis of data from studies on experimental autoimmune encephalomyelitis. *J Natl Cancer Inst*, 22(4), 719-48.
- Ministerio de Salud y protección social. (1993). *Resolución 8430 de 1993*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y protección social de Colombia. (2021). *Ciclo de Vida*. Portal web del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
- Ministerio Nacional de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de demográfica y salud*. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
- Molina, R. T., & Salazar, E. A. (2014). Influencia de las desigualdades socio-sanitarias y el capital social en la autopercepción de salud de los colombianos. un análisis por regiones. *REVISALUD Unisucre*, 1(2), 101–115. <https://doi.org/10.24188/23394072.V1.N2.2013.107>
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Aro, H., Alanen, E., & Hyypä, M. T. (2010). Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health*, 55(6), 531–542. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0138-3>
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Simpura, J., Alanen, E., Härkänen, T., & Aromaa, A. (2008). Measurement and socio-demographic variation of social capital in a large population-based survey. *Social Indicators Research*, 85(3), 405–423. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9102-x>
- Ortiz-Hernández, C. L., Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(6), 1255–1272.
- Osío Uribe, O., & Zuleta Tobón, J. (2005). Ronda clínica y epidemiológica. *IATREIA*, 18(4). <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v18n4/v18n4a10.pdf>
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., & Suárez-Falcón, J. C. (2017). General Health Questionnaire-

12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research*, 256, 53–58.

<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.06.020>

the World Health Organization. (s/f). *Social determinants*.

https://www.who.int/social_determinants/es/

Vincens, N., Emmelin, M., & Stafström, M. (2018). Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis. *Social Science and Medicine*, 196, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.025>

Vladislavovna-Doubova, S., Pérez-Cuevas, R., & Reyes-Morales, H. (2008). Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud publica de Mexico*, 50(5), 390–396. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342008000500012>

World Health Organization. (1948). *Constitución de la organización mundial de la salud*.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Anexos

Anexo 1.

Tipo de variables de la encuesta

Componente	Detalle	Pregunta	Tipo de variable
Sociodemográfico	Edad	Escriba su edad en números	Continua
	Género	Seleccione su genero	Nominal
	Nivel educativo	Seleccione su nivel educativo	Ordinal
	Estado civil	Seleccione su estado civil	Nominal
	Ingresos	¿Con su salario le alcanza para llegar a final de mes?	Ordinal
	Ubicación de la vivienda	Área de ubicación	Nominal
	Enfermedad de larga data	¿Padece alguna enfermedad crónica?	Nominal
Autopercepción en salud	Capacidad funcional.	¿Padece de fatiga al caminar?	Nominal
	Descripción del estado de salud	¿Cómo describiría su estado de salud?	Ordinal
Salud psicológica	Concentración	¿Últimamente ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Ordinal
	Preocupaciones	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	Ordinal
	Rol	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Ordinal
	Toma de decisiones	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Ordinal
	Estrés	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	Ordinal

	Dificultades	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	Ordinal	
	Satisfacción	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales diarias?	Ordinal	
	Capacidad de enfrentar problemas	¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Ordinal	
	Tristeza	¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?	Ordinal	
	Pérdida de confianza	¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	Ordinal	
	Baja autoestima	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	Ordinal	
	Felicidad	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Ordinal	
Capital social.	Cognitivo	Valores como base del entorno local	¿En qué grado se evidencian estos valores como base de las relaciones sociales en el entorno local?	Ordinal
		Exclusión social	¿En qué grado la exclusión o discriminación social se evidencia en la ciudadanía del municipio?	Ordinal
		Confianza en entidades locales	¿En qué grado considera que la gente confía en los	Ordinal

	entes del gobierno del municipio?	
Confianza en la comunidad	¿Qué nivel de confianza tiene frente a las siguientes personas?	Ordinal
Discriminación	¿Ha sentido que su grupo familiar o uno de sus miembros, ha sido discriminado por razones sociales, económicas, religiosas, étnicas o de preferencia sexual?	Nominal
Cultura ciudadana	¿En qué grado considera que los ciudadanos saben qué es cultura ciudadana?	Ordinal
Resolución de conflictos	¿en qué nivel en la práctica se utilizan los siguientes medios para la resolución de conflictos o diferencias en su familia?	Ordinal
Inclusión social	¿En qué grado percibe que la inclusión social es una prioridad de la alcaldía del municipio de Tabío?	Ordinal
Importancia de la participación cívica	¿Qué nivel de importancia ha tenido participar en las últimas elecciones para	Ordinal

		elegir el gobierno del municipio?	
	Memoria en participación cívica	¿Recuerda los nombres y los programas de los candidatos por los que ha votado?	Nominal
	Participación	¿En qué nivel participa en las asambleas, juntas de acción comunal o de vecinos?	Ordinal
	Espacios de reunión ciudadana	¿Qué nivel de importancia tienen los siguientes lugares como punto de encuentro generadores de relaciones perdurables de la comunidad del barrio o vereda?	Ordinal
	Impacto social de organizaciones no gubernamentales	Identifica el impacto social del trabajo de Organizaciones No gubernamentales ONG en su barrio o vereda	Ordinal
Estructural	Importancia de la integración comunitaria	¿Considera importante hacer parte de asociaciones deportivas, clubes, fondos solidarios, comunidades religiosas, asociaciones de vecinos?	Nominal
	Participación en espacios de	¿Participa en redes o grupos	Nominal

integración comunitaria	voluntariamente en su barrio o vereda que le aporten a la solución de problemas comunes?	
Participación	¿Ha participado en proyectos productivos propuestos en su barrio o vereda?	Nominal
Generación de ingresos	¿Sus ingresos son generados en el municipio de Tabio?	Nominal
Percepción sobre calidad de vida	¿Su percepción como ciudadano sobre calidad de vida, es más positiva hoy que hace 5 años?	Nominal
Liderazgo de grupos sociales en la comunidad	¿Se reconocen liderazgos de grupos sociales (vecinos) que fomenten movilidad de recursos asociativos en el municipio?	Nominal
Percepción de metas del plan de desarrollo	¿En qué nivel considera se logrará alcanza el plan de desarrollo actual del municipio?	Ordinal
Beneficio personal por parte de ONG y juntas de acciones locales	¿Se ha beneficiado con el desarrollo de proyectos sociales con recursos públicos entre ONG y Juntas de acción local en el municipio?	Ordinal

Grado de satisfacción frente a la gestión del gobierno	de	¿Qué grado de satisfacción tiene frente a los resultados de la gestión del gobierno local del municipio de Tabio?	Ordinal
Apoyo entidades públicas	en	¿Cómo ciudadano en qué nivel encuentra apoyo para el desarrollo de sus proyectos o necesidades en entidades públicas locales y nacionales?	Ordinal
Conocimiento para ejercer control político		¿En qué grado como ciudadano conoce los medios para ejercer control político?	Ordinal
Conocimiento de resultados de la evaluación de servidores públicos	de	¿Conoce resultados sobre la evaluación de funciones de los servidores públicos en el municipio de Tabio a partir de las normas que los rigen?	Nominal
Canales de comunicación	de	¿Identifica canales de comunicación efectivos entre ciudadanos y gobierno del municipio?	Nominal
Conocimiento en normas y leyes	en	¿Conoce las normas y leyes que regulan la gestión pública y el reglamento de convivencia de su barrio o vereda?	Nominal

Representación social	Conocimiento del capital social	¿Sabe qué es capital social?	Nominal
	Importancia de la enseñanza del capital social	¿Qué importancia tendría establecer una clase o curso de capital social en los colegios de bachillerato?	Ordinal
	Conocimiento de resultados del capital social	¿Conoce resultados de la medición del capital social en el municipio de Tabio?	Nominal
	Resultados favorables	¿En qué nivel se ha logrado resultados favorables para el municipio en el actual periodo de gobierno frente a las siguientes problemáticas sociales?	Ordinal



Anexo 2.

Encuesta

Buenos días/tardes, trabajo como gestora de bienestar del municipio de Guachetá. Estamos realizando una encuesta sobre la percepción de la salud en la comunidad, que busca establecer como podemos mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio. El objetivo de este proyecto es medir la percepción de salud, el capital social, el bienestar psicológico y otros aspectos sociales.

Su participación en este estudio es voluntaria, su realización tomará 10 minutos y consistirá en responder a la encuesta, por lo que no implica ningún riesgo, ni tampoco contempla un beneficio directo.

Toda la información que nos dé será confidencial, su participación es anónima y solo serán usadas sus respuestas para procesamiento estadístico. Si no se siente cómodo con cualquier pregunta, no tiene que responderla. Puede retirarse de la encuesta en el momento que así lo prefiera.

Acepta

No acepta

Sexo

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Femenino |
| <input type="checkbox"/> | Masculino |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Con los ingresos mensuales familiares como llega a final de mes?

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Con gran dificultad |
| <input type="checkbox"/> | Con alguna dificultad |
| <input type="checkbox"/> | Con cierta facilidad |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |



Nivel de educación máximo alcanzado:

- Ninguno
- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria completa
- Educación superior Incompleta
- Educación superior completa
- No sabe
- No responde

¿Con quién convive?

- Pareja e hijos
- Solo con su Pareja
- Solo con hijos
- Solo
- Con otras personas
- No sabe
- No responde

Ubicación de la vivienda:

- Cabecera municipal
- Centro poblado
- Area rural dispersa
- No sabe
- No responde

¿Habitualmente usted puede caminar sin fatigarse?

- Si
- No
- No sabe
- No responde

¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales diarias?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual
- No sabe
- No responde

¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual
- No sabe
- No responde

¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual
- No sabe
- No responde

¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- Más feliz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos feliz que lo habitual
- Mucho menos feliz que lo habitual
- No sabe
- No responde

¿Padece usted de alguna enfermedad crónica o permanente?

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Si |
| <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Cómo describiría su estado de salud actual?

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Muy bueno |
| <input type="checkbox"/> | Bueno |
| <input type="checkbox"/> | Regular |
| <input type="checkbox"/> | Malo |
| <input type="checkbox"/> | Muy malo |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> | Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> | Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> | No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mejor que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Menos que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho menos que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Más capaz que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Menos capaz que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho menos capaz que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | no responde |

¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> | Igual que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> | No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto |
| <input type="checkbox"/> | No más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | No sabe |
| <input type="checkbox"/> | No responde |

En las siguientes preguntas, por favor responda de la siguiente manera: bajo cuando sea malo, alto cuando sea bueno y medio cuando no esté seguro si es bueno y malo

¿En qué grado se evidencian estos valores como base de las relaciones sociales en el municipio de Guachetá?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde
Confianza					
Reciprocidad					
Solidaridad					
Cooperación					
Respeto a las normas o leyes					
Tolerancia					
Empoderamiento					

¿Qué nivel de importancia tienen los siguientes lugares como punto de encuentro generadores de relaciones perdurables en la comunidad?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde
Tienda del sector					
Junta de acción comunal					
Parroquia					
Espacios deportivos y parques					
Escuelas y colegios					

¿Qué nivel de confianza tiene frente a las siguientes personas?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde
Familiares					
Parientes					
Vecinos					
Amigos					
Compañeros de trabajo/estudio					
Habitantes del municipio					
Junta de acción comunal					

¿En qué grado considera que los ciudadanos del municipio de Guachetá saben qué es cultura ciudadana?

Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿En qué grado percibe que la inclusión social es una prioridad de la alcaldía del municipio de Guachetá?

Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿Qué nivel de importancia ha tenido para usted participar en las últimas elecciones para elegir funcionarios y representantes del gobierno del municipio?

Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿Identifica el impacto social del trabajo de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en su sector?

Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde



¿en qué nivel en la práctica se utilizan los siguientes medios para la resolución de conflictos o diferencias en su familia?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde
Dialogo					
Mediación de autoridades					
Violencia					
Demandas					
Tutela					

¿En qué nivel se han logrado resultados favorables para el municipio en el actual periodo de gobierno frente a las siguientes problemáticas sociales?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde
Inseguridad					
Manejo de residuos y basura					
Vendedores ambulantes y espacio público					
Indigencia					
Vías públicas y alumbrado					
Desempeño					
Violencia intrafamiliar					

¿En qué nivel considera se logrará alcanza el plan de desarrollo actual del municipio?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿Se ha beneficiado con el desarrollo de proyectos sociales con recursos públicos entre ONG y Juntas de acciones locales en su comunidad?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿Qué grado de satisfacción tiene frente a los resultados de la gestión del gobierno local de su municipio?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿Cómo ciudadano en que nivel encuentra apoyo para el desarrollo de sus proyectos o necesidades en entidades públicas locales y nacionales?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿En qué grado como ciudadano conoce los medios para ejercer control político?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿Qué importancia tendría establecer una clase de capital social y convivencia en los niveles de educación media en Guachetá?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿En qué nivel participa en las asambleas, juntas de acción comunal o de vecinos?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

¿ En qué grado la exclusión o discriminación social se evidencia en la ciudadanía del municipio de Guachetá?

	Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde



¿En qué grado considera que la gente confía en los entes del gobierno del municipio de Guachetá?

Bajo	Medio	Alto	No sabe	No responde

En las siguientes preguntas por favor elija la opción con la que más se identifique

¿Ha sentido que su grupo familiar o uno de sus miembros, ha sido discriminado por razones sociales, económicas, religiosas, étnicas o de preferencia sexual en el municipio de Guachetá?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Recuerda los nombres y los programas de los candidatos por los que ha votado en el municipio de Guachetá?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Considera importante hacer parte de asociaciones deportivas, clubes, fondos solidarios, comunidades religiosas, asociaciones de vecinos?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Participa en redes o grupos voluntariamente en el municipio de Guachetá que le aporten a la solución de problemas comunes?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde



¿Ha participado en proyectos productivos propuestos en el municipio de Guachetá?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Sus ingresos son generados en el municipio de Guachetá?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Su percepción como ciudadano sobre calidad de vida, es más positiva hoy que hace 5 años?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Se reconocen liderazgos de grupos sociales (vecinos) que fomenten movilidad de recursos asociativos en el municipio de Guachetá?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Conoce resultados sobre la evaluación de funciones de los servidores públicos en el municipio de Guachetá a partir de las normas que los rigen?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Identifica canales de comunicación efectivos entre ciudadanos y el gobierno local del municipio de Guachetá?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Conoce las normas y leyes que regulan la gestión pública y el reglamento de convivencia de en el municipio?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Sabe qué es capital social?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Conoce resultados de la medición del capital social en el municipio?

- Sí
- No
- No sabe
- No responde

¿Cuál es su edad en años cumplidos?

información tomada de (Cabrera Jiménez, 2017; Nieminen et al., 2010; Ruiz et al., 2017)

Anexo 3.

Verificación por doble entrada

```
Report of: Double Entry Validation Report.
V78: ¿Sabe qué es capital social?
V79: ¿Conoce resultados de la medición del capital social en el municipio?
V80: ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

-----
Result of Validation:
-----

Overview
-----
Test                               Result
-----
Records missing in main file       0
Records missing in duplicate file  0
Number of fields checked           80
Common records                     65
Records with errors                 0
Field entries with errors           0
Error percentage (#records)         0,00
Error percentage (#fields)         0,00
-----

Datasets comparison:
-----
Main Dataset: Duplicate dataset:
-----
```

Anexo 4.

Recodificación de variables

Variable original	Recodificación
v2Sexo	Sexo2
v3niveledu	2niveledu
v4convivencia	2convivencia
V5vivienda	2vivienda
V6capafuncional	2capafuncional
V7ingremensu	2ingremensu
V8enfcronica	2enfcronica
edad2	2edad
indiCS	2indiCS
v21autosalud	2autosalud
Saludmentaltotal	2saludmental

Anexo 5.

Cálculo del índice de capital social (CS)

CS cognitivo= $PC - 33 / 99 - 33$

PC= puntaje acumulado promedio de capital social cognitivo

CS estructural= $PE - 14 / 42 - 14$

PE= puntaje acumulado promedio de capital social cognitivo

CS Representación social = $PRS - 11 / 33 - 11$

PRS= puntaje acumulado promedio de representación social de capital social

Índice de capital social: $1/3$ (Cs cognitivo) + $1/3$ (CS estructural) + $1/3$ (CS representación social)

Adaptado de (Cabrera Jiménez, 2017)

Anexo 6.

Tablas de análisis bivariado teniendo como ocurrencia la autopercepción de salud

2Autosalud	sexo2		Total
	1	2	
1	1	10	11
	> 9.1%	90.9%	17.5%
	4.5%	24.4%	
2	21	31	52
	> 40.4%	59.6%	82.5%
	95.5%	75.6%	
Total	22	41	63
	34.9%	65.1%	

single table analysis	

Odds Ratio	0.15
Cornfield 95% CI for OR	-0.13 - 0.76
Miettinen 95% CI for OR	0.02 - 1.00
Mantel-Haenszel	3.85
Fisher's single-tailed P	0.08

An expected value is < 5.	
Chi square not valid.	
Chi square	3.91
Degrees of freedom	1



	2niveledu		
2autosalud	1	2	Total
1	7	4	11
>	63.6%	36.4%	17.5%
	16.7%	19.0%	
2	35	17	52
>	67.3%	32.7%	82.5%
	83.3%	81.0%	
Total	42	21	63
	66.7%	33.3%	

<i>single table analysis</i>	

Odds Ratio	0.85
Cornfield 95% CI for OR	0.18 - 9.87
Miettinen 95% CI for OR	0.22 - 3.34
Mantel-Haenszel	0.05
Fisher's single-tailed P	1.00

An expected value is < 5.	
Chi square not valid.	
Chi square	0.06
Degrees of freedom	1

	2convivencia		
2autosalud	1	2	Total
1	8	2	10
>	80.0%	20.0%	16.1%
	27.6%	6.1%	
2	21	31	52
>	40.4%	59.6%	83.9%
	72.4%	93.9%	
Total	29	33	62
	46.8%	53.2%	

| *single table analysis* |

| Odds Ratio 5.90 |

| Cornfield 95% CI for OR 1.26 - 24.18 |

| Miettinen 95% CI for OR 1.28 - 27.16 |

| Mantel-Haenszel 5.20 |

| Fisher's single-tailed P 0.04 |

| An expected value is < 5. |

| Chi square not valid. |

| Chi square 5.29 |

| Degrees of freedom 1 |

	2vivienda		
2autosalud	1	2	Total
1	10	1	11
>	90.9%	9.1%	17.5%
	17.5%	16.7%	
2	47	5	52
>	90.4%	9.6%	82.5%
	82.5%	83.3%	
Total	57	6	63
	90.5%	9.5%	

| *single table analysis* |

| Odds Ratio | 1.06 |

| Cornfield 95% CI for OR | 0.14 - 1.63 |

| Miettinen 95% CI for OR | 0.11 - 10.30 |

| Mantel-Haenszel | 0.00 |

| Fisher's single-tailed P | 1.00 |

| An expected value is < 5. |

| Chi square not valid. |

| Chi square | 0.00 |

| Degrees of freedom | 1 |

	2capafuncional		
2autosalud	1	2	Total
1	4	6	10
>	40.0%	60.0%	16.4%
	22.2%	14.0%	
2	14	37	51
>	27.5%	72.5%	83.6%
	77.8%	86.0%	
Total	18	43	61
	29.5%	70.5%	

| *single table analysis* |

| Odds Ratio 1.76 |

| Cornfield 95% CI for OR 0.16 - 9.75 |

| Miettinen 95% CI for OR 0.43 - 7.19 |

| Mantel-Haenszel 0.62 |

| Fisher's single-tailed P 0.46 |

| An expected value is < 5. |

| Chi square not valid. |

| Chi square 0.63 |

| Degrees of freedom 1 |



	2ingremensu		
2autosalud	1	2	Total
1	9	2	11
>	81.8%	18.2%	18.0%
	21.4%	10.5%	
2	33	17	50
>	66.0%	34.0%	82.0%
	78.6%	89.5%	
Total	42	19	61
	68.9%	31.1%	

<i>single table analysis</i>	

Odds Ratio	2.32
Cornfield 95% CI for OR	0.50 - 9.25
Miettinen 95% CI for OR	0.46 - 11.71
Mantel-Haenszel	1.03
Fisher's single-tailed P	0.48

An expected value is < 5.	
Chi square not valid.	
Chi square	1.05
Degrees of freedom	1

	2enfercronic		
2autosalud	1	2	Total
1	3	8	11
>	27.3%	72.7%	19.0%
	60.0%	15.1%	
2	2	45	47
>	4.3%	95.7%	81.0%
	40.0%	84.9%	
Total	5	53	58
	8.6%	91.4%	

<i>single table analysis</i>	

Odds Ratio	8.44
Cornfield 95% CI for OR	0.47 - 98.31
Miettinen 95% CI for OR	1.51 - 47.22
Mantel-Haenszel	5.89
Fisher's single-tailed P	0.04

An expected value is < 5.	
Chi square not valid.	
Chi square	5.99
Degrees of freedom	1

	2edad		
2autosalud	1	2	Total
1	2	9	11
>	18.2%	81.8%	17.5%
	66.7%	15.0%	
2	1	51	52
>	1.9%	98.1%	82.5%
	33.3%	85.0%	
Total	3	60	63
	4.8%	95.2%	

| *single table analysis* |

| Odds Ratio | 11.33 |

| Cornfield 95% CI for OR | -0.05 - 29.69 |

| Miettinen 95% CI for OR | 1.41 - 91.18 |

| Mantel-Haenszel | 5.21 |

| Fisher's single-tailed P | 0.08 |

| An expected value is < 5. |

| Chi square not valid. |

| Chi square | 5.29 |

| Degrees of freedom | 1 |

	<i>2saludmental</i>		
<i>2autosalud</i>	1	2	<i>Total</i>
1	4	7	11
>	36.4%	63.6%	17.5%
	44.4%	13.0%	
2	5	47	52
>	9.6%	90.4%	82.5%
	55.6%	87.0%	
<i>Total</i>	9	54	63
	14.3%	85.7%	

| *single table analysis* |

| *Odds Ratio* | 5.37 |

| *Cornfield 95% CI for OR* | 0.55 - 43.79 |

| *Miettinen 95% CI for OR* | 1.27 - 22.72 |

| *Mantel-Haenszel* | 5.22 |

| *Fisher's single-tailed P* | 0.04 |

| *An expected value is < 5.* |

| *Chi square not valid.* |

| *Chi square* | 5.31 |

| *Degrees of freedom* | 1 |

	2indiCS		
2autosalud	1	2	Total
1	6	5	11
>	54.5%	45.5%	17.5%
	22.2%	13.9%	
2	21	31	52
>	40.4%	59.6%	82.5%
	77.8%	86.1%	
Total	27	36	63
	42.9%	57.1%	

| *single table analysis* |

| Odds Ratio | 1.77 |

| Cornfield 95% CI for OR | 0.34 - 11.80 |

| Miettinen 95% CI for OR | 0.48 - 6.57 |

| Mantel-Haenszel | 0.73 |

| Fisher's single-tailed P | 0.51 |

| An expected value is < 5. |

| Chi square not valid. |

| Chi square | 0.74 |

| Degrees of freedom | 1 |

Anexo 7.

Análisis multivariado teniendo como ocurrencia la autopercepción en salud

Summary Odds Ratio, N = 21

2autosalud	crude OR	wt OR	95% CI wt OR	crude RR	wt RR	95% CI wt RR	MH Summ Chi Sq	test for interaction	p-value	nz margin tables
sexo2	0.16	0.23	0.01 - 4.31	0.20	0.47	0.11 - 2.06	0.97	-	-	3/9
2saludmental	3.30	4.19	0.63 - 27.96	2.31	2.67	0.80 - 8.92	2.19	0.0000	-	3/9
2convivencia	6.46	5.79	0.87 - 38.69	4.55	4.59	0.70 - 30.28	3.29	0.0000	-	3/7
2enfcrónica	2.10	1.49	0.05 - 45.99	1.73	1.49	0.04 - 53.86	0.05	-	-	3/10
2edad	7.00	4.25	0.20 - 90.46	3.00	4.25	0.14 - 131.50	0.86	-	-	3/10

Summary Odds Ratio, N = 34

2autosalud	crude OR	wt OR	95% CI wt OR	crude RR	wt RR	95% CI wt RR	MH Summ Chi Sq	test for interaction	p-value	nz margin tables
sexo2	0.19	0.25	0.01 - 5.22	0.23	0.50	0.12 - 2.14	0.79	-	-	3/6
2saludmental	4.20	5.24	0.83 - 33.03	2.83	3.31	0.94 - 11.59	3.11	0.0000	-	3/6
2convivencia	2.74	3.02	0.58 - 15.58	2.22	2.32	0.64 - 8.46	1.74	0.0000	-	4/5
2edad	10.40	8.95	1.06 - 75.90	4.13	4.15	1.26 - 13.73	4.04	0.0000	-	2/8

Summary Odds Ratio, N = 54

2autosalud	crude OR	wt OR	95% CI wt OR	crude RR	wt RR	95% CI wt RR	MH Summ Chi Sq	test for interaction	p-value	nz margin tables
2saludmental	5.52	7.73	1.11 - 53.62	3.83	3.56	1.22 - 10.40	4.28	0.0000	-	2/4
2convivencia	5.90	5.13	1.13 - 23.32	4.55	3.61	0.97 - 13.40	4.47	0.0000	-	3/3
2edad	18.40	10.57	1.68 - 66.43	6.80	5.32	1.64 - 17.22	6.32	0.0000	-	2/4