

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.40.01.407.324>

Vivir sin pareja, ¿un factor de riesgo en la autopercepción en salud? Estudio transversal piloto con un pequeño grupo de adultos en un municipio de Colombia

Living without a partner, a risk factor in self-perceived health? Pilot cross-sectional study with a small group of adults in a municipality in Colombia

MARÍA DEL MAR MORENO GÓMEZ¹, ERWIN HERNANDO HERNÁNDEZ RINCÓN², CAMILO ALEJANDRO CORREAL MUÑOZ³, GERMÁN ZULUAGA RAMÍREZ⁴

¹ MD, MPH. Médica, Universidad de La Sabana. Magíster en Salud Pública, Universidad de La Sabana. mariamorgo@unisabana.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-6003-2886>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001758381.

² MD, MSc. Ph.D. Médico, Universidad de La Sabana. Máster en Gobierno y Dirección Sanitaria UOC, España, Máster en Investigación en Atención Primaria, UMH, España. Doctor en Investigación Clínica, UMH, España. Profesor asociado del Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. erwinhr@unisabana.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-7189-5863>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000551244.

³ MD, MPH. Médico, Universidad el Bosque. Máster en Salud Pública, UAG, México. Profesor asociado del Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. camilo.correal@unisabana.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-4252-326X>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000242969.

⁴ MD, MSc. Ph.D. Médico, Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Máster en Ciencias Médicas, UAG, México. Doctor en Epidemiología, UAG, México. gzuuaga@cemi.org.co. <https://orcid.org/0000-0001-5715-9133> https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000211664.

Correspondencia: Camilo Alejandro Correal Muñoz. Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Campus Universitario Puente del Común, Km 7 Autopista norte, Chía, Colombia. Código postal: 25000. camilo.correal@unisabana.edu.co.

RESUMEN

Objetivos: La autopercepción en salud es definida como la apreciación del propio estado de salud. Este es un fenómeno multidimensional en el que actúan variables como la salud psicológica, el capital social y algunos factores sociodemográficos. Su estimación ha tomado relevancia en salud pública, ya que predice indicadores como morbilidad, mortalidad y uso de servicios sanitarios. El objetivo fue realizar una medición de la salud psicológica, el capital social y diversos factores sociodemográficos y establecer su probable asociación con la autopercepción en salud.

Métodos: Se realizó un estudio transversal entre septiembre y octubre de 2021. Se aplicó un instrumento con 52 preguntas sobre autopercepción en salud, capital social, salud psicológica y algunos factores sociodemográficos, y se realizó un análisis bivariado y multivariado en el programa CIETmap para identificar las variables que tuvieron mayor influencia en la autopercepción en salud.

Resultados: En la muestra, el 80 % de las personas consideró su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que 17 % afirmó que su estado de salud es regular; el 17 % del total de la muestra tiene un alto riesgo de sufrir trastornos emocionales, y 58 % de los encuestados cuenta con buenas redes de apoyo. Por último, se estimó que la medida de asociación que mayor riesgo presentó en la autopercepción en salud fue vivir sin pareja (OR=5.90).

Conclusiones: En la población estudiada, los factores asociados al capital social y al bienestar psicológico están relacionados con la autopercepción en salud, y vivir sin pareja fue un factor relevante.

Palabras clave: autoevaluación diagnóstica, calidad de vida, capital social, salud mental, estado conyugal.

ABSTRACT

Background: Self-perceived health is defined as the appreciation of own state of health. It is a multidimensional phenomenon in which variables such as psychological health, social capital and some sociodemographic factors act. Its estimation has become relevant in public health since it predicts indicators such as morbidity, mortality, and use of health services. The objective was to measure psychological health, social capital, and various sociodemographic factors in a group of adults and establish their probable association with self-perceived health.

Methods: A cross-sectional study was carried out, between September and October 2021. An instrument with 52 questions on self-perceived health, social capital, psychological health, and some sociodemographic factors was applied. Data were analyzed using bivariate and multivariate methods in CIETmap software to determine the variables that had the greatest influence on self-perceived health.

Results: In the sample, 80 % of the people considered their health status as good or very good, while 17 % stated that their health status is regular; 17 % of the sample are at high risk for emotional disorders and 57 % of those surveyed had good support networks. Finally, it was estimated that the measure of association that presented the greatest risk in self-perceived health was living without a partner (OR=5.90).

Conclusions: In the population studied, the factors associated with social capital and psychological well-being are associated with self-perceived health and living without a partner was a relevant factor.

Keywords: diagnostic self-evaluation, quality of life, social capital, mental health; conjugal status.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud en 1946 como el “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 (1,2).

Así mismo, hay mediciones que en el campo de la salud pública han tomado relevancia en los últimos años debido a su capacidad de percibir el estado de salud global. Es el caso de la *autopercepción*

en salud, que se define como la apreciación que hace una persona sobre su propio estado de salud, la cual influye directamente sobre la percepción de bienestar que se tiene (3,4).

Es así como la autopercepción en salud se ha convertido en una herramienta valiosa, en la medida en que la persona se autocalifica dependiendo de su percepción de bienestar pleno, más allá de sus patologías físicas o mentales (5). En ella 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 (6,7,8).

Con respecto al sexo, estudios como el de Bustos-Vázquez et al. sugieren que dicha asociación no es directa, sino mediada por factores como la depresión (8); investigaciones como la de Lahelma et al. y la de Emslie et al. 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 (9,10).

Al respecto, Bustos-Vázquez et al. y Damián et al. consideran que la presencia de enfermedades tiene una gran relevancia en la calificación de la autopercepción en salud, e incluso que esta empeora a medida que aumenta el número de comorbilidades (8,11).

Asimismo, Vladislavovna-Doubova et al. y Jewell et al. han encontrado que a mayor nivel educativo, es más probable que se califique la autopercepción en salud como buena o muy buena(12,13); en cuanto a la ubicación de la vivienda, Arévalo-Avecillas et al., concuerdan en 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 (14).

Por otro lado, Gallegos-Carrillo et al. consideran 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 con el estado de salud (15). Investigaciones como la de Gunasekara et al. y Kondo et al. muestran una pequeña asociación entre los ingresos económicos y la autopercepción en salud; sin embargo, se requieren más estudios para saber la asociación real de esta variable(16,17).

En cuanto a capital social, Nieminen et al. (6) 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 y Salazar (18) 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. (19) destaca que el capital social se ha relacionado con una menor morbilidad global y una mayor expectativa de vida, elementos que pueden ayudar a mejorar la salud autopercebida.

De esta manera, aunque la autopercepción en salud es una medición individual, se ha convertido en una de las métricas más utilizadas, debido a que genera una aproximación al estado de salud global de las poblaciones, que puede predecir indicadores como morbilidad, mortalidad, uso de servicios sanitarios y ayuda a medir la efectividad de las intervenciones realizadas en problemas de salud específicos (3,20).

Por lo tanto, su medición y la de los factores que se asocian resulta importante para los tomadores de decisiones, pues 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 (21).

Por lo anterior, este estudio tuvo como objetivo realizar una medición de la salud psicológica, el capital social y diversos factores sociodemográficos en un grupo de adultos de una población rural y urbana de un municipio de Colombia y establecer su probable asociación con la autopercepción en salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en una población de adultos de un municipio de Colombia, durante septiembre y octubre de 2021.

La muestra fue seleccionada de la población de adultos de la zona rural y urbana del municipio de Guachetá (Cundinamarca), Colombia. Se tomó una muestra por conveniencia de 65 participantes a través de un barrido en el casco urbano y en el área rural por encuestadoras entrenadas, procurando incluir personas de todas las zonas del municipio. Se realizó la encuesta 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. Se excluyó de la muestra a las personas que tuvieran algún tipo de discapacidad.

Se aplicó un instrumento tipo encuesta, con un total de 52 preguntas, que incluyó la pregunta de autopercepción en salud (6) mediante una escala de tipo Likert; 12 ítems de salud psicológica, aplicando el formulario GHQ12 (6,22); 31 preguntas sobre capital social, que se dividieron en 3 subgrupos: el componente cognitivo, con 13 preguntas, el componente estructural, con 14, y el componente de representación social del capital social, con 4 (23). Por último, se realizaron 8 preguntas de datos sociodemográficos (6,7).

Las encuestas fueron realizadas por 6 encuestadoras previamente capacitadas. Se realizaron de manera presencial en formato físico, siendo posteriormente tabuladas en una máscara de captura en el programa Epidata en donde se realizó una verificación por doble entrada ⁽²⁴⁾.

Con el módulo descriptivo de la aplicación Epidata 4.2 se realizó el análisis de frecuencias y el análisis por subgrupos (25). Para explorar los factores asociados 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) (26). Como variable de ocurrencia se tuvo la autopercepción en salud, y como variables de exposición se tuvo el nivel de bienestar psicológico, el capital social y las características sociodemográficas.

RESULTADOS

Se entrevistó a un total de 65 personas. El 64,6 % (42/65) correspondió a mujeres y el 35,3 % (23/65) a hombres. 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 y 67 años.

En cuanto a la pregunta de autopercepción en salud, 20 % (13/65) respondió que percibía su estado de salud como “muy bueno”, 60 % (39/65) como “bueno”, 16,9 % (11/65) como “regular” y 2 (3,08 %) no respondió a la pregunta.

Los resultados de las características sociodemográficas, el bienestar psicológico y el capital social en la población estudiada se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas, bienestar psicológico y capital social

	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

Continúa...

	Femenino	Masculino	Total
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

Fuente: tabla elaborada por los autores.

Con respecto al cuestionario del bienestar psicológico, el 83 % (54/65) tuvo una puntuación menor o igual a 11, considerada como bajo riesgo de sufrir un trastorno emocional, mientras que el 16,9 % (11/65) tuvo una puntuación mayor a 12, considerada como con alto riesgo de sufrir un trastorno emocional (22).

En cuanto a la encuesta de capital social, en el componente cognitivo se obtuvo una media de 0,43, una mediana de 0,42 y una moda de 0,48; en el componente estructural se obtuvo una media de 0,45, una mediana de 0,42 y una moda de 0,39; en el componente de representación social se obtuvo 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 se obtuvo 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

Fuente: tabla elaborada por los autores.

Mediante un análisis bivariado se encontró que vivir sin pareja, la presencia de enfermedades crónicas, la edad mayor de 60 años y el alto riesgo de trastornos emocionales tienen asociación significativa con la autopercepción en salud, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. 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

Fuente: tabla elaborada por los autores.

Al hacer el análisis multivariado con las cuatro variables que tuvieron significancia estadística en el análisis bivariado, la variable “presencia de enfermedades crónicas” se excluyó por tener un M-H χ^2 mayor a 3,84 (27), por lo que finalmente tres variables mantuvieron su independencia estadística: vivir sin pareja, edad mayor de 60 años y alto riesgo de trastornos emocionales, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. 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

Fuente: tabla elaborada por los autores.

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 (8). De esta manera, los hallazgos de este estudio reportan que del total de la muestra, el 80 % percibe su estado de salud como alto y el 17 % como bajo. Estos datos concuerdan con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de Colombia de 2015, en la que se reporta que en el departamento de estudio, el 17,6 % de las mujeres y el 10,8 % de los hombres calificó su estado de salud como regular o malo (28).

En este estudio, vivir sin pareja fue una de las variables que se asoció con una mala autopercepción en salud. Este hallazgo sugiere la importancia de profundizar en el conocimiento del impacto que tiene la convivencia en pareja para la autopercepción en salud y la salud misma de los individuos. Es poco lo que se encuentra en la literatura. Estudios como el de Gumà et al. y Koball et al. 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 (29–31); sin embargo, Franke y Kulu (32), refieren que esta diferencia en la autopercepción en 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.

Así mismo, la edad mayor a 60 años también estuvo asociada 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 (2) 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 (15) han demostrado una relación directa entre el aumento de la edad y la mala autopercepción en salud, aunque esta conclusión está acompañada de variables como las enfermedades crónicas y agudas, y la funcionalidad del adulto mayor.

En este estudio también el bienestar psicológico mostró relación con la autopercepción en salud, en particular el alto riesgo de trastornos emocionales Bustos-Vázquez et al. y Knäuper y Turner afirman que la salud mental es una variable independiente en cuanto a la autopercepción en salud (12,15), y en otro estudio Han sostiene que los síntomas depresivos empeoran la percepción individual del estado de salud, sobre todo en la población adulta mayor (34).

Para finalizar, este estudio presenta dos importantes limitaciones. Por un lado, la muestra por conveniencia, teniendo en cuenta la dificultad de aleatorización por las dificultades político-administrativas en el municipio, lo que limita la representatividad y la validez externa, aunque permite mantener su validez interna con la población estudiada. Y por el otro, el bajo tamaño de muestra, por debajo del calculado, debido a inconvenientes administrativos del municipio para la ejecución de la investigación, lo que disminuye el poder estadístico del estudio y hace que la evidencia científica sea de baja calidad.

CONCLUSIONES

Este estudio confirma que el reporte de la autopercepción en salud en un grupo de población adulta de un municipio de Colombia es similar al de la población nacional. El alto riesgo de trastorno psicológico y la edad mayor de 60 años fueron variables asociadas a la autopercepción en salud, lo cual coincide con la información de la literatura sobre el tema.

Por último, vivir sin pareja resultó ser la otra variable asociada con una mala autopercepción en salud, información que ha sido poco estudiada, por lo que este resultado invita a profundizar en la importancia de la convivencia en pareja para la autopercepción en salud y la condición de salud de los individuos.

Financiación: Este estudio no cuenta con ninguna fuente de financiación.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Contribución de autoría: Todos los autores participaron en la conceptualización de la investigación; igualmente, la primera autora recolectó la información. Así mismo, todos los autores participaron en el análisis de los resultados y en la redacción y aprobación final del manuscrito.

Declaración: La investigación deriva de la tesis de grado de la maestría en salud pública de la primera autora. Además, hace parte del proyecto MED-342-2023 de la Universidad de La Sabana.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Constitución de la organización mundial de la salud. Washington, D.C.; 1946.
2. Cerquera Córdoba A M, Flórez Jaimes LO, Linares Restrepo MM. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* [Internet]. 2010;2(31):407-28. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587018>.
3. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*. 2009 ago 1;69(3):307-16.
4. Zadworna M. Pathways to healthy aging – Exploring the determinants of self-rated health in older adults. *Acta Psychologica* [Internet]. 2022 ago 1 [citado 21 julio 2022];228:103651. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001691822001664>.
5. Fayers P, Sprangers M. Understanding self-rated health Patient-reported. *Lancet*. 2002;359:187-8.
6. Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, Aro H, Alanen E, Hyyppä MT. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health*. 2010;55(6):531-42.
7. Aguilar-Palacio I, Gil-Lacruz AI, Sánchez-Recio R, Rabanaque MJ. Self-rated health in Europe and its determinants: Does generation matter? *International Journal of Public Health* [Internet]. 2018 enero 30 [citado 21 julio 2022];63(2):223–32. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-018-1079-5>.

8. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: Propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomedica*. 2017;37:92-103.
9. Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science & Medicine*. 1999 enero 1;48(1):7-19.
10. Emslie C, Hunt K, MacIntyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine*. 1999 enero 1;48(1):33-48.
11. Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E. Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2008 [citado 23 nov 2021];8:5. Disponible en: [/pmc/articles/PMC2291468/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18852936/).
12. Vladislavovna-Doubova S, Pérez-Cuevas R, Reyes-Morales H. Autopercepción del estado de salud en climáticas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud pública de México* [Internet]. 2008 [citado 22 nov 2021];50(5):390-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18852936/>.
13. Jewell RT, Rossi M, Triunfo Urretavizcaya P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de economía* [Internet]. 2007 [citado 22 nov 2021];26(46):147-67. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2578529&info=resumen&idioma=SPA>.
14. Arévalo-Avecillas D, Game C, Padilla-Lozano C, Wong N. Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica* [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 14];30(5):271-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
15. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Duran-Muñoz C, Hortensia R, Durán-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):792-801.
16. Gunasekara FI, Carter K, Blakely T. 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* [Internet]. 2011;72(2):193-201. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.10.029>.
17. Kondo N, Sembajwe G, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self-rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ* [Internet]. 2009 [citado 18 oct 2021];339(b4471). Disponible en: <http://www.bmj.com/>.

18. Molina RT, Salazar EA. Influencia de las desigualdades sociosanitarias y el capital social en la auto-percepción de salud de los colombianos. un análisis por regiones. REVISALUD Unisucre. 2014 feb 1;1(2):101-15.
19. Ortiz-Hernández CL, Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2007;23(6):1255-72.
20. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). Gaceta Sanitaria. 2015 enero 1;29(1):37-43.
21. Hung N, Lau LL. The relationship between social capital and self-rated health: A multilevel analysis based on a poverty alleviation program in the Philippines. BMC Public Health. 2019;19(1):1-13.
22. Ruiz FJ, García-Beltrán DM, Suárez-Falcón JC. General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. Psychiatry Research. 2017 oct 1;256:53-8.
23. Cabrera Jiménez MF. Capital social y desarrollo humano en Bogotá DC: una aproximación desde las localidades. Universidad externado de Colombia; 2017.
24. Arias Bohigas P, Lauritsen JL. EpiData: ¿el heredero natural de EpiInfo 6? Gac Sanit [Internet]. 2007 [citado 22 julio 2022];21(3):264-70. Disponible en: www.epidata.dk.
25. Lauritsen J, Bruus M. EpiData (version). A comprehensive tool for validated entry and documentation of data [Internet]. Odense, Denmark; 2005 [citado 22 julio 2022]. Disponible en: <http://www.epidata.dk/downloads/epitour.pdf>.
26. Andersson N, Mitchell S. CIETmap: Free GIS and epidemiology software from the CIETgroup, helping to build the community voice into planning. Montreal; 2002.
27. Mantel N, Haenszel W. Statistical analysis of data from studies on experimental autoimmune encephalomyelitis. J Natl Cancer Inst. 1959 dic 30;22(4):719-48.
28. Ministerio Nacional de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de demográfica y salud. Bogota, D.C; 2015.

29. Koball HL, Moiduddin E, Henderson J, Goesling B, Besculides M. What Do We Know About the Link Between Marriage and Health? *Journal of Family Issues* [Internet]. 2010 marzo 26 [citado 14 nov 2021];31(8):1019-40. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0192513X10365834>.
30. Gumà J, Treviño R, Cámara AD. 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* [Internet]. 2015 abril 30 [citado 22 nov 2021];73(1):e003–e003. Disponible en: <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/611/638>.
31. Gumà J, Arpino B, Solé-Auró A. Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2019;33(2):127-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010>.
32. Franke S, Kulu H. 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* [Internet]. 2018 Feb 1 [citado 22 nov 2021];34(1):87. Disponible en: </pmc/articles/PMC6241022/>.
33. Knäuper B, Turner PA. Measuring health: improving the validity of health assessments. *Qual Life Res* [Internet]. 2003 [citado 23 nov 2021];12 (Suppl 1):81-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12803314/>.
34. Han B. Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2002 sep [citado 23 nov 2021];50(9):1549–56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12383153/>.