

SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN HABITANTES DEL BARRIO LA CRUZ, MEDELLÍN-COLOMBIA¹

MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN HABITANTS OF LA CRUZ NEIGHBORHOOD, MEDELLÍN-COLOMBIA

Wendy Estefanía Vera Tangarife*, Mariantonia Lemos**, Andrés Vásquez***

Universidad EAFIT

Recibido: 14 de mayo de 2019–Aceptado: 17 de enero de 2020–Publicado: 01 de julio de 2020

Forma de citar este artículo en APA:

Vera-Tangarife, W. E., Lemos, M., y Vásquez, A. (julio-diciembre, 2020). Salud mental y calidad de vida en habitantes del barrio La Cruz, Medellín-Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 11(2), pp. 505-529. <https://doi.org/10.21501/22161201.3218>

Resumen

Este estudio realiza una caracterización en salud mental y calidad de vida de habitantes del barrio La Cruz de Medellín, entendiendo la salud como concepto íntegro que abarca niveles psicológicos, físicos y sociales. Se tuvo una muestra de 83 personas del sector, 59% mujeres y 41% hombres, a quienes se les aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de salud PHQ-9, Cuestionario de ansiedad GAD-7, Escala GENCAT de calidad de vida para adultos, Cuestionario para niños y adolescentes Kiddo-KINDL y la Escala de valoración del barrio para adolescentes. Se encontraron altos niveles de depresión y ansiedad en niños, adolescentes y adultos; así como también relaciones inversas entre la ansiedad con: el desarrollo personal (en adultos), el bienestar emocional (en niños y adolescentes) y el bienestar físico (en adolescentes). Se concluye la pertinencia de una contextualización sobre un barrio con índices de calidad de vida bajos,

¹ Artículo derivado del proyecto de investigación: "Efectos del establecimiento de una biblioteca en la comunidad del barrio La Cruz-Medellín". Código del proyecto: 816903. Inicio: enero 2018. Finalización: noviembre 2019.

* Psicóloga y magíster en Hermenéutica Literaria de la Universidad EAFIT. Asistente de investigación del proyecto "Efectos del establecimiento de una biblioteca en la comunidad del barrio La Cruz-Medellín". Universidad EAFIT, Medellín, Colombia. Contacto: wverata@eafit.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9635-0395>

** Doctora en Psicología de la Universidad de los Andes, magíster en Psicología de la Universidad De San Buenaventura y Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana. Profesora de la Universidad EAFIT y co-investigadora del proyecto "Efectos del establecimiento de una biblioteca en la comunidad del barrio La Cruz-Medellín". Medellín, Colombia. Contacto: mlemosh@eafit.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9131-4704>

*** Magíster en Hermenéutica Literaria de la Universidad EAFIT. Psicólogo de la Universidad de San Buenaventura. Profesor de la Universidad EAFIT e investigador del proyecto "Efectos del establecimiento de una biblioteca en la comunidad del barrio La Cruz-Medellín". Medellín, Colombia. Contacto: avasqueo@eafit.edu.co, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2403-3555>

según antecedentes; además se conocen particularidades del sector y se obtienen resultados significativos con miras a desarrollar programas de promoción y prevención en salud que abarquen factores de riesgo y protección de la comunidad.

Palabras clave

Salud mental; Calidad de vida; Medición; Correlación; Promoción social; Bienestar; Psicología de la salud.

Abstract

This study characterizes the mental health and quality of life of the inhabitants of La Cruz neighborhood of Medellín, understanding health as an integral concept that encompasses psychological, physical, and social levels. There was a sample of 83 people from the sector, 59% women and 41% men. The following instruments were applied: PHQ-9 health questionnaire, GAD-7 anxiety questionnaire, GENCAT scale of quality of life for adults, Kiddo-KINDL Questionnaire for Children and Adolescents, and the Neighborhood Assessment Scale for Adolescents. High levels of depression and anxiety were found in children, adolescents, and adults, as well as inverse relationships between anxiety and personal development (in adults), emotional well-being (in children and adolescents), and physical well-being (in adolescents). The relevance of contextualization on a neighborhood with low quality of life indices is concluded, according to antecedents; In this way, particularities of the sector are known, and significant results are obtained to develop health promotion and prevention programs that include risk factors and protection of the community.

Keywords

Mental health; Quality of life; Measurement; Correlation; Social promotion; Wellbeing; Health psychology.

INTRODUCCIÓN

El barrio La Cruz, ubicado en la comuna 3 de Medellín, es un barrio periférico de la ciudad que se desarrolló sin planificación mediante el asentamiento de familias desplazadas. Los estudios epidemiológicos de Medellín hacen alusión a este barrio dentro de la comuna 3 (Manrique) sin detenerse en sus particularidades. Este artículo busca caracterizar la población residente del barrio, señalando los problemas de salud mental, pero también los niveles de calidad de vida de quienes lo habitan.

Según la Organización Mundial de la Salud “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no exclusivamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 2020). Es un concepto cambiante que se relaciona con los vínculos y la cultura (Campos, 2015). En este sentido, la salud y la salud mental son dos nociones ligadas, al punto de considerarse que una no puede ser sin la otra. La salud mental se ha definido como un estado de bienestar en el que una persona tiene la posibilidad de llevar a cabo sus capacidades y afrontar las situaciones adversas que se le presentan, allí confluyen factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales, por lo que se ha planteado que las condiciones socioeconómicas bajas y déficits en la educación representan un riesgo para la integridad tanto de los sujetos como de las comunidades. De este modo, uno de los objetivos en torno a la salud mental es el desarrollo de programas de promoción y prevención que integren líneas de desarrollo comunitario y que estén dirigidos a poblaciones vulnerables (Torres de Galvis et al., 2018).

La promoción y prevención en la salud mental abarca la comprensión de términos como la calidad de vida, el bienestar y la salud. La calidad de vida ha sido un concepto definido de múltiples maneras a lo largo del tiempo. Se plantea como un estado de satisfacción general gracias al desarrollo de potencialidades del individuo, dependientes de aspectos objetivos, tales como el bienestar material, social y la salud; y subjetivos como la expresión emocional, la seguridad y salud percibida (Castañeda Polanco et al., 2019). Es decir, dicho concepto involucra aspectos físicos, psíquicos y sociales.

Estudios que realizan una revisión sobre el concepto de *calidad de vida* llaman la atención acerca de su carácter multidisciplinario; ya que en el mismo confluyen aspectos objetivos y subjetivos se tienen en cuenta percepciones provenientes del individuo, así como también variables de su entorno como la vivienda y los recursos económicos. Por esto se considera que una medición de calidad de vida puede abarcar indicadores sociales que destinen su mirada al contexto del sujeto, vínculos personales, relacionamiento con el entorno, educación, salud (Salas Zapata & Garzón Duque, 2013). Algunos autores la han definido también como el bienestar efectuado de la satisfacción o no con aspectos importantes para la persona, otros como: satisfacción desde

lo físico, psíquico, social y, además, como balance entre la satisfacción de necesidades y la percepción subjetiva de bienestar. De este modo, la calidad de vida se concibe también desde la percepción del sujeto sobre sus condiciones de vida y de su salud (Urzúa & Caque-Urizar, 2012), como puede ser la postura frente al propio contexto social, cultural, físico, económico.

Estas definiciones conducen a la pregunta por el bienestar del ser humano singular y social y los procesos de desarrollo del mismo; es por ello que se considera importante realizar caracterizaciones de las poblaciones tanto desde las enfermedades mentales como desde dimensiones que aborden la calidad de vida y el bienestar (Torres de Galvis et al., 2018).

Desde un enfoque epidemiológico centrado en las prevalencias de los trastornos mentales, en el *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín 2011-2012* (2012) la comuna 3 presentó niveles elevados de trastorno de ansiedad generalizada (>1.41% en el último año), trastorno de pánico (>1.03%), fobia específica (>6.51%), fobia social (>3.56%), estrés post traumático (>1.61%), trastorno obsesivo compulsivo (>6.24%) y trastorno bipolar (>1.03%). Asimismo, niveles medios de agorafobia (entre 0.63% y 1.21%), ansiedad por separación (entre 0.74% y 1.36%), depresión mayor (entre 3.5% y 4.4%) y distimia (entre 0.29% y 0.79%). En cuanto a la infancia y la adolescencia, se encontraron niveles bajos de trastorno oposicionista desafiante (<2.57%) y trastorno de conducta (<0.33%), pero se encontraron niveles medios de trastorno de déficit de atención (entre 0.50% y 1.90%). Frente al abuso y dependencia de sustancias, se encontró que hay una proporción alta de personas con abuso de alcohol (>14.4%) y proporción media con abuso de drogas (<5.12%); mientras que frente a la dependencia al alcohol y a las sustancias, se encontró una proporción baja de dependencia (<1.5%). Finalmente, frente a la problemática del suicidio, la población de la comuna 3 presentó una proporción baja en ideación (<3.03%) y planeación (<0.92%), mientras que en intento de suicidio la proporción presentada fue media (entre 0.51% y 1.05%). A partir de estos resultados se hace necesaria la pregunta por cómo se relacionan estos factores en cada uno de los barrios que conforman a Manrique, una comuna con diversos barrios, por lo cual es una comuna heterogénea. Es así que estos datos se consideran valiosos, pero aún quedan falencias en torno al conocimiento específico de lo que sucede al interior de los sectores y las particularidades de los mismos. Resulta pertinente entonces abordar un barrio como La Cruz, ubicado en el sector de Manrique, con peculiaridades importantes dada su fundación.

En el área metropolitana del Valle de Aburrá de Antioquia existen datos poblacionales que brindan información sobre salud mental, a través de estudios de caracterización que se realizan por municipios. Estos estudios los llevan a cabo la Secretaría de la Salud, la alcaldía de cada uno de los municipios y la Universidad CES. Según los resultados, Envigado es el municipio con mayores índices de ideación, planeación e intento de suicidio que Medellín e Itagüí. Sin embargo, Medellín presenta mayores índices en estos tres aspectos que Itagüí para el caso del sexo femenino. Adicionalmente, Medellín presenta mayor prevalencia global de trastornos mentales que Envigado, con un 26.6%, al igual que mayor prevalencia anual en trastornos mentales, con un 14.7

% (Torres de Galvis et al., 2018). En Medellín también se llevó a cabo un estudio para conocer las condiciones de vida de la primera infancia en la ciudad. En el 2017, para el caso de Manrique, se encontró un porcentaje del 76% de vulnerabilidad y un 7.6% de hacinamiento no mitigable, el cual supera el porcentaje promedio de la ciudad en esta variable. También se encontró que las comunas con mayor proporción de población en primera infancia (dentro de las que se encuentra Manrique) se correlacionan directamente con las de menores condiciones de vida (Restrepo y Hernández, 2018). En este punto surge nuevamente la pregunta por las dinámicas particulares de los territorios, en relación a estas problemáticas evidenciadas globalmente.

Medellín Cómo Vamos (Restrepo, Hernández, Roldan y Martínez, 2018) es un programa institucional que mide la calidad de vida de la ciudad a través del Índice Multidimensional de Condiciones de vida (IMCV), el cual tiene una puntuación de cero a cien donde cero indica menores condiciones de vida y cien, mayores niveles; además está compuesto por variables objetivas y subjetivas con un total de 15 dimensiones: entorno y calidad de vivienda, acceso a servicios públicos, medio ambiente, escolaridad, desescolarización, movilidad, capital físico del hogar, participación, libertad y seguridad, vulnerabilidad, salud, trabajo, recreación, percepción de calidad de vida e ingresos. El objetivo de conocer este índice es contrastar las diferencias de desarrollo y condiciones de vida de las diversas comunas de Medellín y desde allí proponer una inversión social donde se haga una prevalencia a las comunas con menores niveles de vida. En el 2018 Manrique fue una de las comunas con menor IMCV (37.5%), lo que quiere decir que en términos de calidad de vida presenta fuertes carencias y, por lo tanto, requiere de intervenciones que apunten al mejoramiento de aspectos relacionados a la salud y el buen vivir. Manrique aparece como una de las zonas más afectadas en temas como el desempleo, el hacinamiento, materiales precarios de vivienda y el déficit en servicios públicos (Restrepo, Hernández, Roldan y Martínez, 2019).

En dicho estudio los resultados de algunas dimensiones no aparecen discriminados por barrios, sino que se muestran generalidades, en ocasiones por comparación entre años. Este es el caso de la salud en la variable *causas de mortalidad*. Las conductas suicidas, si bien no son la mayor causa de mortalidad en Medellín, han venido en ascenso y constituyen el tercer lugar junto con otros accidentes en las causales de muerte violenta, a estas causales les anteceden los homicidios y los accidentes viales respectivamente. En 2011 se reportaron 1367 casos de intentos de suicidio y para el 2017 la cifra fue de 2217. El estudio señala como principal causa de estas conductas la depresión, el trastorno bipolar, el abuso de drogas y alcohol, la esquizofrenia, los antecedentes familiares, contextos socioeconómicos y educativos precarios y la baja salud física. Sin embargo, no se indica la cantidad de personas para cada uno de los trastornos como sí sucede en el *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín de 2011-2012*.

Los estudios anteriormente mencionados evalúan la calidad de vida mediante muestras más grandes que la de esta caracterización. Dichas mediciones se realizan con personas habitantes de la ciudad de Medellín discriminando los resultados por comunas, pero sin especificar los ba-

rrios; por ende, se desconocen las realidades particulares de cada sector. Lo mismo sucede con algunos estudios epidemiológicos (Alcaldía de Medellín, 2012) y sociodemográficos (Alcaldía de Medellín, 2016b), que además se centran en características físicas y/o materiales. Cabe anotar que estos estudios epidemiológicos contrastan con evaluaciones de barrios como la de Pino (2012) en Belén Rincón (Medellín) y Ortegón-Machado (2018) en Cali. Pino (2012) realiza una caracterización sobre la tipología y la conformación de las familias de estratos cero, uno, dos y tres del barrio Belén Rincón. Se encuentra una preponderancia a las familias extensas, que son las conformadas por miembros de más de dos generaciones. Además, es más común la familia monoparental, en donde se presenta una ausencia de alguno de los padres. En general, factores como violencia intrafamiliar y agresiones son frecuentes en las familias. Se resalta la relevancia de trabajar con programas orientados a las familias monoparentales, pues su aparición se ve relacionada con factores de violencia y desplazamiento forzado, este último aspecto es además una característica particular del barrio La Cruz dado su origen. Por su parte, Ortegón-Machado (2018) describe las particularidades de un barrio marginal de Cali, encontrando que los líderes destacan la vulnerabilidad de su barrio frente al consumo de sustancias en relación al contexto histórico-social de su sector destacado por el desplazamiento forzado, las dificultades económicas, la pobreza y el hacinamiento. Estos estudios permiten un diagnóstico mucho más específico que posibilita orientar propuestas a las particularidades del barrio como tal, más allá de estudios epidemiológicos generales.

Así, pocos estudios se han realizado acerca de la salud mental y calidad de vida de los habitantes del barrio La Cruz, en su mayoría se encuentran investigaciones sobre la ciudad y las comunas en general. Sin embargo, investigadores de la Universidad de Antioquia realizaron en el 2011 un estudio cuantitativo-descriptivo transversal con una muestra de 100 jóvenes entre los 11 y 19 años que se encontraban escolarizados en el barrio La Cruz. Se buscaba relacionar el perfil de salud mental de los jóvenes con el nivel de riesgo para diferentes circunstancias psicosociales. Se encontró que las condiciones de vida de esta población, permeadas por las pocas oportunidades educativas y laborales, la violencia intrafamiliar y sexual, la discriminación social, el consumo de sustancias y la falta de servicios públicos apropiados pueden aumentar o propiciar factores de riesgo como la depresión, la ansiedad y el suicidio. También se encontró que la depresión se relacionaba directamente con el suicidio y el funcionamiento familiar; adicionalmente, las dificultades económicas en la familia resultan ser un factor de riesgo de farmacodependencia, así como también las muertes de familiares cercanos (Tobón Marulanda et al., 2013). Estudios similares han mostrado la relación de la depresión con el suicidio en la zona nororiental de la ciudad, zona a la que pertenece Manrique (Toro et al., 2009).

Por todo lo anterior, cabe resaltar entonces la importancia de realizar estudios alrededor de los barrios y comunas más afectadas en las dimensiones que se resaltan en los estudios generales, y continuar con las mediciones de calidad de vida y salud mental en este tipo de sectores específicos en favor de la prevención y promoción en salud. El programa *Medellín Cómo Vamos* ve un reto

en estos barrios periféricos, sobre todo en aquellos ubicados en la zona nororiental, se destaca la necesidad de profundizar en acciones encaminadas a disminuir los distintos tipos de vulnerabilidad de las adolescentes. Por tanto, una revisión y diagnóstico de los barrios más vulnerables o de un barrio vulnerable de la ciudad de Medellín resultaría significativo para entender y contrastar las generalidades que en este tipo de programas se muestran y con esto tener un panorama de posibles intervenciones para la prevención y promoción de la salud.

Para el caso de Manrique es importante, además, anotar que no es una comuna homogénea, es decir, se compone de 19 barrios, cada uno con particularidades y realidades complejas, dada su historia. El barrio La Cruz, por ejemplo, está ubicado en la parte alta de la comuna 3 (Manrique) de la ciudad de Medellín, allí habitan aproximadamente 9631 personas. Limita al norte con la comuna 1 (Popular), al sur con la comuna 8 (Villa Hermosa), al occidente con la comuna 4 (Aranjuez) y al oriente con el corregimiento de Santa Elena (Alcaldía de Medellín, 2015).

Su fundación se remonta a la década de 1960 como resultado de los desplazamientos por la violencia del conflicto armado en Colombia, principalmente en Antioquia. El territorio nació a partir de asentamientos de campesinos, inicialmente sin reconocimiento en los mapas geográficos de la ciudad y con grandes deficiencias de acogida de instituciones gubernamentales. Fue la comunidad quien construyó lo que ahora se reconoce como La Cruz, bajo la modalidad del *convite* (recaudación de fondos, tiempos, voluntades para la construcción de una determinada cosa: casa, escuelas...) pavimentaron las calles, fundaron colegios, lugares comunitarios, etc. (Universidad de Antioquia & RIOBACH, 2013).

El analfabetismo es una de las condiciones socio-históricas que atraviesa la población, pues muchos de ellos eran campesinos obligados a dejar su trabajo en la tierra para adaptarse a lo urbano. Por eso, la educación se convierte en una necesidad y dificultad debido al desconocimiento de los padres o cuidadores alrededor de la lectura y la escritura, a esto se le suma la lejanía espacial de las instituciones educativas. Encontrar una escuela para finalizar los estudios primarios y secundarios se convierte en un asunto difícil y aún más la educación superior; cuestión considerada casi imposible para la comunidad con los agravantes de las condiciones económicas, sociales y psicológicas.

Gracias a la consolidación y organización lograda por la comunidad, las instituciones estatales fueron asentándose en la parte alta de la ciudad, lo que da cabida a considerar al barrio como perteneciente a la ciudad de Medellín. Se fueron cubriendo necesidades económicas y espaciales; se crearon los edificios: una urbanización de reubicación para familias procedentes de casas de alto riesgo por derrumbe o material desgastado o para familias desplazadas de otros territorios. Además, llegaron programas para sobrellevar las dificultades alimenticias. De esta manera, tanto por parte de sus habitantes como de las instituciones gubernamental, el sector comenzó a tener acceso a derechos básicos como servicios públicos en ciertos sectores (Alcaldía de Medellín, 2015).

Esta investigación tiene por objeto caracterizar los niveles de salud mental y calidad de vida de habitantes del barrio La Cruz (Medellín). De acuerdo con las condiciones sociales, geográficas y económicas del barrio La Cruz y los estudios epidemiológicos generales sobre la salud de la ciudad y sus barrios, se considera necesario realizar un diagnóstico que permita conocer a una población específica desde las áreas de la salud con el fin de tener un contexto más amplio, así como un accionar que comprenda las realidades en las que se encuentran los habitantes del sector.

MÉTODO

Diseño

Investigación cuantitativa con un diseño descriptivo, correccional. Los estudios descriptivos se encargan de describir fenómenos, situaciones, contextos, personas o poblaciones, especifican sus propiedades y características recogiendo información según unas variables determinadas. Por su parte, los estudios de alcance correlacional permiten indagar sobre el grado de asociación existente entre dos o más categorías (Hernández, et al., 1997). Para la presente investigación se describen datos como edad, sexo, escolaridad de la muestra seleccionada, así como también medias, desviaciones estándar y rangos de cada una de las variables de los instrumentos utilizados. Adicionalmente, se muestran las correlaciones obtenidas entre dichas variables.

Población y muestra

La población de referencia para este estudio fueron habitantes del barrio La Cruz (comuna 3, Medellín). La muestra fue intencional y en ella se contactó en total a 83 personas de todos los grupos poblacionales (36.1% niños entre los 7 y los 11 años, 30.1% adolescentes entre los 12 y 16 años y 33.7% adultos entre los 19 y 50). Las personas fueron encuestadas en el periodo comprendido entre febrero y junio del año 2018.

Instrumentos

Para la evaluación de la calidad de vida de la población adulta (18 años en adelante) se aplicó la Escala de Calidad de vida GENCAT. Para la valoración del mismo constructo en la población infantil y adolescente (8 a 17 años) se utilizó el Cuestionario para la Medición de la Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes Kiddo-KINDL. Teniendo presente que la calidad de vida también se asocia con la percepción que tenemos del ambiente en el que nos desenvolvemos, se utilizó una escala para la Valoración del Barrio. Finalmente, para estimar los posibles problemas en la salud mental, se utilizaron el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y el cuestionario de ansiedad generalizada (GAD-7), los cuales miden síntomas de depresión y ansiedad respectivamente. A continuación, se describen estas escalas y sus propiedades psicométricas.

Escala GENCAT de calidad de vida. Cuestionario creado por Verdugo Alonso et al. (2009) a partir del modelo de Schalock & Verdugo (2007) sobre calidad de vida. De manera coherente, este cuestionario comprende la calidad de vida como un constructo multidimensional que refleja el grado en el que las personas tienen experiencias vitales que valoran, así como las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, y tiene en cuenta los contextos físico, cultural y social que son importantes para las personas (Verdugo et al., 2005). El cuestionario está compuesto por 69 ítems con una escala Likert de respuesta que va de 1 *siempre* a 4 *nunca* y ocho subescalas: Bienestar emocional (BE), bienestar físico (BF), bienestar material (BM), relaciones interpersonales (RI), inclusión social (IS), desarrollo personal (DP), autodeterminación (AU), y derechos (DR). Las puntuaciones totales de la escala se convierten a percentiles para indicar el grado de calidad de vida de un individuo en cada una de sus dimensiones. Asimismo, obtiene un índice de calidad de vida como puntuación total. La escala fue construida y validada en España con una muestra de 2972 personas en las que se tuvo representatividad por sexo, edad y sector geográfico de la ciudad de Cataluña. La escala fue sometida a un proceso de validez de contenido por jueces y grupos focales, asimismo a un proceso de validez de constructo en el que se indicó su ajuste al modelo teórico de base, NFI = 0.95, TLI = 0.96, CFI = 0.97, SRMR = 0.076 y RMSEA = 0.058. La consistencia interna de la escala total fue de 0.916 (Verdugo Alonso et al., 2009). Para este estudio se tuvo una confiabilidad de 0.87 para el cuestionario total.

Cuestionario para niños y adolescentes Kiddo-KINDL (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents). Escala originalmente creada en idioma alemán por Bullinger et al. (1994) y revisada posteriormente por Ravens-Sieberer y Bullinger (1998), su traducción al español fue realizada por Fernández-López et al. (2004) en España. El cuestionario está compuesto por 24 ítems con escala Likert de 1 *nunca* a 5 *siempre* y cinco subescalas: bienestar emocional, bienestar físico, amigos, familia, autoestima y colegio. Cada una de las subescalas arroja una puntuación entre cero a cien, indicando el nivel de calidad de vida por dimensión. La versión española evidenció una buena validez factorial, extrayendo

un único factor para cada escala con una varianza explicada por cada factor mayor de 39%. Los niveles de confiabilidad de las subescalas estuvieron entre 0.50 y 0.84 (Fernández-López et al., 2004). Cabe anotar que la escala ha sido también validada en Chile, donde se reportaron índices de consistencia interna similares a los de la población española (Alfas de Chronbach entre 0.50 y 0.90) con una estructura factorial que explicó el 61.92% del constructo (Urzúa y Mercado, 2008). La consistencia interna alcanzada en este estudio fue de 0.78.

Escala de valoración del barrio. Este cuestionario fue utilizado para evaluar la percepción que adolescentes y adultos a partir de los 12 años tienen de su barrio y su participación en este. Fue construido por un equipo de investigación del programa Forma Joven de la Consejería de Salud de la junta de Andalucía-España. Está compuesto por 22 ítems puntuados en una escala tipo Likert de siete puntos donde 1 es *totalmente falsa*, 7 es *totalmente verdadera* y cinco subescalas: Empoderamiento de la juventud, Apego al barrio, Seguridad, Control social, y Actividades para la comunidad, así como una puntuación global que hace referencia a una valoración del barrio como contexto propicio para el desarrollo del adolescente. Todas las puntuaciones se expresan en una escala de cero a cien. En el análisis factorial exploratorio se encontró un modelo en el que se explicó el 62% de la varianza. El análisis factorial confirmatorio arrojó índices de ajuste adecuados, RMSEA = 0.06; GFI = 0.92; AGFI = 0.90; CFI = 0.97. Respecto a la confiabilidad, las subescalas alcanzaron alfas entre 0.80 y 0.91 (Junta de Andalucía y Consejería de salud, 2011). La consistencia interna de la prueba total alcanzada en este estudio fue de 0.81.

Cuestionario de salud del paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9). Este cuestionario es utilizado para diagnosticar depresión de acuerdo con los criterios del DSM 5 y es uno de los más utilizados en el ámbito mundial con este fin. Posee nueve ítems que se responden en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta (*nunca, varios días, más de la mitad de los días y casi cada día*) de acuerdo con la frecuencia de los síntomas en las últimas dos semanas. Además, posee una última pregunta en la que se evalúa hasta qué punto esos problemas le han creado dificultades. El cuestionario cuenta con altos niveles de sensibilidad y especificidad (Kroenke & Spitzer, 2002; Na et al., 2018; Spitzer et al., 1999; Woldetensay et al., 2018). Un estudio realizado en Bucaramanga (Colombia) señaló que la escala posee un alfa de Cronbach de 0.80 y presentó niveles de validez convergente adecuados con la escala Hamilton para depresión, rho de Spearman = 0.64, $p < 0.01$. El punto de corte para el diagnóstico de depresión se confirmó en 7 (Cassiani-Miranda et al., 2020). Asimismo, su análisis factorial realizado en Cartagena reportó la existencia de los dos factores inicialmente propuestos, síntomas somáticos y no somáticos de la depresión (Cassiani-Miranda et al., 2020). La consistencia interna alcanzada en este estudio fue de 0.77.

Cuestionario de ansiedad generalizada (General Anxiety Disorder, GAD-7). Este cuestionario es utilizado para evaluar síntomas de ansiedad generalizada y la gravedad de los mismos. Está compuesto por los siete ítems de mayor correlación de los 13 del instrumento original. Presenta

índices de sensibilidad y especificidad elevados. La consistencia interna reportada por los autores fue de 0.92 (Spitzer et al., 2006). La adaptación cultural al español fue realizada por García-Campayo et al. (2010) quienes reportaron la existencia de un único factor con varianza explicada de 72% y una buena validez convergente con la escala Hamilton para ansiedad, rho de Spearman = 0.852, $p < 0.001$. Para este estudio se tuvo una confiabilidad de 0.76.

Procedimiento

Los sujetos fueron invitados a participar por una líder del barrio y jóvenes habitantes del mismo, quienes les informaban a las personas acerca del estudio. Aquellos que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado y en el caso de los niños y adolescentes, esto lo hizo su representante legal. Posteriormente, se procedió a completar los instrumentos según la edad correspondiente.

Análisis estadístico

Los datos de cada participante fueron ingresados a una base de datos en Excel. Posteriormente, esta fue importada al SPSS versión 25 donde se llevaron a cabo los análisis. Inicialmente, se obtuvieron las puntuaciones de las subescalas y, posteriormente, sus índices de confiabilidad. Para establecer las relaciones entre las variables se llevó a cabo un análisis de correlaciones. Debido a que las escalas para evaluar los síntomas emocionales son las únicas que fueron utilizadas en los tres grupos, en estas se llevó a cabo un análisis de diferencia de medianas para evaluar si existían diferencias entre niños, adolescentes y adultos. La elección de la estadística no paramétrica se debió a la no confirmación de distribución normal de los datos de depresión y ansiedad en los tres grupos.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

En el estudio participaron 83 personas habitantes del barrio La Cruz, 59% (49) mujeres y 41% (34) hombres; de los cuales 33.7% (n = 28) eran adultos, 30.1% (n = 25) adolescentes y 36.1% (n = 30) niños. De los adultos el 82.1% (n = 23) son mujeres y el 17.9% (n = 5) son hombres; de los adolescentes el 48% (n = 12) son mujeres y el 52% (n = 13) hombres y en los niños el 46.7% son niñas (n = 14) y el 53.3% (n = 16) niños.

Las edades de los participantes estuvieron entre los 7 y 50 años (edad media 17.33 (D.E. = 10.36)). La media de edad de los adultos fue de 29.29 (D.E. = 9.38) años, en los adolescentes fue de 13.68 (D.E. = 1.57) años y en los niños fue de 9.20 (D.E. = 1.38) años. No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad entre los sexos en la muestra.

Adicionalmente, para el caso de los niños y adolescentes se indagó por el número de hermanos, allí se encontró que en los niños un 26.7% (n = 8) tiene dos hermanos y un 23.3% (n=7) tiene 4. En los adolescentes el 40% (n = 10) tiene más de cinco hermanos y el 24% (n = 6) tiene tres hermanos. Cabe anotar que el 76.7% (n = 23) de los niños y el 56% (n = 14) adolescentes asisten a un colegio público, mientras que el 23.3% (n = 7) de los niños y el 44% (n = 11) de los adolescentes asisten a un colegio privado.

Análisis descriptivo de calidad de vida y valoración del barrio

Con respecto a los resultados reportados por la comunidad del barrio La Cruz acerca de la calidad de vida se encontró que las subescalas de bienestar físico y bienestar material obtuvieron puntuaciones bajas dentro del rango, esto coincide con lo esperado puesto que la muestra se ubica en estratos socioeconómicos bajos. Sin embargo, se resaltan las puntuaciones altas en las subescalas de bienestar emocional, relaciones interpersonales, y autodeterminación para el caso de los adultos y puntuaciones medias en derechos, inclusión social y desarrollo personal. En el caso de los niños para la calidad de vida, se encontraron puntuaciones altas dentro del rango en las subescalas familia, autoestima, amigos, bienestar emocional, de forma similar, se obtuvieron puntuaciones medias dentro del rango para bienestar físico y colegio. En la ansiedad y depresión se encontraron

puntuaciones bajas dentro del rango. Por su parte, en las subescalas de empoderamiento, apego y control social, se obtuvieron puntuaciones medias dentro del rango, mientras que en actividades para la comunidad se encontró puntuación alta dentro del rango (tabla 1).

Tabla 1

Medias y rangos de las escalas

| Variable | M (D.T.) | Rango |
|---|---------------|----------|
| Calidad de vida (adultos) | 52.44 (27.54) | 4 – 98 |
| Bienestar emocional | 78.36 (23.70) | 9 – 95 |
| Bienestar físico | 22.89 (26.02) | 1 – 84 |
| Bienestar material | 14.44 (22.05) | 1 – 63 |
| Relaciones interpersonales | 70.74 (26.15) | 16 – 99 |
| Inclusión social | 62.37 (29.83) | 9 – 99 |
| Desarrollo personal | 64.30 (23.54) | 16 – 99 |
| Autodeterminación | 80.36 (18.52) | 9 – 95 |
| Derechos | 45.00 (28.81) | 1 – 84 |
| Depresión | 7.41 (5.37) | 0 – 23 |
| Ansiedad | 4.54 (3.57) | 0 – 17 |
| KIDDO calidad de vida niños y adolescentes | 73.36 (12.51) | 41 – 96 |
| Bienestar físico | 66.36 (20.00) | 25 – 100 |
| Bienestar emocional | 76.14 (24.54) | 0 – 100 |
| Autoestima | 86.02 (21.85) | 0 – 100 |
| Familia | 80.80 (22.40) | 25 – 100 |
| Amigos | 76.25 (17.61) | 25 – 100 |
| Colegio | 54.66 (16.41) | 25 – 100 |
| Valoración del barrio | 47.00 (26.73) | 5 – 95 |
| Empoderamiento | 54.80 (32.23) | 5 – 95 |
| Apego al barrio | 52.80 (25.86) | 5 – 95 |
| Seguridad | 14.00 (13.69) | 5 – 55 |
| Control social | 44.80 (28.15) | 5 – 95 |
| Actividades jóvenes | 81.80 (19.94) | 5 – 95 |

Nota: M: Media. D. T.: Desviación típica o estándar

Con respecto a los pasatiempos, se encontró que el 36% de los adolescentes practican un deporte. En esta categoría se agruparon las respuestas tales como “jugar fútbol” o “patinar”. Con respecto a las actividades lúdicas, tales como “ver televisión”, “jugar”, “leer”, “estudiar” o “chatear” se encontró que estas actividades son el pasatiempo más practicado por los niños (53.3% de los niños las realizan). Finalmente, se encontró que un 46.4% de los adultos no tiene ningún pasatiempo (tabla 2).

Tabla 2*Hobbies por grupo población y tipo de hobby*

| Grupo poblacional | Adultos | | Adolescentes | | Niños | | |
|-------------------|---------|----|--------------|----|-------|----|------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Tipo de Hobby | Deporte | 4 | 14.3 | 9 | 36.0 | 13 | 43.3 |
| | Lúdica | 11 | 39.3 | 11 | 44.0 | 16 | 53.3 |
| | Ninguno | 13 | 46.4 | 5 | 20.0 | 1 | 3.3 |

Niveles de depresión y ansiedad en la población del barrio La Cruz

Con relación a la salud mental, al tomar los puntos de corte sugeridos para el PHQ-9 y el GAD-7, se encontró que el 8.4% ($n = 7$) presentan síntomas de ansiedad clínicamente significativos, mientras que un 28.9% ($n = 24$) presentan síntomas de depresión clínicamente significativos. Es importante destacar que las cifras son similares en los tres grupos poblacionales (niños, adolescentes y adultos), pero se aclara que en los niños se presentan menores niveles de ansiedad (tabla 3).

Se llevó a cabo una prueba Kruskal-Wallis para evaluar las diferencias entre los niveles de síntomas depresivos y ansiosos entre los grupos poblacionales. No se encontraron diferencias entre la sintomatología emocional entre los tres grupos, Chi cuadrado = 0.590, $p > 0.05$ para depresión y Chi cuadrado = 1.031, $p > 0.05$ para ansiedad.

Tabla 3*Depresión y ansiedad por grupo poblacional*

| | Adultos ($n = 28$) | | Adolescentes ($n = 25$) | | Niños ($n = 30$) | | Total ($N = 83$) | |
|-----------|-------------------------|------|------------------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | N | % |
| Depresión | 7 | 25.0 | 8 | 32.0 | 9 | 30.0 | 24 | 28.9 |
| Ansiedad | 3 | 10.7 | 3 | 12.0 | 1 | 3.3 | 7 | 8.4 |

Relaciones entre las variables del estudio según grupos poblacionales

En los adultos, frente a las subescalas del cuestionario de calidad de vida GENCAT, se encontraron correlaciones entre el bienestar material, el desarrollo personal, la autodeterminación ($p < 0.01$ para ambos) y el bienestar físico ($p < 0.05$). Frente al desarrollo personal, se encontraron

correlaciones entre bienestar físico, autodeterminación y derechos ($p < 0.01$ para todos). En cuanto al bienestar físico, se encontró correlación con la autodeterminación ($p < 0.01$). La inclusión social se relacionó con los derechos ($p < 0.01$). Por último, se encontró una relación inversa entre la ansiedad y el desarrollo personal ($p < 0.01$) (tabla 4).

Tabla 4

Correlaciones entre escalas de población adulta

| | BE | RI | BM | DP | BF | AU | IS | DR | ICV | PHQ | GAD |
|-----|--------|-------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| BE | | | | | | | | | | | |
| RI | | | | | | | | | | | |
| BM | | | | | | | | | | | |
| DP | | | .637** | | | | | | | | -.525** |
| BF | | | .483* | .569** | | | | | | | |
| AU | | | .500** | .635** | .537** | | | | | | |
| IS | | | | | | | | | | | |
| DR | | | | .492** | | | .498** | | | | |
| ICV | .570** | .418* | .559** | .668** | .712** | .575** | .536** | .741** | | | -.400* |
| PHQ | | | | | | | | | | | .649** |
| GAD | | | | -.525** | | | | | -.400* | .649** | |

Nota: BE: Bienestar emocional, RI: Relaciones interpersonales, BM: Bienestar material, DP: Desarrollo personal; BF: Bienestar físico, AU: Autodeterminación, IS: Inclusión social, DR: Derechos, ICV: Índice calidad de vida, PHQ: Depresión, GAD: Ansiedad. ** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). * . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

En los adolescentes, frente a la calidad de vida con otras variables, se encontró una relación directa en la autoestima con el control social ($p < 0.01$), y una inversa, con el apego al barrio ($p < 0.05$). En cuanto a la familia, se encontraron relaciones inversas con el empoderamiento, valoración de barrio ($p < 0.05$ para ambos) y actividades para los jóvenes ($p < 0.01$). Frente a la escuela, se encontraron igualmente relaciones inversas con empoderamiento, control social y valoración del barrio ($p < 0.05$).

La valoración del barrio arrojó relación entre el empoderamiento y el control social ($p < 0.01$). La seguridad se relaciona inversamente con las actividades para los jóvenes ($p < 0.05$).

Finalmente, en cuanto a ansiedad y depresión, se encontró relación inversa de la depresión con la calidad de vida, bienestar emocional ($p < 0.01$ para ambos), el autoestima y bienestar físico ($p < 0.05$ para ambos); y relación directa con el apego al barrio y la ansiedad ($p < 0.01$ para ambos). Frente a esta última, se encontraron relaciones inversas con el bienestar físico y calidad de vida ($p < 0.01$) y bienestar emocional ($p < 0.05$) (tabla 5).

Tabla 5

Correlaciones entre escalas de población adolescente

| | EP | AB | SR | CS | AC | VB | PHQ | GAD | WP | WE | SEF | FM | FR | SCH | KID |
|-----|--------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|---------|--------|--------|-------|--------|-------|-----|---------|
| EP | | | | | | | | | | | | | | | |
| AB | | | | | | | | | | | | | | | |
| SR | | | | | | | | | | | | | | | |
| CS | .596** | | | | | | | | | | | | | | -.474* |
| AC | | | -.403* | | | | | | | | | | | | |
| VB | .921** | .495* | | .605** | .468* | | | | | | | | | | |
| PHQ | | .534** | | | | | | | | | | | | | -.529** |
| GAD | | | | | | | .694** | | | | | | | | -.488* |
| WP | | | | | | | -.431* | -.525** | | | | | | | .808** |
| WE | | | | | | | -.595** | -.446* | .597** | | | | | | .746** |
| SEF | | -.483* | | .574** | | | -.413* | | | | | | | | .405* |
| FM | -.431* | | | | -.541** | -.433* | | | .637** | .543** | | | | | .823** |
| FR | | | | | | | | | | .460* | | | | | .404* |
| SCH | -.485* | | | -.474* | | -.405* | | | | | | | | | |
| KID | | | | | | | -.529** | -.488* | .808** | .746** | .405* | .823** | .404* | | |

Nota: AB: Apego al barrio, SR: Seguridad, CS: Control social, AC: Actividades para la comunidad, VB: valoración del barrio, EP: Empoderamiento, PHQ: Depresión, GAD: Ansiedad, WP: Bienestar físico, WE: Bienestar emocional, SEF: Autoestima, FM: Familia, FR: Amigos, SCH: Escuela, KID: Calidad de vida. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En los niños, se encontró relación directa de la depresión con la ansiedad ($p < 0.01$), e inversa, con la familia ($p < 0.05$) y amigos ($p < 0.01$). En cuanto a la ansiedad, se encontró una relación inversa con bienestar emocional ($p < 0.05$). Por su parte, el bienestar físico se relacionó directamente con los amigos ($p < 0.01$), y el bienestar emocional, se relacionó directamente con la autoestima y la familia ($p < 0.01$ para ambos). Finalmente, se encontró relación entre amigos y escuela ($p < 0.05$) (tabla 6).

Tabla 6

Correlaciones entre escalas de población infantil

| | PHQ | GAD | WP | WE | SEF | FM | FR | SCH | KID |
|-----|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
| PHQ | | | | | | | | | |
| GAD | .558** | | | | | | | | |
| WF | | | | | | | | | .516** |
| WE | | -.362* | | | | | | | .773** |
| SEF | | | | .528** | | | | | .606** |
| FM | -.378* | | | .494** | | | | | .614** |
| FR | -.515** | | .493** | | | | | | .589** |
| SCH | | | | | | | .390* | | .374* |
| KID | | | .516** | .773** | .606** | .614** | .589** | .374* | .374* |

Nota: AB: Apego al barrio, SR: Seguridad, CS: Control social, AC: Actividades para la comunidad, VB: valoración del barrio, EP: Empoderamiento, PHQ: Depresión, GAD: Ansiedad, WP: Bienestar físico, WE: Bienestar emocional, SEF: Autoestima, FM: Familia, FR: Amigos, SCH: Escuela, KID: Calidad de vida. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

Este estudio buscó caracterizar la población del barrio La Cruz de la ciudad de Medellín teniendo en cuenta instrumentos de medición para calidad de vida y salud mental. Los resultados señalaron que existen altos niveles de depresión en los tres grupos poblacionales (niños, adolescentes y adultos). Además, se encontró que existen relaciones significativas entre la depresión y la ansiedad en el caso de niños y adolescentes. También se encontró una puntuación baja dentro del rango de las subescalas de bienestar físico y bienestar material y una puntuación alta para el caso de los adultos en bienestar emocional, relaciones interpersonales y autodeterminación. Adicionalmente, para el caso de los adolescentes y los niños, se encontró mayor presencia de pasatiempos que en los adultos, ambos con más tendencia hacia lo lúdico.

Algunos de estos resultados guardan similitudes con estudios que evalúan la salud de la comuna en la que se ubica la muestra seleccionada. Así, en el *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín 2011-2012* (Torres de Galvis et al., 2012) la comuna 3 (Manrique) obtuvo elevados niveles de ansiedad y depresión. Además, en la encuesta de *Medellín cómo vamos* (Medellín Cómo Vamos, 2018b) Manrique se muestra como una de las comunas con mayor tasa de desempleo y con salarios entre 1 y 2 SMMLV, por debajo de otras comunas que devengan más de este monto. Dicho aspecto podría explicar los índices bajos de bienestar físico y bienestar material.

Es entonces importante destacar que varios de los estudios identifican a Manrique como una de las comunas con mayor vulnerabilidad en temas como la deficiencia en los servicios públicos, las privaciones económicas y el hacinamiento crítico. Además, se destaca que las comunas con menores condiciones de vida para el 2017 son los territorios con mayores privaciones en ámbitos como el acceso a servicios en primera infancia y, adicionalmente, son los lugares con mayor población en primera infancia, superan la media de la ciudad. Así, en la zona nororiental de la ciudad de Medellín, donde está ubicado Manrique, hay un número superior a 10000 niños en primera infancia, en la comuna 3 hay aproximadamente 13732 niños menores de seis años. Adicionalmente, en el 2017 Manrique obtuvo un 76% de vulnerabilidad en la primera infancia, seguido de las comunas Villa Hermosa y San Javier. En el 2016 la comuna 3 estuvo un año por debajo del promedio de la ciudad en privaciones en barreras de acceso a la primera infancia (Medellín Cómo Vamos, 2018a). Sumado a esto, en Manrique el barrio La Cruz es considerado un sector con mayor vulnerabilidad social, económica y física pues la mayoría de las casas se ubican en zonas de alto riesgo (Alcaldía de Medellín, 2015). Según el Plan de Seguridad Alimentaria, Manrique es una de las comunas que presenta mayor inseguridad alimentaria de la ciudad (Alcaldía de Medellín, 2016a). Por lo anterior, resulta importante un estudio particular de los barrios que conforman estas comunas y por lo cual este estudio se diferencia de otros ya que centra su atención sobre uno de los barrios de una comuna que ha presentado condiciones vulnerables.

Adicionalmente, este estudio mostró que en los adultos la ansiedad se correlaciona inversamente con el desarrollo personal. Por su parte, el desarrollo personal se relacionó con el bienestar material, el bienestar físico, la autodeterminación y los derechos. Esto señala la importancia de trabajar en programas de promoción y prevención en la salud que tengan en cuenta el desarrollo personal como factor protector.

También en esta investigación se encontró que en los niños la depresión está relacionada inversamente con las subescalas de familia y amigos; en los adolescentes la ansiedad está inversamente relacionada con el bienestar físico, el bienestar emocional y la calidad de vida, además se resaltan las relaciones inversas entre las subescalas de familia con el empoderamiento, las actividades para jóvenes y la valoración del barrio; de manera similar las relaciones inversas entre la escuela con el control social, el empoderamiento y la valoración del barrio. Esto indica la importancia de realizar actividades de promoción en la salud que tengan en cuenta los factores protectores o de riesgo que una comunidad con condiciones vulnerables puede tener (Bang y Corin, 2017). Se ha encontrado evidencia empírica y teórica que sustenta la relación entre entornos comunitarios vulnerables y el surgimiento de problemas comportamentales como el consumo de sustancias, la violencia, la iniciación sexual precoz y la desescolarización. La teoría de la desorganización señala las características del barrio como recursos en favor de la conducta saludable o en contra de la misma (Sampson & Groves, 1989).

Otras aproximaciones a este tema discuten sobre la elaboración de políticas públicas en salud y destacan el desconocimiento de realidades comunitarias específicas para la formulación de programas. Desde esta perspectiva, una intervención desde una Atención primaria en salud comprende el papel de la comunidad como sujeto activo para la transformación de realidades y conductas dirigidas hacia la salud, puesto que se realizarían intervenciones desde las necesidades e intereses (Gonzalez et al., 2019).

Por otra parte, las subescalas mencionadas (Valoración al barrio, Actividades para la comunidad, Autodeterminación, Control social y Desarrollo personal) muestran la diferencia de este estudio con otros enfocados en los trastornos mentales o condiciones materiales, puesto que se tienen en cuenta no solo variables individuales sino sociales que permiten conocer la relación del sujeto con su entorno. Adicionalmente, la medición de diferentes escalas para la calidad de vida y la salud permitió obtener correlaciones significativas entre variables diversas. Dichos resultados podrían servir para futuros programas de promoción y prevención que apunten a reducir las vulnerabilidades presentadas en el sector.

Como se ha dicho anteriormente, el desarrollo personal en los adultos se resalta como una variable importante a tener en cuenta para el desarrollo de propuestas encaminadas a la promoción en salud. Por tanto, se considera necesario su definición e impacto en otros estudios. Según el *Manual de aplicación de la escala GENCAT de Calidad de vida* (2009), el desarrollo personal

se refiere a la posibilidad de aprender cosas diferentes, conocimientos múltiples y realizarse en lo personal, tiene en cuenta las limitaciones/capacidades, el acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades laborales y funcionales. Teniendo en cuenta los estudios anteriores donde en la comuna 3 prevalecen las carencias materiales, económicas y educativas, se hace importante poner una mirada en esta variable que afecta la ansiedad en los adultos. Para el caso de los niños y adolescentes resulta necesario apuntarle a generar espacios protectores en la familia, escuela y amigos puesto que estos tienen influencia en la depresión y la valoración del barrio.

Este tipo de estudios centrados en una comunidad específica permiten la contextualización de la misma, necesaria para llevar a cabo planes de acción en torno a las necesidades y dificultades que esta presenta. Para Cuervo Paniagua et al. (2016) el papel del psicólogo en la comunidad será el de guiar y facilitar que las personas se empoderen frente a su ambiente para propiciar la transformación. Estos autores coinciden con Montero (2004) acerca de que la intervención psicosocial fomente la conciencia de cambio en las personas de la comunidad para desarrollar la capacidad de reconocer y resolver las situaciones presentes. Esta perspectiva se relaciona con la de Teyhen et al. (2018) there must be a focus on how individuals, communities, and the system need to change to promote and sustain health rather than reactively treat sickness and disability. To transition from a health care system to a “System for Health”, we need to move from a patient-focused to a person-focused position. A system that focuses on improving personal decisions related to activity, nutrition, sleep, and tobacco-free living could have a profound impact on health and well-being. The delivery of health, instead of just health care, entails more than just preventing sickness and disability; it requires focusing on building personal wellness, resilience, and endurance. Engaging the individual person to embrace a healthier lifestyle through education, incentives, and technology we can have a positive impact on reducing costs and improving health outcomes. The purpose of this commentary is three-fold: (1 acerca de virar el enfoque del paciente a la persona).

Muchos programas de intervención comunitaria operan desde el desconocimiento del contexto social y apuntan hacia una intervención planteada desde afuera, ajena al sentir de la comunidad, lo que disminuye la conciencia relevante para el cambio de la problemática y de la configuración y mantenimiento de los emergentes. Por el contrario, si se comprende el contexto en el ámbito social, no solo se interviene desde las demandas explícitas hechas por la comunidad, sino que también se podrá operar desde las demandas implícitas pero latentes en el contexto (Rueda, 1994). Es por ello que esta investigación resulta importante tanto para la comprensión de un territorio como para los planes a desarrollar en el futuro.

Antes de terminar es importante señalar las limitaciones del estudio. Aunque aquí se pretendió tener una visión local de la percepción de los habitantes del barrio, al ser una muestra intencional y no aleatoria, se desconoce la posibilidad de generalización de los resultados más allá de la po-

blación evaluada. Asimismo, el tamaño de muestra fue adecuado para los análisis aquí descritos, pero no se alcanzó un nivel de representatividad frente a la población del barrio. Al buscar evaluar niños y adolescentes, que implica que son sus padres quienes deben consentir su ingreso en el estudio, es complejo contar con muestras grandes de estos grupos poblacionales. Finalmente, debe señalarse que no todas las escalas aquí descritas han sido validadas en población colombiana; por esto el alcance del estudio busca ser descriptivo y no define si la calidad de vida o la valoración del barrio se hayan en puntuaciones bajas, medias o altas con respecto a un grupo poblacional.

En conclusión, este estudio permitió caracterizar el barrio La Cruz de la comuna Manrique-Medellín con instrumentos de medición para la calidad de vida y la salud mental. Los resultados arrojaron aspectos similares encontrados en otras mediciones más globales como índices de depresión y ansiedad elevados. Además, se diferencia de otros estudios similares en tanto que evalúa diferentes dimensiones como la valoración al barrio y también por su especificidad en un barrio determinado. La utilización de diferentes escalas arrojó correlaciones significativas entre las variables. Así, las vulnerabilidades a nivel físico, psicológico y social se pueden contrastar con las potencialidades como relaciones interpersonales y autodeterminación. El desarrollo personal, que está inversamente relacionado con la ansiedad, resulta una variable que puede orientar proyectos de promoción y prevención en la salud. Igualmente, esta iniciativa se convierte en un primer acercamiento de caracterización que posibilita profundizar sobre los barrios en los cuales los estudios muestran mayores índices de vulnerabilidad. Asimismo, permite preguntarse sobre los bajos índices de calidad de vida y salud de los barrios periféricos de la ciudad de Medellín y su posible relación con sus características históricas y sociales. De esta forma, este estudio fomenta una contextualización con miras a la intervención en salud de un barrio de las laderas de Medellín.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad EAFIT quien financió el desarrollo de este estudio; a la Biblioteca Comunitaria Sueños de Papel, espacio donde se llevaron a cabo la mayoría de las encuestas aplicadas a la comunidad y, por último, muchas gracias a los habitantes del barrio La Cruz por apoyar este estudio desde la realización de las encuestas y por la información suministrada en ellas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

REFERENCIAS

- Alcaldía de Medellín. (2012). *Perfil epidemiológico Comuna 3-Manrique 2005-2012*. Medellín. [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Salud/Secciones/Indicadores y Estadísticas/Documentos/2013/Indicadores básicos en salud/Perfiles epidemiológicos/Manrique.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Indicadores%20y%20Estadisticas/Documentos/2013/Indicadores%20basicos%20en%20salud/Perfiles%20epidemiologicos/Manrique.pdf)
- Alcaldía de Medellín. (2015). *Plan de desarrollo local Comuna 3 Manrique*. Medellín: Autor. https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacinGeneral/Shared%20Content/Documentos/comunas/COMUNA3_MANRIQUE.pdf
- Alcaldía de Medellín. (2016a). *Anteproyecto. Plan de desarrollo. Medellín cuenta con vos 2016-2019*. Alcaldía de Medellín. https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2016/PlandedesarrolloMunicipalConsolidadov229FEB16.pdf
- Alcaldía de Medellín. (2016b). *Perfil Demográfico 2016-2020 Comuna 03 Manrique*. Alcaldía de Medellín. [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/IndicadoresyEstadsticasyEstadisticas/Shared Content/Documentos/ProyeccionPoblacion2016-2020/Perfil Demográfico 2016–2020 Comuna 03_Manrique.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/IndicadoresyEstadsticasyEstadisticas/Shared%20Content/Documentos/ProyeccionPoblacion2016-2020/Perfil%20Demografico%202016-2020%20Comuna%2003%20Manrique.pdf)
- Bang, C., y Corin, M. (2017). Analizando prácticas participativas en salud: La Semana de Las Crianzas en Villa Soldati. *Saúde Em Debate*, 41(114), 768–785. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811607>
- Bullinger, M., Mackensen, S., & Kirchberger, I. (1994). KINDL—ein Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Zeitschrift Für Gesundheitspsychologie*, 2, 64–67. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1014-z>

- Campos, B. (2015). What is the Role of Culture in the Association of Relationships with Health? *Social & Personality Psychology Compass*, 9(12), 661–677. <https://doi.org/10.1111/spc3.12226>
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., Paez, A., Cabanzo-Arenas, F., Ribero-Marulanda, S., y Llanes-Amaya, E. R. (2020). Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/J.RCP.2019.09.001>
- Castañeda Polanco, J. G., López-López, W., y Camargo Barrero, J. A. (2019). Calidad de Vida relacionada con la Salud en Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia. *Psicología Desde El Caribe*, 36(2), 1–21. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.36.2.303.6>
- Cuervo Paniagua, A. D., Carvajal Gallo, C. M., y Del Castillo Baena, L. (2016). Psicología comunitaria: apuntes para no olvidar. *Poiésis*, (31), 188–202. <https://doi.org/10.21501/16920945.2109>
- Fernández-López, J. A., Fidalgo, M. F., Cieza, A., y Ravens-Sieberer, U. (2004). Medición de la calidad de vida en niños y adolescentes: comprobación preliminar de la validez y fiabilidad de la versión española del cuestionario KINDL. *Atención Primaria*, 33(8), 434–442. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)79429-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)79429-9)
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rojas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(8). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Gonzalez, B. N., Mendiola, A. B. P. de, Fernandez, R. C., Torroja, M. S., García, M. H., Diéguez, J. G., y Domínguez, D. G. (2019). La Alianza de Salud Comunitaria, una red de intercambio de conocimiento y trabajo compartido. *International Journal of Integrated Care*, 19(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.s3294>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1997). *Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa*. In *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Junta de Andalucía, y Consejería de salud. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. OBEMEDIA, S. C.

- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V. (2018). The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Journal of Affective Disorders*, 232, 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.045>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). ¿Cómo define la OMS la *salud*? [en línea] <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Ortegón-Machado, D. S. (2018). Representaciones sociales de líderes comunitarios sobre el consumo de sustancias psicoactivas en un sector marginal de la ciudad de Cali. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 9(2), 326–361. <https://doi.org/10.21501/22161201.2485>
- Pino Montoya, J. W. (2012). Conformación de Las familias de los estratos cero, uno, dos y tres del barrio Belén Rincón de Medellín. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(1), 69–80. <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/490/476>
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). News from the KINDL-Questionnaire – A new version for adolescents. *Quality of Life Research*, 7, 653. <https://www.kindl.org/english/questionnaires/>
- Restrepo, P. P., y Hernández, P. A. (2017). ¿Cómo va la Primera Infancia en Medellín?, 2017 [Resumen ejecutivo]. Medellín, Colombia: Gencero, Fundación Éxito, Proantioquia, Medellín Cómo Vamos. <https://www.medellincomovamos.org/sites/default/files/2020-01/documentos/Resumen%20ejecutivo%20-%20Informe%20C%C3%B3mo%20va%20la%20primera%20infancia%20en%20Medell%C3%ADn%202017.pdf>
- Restrepo, P. P., Molina, N. G., y González, M. V. (2018). Informe de Calidad de Vida de Medellín, 2018. <https://www.medellincomovamos.org/system/files/2020-04/docprivados/Documento%20ICV%202018.pdf>

- Restrepo, P. P., Hernández, P. A., Roldán, L. M., y Martínez, W. J. (2017). Informe de Calidad de Vida de Medellín, 2017. <https://www.medellincomovamos.org/sites/default/files/2020-01/documentos/Resumen%20ejecutivo%20-%20Informe%20C%C3%B3mo%20va%20la%20primera%20infancia%20en%20Medell%C3%ADn%202017.pdf>
- Rueda, J. M. (1994). El psicólogo en la comunidad. *Anuario de Psicología*, (63), 235–243. <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61250/88940>
- Salas Zapata, C., y Garzón Duque, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36–46. <https://doi.org/10.21615/2751>
- Sampson, R. J., & Groves, W. B. (1989). Community structure and crime: testing social disorganization theory. *American Journal of Sociology*, 94, 774–802. <http://dx.doi.org/10.1086/229068>
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 21–36.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *The Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Teyhen, D. S., Robbins, D., & Ryan, B. A. (2018). Promoting and Sustaining Positive Personal Health Behaviors – Putting the Person First. *Military Medicine*, 183(3), 213–219. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy212>
- Tobón Marulanda, F. Á., López Giraldo, L. A., y Ramírez Villegas, J. F. (2013). Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 462–473. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp133e.pdf>
- Toro, D. C., Paniagua, R. E., González, C. M., y Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302–308. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n3/v27n3a07.pdf>

- Torres de Galvis, Y., Posada Villa, J., Mejia Montoya, R., Bareño Silva, J., Hincapié Sierra, G. M., Montoya Vélez, L. P., y Agudelo Martínez, A. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*. L Vieco e Hijas Ltda.
- Torres de Galvis, Y., Restrepo Bernal, D., Castaño Pérez, G., Hincapié Sierra, G. M., Buitagro Salazar, C., Salas Zapata, C., y Bareño Silva, J. (2018). *Estudio Poblacional de Salud Mental Envigado 2017*. Editorial CES.
- Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Sociología & Red de Instituciones y Organizaciones Comunitarias, Barrio La Cruz, La Honda y Bello Horizonte (RIOBACH). (2013). *Reconstrucción colectiva de la memoria histórica de los barrios La Cruz, La Honda y Bello Oriente de la ciudad de Medellín, periodo 1980-2010*. [CD-ROM]. Medellín: RIOBACH.
- Urzúa, A., y Mercado, G. (2008). La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través del Kiddo-Kindl. *Terapia Psicológica*, 26(1), 133–141. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100012>
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707–717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x>
- Verdugo Alonso, M. Á., Arias Martínez, B., Sánchez Gómez, L. E., y Schalock, R. L. (2009). *Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Biblioteca de Catalunya.
- Woldetensay, Y. K., Belachew, T., Tesfaye, M., Spielman, K., Biesalski, H. K., Kantelhardt, E. J., & Scherbaum, V. (2018). Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression in pregnant women: Afaan Oromo version. *Plos One*, 13(2), 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191782>