

**UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
*DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS*



Tesis doctoral presentada por Rómulo Antonio Bastidas Fernández  
para optar al grado de Doctor por la Universidad de Alcalá.

**ESTUDIO DE LA VIVIENDA Y SU INFLUENCIA EN LA  
CALIDAD DE VIDA.  
PARROQUIA SAN JUAN (ESTADO MÉRIDA).  
VENEZUELA**

Directora: D<sup>a</sup>. Eglée Iciarte Lavieri.

2012



D<sup>a</sup>. Eglée Iciarte Lavieri, Profesora Asociada del Departamento de Especialidades Médicas de la Universidad de Alcalá,

### **INFORMA**

Que la Tesis Doctoral titulada “ESTUDIO DE LA VIVIENDA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA. PARROQUIA SAN JUAN (ESTADO MÉRIDA). VENEZUELA”, presentada por D. Rómulo Antonio Bastidas Fernández, y realizada bajo mi dirección, reúne los méritos de calidad y originalidad, así como los requisitos científicos y metodológicos para optar al grado de doctor.

Alcalá de Henares, 22 de Mayo de 2012

Dra. D<sup>a</sup>. Eglée Iciarte Lavieri

D. José Luis Bardasano Rubio, Catedrático de la Universidad de Alcalá y  
Director del Departamento de Especialidades Médicas

## **INFORMA**

Que la Tesis Doctoral titulada, “**ESTUDIO DE LA VIVIENDA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA. PARROQUIA SAN JUAN (ESTADO MÉRIDA). VENEZUELA**”, presentada por Rómulo Antonio Bastidas Fernández, cumple con todos los requisitos científicos y metodológicos para ser defendida ante un Tribunal.

Alcalá de Henares, 22 de Mayo de 2012.

José Luis Bardasano Rubio

**CONTENIDO**

ÍNDICE DE CUADROS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
INDICE DE ANEXOS.....	xiv
DEDICATORIA.....	xv
AGRADECIMIENTOS.....	xvi
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	1
<b><i>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</i></b>	
1.1. Planteamiento del Problema.....	4
1.2. Formulación del Problema.....	18
1.3. Objetivos de la Investigación.....	19
1.3.1. Objetivo General.....	19
1.3.2. Objetivos Específicos.....	19
1.4. Justificación de la Investigación.....	20
1.4.1. Teórico.....	20
1.4.2. Metodológico.....	21
1.4.3. Práctico.....	21
1.4.4. Social.....	22
1.5. Alcances y limitaciones.....	23
1.5.1. Alcances .....	23
1.5.2. Limitaciones .....	23
1.6. Delimitaciones .....	24



1.6.1 Delimitación espacial .....	24
1.6.2 Delimitación Temporal Año 2011-2012.....	25

***CAPITULO II: MARCO TEÓRICO***

2.1. Antecedentes de la investigación.....	26
2.2. Bases teóricas.....	34
2.2.1. Aspectos conceptuales.....	34
2.2.2. La vivienda como necesidad humana.....	37
2.2.3. La vivienda como factor fundamental en la promoción de la salud de la población.....	40
2.2.4. La vivienda como parte de las prácticas sociales.....	44
2.2.5. Calidad de vida. Breve evolución histórica.....	48
2.2.6. Aspectos conceptuales de la calidad de vida.....	50
2.2.7. La calidad de vida como base diagnóstica y perspectiva para procesos planificados.....	54
2.2.8. Salud Mental.....	60
2.3. Hipótesis.....	62
2.4. Operacionalización de las variables.....	63
2.5. Bases legales.....	65
2.6. Definición de términos.....	68

***CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO***

3.1. Abordaje y paradigma relacionado.....	69
3.2. Orientación Epistemológica.....	69
3.3. Tipo y diseño.....	70
3.4. Determinación del área de estudio.....	72
3.5. Implicaciones éticas.....	72
3.6. Población y muestra.....	73



<b>3.7.</b>	<b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</b>	<b>74</b>
<b>3.8.</b>	<b>Validez y confiabilidad.....</b>	<b>74</b>
<b>3.9.</b>	<b>Ejecución de las Operaciones de Campo.....</b>	<b>75</b>
	<b>3.9.1 Promoción de la Investigación de Campo.....</b>	<b>75</b>
	<b>3.9.2. Instrucciones para los Encuestadores.....</b>	<b>76</b>
	<b>3.9.3 Proceso de levantamiento de información.....</b>	<b>76</b>
	<b>3.9.4 Transformación de las puntuaciones de los dominios a la escala 0-100.....</b>	<b>77</b>

#### **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

<b>4.1.</b>	<b>Características de los hogares y personas bajo estudio.....</b>	<b>79</b>
	<b>4.1.1. Por género y grupo etario.....</b>	<b>79</b>
	<b>4.1.2. Por nivel educativo.....</b>	<b>80</b>
	<b>4.1.3. Tenencia de la vivienda.....</b>	<b>81</b>
	<b>4.1.4. Tiempo de residencia en la comunidad.....</b>	<b>82</b>
	<b>4.1.5. Estrato social.....</b>	<b>83</b>
	<b>4.1.6. Salud.....</b>	<b>84</b>
	<b>4.1.7. Comunidad.....</b>	<b>86</b>
<b>4.2.</b>	<b>Caracterización de la vivienda.....</b>	<b>91</b>
	<b>4.2.1. Modelo de caracterización propuesto.....</b>	<b>91</b>
	<b>4.2.2. Indicadores para la caracterización de las viviendas...</b>	<b>92</b>
	<b>4.2.3. Metodología para la caracterización de las viviendas..</b>	<b>94</b>
	<b>4.2.4. Método de Conglomerados en Dos Fases.....</b>	<b>95</b>
	<b>4.2.5. Características de los conglomerados.....</b>	<b>95</b>
	<b>4.2.6. Análisis de correspondencia múltiple.....</b>	<b>98</b>

<b>4.3</b>	<b>Comparación de la Calidad de vida y el estado de salud mental con las viviendas caracterizadas.....</b>	<b>99</b>	
<b>4.3.1</b>	<b>Comparación del Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF con las Viviendas Caracterizadas..</b>	<b>99</b>	
<b>4.3.2</b>	<b>Comparación de la salud mental y la caracterización de las viviendas.....</b>	<b>102</b>	
<b>4.3.3</b>	<b>Determinación de la aproximación al riesgo (odds ratio).....</b>	<b>104</b>	
	<b>Discusión.....</b>	<b>106</b>	
 <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>			
<b>5.1.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>111</b>	
<b>5.2.</b>	<b>Recomendaciones.....</b>	<b>116</b>	
 <b>CAPÍTULO VI: APORTES AL CONOCIMIENTO</b>			
<b>6.1.</b>	<b>Aportes en aspectos de investigación y metodológicos.....</b>	<b>118</b>	
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>			<b>119</b>
 <b>ANEXOS.....</b>			<b>132</b>

## **INDICE DE CUADROS**

<b>Cuadro N°1. Tipo de Vivienda. Parroquia San Juan, 2007.....</b>	<b>15</b>
<b>Cuadro N°2. Perfil de Riesgos Biológicos. Parroquia San Juan, 2007.....</b>	<b>16</b>
<b>Cuadro N°3. Perfil de Riesgos Psicosociales. Parroquia San Juan, 2007.....</b>	<b>17</b>
<b>Cuadro N°4. Perfil de Riesgos Ambientales. Parroquia San Juan, 2007.....</b>	<b>18</b>
<b>Cuadro N°5. Factores de Riesgo de la Vivienda Inadecuada y Enfermedades más Comunes.....</b>	<b>47</b>
<b>Cuadro N°6. Componentes de Necesidad, Satisfactores e Indicadores. Venezuela.....</b>	<b>60</b>
<b>Cuadro N°7. Operacionalización de Variables.....</b>	<b>64</b>
<b>Cuadro N°8. Esquema de Abordaje.....</b>	<b>69</b>
<b>Cuadro N° 9. Puntuaciones mínimas y máximas y posible rango, según dominio. Parroquia San Juan-2011.....</b>	<b>78</b>
<b>Cuadro N° 10. Distribución de las personas por Género y grupo etario valores absolutos y relativos. Parroquia San Juan 2011.....</b>	<b>80</b>
<b>Cuadro N° 11. Distribución de las personas según nivel educativo. Valores absolutos y relativos. Parroquia San Juan 2011.....</b>	<b>81</b>



<b>Cuadro N° 12. Distribución de los hogares según estratos sociales. Valores absolutos y relativos. Parroquia San Juan 2011.....</b>	<b>84</b>
<b>Cuadro N° 13. Distribución de las personas según enfermedades comunes. Cifras absolutas y relativas. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>86</b>
<b>Cuadro N° 14. Total de viviendas caracterizadas según conglomerado de pertenencia. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>95</b>
<b>Cuadro N° 15. Total de viviendas caracterizadas por ICBV, según conglomerado de pertenencia. Parroquia San Juan. 2011...</b>	<b>96</b>
<b>Cuadro N° 16. Total de viviendas caracterizadas por altura, según conglomerado de pertenencia. Parroquia San Juan. 2011...</b>	<b>96</b>
<b>Cuadro N° 17. Total de viviendas caracterizadas por dimensión, según conglomerado de pertenencia. Parroquia San Juan. 2011...</b>	<b>97</b>
<b>Cuadro N° 18. Comparación de las preguntas generales de Whoqol-Bref con la caracterización de la vivienda. Medida de tendencia, dispersión y probabilidad. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>100</b>
<b>Cuadro N° 19. Comparación de los dominios WHOQOL-BREF con la caracterización de la vivienda. Medida de tendencia, dispersión y probabilidad. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>101</b>
<b>Cuadro N° 20. Comparación entre salud mental y caracterización de las viviendas. Cifras relativas y Ji-Cuadrado. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>103</b>
<b>Cuadro N° 21. Comparación de Odds Ratio entre casos y controles y manifestaciones asociadas a salud mental. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>105</b>
<b>Cuadro N° 22. Análisis de conglomerados en dos fases. Caracterización de la prueba Piloto). Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>165</b>
<b>Cuadro N° 23. Distribución por género. Jefe (a) de hogar. (Prueba Piloto). Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>167</b>
<b>Cuadro N° 24. Distribución por nivel de instrucción. Jefe (a) de hogar. (Prueba Piloto). Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>168</b>

---

<b>Cuadro N° 25. Prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach según dominio. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>169</b>
<b>Cuadro N° 26. Escala transformada. Mínimo, máximo y media. Desviación típica según dominio. (Prueba Piloto). Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>172</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 1. Aspectos de Análisis de la vivienda saludable.....</b>	<b>36</b>
<b>Gráfico N° 2. Jerarquización de las necesidades de Maslow.....</b>	<b>39</b>
<b>Gráfico N° 3. Calidad de Vida y Factores Principales (2002).....</b>	<b>53</b>
<b>Gráfico N° 4. Distribución de los Hogares según condición de tenencia de la vivienda. Valores relativos. Parroquia San Juan 2011.....</b>	<b>82</b>
<b>Gráfico N° 5. Distribución de los hogares según tiempo de residencia. Valores relativos. Parroquia San Juan. 2011...</b>	<b>83</b>
<b>Gráfico N° 6. Distribución de personas por tipo de establecimiento de salud utilizado. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>85</b>
<b>Gráfico N° 7. Distribución de los hogares por presencia de discapacitados en el grupo familiar. Cifras relativas. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>85</b>
<b>Gráfico N° 8. Distribución de las discapacidades presenten en el grupo familiar. Cifras relativas. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>85</b>
<b>Gráfico N° 9. Distribución de la necesidad de servicios públicos y servicios básicos. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>87</b>
<b>Gráfico N° 10. Distribución de las personas según participación en organizaciones comunitarias. Cifras relativas. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>88</b>
<b>Gráfico N° 11. Distribución de las personas según actividades Comunitarias en la que participa. Cifras relativas. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>89</b>
<b>Gráfico N° 12. Distribución de las personas según su interés en participar en actividades comunitarias. Cifras relativas. Parroquia San Juan 2011.....</b>	<b>90</b>
<b>Gráfico N° 13. Análisis de correspondencia múltiple. Variables que conforman el modelo de caracterización de las viviendas. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>99</b>



**Gráfico N° 14. Distribución de los hogares por estratos socioeconómicos.  
(Prueba Piloto). Parroquia San Juan. 2011..... 166**



---

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla N° 1. Variables e indicadores para la caracterización de las viviendas. Parroquia San Juan. 2011.....</b>	<b>93</b>
--	-----------



## **INDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo N° 1</b>	<b>Definición de Términos.....</b>	<b>133</b>
<b>Anexo N° 2.</b>	<b>Cuestionario para Caracterizar La Vivienda.....</b>	<b>136</b>
<b>Anexo N° 3.</b>	<b>Planilla de Consentimiento Informado.....</b>	<b>140</b>
<b>Anexo N° 4.</b>	<b>Instrumento para medir Calidad de Vida.....</b>	<b>141</b>
<b>Anexo N° 5.</b>	<b>Planilla de Validación del Cuestionario para Caracterizar Las Viviendas .....</b>	<b>149</b>
<b>Anexo N° 6.</b>	<b>Tríptico.....</b>	<b>152</b>
<b>Anexo N° 7.</b>	<b>Manual del Encuestador.....</b>	<b>154</b>
<b>Anexo N°8.</b>	<b>Mapa Catastral.....</b>	<b>162</b>
<b>Anexo N°9.</b>	<b>Presentación y análisis de resultados prueba piloto.....</b>	<b>163</b>

## ***DEDICATORIA***

A Dios Todopoderoso, por haberme otorgado sabiduría, su amor y fortaleza, para superar las dificultades y poder coronar con éxito esta meta propuesta.

A mi esposa, por ser la mujer incondicional y ayuda idónea requerida para triunfar. Igualmente a mis hijos, y a este núcleo familiar tan especial que constituye la esencia de mi felicidad.

A todos aquellos que saben de mi cariño y afecto.

***RÓMULO BASTIDAS F.***

## ***AGRADECIMIENTOS***

En la realización de este proyecto, tengo que agradecer a varias personas que con su estímulo, sugerencias y valiosos aportes permitieron que este trabajo llegara a un feliz término.

En primer lugar, a mi Directora la Dra. Eglée Iciarte Lavieri, que con su experiencia y conocimientos, además, de su paciencia y responsabilidad sirvió de guía y apoyo en todo momento para el desarrollo de este trabajo.

A mi querida amiga y compañera de ruta Dra. Ingrid Tortolero, un reconocimiento a su iniciativa, a su denodado esfuerzo e interés en apoyar la decisión para la realización de este Doctorado. A mi asesor estadístico, el Lic. Henry Andrade, que a pesar de sus ocupaciones aportó experiencia, conocimientos y la mejor disposición, para que este trabajo pueda ser hoy una realidad.

Al profesor, José Carlos González por su desinteresada e incondicional colaboración.

A Carlos Piñeyro, mi querido yerno, por haber puesto todo su conocimiento de la informática al servicio de este trabajo.

Que Dios los bendiga siempre, son mis mejores deseos.

***RÓMULO BASTIDAS F.***



## **AUTOR:**

**Prof. Rómulo A. Bastidas F**

**ESTUDIO DE LA VIVIENDA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA. PARROQUIA SAN JUAN (ESTADO MÉRIDA). VENEZUELA,** depositada en la Escuela de Postgrado de la Universidad de Alcalá para optar al Título de Doctor en Ciencias de la Salud, Madrid - España, 2011

Correo Electrónico: [m\\_bastidas05@hotmail.com](mailto:m_bastidas05@hotmail.com)

## **RESUMEN**

El objetivo principal de la presente tesis doctoral, se basó en el estudio de la vivienda y su influencia en la calidad de vida de los habitantes de la parroquia San Juan, del municipio Sucre del estado Mérida-Venezuela. 2011. El nivel de la investigación es analítico o explicativo, con abordaje en base al paradigma cuantitativo, el diseño de campo, con estudio de caso control. En cuanto a la muestra fue conformada por 305 viviendas y sus habitantes, del medio urbano y rural de la parroquia antes citada, utilizando como técnica la observación directa y la encuesta, y como instrumentos, un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, para obtener la información de fuentes primarias y poder caracterizar viviendas en adecuadas e inadecuadas. Asimismo, el test WHOQOL- BREF utilizado por la OMS para medir calidad de vida. En el desarrollo del presente trabajo, se determinó la influencia de la vivienda inadecuada en la calidad de vida y en la salud mental, además; de poder demostrar a través de un modelo estadístico (Método de Conglomerado en dos Fases) la posibilidad de caracterizar dichas viviendas. Se concluye evidenciándose de manera específica, la posibilidad de utilizar estos instrumentos en trabajos de campo en relación con estudios de viviendas. Finalmente, se plantea un conjunto de recomendaciones que sugiere profundizar en el trabajo de este importante aspecto en las ciencias de la salud.

**Palabras clave:** calidad de la vivienda, calidad de vida, salud mental.

**AUTOR:**

**Prof. Rómulo A. Bastidas F**

**STUDY OF THE HOUSING AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE. PARISH OF SAN JUAN, MERIDA STATE VENEZUELA.**

Deposited in the Graduate School of the University of Alcalá for the degree of Doctor of Health Sciences, Madrid - Spain, 2011.

**ABSTRACT**

The main objective of the present doctoral thesis was based on the study of housing and its influence on the quality of life of the Parish of San Juan of Sucre Municipality in the State of Merida-Venezuela, 2011. The level of the research is analytical or explanatory, boarding on the basis of the quantitative paradigm, the design of field, with case control study. About the sample, it was formed by 305 houses in urban and rural environment of the Parish cited above, using the technique of direct observation and the survey, and using the instruments open and closed questionnaire questions to obtain information from primary sources and to characterize housing as appropriate and inappropriate. It was also taken into account the test WHOQOL - BREF used by WHO to measure the quality of life. In the development of this work, the influence of inadequate housing was determined in the quality of life and mental health; in addition, to demonstrate through a statistical model (Conglomerate Two-Phase Method) the possibility of characterizing such dwellings. It is concluded evidencing specifically, the possibility of using these instruments in fieldwork in housing studies. Finally, there is a set of recommendations suggesting to deepen the work of this important aspect in the Sciences of Health.

**Key words:** quality of housing, quality of life, mind health.

## INTRODUCCIÓN

La formación holística del futuro profesional de las Ciencias de la Salud, exige la aprehensión de conocimientos que no solo se ubican en la esfera de lo biológico, sino también, involucra aspectos vinculados con lo social, económico, ambiental y cultural. Por lo tanto, en esta Tesis se pretende vincular aspectos fundamentales como es la relación entre la vivienda y la calidad de vida de sus habitantes.

Por todos es conocido que de la diversidad de problemas que confronta la humanidad, el de la vivienda es uno de los que presenta mayor relevancia, motivado a dificultades que tienen relación con el incremento demográfico, el proceso acelerado de urbanización, la injusta y desproporcionada distribución de la riqueza y la falta de políticas de desarrollo urbano y de vivienda, que ha estimulado la proliferación de toda clase de habitaciones insalubres, hacinamiento y otros aspectos que presentan marcada influencia en la calidad de vida de los habitantes de las comunidades. “Es importante resaltar, que el interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los ’60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como: la salud, la educación, la política y el mundo de los servicios en general” Camargo, (1998).

Tradicionalmente, se ha investigado la relación de la vivienda con la aparición de enfermedades transmisibles (Malaria, Mal de Chagas, Dengue), pero poco se ha estudiado la influencia que tiene la vivienda como espacio vital, en relación con problemas sociales, aspectos psicológicos, lazos familiares, educación en salud y otros aspectos consustanciados con la calidad de vida. Esta investigación se encuentra orientada a dilucidar estas relaciones a partir de un estudio de tipo no experimental, analítica observacional, de casos-control, longitudinal y retrospectivo. La población objeto fue la parroquia San Juan, del municipio Sucre del estado

Mérida, Venezuela. Se realizó a través de la técnica de observación y encuesta y de un instrumento (cuestionario) con preguntas abiertas y cerradas, que permitió caracterizar y describir lo que es una vivienda adecuada e inadecuada, utilizando a su vez un instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para medir calidad de vida, como lo es World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) (1994) que presenta para su aplicación los siguientes dominios, con sus respectivas facetas:

- 1- Calidad de vida y salud general.
- 2- Salud física.
- 3- Salud psicológica.
- 4- Relaciones sociales.
- 5- Ambiente que nos rodea.

Por medio de este instrumento, se recolectó la información objeto de estudio, y posteriormente contrastarla con la hipótesis considerada.

La aplicación metodológica proporcionó una base de datos actualizada y fidedigna, que se aspira contribuya a generar conocimientos como consecuencia del estudio, entre la relación existente entre la vivienda y la calidad de vida, que además, aclare interrogantes al respecto y se convierta en un marco referencial para estudiantes de medicina y obviamente de disciplinas afines a las ciencias de la salud, asimismo, de investigadores que puedan tener interés en el tema.

El desarrollo de la tesis doctoral se estructuró en V capítulos. El Capítulo I presenta el planteamiento del problema, los objetivos, tanto el general como los específicos, la justificación e importancia, alcance y limitaciones, y la delimitación temporal y espacial. El Capítulo II comprende los antecedentes de la investigación, fundamentos teóricos, las bases legales y la operacionalización de las variables. El Capítulo III se refiere al marco metodológico que comprende el tipo de investigación según el diseño o estrategia y según el nivel del conocimiento. Asimismo, incluye las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los procedimientos del diseño. El Capítulo IV se refiere al análisis e interpretación de los resultados de la

investigación. El Capítulo V, presenta las conclusiones y recomendaciones. El Capítulo VI, aportes metodológicos y de investigación. Como aspecto final se hace un listado de las referencias bibliográficas y de los anexos.

## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA

#### 1.1. Planteamiento del problema

Los problemas relacionados con la vivienda, constituyen un punto de interés para todos los países del mundo, que en mayor o menor grado, experimentan las consecuencias de tan grave situación, ya que todavía ninguno puede ufanarse de haberlo resuelto en su totalidad. Aunque estos problemas sean comunes a todos los países del planeta, puede afirmarse que cada región presenta características especiales y situaciones distintas.

Señala Martínez Olavarría, en su libro, Desarrollo Urbano, Vivienda y Estado (1996), que fundamentalmente podrían anotarse 4 causas universales que determinan el problema de la vivienda:

- El incremento demográfico, producto principalmente de las conquistas científicas en el campo de la medicina.
- El proceso acelerado de urbanización, consecuente al movimiento espacial de la población en la búsqueda de soluciones económicas y sociales.
- La injusta y desproporcionada distribución de la riqueza, que margina a más del 70% de la población mundial, con niveles de ingresos que no les permite satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas.
- La falta de políticas de desarrollo urbano y de vivienda, que han estimulado la proliferación de toda clase de residencias insalubres, el hacinamiento y el caos de las ciudades.

Sin duda, el problema habitacional, es urgente y realmente grave, pero no es el único. El mismo debe ser examinado en relación con una crisis habitacional que

afecta a estratos enteros de la población en diferentes lugares, por cierto, no todas ellas bajo el manto de la pobreza, lo que hace suponer, que presenta un doble aspecto, uno cuantitativo, porque las viviendas no se corresponde con la demanda, o sea, que no hay un número suficiente; y otro aspecto cualitativo, porque hay viviendas que con frecuencia no son verdaderamente dignas, o no cumplen con los criterios de salud habitacional como se desarrollará posteriormente.

La Pontificia Comisión “**IUSTITIA ET PAX**” en 1987 (Ref. 1227) en representación del Vaticano con ocasión del Año Internacional de la Vivienda para las Personas sin Hogar, a través de su presidente Roger Etchegaray, quien redactó un documento de fundamental importancia, donde señala algunas cifras que son indicativas de lo dramático de la situación y que sirve para darnos una idea de su extensión. Mil millones de personas en el mundo, es decir, una quinta parte del género humano, carecen de una vivienda digna. Cien millones se encuentran literalmente sin techo. En el mismo documento señala que, en Europa Occidental, por ejemplo, más de un millón de ciudadanos buscan denodadamente un alojamiento que reúna las condiciones básicas de salubridad. De igual manera, se estima en veinte millones el número de niños que en América Latina duermen en las calles. En 1986, más de seiscientos millones de personas, correspondientes a la población mundial urbana, vivía en los cinturones de miseria de las grandes ciudades.

Más adelante la Pontificia Comisión examina los aspectos cualitativos, en relación a la realidad englobada en la expresión “sin techo”. En primer lugar, están los individuos “sin techo”, víctimas con frecuencia de dificultades personales (alcoholismo, desempleo, disfunción familiar, inmigrantes, damnificados o simple marginación social), cuya solución no consiste en la sola provisión de refugio o vivienda. Cada una de estas personas lleva el peso de una problemática diferente que es con frecuencia la causa de la falta de vivienda, al ubicarse en clara desventaja, frente a las posibilidades que ofrece el mercado de la vivienda Etchegaray, (1987).

En segundo lugar, están los jóvenes que desean contraer matrimonio, o unirse y fundar una familia. Sometidos con frecuencia a los grandes costos, necesarios para la adquisición de una vivienda y aún su misma escasez, presentan

largos e inoportunos retrasos, limitando y obstaculizando gravemente el derecho a escoger el estado civil y formar una familia.

En tercer lugar, está el grupo social de los marginados tanto en zonas rurales como las urbanas, instalados en precarios asentamientos humanos, con todas las formas de miseria: derivados de problemas de tipo social, económico, jurídico y político, que tal situación engendra.

Para actualizar las cifras ya de por sí preocupantes, se consultó, el Tercer Foro Urbano Mundial, en donde se afirma que las Naciones Unidas estima que actualmente viven en tugurios 1.100 millones de personas, y que la tendencia indica un incremento de esa cifra en 600 millones más para el año 2020. La situación se torna más preocupante cuando se vincula a los índices de pobreza, y entonces, se afirma que 985 millones de personas se encuentran en situación de pobreza extrema, viviendo con menos de \$ 1 diario, y asimismo, más de 2.600 millones de personas viven con menos de \$ 2 al día. Igualmente, se señala que en América Latina y el Caribe, apenas el 60% de las familias poseen viviendas adecuadas, mientras que el 22% viven en habitaciones que requieren mejoramientos y el 18% necesitan nuevas casas Ortiz Flores, (2006).

La crisis habitacional de Venezuela, lejos de resolverse, se agudiza día a día. A las limitaciones económicas, políticas, administrativas, ambientales, para resolver este problema en los sectores más necesitados de la población, se añaden otra serie de agravantes. En efecto, a pesar de los abundantes ingresos fiscales, que el país ha obtenido en los últimos años como consecuencia de los precios petroleros, la clase media se ha visto afectada por la falta de políticas dirigidas a este sector, al cual anteriormente podía acceder a través de sus ingresos y tener acceso al mercado inmobiliario. Sin embargo, el alza desmesurada de los precios en todos los renglones, particularmente en los de la vivienda, ha incorporado a este importante sector de la vida productiva, a formar parte de la mayoría que en la actualidad no tiene acceso a este bien.

En síntesis, en Venezuela esas causas se presentan en forma más alarmante, por las siguientes razones:



- La tasa de crecimiento poblacional, según cifras oficiales es de 2.17% en las grandes ciudades Corposalud, (2009).
- El fenómeno mundial del proceso de movilidad urbana, se presenta en Venezuela de forma acelerada y progresiva, como lo demuestran las siguientes estadísticas: para el año de 1936 la población rural representaba el 65.3% de la población total nacional; para el año 1970, disminuyó al 17.3% y actualmente según cifras recientes del Instituto Nacional de Estadísticas (2008), solo representa el 11% de esa población.
- Los alarmantes signos de empobrecimiento que exhibe la población venezolana, según cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas INE (2008), quien señala que más del 40% se encuentra en situación de pobreza, discriminada de la siguiente manera: pobreza crónica, más los que están en pobreza estructural, además de incluir a los pobres coyunturales, que registraron una caída de sus ingresos, lo que da como resultado que más de 800 mil familias viven en pobreza crónica.

Asimismo, el diario El Nacional (2009), en el cuerpo denominado Ciudadanos, señala a partir del mismo informe: “que para mayo de 2009 la canasta alimentaria costaba novecientos diecinueve Bolívares Fuertes (Bs.F 919,00), devengando el venezolano un salario mínimo de ochocientos setenta y nueve Bolívares Fuertes (Bs.f 879,15) mensuales”. Si se toma en cuenta que la cesta básica debería ser dos veces el valor de la canasta normativa, a una familia de bajos recursos le correspondería contar con al menos con mil ochocientos treinta y ocho Bolívares Fuertes (1.838,00 Bs.F) de ingreso mensual. Si se considera el estudio del Centro Nacional de Análisis (CENDA) (2008), las cifras reportadas por este organismo no se corresponden con las del INE, el cual señala mil seiscientos ochenta y seis Bolívares Fuertes (Bs.F 1.686,00) la canasta alimentaria y tres mil quinientos Bolívares Fuertes (Bs.F 3.500,00 ) la cesta básica, realidad que hace concluir que con esta precariedad de ingresos, se impide lógicamente,

la satisfacción del mínimo de las necesidades familiares y como consecuencia, la adquisición de una vivienda saludable se hace prácticamente imposible.

Si se hace la equivalencia del salario mínimo en Venezuela de mil doscientos veintitrés Bolívares Fuertes (BsF 1.223,00) a Euros, consultando la página del Banco Central de Venezuela (2010), la paridad cambiaria oficial es de cinco mil ochocientos sesenta y nueve Bolívares Fuertes (BsF 5.869,00) por Euro, lo que equivale a señalar que el salario mínimo es de doscientos nueve con noventa y tres céntimos (209,93€) de Euro mensuales, lo que denota la baja capacidad adquisitiva del salario. Es conveniente precisar, que si la conversión se hiciera a Euro paralelo, es decir, su valor en el mercado no regulado por el gobierno, que es al que normalmente el ciudadano común tiene acceso, obviamente, el salario mínimo equivalente en Euros, sería mucho menor.

- La falta de políticas acertadas en materia de desarrollo habitacional, a nivel urbano y rural, le confieren al problema visos de gravedad. En este sentido, la decisión del gobierno nacional octubre 5, según Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela N° 5852 (Extraordinario) (2007) decretó la eliminación del Organismo que se encargaba desde el año 1959, del Programa de Vivienda Rural.

La falta de acciones eficaces ha traído como consecuencia, la improvisación en políticas de urbanismo, dirigidas a orientar el desarrollo de las ciudades, las áreas de expansión y el establecimiento de normativas de adquisición de tierras, que aunado al déficit de dotación de servicios públicos, hacen más patético el problema de la vivienda, tanto en áreas urbanas como rurales de Venezuela, y por lo tanto, mantienen miles de viviendas en el concepto de “sanitariamente inaceptables”. Como soporte de esta afirmación, según el informe señalado anteriormente: Se calcula que al menos 777.961 hogares viven en hacinamiento. Las Naciones Unidas en 1962 determinó indicadores estadísticos básicos de las

condiciones habitacionales y estableció la siguiente definición de hacinamiento, que traduce condiciones de pobreza y refleja un ambiente degradado. En otras palabras, denota la falta de un espacio vital apropiado, convivencia de más de 3 a 4 personas por habitación, por lo tanto, dicha característica, determina una importante influencia, en la salud mental de los habitantes El Nacional, (2009).

Asimismo, el informe Radiografía Social de Venezuela, del diario antes citado, señala que del total de los hogares que existen en Venezuela, aproximadamente 6.6 millones (12%) habita en condiciones de hacinamiento crítico. Estas cifras coinciden con las del Foro, Perspectivas Inmobiliarias de Venamcham, en donde el Presidente de la Cámara Inmobiliaria de Venezuela, afirmó que en el año 2006 el déficit habitacional fue de 1.6 millones de unidades, en 2007 subió a 1.8 millones de soluciones y según el cálculo de la Cámara Inmobiliaria de Venezuela, para 2008 se estima en 2 millones de viviendas. En cada período el déficit crece en 110 mil unidades y para evitar que ese déficit sea mayor, se tienen que construir al menos 250 mil soluciones al año” Neri, (2008).

- Venezuela se enrumba hacia un proceso de centralización y concentración de poder en manos del poder ejecutivo. En este sentido, los institutos proveedores de vivienda a nivel nacional, regional y local, carecen de una visión estratégica de largo plazo lo que conlleva a que sus conductores operen los programas con criterios pobres, dando como resultado construcciones en precarias condiciones de habitabilidad.
- Este proceso de deterioro, aunado al ocaso de la empresa privada, confiere a los programas de vivienda las siguientes características: 1. Diseños carentes de imaginación y creatividad. 2. Pobre planificación y evaluación de los procesos constructivos. 3. Viviendas con 50 mts<sup>2</sup> o menos de construcción, destinadas a familias numerosas. 4. Construcción, según un criterio político de “viviendas dignificadas”, aunque se prescinde del

criterio de sostenibilidad. 5. Vigencia de la situación de hacinamiento, con el menoscabo sanitario subsiguiente.

En el contexto antes expuesto, es de esperar que la calidad habitacional se resienta, y por lo tanto la calidad de vida, y en consecuencia, se encuentre un porcentaje considerable de familias habitando viviendas inadecuadas. La calidad de vida es un aspecto fundamental a desarrollar en esta tesis, que se introduce en la planificación del desarrollo como medio de plantear las relaciones de conflicto entre crecimiento económico y equilibrio ambiental. Son muchas las definiciones que se han dado desde que la calidad de vida aparece en la palestra pública, conceptualmente hablando. En la revisión bibliográfica realizada, encontramos, la señalada por Viladrich (1977) quien considera que la calidad de vida es “El desarrollo creciente y sostenido de las capacidades creadoras y éticas del hombre, a través de las generaciones, en armonía y solidaridad con la especie humana y la naturaleza, sobre la base de tener satisfechas sus necesidades materiales fundamentales y mínimas de todo tipo (alimentación, vivienda, salud, seguridad personal y familiar, educación”.

Se pueden numerar de acuerdo a esta definición, que existen por lo tanto, dos categorías de valores que caracterizan la calidad de vida:

- ✓ Los referidos al orden ético y la capacidad creadora del hombre.
- ✓ Los que constituyen el soporte material de aquellos y garantizan el bienestar físico de los individuos.

Huelga señalar, que a estos aspectos nos referiremos más adelante en el desarrollo de esta tesis doctoral.

En consonancia, con el tema de este trabajo de investigación, el arquitecto Emigdio Araujo Morón en su tesis de maestría, titulada “Vivienda Progresiva de Alta Densidad y Baja Altura. Aspectos Ambientales” (1996), realizada en la Universidad Central de Venezuela, tipificó el concepto de vivienda inadecuada,

clasificando las variables en: Espaciales, Funcionales, Constructivas, Ambientales y Sociales.

- **Espaciales:** se pueden definir como la relación entre el uso de los ambientes y las características del mismo, es importante tomar en consideración su cantidad y calidad de los ambientes, por ejemplo: el tamaño de los ambientes con respecto al uso que se les dé (dimensiones mínimas del espacio).
- **Funcionales:** entendidas como las relaciones interespaciales, que pueden ser compatibles o incompatibles, por ejemplo: (un baño que comparte el mismo ambiente con la cocina).
- **Constructivas:** este aspecto, hace referencia a las instalaciones de los servicios básicos de agua potable, correcta disposición de excretas y residuos sólidos.
- **Ambientales:** referidos a la ventilación, humedad e iluminación, donde en orden de prioridad se hace primordial la necesidad de tener espacios bien ventilados.
- **Sociales:** por su trascendencia, se describe como importante el hacinamiento, derivado a su vez de causas económicas, culturales, etc.

Al analizar las variables citadas, las mismas, pueden actuar como condiciones de riesgo para la aparición, no solamente de enfermedades transmisibles (Malaria, Chagas, Dengue), sino también de enfermedades infecciosas como, gastroenteritis y parasitosis intestinales; asimismo, de desequilibrios emocionales y alteraciones de conducta y el subsiguiente impacto en la salud mental del individuo, que pudieran eventualmente conducir a trastornos psicopatológicos. Cuando se observa la magnitud, la discapacidad y el costo social por la falta de políticas acertadas con respecto a la salud mental, se tiene que concluir que se está frente a un problema de salud pública de carácter multidimensional, cuyo planteamiento amerita señalar lo siguiente:

1. Deficiente inversión financiera y en recursos humanos.
2. Diseño de políticas, planes, e iniciativas deficientes en apoyo a la salud mental.

3. La provisión de servicios que se requieren en la actualidad en relación con la salud mental, son precarios y por lo tanto, se requieren inversiones de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), interesadas en la salud y en el desarrollo de los pueblos y comunidades, así como también otras Instituciones, Fundaciones y Corporaciones del mundo empresarial, privado y del gobierno correspondiente OMS, (2004).

Algunas cifras por las deficientes políticas antes señaladas son aleccionadoras, al respecto:

- ✓ 450 millones de personas presentan en el mundo, un trastorno mental.
- ✓ Más de 150 millones de personas poseen el riesgo de sufrir un trastorno depresivo, en un momento dado.
- ✓ Alrededor de un millón de personas se suicidan cada año.
- ✓ Una de cada cuatro familias tienen por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental.
- ✓ Cuatro de las seis causas principales de discapacidad, resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).
- ✓ Los impactos económicos de las enfermedades mentales, se expresan en la disminución del ingreso personal, en la inhabilitación e incapacidad de la persona enferma para trabajar, en la productividad en el ámbito de trabajo y en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo. OMS (Ob. cit.)

Lo anteriormente señalado implica la necesidad de mejorar las políticas de atención primaria, que permitan prevenir la discapacidad crónica, la mortalidad prematura, servicios más efectivos y humanos y apoyo general que permita alcanzar una vida más sana y digna. Es decir, conferirle la misma importancia a la salud mental que a la salud física.

En otro orden de ideas, es bueno señalar que ya en el año 1983 Zubin y Magazines citados por Fernández Blanco (2002) en el estudio de La Influencia de lo Socio-ambiental en los Trastornos Mentales, señala lo siguiente:

“Las características de la vivienda, el estatus social, la red social de apoyo, el ruido, la polución y el hacinamiento son variables moduladoras del impacto del estrés sobre el individuo vulnerable. Estos autores también alertan sobre aquellas zonas residenciales que al no poder ofrecer buen soporte comunitario por carecer de los bienes y servicios necesarios, se constituyen con elevada probabilidad en estresores que generan tensión crónica”.

Es importante señalar, por lo citado anteriormente, que estos factores socio ambientales por el mero hecho de estar presentes, se constituyen en variables de riesgo psico-social para el individuo vulnerable, coadyuvando a la génesis y desarrollo de enfermedades físicas y emocionales, y su pronóstico.

En este sentido, los habitantes de determinadas viviendas, de características específicas antes enunciadas, se encuentran en riesgo de desarrollar cuadros clínicos psicopatológicos, en consecuencia al estrés crónico, generado por las condiciones de la vivienda, entre otros factores condicionantes.

Según define el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española DRAE, (2006), la psicopatología, es “el estudio de las alteraciones de las funciones mentales” asimismo, en concordancia, Kaplan H (2003) la define como el “Conjunto ordenado de conocimientos relativos a las anormalidades de la vida mental en todos sus aspectos, inclusive sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito”. Es decir, que el objeto de estudio de la psicopatología es la enfermedad mental. En consecuencia, se estudiará la vivienda inadecuada, en relación con la influencia que puede potencialmente ejercer en la salud emocional del individuo, como se indicó anteriormente. Cabe señalar, que según Vallejo Ruiloba (2008), las alteraciones psíquicas se manifiestan en cuatro grandes áreas, referidas a la motivación, cognición, emoción y conducta. En esta línea de pensamiento, también se pudieran encontrar como manifestaciones

sintomáticas de los desórdenes antes descritos: disminución de la autoestima, falta de autorrealización, preocupación por el sentido de la vida, estados ansioso-depresivos y disfunción familiar, entre otros.

Para un adecuado entendimiento y manejo de los trastornos mentales, en la actualidad, la OMS, propone la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10) (1993) y la asociación Psiquiátrica Americana (APA), presenta el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR) (2003); en ambos manuales, se contempla la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, según criterios diagnósticos. De esta manera, se estandariza el diagnóstico de diversos trastornos psiquiátricos, tales como cuadros psicóticos (Esquizofrenia y los Trastornos del Estado de Ánimo, etc), también se incluyen los cuadros depresivos, los trastornos por Ansiedad en sus diferentes manifestaciones, antes conocidos como Neurosis y adicciones diversas, entre otros diagnósticos.

En otro orden de ideas, analizando la realidad local de la parroquia San Juan donde se realizó la parte operativa de este trabajo de investigación, se consultó la obra de Jorge Aponcio (2007), quien destaca una serie de variables relacionadas propiamente con las características de la vivienda, servicios básicos fundamentales, perfil de morbilidad, mortalidad y el de riesgos psicosociales, que configuran el conjunto de problemas habitacionales y socio sanitarios, de la parroquia en estudio.

Es importante para efectos de este trabajo, definir el término Parroquia, como división geo-política tal como está estipulada en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000): “Se define el municipio como la unidad política, primaria y autónoma desde el punto de vista territorial, la parroquia es el ámbito local de la jurisdicción municipal, es decir, que un municipio puede estar conformado por una o varias parroquias”.

Igualmente, es importante señalar, para tener una visión integral de la Parroquia, que según la Ley Orgánica del Poder Público Municipal (2005), en el Artículo 30: “Se refiere a las entidades locales dentro del territorio municipal, como demarcaciones creadas con el objeto de desconcentrar la gestión y poder lograr una mejor prestación de los servicios públicos municipales.



Es conveniente, para tener mayor precisión en cuanto al tipo de vivienda, observar lo que refleja el estudio del Análisis Situacional de la Parroquia San Juan, realizado por Aponcio (2007), en el cuadro N° 1.

La población es de 12.500 habitantes, con una extensión territorial de 86 km<sup>2</sup>, lo que resulta en una densidad simple de 145.34 hab/km<sup>2</sup>, con una población rural de 15.0%. La población entre 35 y 55 años que es el rango establecido como la edad media de la vida, es el 23.98%, según la pirámide poblacional utilizando grupos de edades detallados.

**Cuadro N°1.** Tipo de Vivienda. Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2007

<b>TIPO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Mansión	5	0.24
Quinta	59	2.80
Casa	1.390	66.19
Apartamento	611	29.10
Rancho*	35	1.67
<b>Total</b>	<b>2.100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Análisis Situacional de Salud, Parroquia San Juan (Aponcio, 2007).

\* Vivienda precaria, chabola.

Es necesario precisar lo que señala el Diccionario de la Real Academia Española (2006), en relación con los términos empleados en el cuadro N° 1, Mansión: “casa suntuosa”. Quinta: según el diccionario, referido a la locución latina y en el Caribe: “Casa con antejardín, o rodeada de jardines”, en este caso se podría agregar casa bien estructurada, con suficientes habitaciones y amplios espacios pero que no llega a constituir una casa suntuosa. Casa: “edificio de una o pocas plantas destinada a vivienda unifamiliar; en oposición a piso”. El rancho o chabola, hace referencia a una vivienda precaria, generalmente sin los servicios sanitarios mínimos.

Se precisa en el estudio de Aponcio antes citado, que predominan las viviendas con paredes de bloque, techo de lámina para cubierta (zinc) y suelo de cemento. Con 78.27% de ellas conectadas al servicio de agua potable, 87.05% conectada al servicio de disposición de excretas y 98.4% al servicio de electricidad. La tasa de analfabetismo es de 9.04%.

El perfil de riesgos biológicos, es como se señala en el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 2.** Perfil de Riesgos Biológicos. Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2007.

<b>PERFIL DE RIESGOS BIOLOGICOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1.- Enfermedades del sistema respiratorio	1.232	27.61
2.- Enfermedades infecciosas y parasitarias	681	15.25
3.- Enfermedades genitales y urinarias	496	11.12
4.- Enfermedades del oído y apófisis mastoide	369	8.26
5.- Enfermedades de la piel y tejido conectivo	365	8.17
6.- Enfermedades endocrina, nutricional y metabólica	357	8.01
7.- Enfermedades del sistema digestivo	348	7.79
8.- Enfermedades del ojo y sus anexos	172	3.85
9.- Enfermedades del sistema circulatorio	143	3.21
10.- Enfermedades mentales y del comportamiento	103	2.30
11.- Otros...	197	4.41
<b>Total</b>	<b>4.463</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Análisis Situacional de Salud, Parroquia San Juan. Aponcio, (2007).

El perfil de mortalidad general sigue el patrón nacional, teniendo como primera causa enfermedades del corazón en un 40%, seguido de tumores malignos con un 22.85%.

Asimismo, el perfil de riesgo psicosocial, es como se describe en el siguiente cuadro.

**Cuadro N°3.** Perfil de Riesgos Psicosociales. Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2007

<b>PERFIL DE RIESGOS PSICOSOCIALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1.- Bajo ingreso económico familiar	827	54.81
2.- Desempleo	125	8.29
3.- Disfunción familiar	120	7.96
4.- Tabaco	101	6.69
5.- Actividad sexual temprana	70	4.63
6.- Padre ausente	62	4.11
7.- Madre ausente	60	3.97
8.- Accidentes del hogar	40	2.65
9.- Violencia familiar	19	1.25
10.- Falta de apoyo social personal	16	1.06
11.- Otros...	69	4.58
<b>Total</b>	<b>1.509</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Análisis Situacional de Salud, Parroquia San Juan .Aponcio, (2007).

Igualmente, es pertinente señalar para tener una visión integral de la parroquia, en lo que respecta a los factores de riesgo más importantes, identificar el perfil de riesgos ambientales, tal como lo señala el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 4.** Perfil de Riesgos Ambientales. Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2007

<b>PERFIL DE RIESGOS AMBIENTALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1.- Consumo de agua no potable	504	67.12
2.- Alto índice de insectos y roedores	172	22.90
3.- Hacinamiento	65	8.65
4.- Otros	10	1.33
<b>Total</b>	<b>751</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Análisis Situacional de Salud, Parroquia San Juan. Aponcio, (2007).

Como se puede observar, los riesgos expuestos anteriormente se traducen en un medio degradado con aguas presumiblemente contaminadas que seguramente repercuten en una alta incidencia de morbilidad por enfermedades de transmisión hídrica, asimismo, “el alto índice de insectos y roedores determinan en esta parroquia enfermedades transmitidas por vectores (*Áedes aegypti*), dengue clásico y hemorrágico, e igualmente, la calidad de la vivienda (hacinamiento), actúa como un factor condicionante en la aparición de patologías como Chagas, parasitosis, y otras que afectan la privacidad y tranquilidad” OPS, (1992). Es importante señalar que estas patologías son comunes en esta parroquia.

## **1.2. Formulación del problema**

En relación con lo expresado anteriormente, se puede formular el problema, estableciendo las siguientes interrogantes:

- 1- ¿Cuáles son las características demográficas, socioeconómicas y socio-sanitarias de los hogares y habitantes de la parroquia San Juan?
- 2- ¿Es posible desarrollar un modelo metodológico para caracterizar las viviendas y relacionarlas con la calidad de vida y la salud mental de sus habitantes?

- 3- ¿Es posible comparar la calidad de vida de los habitantes, entre las viviendas caracterizadas?
- 4- ¿Es posible establecer una relación entre las viviendas caracterizadas y el estado de la salud mental de la población investigada?
- 5- ¿Es posible realizar un estudio piloto para la validación del Test de Calidad WHOQOL-BREF.

### **1.3. Objetivos de la Investigación:**

#### **1.3.1. General:**

Analizar la vivienda como condición contribuyente en la calidad de vida de los habitantes de la parroquia San Juan del municipio Sucre, del Estado Mérida, Venezuela.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos:**

- 1- Describir las características demográficas, socioeconómicas y socio-sanitarias de los hogares y habitantes, de la parroquia en estudio.
- 2- Desarrollar un modelo para la caracterización de la vivienda como condición previa para relacionar dichas viviendas, con la calidad de vida y la salud mental de sus habitantes.
- 3- Comparar la calidad de vida de los habitantes, con las viviendas caracterizadas.
- 4- Establecer la relación entre las viviendas caracterizadas y el estado de salud mental de los habitantes de la población en estudio.
- 5- Realizar un estudio piloto con la finalidad de validar el test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, parroquia San Juan, Mérida-Venezuela.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

Esta investigación, se encuentra justificada desde cuatro puntos de vista: teórico, metodológico, práctico y social.

##### **1.4.1. Teórico:**

Es del más alto interés del autor, que los resultados de este trabajo de investigación, puedan contribuir a consolidar el conocimiento de lo que significa el estudio de la relación entre la vivienda y la calidad de vida de sus habitantes. Para ello, la revisión documental realizada y el análisis de un cuerpo conceptual relativamente reciente, apoyada en documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), hicieron posible crear el basamento que sustenta esta relación, en tres aspectos fundamentales: 1. La vivienda como una necesidad humana, 2. La vivienda como parte del desarrollo de la promoción de la salud y 3. La vivienda como parte de las prácticas sociales.

Soportado en este contexto, el autor de esta Tesis espera, que los resultados finales obtenidos, constituyan un aporte sólido, a las teorías que tratan de explicar el problema en cuestión, porque en una vivienda el ser humano, no solo se defiende de la intemperie y se ocupa de preservar su salud, sino que también se construyen “sueños” y seguramente habrá que orientar respuestas a los problemas encontrados con sentido de ecología humana, tomando como referencia aspectos relevantes para mejorar la manera de vivir, y hacer de este tránsito por el planeta una vida más placentera.

En vista de lo antes señalado, se considera que en la casa donde se vive, transcurre, sacando la cuenta de los aspectos más importantes de la vida diaria, por lo menos, entre el 40 y el 50% de la existencia, lo que induce a pensar, que así como la familia es, según el Código Civil Venezolano (1982) “la célula fundamental de la sociedad”, en esta investigación, con el análisis de los datos que se obtengan, que podrían arrojar luces para comenzar a conceptualizar la vivienda como “la célula

fundamental de la salud” Bastidas, (2002), y en consecuencia, se consiga elevar la autoestima y la dignificación de la calidad de vida.

#### **1.4.2. Metodológico.**

En este aspecto se ha tenido la posibilidad de reorientar el pensamiento, acerca de lo que significa la vivienda como un grave problema socio-sanitario que aqueja la realidad venezolana. Además, se ha aprovechado la oportunidad de centrarnos en nuevos aspectos que han sobrevenido, al aplicar de manera rigurosa el método científico, que ha permitido que ese problema de “el mundo real” pueda ser abordado a través de la investigación probatoria como el camino apropiado, escogiendo acertadamente el nivel de investigación, el diseño necesario, la recolección de datos y su procesamiento, y de esta manera se pueda materializar así, el aporte metodológico esperado.

#### **1.4.3. Práctico.**

Los resultados de esta Tesis, podrán constituir un aporte teórico y práctico, para la solución de problemas relacionados con el objeto de estudio. Asimismo, se aspira que en el campo de la investigación, pueda utilizarse esta investigación como antecedente para otros estudios, que se realicen en relación con el tema propuesto. Al analizar un factor relevante como el señalado por Alemán (2000), se puede inferir, lo trascendente de la vivienda como un elemento fundamental de la calidad de vida. Hay que tener en consideración que una buena parte de la vida de las personas transcurre entre las paredes de la vivienda. Ese espacio guarda una estrecha relación con el comportamiento humano y, por tanto, su análisis nos acercará a un mejor conocimiento de la sociedad.

#### **1.4.4. Social.**

La vivienda, se pudiera afirmar, es un tema de gran interés sociológico y de extraordinario alcance político, sobre todo, si se parte de la consideración, de que Venezuela es un país que acusa un importante déficit en esta materia, como se señalara en líneas precedentes. También es oportuno afirmar, que pudieran existir factores de carácter social, económico y político, que contribuyen a desmejorar la calidad de vida de la población en un momento determinado. Para ser objetivo en el análisis, se consultó el Informe Estadístico del Banco Central de Venezuela (2010), en relación con cifras que repercuten dramáticamente en el hecho social. Por lo tanto, es lamentable que la caracterización más evidente después de haber tenido ingresos fiscales en estos últimos 12 años por el orden de los novecientos mil millones de dólares, se presente una inflación de 25.3% en el 2010, caracterizada como la más alta de América Latina y una de las más altas del mundo, con el agravante, de tener en este momento un control de cambio y un control de precios. Asimismo, una tasa de paro laboral para el año en referencia de 8.5%, aunado a una pobreza general de más del 40%, que dificulta el acceso a una vivienda digna.

Además hay que hacer referencia a un hecho dramático sin precedentes, como es el nivel de delincuencia y de inseguridad ciudadana subsecuente, cuyas cifras fueron citadas en una conferencia sobre El Problema de la Inseguridad en Venezuela, efectuada en el Colegio de Abogados del estado Mérida en donde se destacó “una tasa de homicidios en promedio de 50 x 100.000 habitantes a nivel nacional” (Briceño, 2009), que manifiesta el malestar de la sociedad venezolana, no solo a nivel de las víctimas, sino del delincuente como producto de una sociedad afectada por múltiples carencias.

Ante esta realidad social, el autor considera que resulta conveniente y francamente pertinente un trabajo de investigación con estas características, que vincula la vivienda inadecuada con el desmejoramiento de la calidad de vida, y sus probables secuelas en los aspectos emocionales de sus habitantes, que a su vez, pueda constituirse en un aporte importante para la mitigación de este grave problema



psico-social, como lo es el déficit habitacional y la manera como se aborda el problema en Venezuela.

## **1.5. Alcances y limitaciones**

### **1.5.1. Alcances.**

Conocida la importancia del tema de la vivienda como problema que rebasa las fronteras nacionales, e influye en el ámbito social, cultural, económico y mental, impactando en consecuencia la calidad de vida, este trabajo pretende dar respuesta a una serie de interrogantes. Por lo tanto, la finalidad es que se puedan hacer importantes aportes al conocimiento y estudio de un aspecto tan relevante como el problema de la vivienda, no resuelto todavía en Venezuela y en buena parte del mundo.

### **1.5.2. Limitaciones.**

En este estudio, se han presentado algunas limitaciones de índole económica, en vista de que la Universidad de los Andes, presenta una crisis presupuestaria, debido a que los índices de inflación económica en Venezuela son elevados, tal como fue señalado en líneas precedentes, cuyas consecuencias, conlleva dificultades operativas.

En otro orden de ideas, el trabajo que se realizó, es un estudio de caso-control, que requirió la aplicación de dos instrumentos de recolección de datos. Un cuestionario para caracterizar las viviendas y un test para valorar la calidad de vida. La aplicación de ambos, se efectuó mediante la intervención de encuestadores, debidamente entrenados, lo cual conllevó la complejización de la recolección de la información.

Otro factor de dificultad encontrado, fue el tiempo invertido, en la medida en que se debieron registrar las respuestas del cuestionario para caracterizar las viviendas, y luego dos o tres semanas después, aplicar el test de calidad de vida, ya que se trató de un estudio longitudinal. También resulta de interés, la actitud de los jefes de familia ante los encuestadores, no siempre positiva, influenciados por razones de carácter político y de inseguridad ciudadana.

## **1.6 Delimitaciones**

### **1.6.1. Delimitación espacial.**

La parroquia San Juan, se encuentra aproximadamente a 30 kilómetros al noroeste de la ciudad de Mérida, capital del estado, de igual nombre, en Venezuela. Se ubica, en el trayecto de la carretera trasandina que conduce a El Vigía, principal centro poblado de la Zona Sur del Lago de Maracaibo. Presenta una extensión territorial de 86 km<sup>2</sup>. Limita por el norte con el municipio Campo Elías, por el Este y el Sur con el municipio Campo Elías, desde la desembocadura de la quebrada La Sucia en el río Chama, hasta el sitio de nacimiento de la quebrada Mucusan, en el cerro la Aguada. Por el oeste la parroquia Pueblo Nuevo.

La Parroquia San Juan presenta para su estudio una población de 12.200 habitantes, con 50.47% de población masculina y 49.53% de población femenina.

San Juan fue asiento de la primera fundación de Mérida, en el año 1558, cuando llegó la expedición comandada por Juan Rodríguez Suárez, y su fundación según datos históricos aparece registrada en el año 1674.

Junto con el poblado de Lagunillas, ambas conforman el área xerófila del estado Mérida, caracterizadas por ser zonas de gran aridez, con un piso térmico subtropical de 1059 metros sobre el nivel del mar (msnm), con una pluviometría con precipitación media anual de 70 mm<sup>3</sup>, lo que equivale a 70 lts. x m<sup>2</sup>, y una temperatura media anual entre 22°C y 24°C.

La principal actividad económica es la comercial, es decir, el sector terciario de la economía. La actividad agrícola está centrada en la siembra de la Caña de Azúcar (*Saccharum officinarum*) para la elaboración de su derivado, la panela o papelón. También se fabrica chimó, pasta que resulta de la mezcla de salitre, harina de trigo y moho extraído del tabaco (*Nicotina tabacum*).

### **1.6.2. Delimitación Temporal**

El trabajo de investigación se realizó, abarcando todos los capítulos que conforman la metodología, durante el período transcurrido entre los años 2011 y el primer semestre de 2012.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación.

En relación con los antecedentes de importancia, se consultaron diferentes referencias bibliográficas acerca del tema específico de esta Tesis Doctoral. Entre ellas, el trabajo de investigación de Canelón (2007), acerca de las viviendas saludables en los desarrollos habitacionales masivos. Este autor realizó un estudio comparativo de tres desarrollos habitacionales ubicados en el estado Mérida. El objetivo fundamental de la investigación, fue proponer lineamientos técnicos con la finalidad de que a partir del diseño de esas viviendas, éstas fuesen consideradas saludables, por la satisfacción de las necesidades fisiológicas de sus habitantes. Los resultados reportan que existe una mezcla de sentimientos combinados con experiencias comparadas, donde el 77% de los entrevistados se sienten satisfechos con las viviendas que ocupan, asimismo, con relación al confort, el 33% manifestó que la vivienda para ser confortable necesita ser cómoda. Por otra parte, el 42% manifestó que una vivienda para ser saludable requiere de buenos servicios públicos, mientras que un 41% señala que debe ser higiénica y un 17%, contestó que debe ser cómoda. Como conclusión, se ratifica lo planteado por la OMS, en referencia a la tenencia de los servicios básicos para considerar una vivienda como saludable e insiste que el hecho físico de la misma por sí solo, no constituye con ese calificativo.

Igualmente, se consultó el trabajo de investigación de Freire (2007), relativo a un estudio comparativo de los instrumentos World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) diseñado por la OMS y el SF-36 Health Survey elaborado por el Health Institute de New England Medical Center, de Boston, ambos dirigidos a la medición de la calidad de vida. El objetivo general de dicho estudio fue conocer

la calidad de vida de alumnos adultos mayores, del aula permanente de formación abierta de la Universidad de Granada (España), mediante la comparación de dos instrumentos genéricos que se utilizan indistintamente para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). La fiabilidad del cuestionario medido mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, para la versión española, mostró un alto nivel de consistencia interna (rango 0.77-0,92) para todas las dimensiones, a excepción de Función Social (0,55). Como conclusión del estudio se demostró que los valores obtenidos estuvieron dentro del rango aceptable, por lo tanto, se puede utilizar para estudios de campo relacionados con la calidad de vida.

Melnechuk (2006), realizó una investigación referente a lo que denominó “degradación urbana”, en donde pretende detectar las causas que originaron los procesos de degradación física de la ciudad de Resistencia (Argentina), poniendo a prueba en el proceso de construcción de la ciudad, el concepto de “negación de las potencialidades del sitio” en sus aspectos tanto naturales como artificiales, y como una causa más del deterioro medioambiental. Los objetivos de esta investigación se encuentra relacionados estrecha con el planteamiento de la presente Tesis Doctoral, en el sentido de que el ambiente deteriorado, las viviendas inadecuadas, el hacinamiento, y lo que representa la calidad de un ambiente sano están imbricados con la calidad de vida.

Dicha autora concluye que ante el caudal cultural que se despliega en las ciudades, la definición de la misma resulta variada en sus expresiones como actores y situaciones contiene. Asimismo, que la ciudad se define tanto por lo que es, como por lo que deja de ser, en este sentido el recurso de la historia despliega multiplicidad de caracteres ocultos, que explican muchos de los fenómenos actuales. Está claro que el proceso de degradación urbano-ambiental que ocurre con frecuencia en ciudades latinoamericanas, tienen en general causas comunes a todas ellas, aunque presentan particularidades propias. El fenómeno se asocia entonces con conceptos tales como el de “Ciudad inurbana”, “Urbanicidio”, “Ideología anti-urbana”, “Urbanitis”, que definen de alguna manera los males de la ciudad.

Es así como se pone de manifiesto que el urbanismo mal concebido puede ocasionar problemas en la calidad de vida de la población, antecedente que es necesario tomar en cuenta a los fines del desarrollo del presente trabajo de investigación.

Athens (2004), en una investigación relacionada con una visión intersectorial para mejorar la calidad de vida, relaciona la salud con la vivienda. Allí se enfoca en que las viviendas inadecuadas en Nicaragua pueden tener un impacto negativo sobre en la salud física, mental y social de la población.

Se examinan allí fuentes de la OMS, de la OPS y de la Red Inter-Americana de Vivienda Saludable, para establecer un marco para el entendimiento de muchas relaciones entre la calidad de la vivienda y el estatus de la salud. Este trabajo se focaliza en los efectos psicosociales de la vivienda, y se señala que no debería sorprender que las características de las viviendas inadecuadas afecten la salud física de muchas maneras. Sin embargo, las viviendas también tienen un fuerte impacto sobre la salud mental y las redes sociales.

Así pues, el estatus de propiedad o la tenencia insegura, el hacinamiento y el espacio insuficiente, las condiciones degradadas de las viviendas y de las áreas circundantes, la falta de seguridad y de calidad en la construcción de las mismas y el ruido excesivo también pueden resultar en problemas de salud mental. Los efectos de la vivienda degradada es aún más complicado por el lugar que ocupa dentro del conjunto de la comunidad. La dificultad de acceso a oportunidades de empleo y actividades recreacionales o comunitarias, también contribuyen al agotamiento psicológico.

Athens, continúa afirmando que el impacto psicológico de la vivienda de baja calidad se manifiesta en estrés, depresión, falta de esperanza, y pérdida de los valores morales, caracterizado por el uso irracional de drogas. De hecho, en las personas con historia de desórdenes psicológicos, la vivienda puede incitar a un aumento de los cuadros de psicosis, neurosis y depresión.

La OMS (2004), tomando en consideración la importancia de lo que significa la inversión en salud mental, considerando que este aspecto, ha estado oculto tras

una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo, precisa que ha llegado la hora de que salga a la luz pública, la magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades. En el desarrollo de la investigación surge una pregunta relacionada con el ¿Por qué de la inversión en salud mental? La respuesta obedece a que cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar). Más adelante se señala que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, y se puede argüir que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la sub-nutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos mentales comunes”. El documento en referencia señala, que existe evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población.

Roizblatt (2006), investigó la familia, vivienda y el medio ambiente desde un punto de vista psicosocial, concluyendo que la salud mental de una población puede estar afectada por una amplia gama de variables, entre ellas la vivienda y su medio ambiente. Postula que un enfoque que tome en consideración a la familia como institución fundamental y su interrelación con su entorno, permite visualizar elementos que pueden afectar la salud mental de una comunidad.

Existen claras evidencias de la relación entre ambiente en general, y vivienda en particular, con la salud mental. Barrios marginales, carencia de servicios, aislamiento social, tipos y la calidad de la vivienda, pueden influir notablemente en la salud mental de un individuo o una familia. A la luz de las investigaciones realizadas en esta materia, los resultados reportan que nuevos enfoques deberían ser considerados por todos los estamentos con algún grado de responsabilidad social y pública

Igualmente se consultó el trabajo de Pernas y otros (2001), referente a una metodología para la determinación del Índice de Condiciones de Vivienda para

Estudios Comunitarios (ICV-LIS). En la metodología propuesta se aplicó un índice que explora las condiciones de vivienda, factible para estudios comunitarios. Los autores realizaron este trabajo sobre 534 viviendas de la provincia de Camagüey, compuestas de familias con características heterogéneas, en donde se propuso un índice de condiciones de viviendas que contempla diez (10) variables: 1. Tipo de vivienda, 2. Piso, 3. Techo, 4. Paredes, 5. Hacinamiento habitacional, 6. Servicios sanitarios, 7. Abastecimiento de agua, 8. Ventilación natural, 9. Iluminación natural y 10. Electricidad. El autor concluye que el ICV-LIS, es eficiente para estudios comunitarios.

El Grupo Técnico del Plan Vallecas, realizó un estudio sobre las Condiciones de Vivienda y Salud, en el año 2001. El objetivo fue conocer las condiciones de la vivienda y salud en la población antes señalada, utilizando un instrumento que tomó en consideración la tipología de la vivienda, número de habitaciones y el estado de mantenimiento y conservación, tiempo de estancia en la vivienda, luz y ventilación, hacinamiento y la influencia del entorno en la vivienda, de manera similar a la presente Tesis. Entre las conclusiones reportadas, en relación con la salud percibida, destaca la importancia que adjudican los vecinos a la influencia de las condiciones de su vivienda, en su salud. Las afecciones señaladas como los principales motivos de consulta, son las infecciones de las vías respiratorias altas y las enfermedades del aparato digestivo como dispepsias y gastroenteritis.

Resulta de interés el proyecto de autogestión dirigido por Briceño (1996), que contempló la autoconstrucción de viviendas de uso productivo y residencial, en el estado Yaracuy (Venezuela). El objetivo de su trabajo fue el de contribuir con la solución de la problemática habitacional de la población en cuestión. Además, del de motivar a la población y promover su organización, con el fin de lograr la participación activa de ésta en la solución de tan difícil problema. Se utilizó como metodología en la población objeto de atención, una serie de fases, todas orientadas a la organización y participación comunitaria. Los resultados demostraron que los programas y proyectos de autoconstrucción, constituyen una alternativa para coadyuvar en la solución del problema habitacional.



Este trabajo contribuye a poner en evidencia como las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), inciden sobre la disminución de la calidad de vida, pero al mismo tiempo se puede demostrar que la organización y participación comunitaria como estrategia fundamental de la promoción de la salud, se constituye en un factor importante en la solución del problema.

Se consultó asimismo la investigación de Araujo (1996) acerca de la denominada vivienda progresiva de alta densidad y baja altura. El autor como arquitecto tipifica el concepto de vivienda inadecuada, clasificando las variables en: Espaciales, Funcionales, Constructivas, Ambientales y Sociales.

**Espaciales:** se pueden definir como la relación entre el uso de los ambientes y las características del mismo, es importante tomar en consideración su cantidad y calidad de los ambientes, por ejemplo: el tamaño de los ambientes con respecto al uso que se les dé (esto es, las dimensiones mínimas del espacio).

**Funcionales:** entendidas como las relaciones interespaciales, que pueden ser compatibles o incompatibles, por ejemplo: un baño que comparte el mismo ambiente con la cocina.

**Constructivas:** este aspecto, hace referencia a las instalaciones de los servicios básicos de agua potable, correcta disposición de excretas y residuos sólidos.

**Ambientales:** referidos a la ventilación, humedad e iluminación, donde en orden de prioridad se hace primordial la necesidad de tener espacios bien ventilados.

**Sociales:** por su trascendencia, se describe como importante el hacinamiento, derivado a su vez de causas económicas, culturales, etc.

Calvo J (1996), realizó un trabajo de investigación sobre las Necesidades Básicas Insatisfechas, utilizando la información del Censo de Población y Vivienda de la República Oriental del Uruguay. La información recogida en el Censo de 1996 permitió el diseño y cálculo de indicadores para clasificar a la población uruguaya, sobre la base de disponer del acceso a un conjunto de servicios básicos, o carecer de dicho acceso. En tal sentido, se definió el Indicador de Carencias Básicas de la Población y dentro de este el Indicador de Carencias Básicas de la Vivienda (ICBV), este último indicador se tomó en consideración por la importancia que presenta para

las variables utilizadas en el trabajo de investigación que nos ocupa. La categorización del ICBV establecido por Calvo arrojó como resultado viviendas sin carencias 38,7%, con una carencia 22,6%, con dos carencias 9,6% y con tres o más carencias 6,6%.

Wiesenfeld y colaboradores, (1995), investigó acerca de la vivienda y su evaluación desde el campo de la psicología ambiental, en una muestra de 199 apartamentos en el estado Aragua (Venezuela). Su objetivo fue el de explorar, describir y comparar los juicios, sentimientos y comportamientos de personas que viven en edificios de interés social, comparando en el tiempo, diferentes aspectos de su vivienda y urbanización.

Los hallazgos más importantes permiten afirmar que las variables utilizadas en el estudio como vecindario anterior y vivienda anterior, así como vecindario actual y vivienda actual son fuente importante de satisfacción residencial, y que en la medida en que disminuye la densidad externa, definida en base a número de pisos en el edificio y número de apartamentos por piso, la satisfacción en la vivienda es mayor. Igualmente, los diferentes elementos que conforman el modelo de satisfacción residencial, a saber: ambientales, sociales, personales, (cognitivos, afectivos, conductuales, demográficos), e institucionales. La satisfacción se manifiesta como un proceso, cuya expresión en un determinado contexto y tiempo, está medida por la interacción de los factores mencionados, que en conjunto contribuyen a mejorar la calidad de vida.

El proyecto del Ministerio de Desarrollo Urbano a través del Consejo Nacional de la Vivienda ejecutado en el año 1993 y coordinado por la Arquitecta Teolinda Bolívar resulta de interés, ya que ilustra la vinculación multifactorial dentro de una concepción holística de la satisfacción personal, que se presenta en la vida cotidiana de una vivienda, en relación con la calidad de vida de los habitantes de barrios Caraqueños. El objetivo fundamental fue el de discutir la relación existente entre el grado de ocupación del espacio y la vida cotidiana con la calidad de vida en diferentes barrios en la Zona Metropolitana de Caracas, y su objetivo específico más importante fue el de realizar un diagnóstico de las condiciones

socioeconómicas de las familias seleccionadas. Señala la autora que el problema de la densificación de los barrios caraqueños, con los cambios habidos como producto de los diferentes grados de ocupación del espacio y con la existencia de agrupaciones de viviendas, sin espacio libre entre ellas.

Los resultados tienen relación con el hecho de que a muchas familias la ocupación indiscriminada del espacio y el crecimiento de las viviendas vecinas les ha afectado y originado problemas, tales como: falta de ventilación e iluminación en las viviendas, humedad y recrudecimiento de enfermedades respiratorias. En consecuencia, la calidad de vida de los habitantes de estos barrios se ha visto fuertemente afectada. Esta investigación, orienta de manera importante, a visualizar la relación entre la ocupación del espacio y crecimiento de la vivienda, con la calidad de vida.

Por su parte, Briceño-León (1990), en su libro “La Casa Enferma”, basado en una investigación realizada en 556 familias en el Estado Cojedes, en el área rural, tiene como objetivo conocer las condiciones de las viviendas en riesgo de ser colonizadas por insectos potencialmente patógenos; e intentar, identificar las variables que podían permitir predecir la existencia de tales condiciones a partir de las características sociales de los individuos. Desde el punto de vista metodológico, utilizó el análisis de las teorías sociológicas de la acción, valorando seis dimensiones para relacionar la Vivienda Enferma con la posibilidad de superar esta condición, y que el hombre llegue a tener la oportunidad de mejorar la salud como componente fundamental de la calidad de vida. En este sentido, utilizó tres dimensiones objetivas (ocupación u oficio del beneficiario de la vivienda, propiedad de la tierra que trabaja, propiedad de la vivienda) y tres dimensiones subjetivas (desesperanza aprendida, entendido como una expectativa negativa sobre el futuro, la creencia sobre el control de las enfermedades por el hombre y el arraigo).

La investigación arrojó resultados importantes, de los cuales se pueden destacar:

- 1- La necesidad de una relación diferente con la naturaleza.
- 2- Un trabajo digno para todos.

- 3- El uso de una tecnología adecuada.
- 4- Un papel diferente del Estado.
- 5- Normas claras y válidas para todos.
- 6- Un reforzamiento del vínculo esfuerzo-logro.
- 7- El incremento de la solidaridad social.

Considerando la bibliografía estudiada, se puede considerar que el estudio de las condiciones de la vivienda, podría vincularse con la calidad de vida de sus habitantes, lo que podría constituirse en un factor de riesgo de desarrollo de afectaciones mentales.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Aspectos conceptuales.**

Como respuesta a los objetivos que esta tesis doctoral presenta, se hace necesario puntualizar algunos aspectos que le dan sustento al marco conceptual sobre lo cual descansa su desarrollo.

La preservación de la vida como objetivo fundamental de la existencia del hombre, tiene en la salud un soporte de primer orden para lograrlo. Si se analiza la vivienda como un elemento importante para alcanzar el estado de salud deseado, y en el entendido de que la calidad de vida, presenta para su estudio una serie de componentes esenciales, donde están inmersas la vivienda y la salud, luce necesario que se haga el esfuerzo de precisar que puede suceder en la calidad de vida del hombre, cuando la vivienda no cumple con las exigencias de habitabilidad, que de acuerdo con el Código Nacional para la Vivienda y su Entorno (2002) significa: “buscar la satisfacción de las necesidades de los usuarios en relación con los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y económicos”. Y como es lógico

inferir, lo anteriormente expresado puede influir en un momento dado en el nivel de bienestar alcanzado por una determinada familia y sus integrantes.

La vivienda es un ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia, por lo tanto, no se puede seguir conceptualizando la vivienda solo como el espacio físico destinado al alojamiento de personas, bien sea temporal o permanente. Una casa cualquiera cumple con esta elemental solicitud. Verla desde esta perspectiva es olvidarse de la vivienda como el espacio fundamental del hogar, en consecuencia, hay que tomar en cuenta las funciones y necesidades, desde el punto de vista individual y familiar, considerando la manera de vivir de esas familias.

Otro aspecto que no se debe dejar de considerar es el contexto en el cual se localizan las viviendas, siendo lo local o inmediato, lo comunal y lo urbano, de manera que como espacios fundamentales para la existencia del hogar se deben estudiar aspectos como los siguientes: lo individual, lo familiar y lo social.

En relación con lo individual, lo relativo a la satisfacción de necesidades y aspiraciones del individuo como puede ser la privacidad. En cuanto a lo familiar, lo relativo al desarrollo y cultivo de las fortalezas emocionales e intelectuales que conducen a la búsqueda de la formación del individuo y su desarrollo personal. En relación con lo social, lo que respecta a las necesidades y aspiraciones del individuo como ser social, que forma parte de un colectivo, en referencia al cultivo de las virtudes propias de un ciudadano.

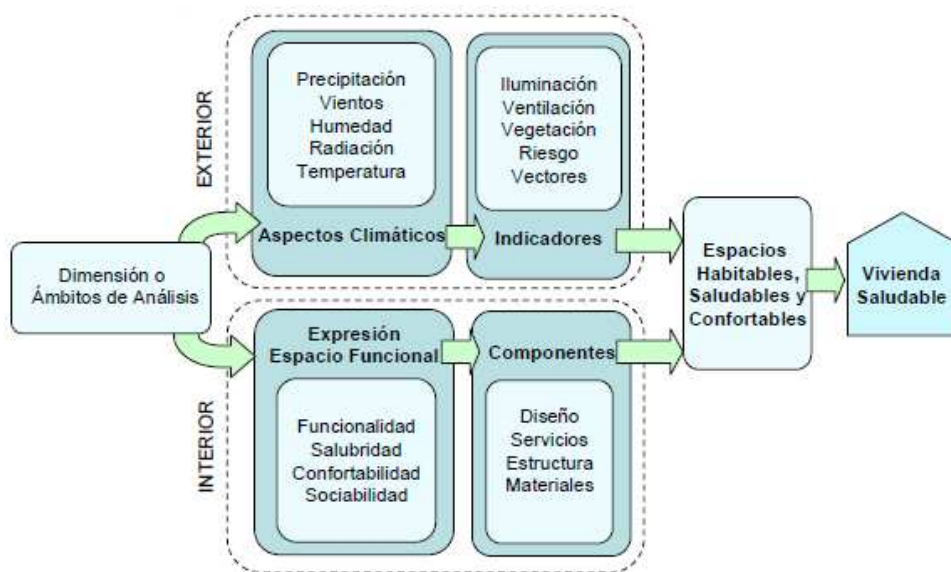
De manera que en la vivienda se reúne una verdadera agenda social para la familia que tiene obvia relación con la necesidad de abrigo a la intemperie, garantía de seguridad y protección, facilitar el descanso, favorecer la convalecencia de los enfermos, el desenvolvimiento en la vida del niño y el desarrollo equilibrado de la vida familiar. Por esta y otras razones de acuerdo a la OMS (2006), se afirma que “En el ambiente de la vivienda un hombre tipo invierte el 50% de su tiempo”.

De lo anteriormente citado, se puede colegir que la vivienda puede cumplir esa función, si se toman en consideración dos dimensiones o ámbitos de análisis: así en la expresión espacio-funcional, hacia el interior de la vivienda, se consideran los

aspectos: funcionalidad, salubridad, confortabilidad y sociabilidad, influyendo en ello los componentes: diseño, servicios, estructura y materiales de construcción.

En relación con el exterior, son de interés los aspectos climáticos: precipitación, vientos, humedad, radiación, temperatura, utilizando indicadores como: iluminación, ventilación, vegetación, riesgo y vectores. Estas dos dimensiones se orientan a la consecución de espacios habitables, saludables y confortables, es decir en síntesis una vivienda saludable como se observa en el gráfico N° 1.

**Gráfico N° 1.** Aspectos de Análisis de la Vivienda Saludable. Estado Mérida, Venezuela, año 2007.



**Fuente:** Viviendas Saludables en Desarrollos Habitacionales Masivos (Canelón, 2007).

Es necesario señalar entonces, que las condiciones de la vivienda pueden considerarse factores de riesgo o por el contrario, agentes de protección de la salud de los residentes, según el grado de conciencia, voluntad y los recursos del hombre

que la ubica, diseña, construye y habita. La vivienda se constituye por tanto, en objeto de interés particular en el campo de la calidad de vida y puede por consiguiente, devenir en un factor de primer orden como promotora de salud de la población.

Esta relación de la vivienda con la calidad de vida, amerita analizarse bajo tres consideraciones fundamentales: 1. La vivienda como necesidad humana. 2. La vivienda como parte fundamental de la promoción de la salud de la población. 3. La vivienda saludable como parte de las prácticas sociales.

### **2.2.2 La vivienda como necesidad humana:**

Cuando se analiza el campo de la atención de salud y las estrategias para alcanzarla, la atención médica, la salud ambiental, la participación comunitaria y la promoción de la salud, forman parte de las herramientas con las cuales se pueden obtener niveles de salud aceptables, que obviamente pueden mejorar la calidad de vida, en el entendido, de que la salud es uno de sus principales componentes. En este sentido, las necesidades del ser humano, definidas como un requisito físico o psicológico para el bienestar, se constituyen en el eje alrededor del cual, gira la dinámica de lo antes señalado. Al respecto, se puede citar a Maslow (1991), quien consideraba:

Las personas manifestamos un infinito número de necesidades, y existen varias formas de reagrupar las mismas. Todas ellas son estudiadas desde una perspectiva holística y dinámica, también han sido estudiadas desde una perspectiva psicofisiológica, esta orientación es muy útil para comprender los aspectos primarios y secundarios de cada necesidad.

Maslow (1908-1970), fue un psicólogo estadounidense conocido como uno de los fundadores y principales exponentes de la Psicología Humanista, una

corriente psicológica que postula la existencia de una tendencia humana básica hacia la salud mental, la que se manifestaría como una serie de procesos continuos de búsqueda de autoactualización y autorealización. Su posición se suele clasificar en psicología como una “tercera fuerza”, y se ubica teórica y técnicamente entre los paradigmas del conductismo y el psicoanálisis. Sus últimos trabajos lo definen además como pionero de la Psicología Transpersonal Martínez, (2003).

Es interesante en relación con lo expresado anteriormente, citar lo que señala Grenne (1988) respecto a Maslow, en referencia a aspectos conceptuales de su teoría: “el individuo puede usar sus capacidades mentales para identificar y dar significado y valor a los varios asuntos en su ambiente, e igualmente, puede volcar esos poderes hacia el interior para hacer juicios valiosos asimismo como persona” Greene, (1988).

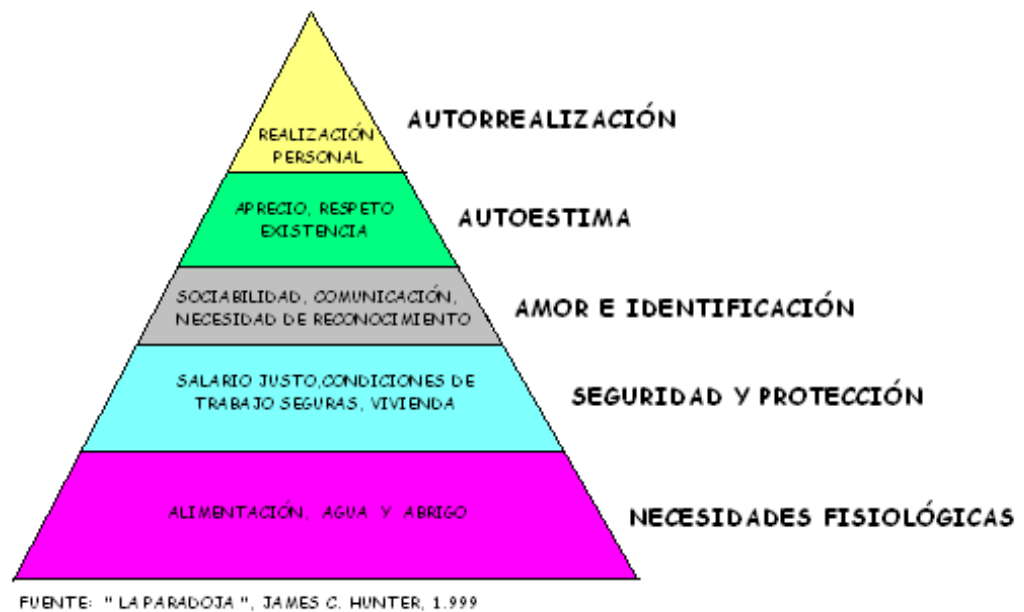
Los psicólogos humanistas generalmente opinan que la tendencia innata de la gente es convertirse en seres humanos honestos, cordiales, afectuosos y con empatía, si esta tendencia no se obstaculiza por elementos nocivos en el ambiente. Estas propuestas se encuentran relacionadas con el concepto de autorrealización. Hunter, (2001), refleja estas propuestas en su obra “La Paradoja” en donde expone: “la realización personal consiste en llegar a lo mejor que uno puede ser, o que uno es capaz de llegar a ser”. En este sentido, Hunter (2001) presenta la hipótesis de una jerarquía de necesidades y opina que las personas cuyas necesidades más bajas son satisfechas de una manera adecuada en la forma de necesidades físicas, seguridad, amor, y autoestima, entonces tendrán la inclinación natural a comprometerse a alguna causa benéfica socialmente de acuerdo con sus talentos naturales.

Como se señaló anteriormente los psicólogos humanistas postulan, que todas las personas tienen un intenso deseo de desarrollar completamente su potencial, para alcanzar un nivel de “autorrealización”. Para probar que los seres humanos no solamente reaccionan ciegamente a las situaciones, sino que tratan de realizar una tarea mayor, Maslow estudió mentalmente a individuos saludables en lugar de a personas con serios problemas psicológicos. Esto le proporcionó información para su teoría de que la gente vive “experiencias cumbre”, momentos sublimes en la



vida, en los que el individuo está en armonía consigo mismo y con su entorno. Desde la perspectiva de Maslow, las personas autorrealizadas pueden vivir muchas experiencias cumbre durante el día, mientras que otras tienen esas experiencias con menor frecuencia.

**Gráfico N° 2.** Jerarquía de Necesidades de A. Maslow (1943)



Como se puede observar en esta clasificación, la vivienda puede estar ubicada como un elemento fundamental para la supervivencia, relacionada con las actividades básicas del hombre que una vez satisfechas, le producen seguridad y protección. El ser humano aspira a una reflexión positiva y válida acerca de su yo, por haber alcanzado satisfacer una meta personal, en este caso a través de la vivienda, puede así convertirse en un individuo proclive a las modificaciones necesarias para hacer de su espacio una vivienda digna y saludable.

En consecuencia, las necesidades no se pueden concebir solamente como carencias, eso llevaría a restringir su acción a lo puramente fisiológico; lo importante en un sentido amplio es concebirlas como potencialidades, permitiendo que las mismas se conviertan en recursos. Al respecto, Max-Neef, plantea “que las

consideraciones de Karl Marx y Abraham Maslow permiten acceder al ser humano a través de las necesidades, tendiendo un puente entre la antropología filosófica y una opción política. Es decir, considerarlas como carencias y potencia a la vez”. Max-Neef et al, (1986).

También señala Max-Neef que “el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas” (ob.cit.). Dentro del análisis realizado se pregunta: ¿Qué determina la calidad de vida de las personas? Al respecto menciona que “la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales” (ob.cit.). La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, y para este autor, las necesidades fundamentales son las de: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Max Neef (ob.cit.).

### **2.2.3 La vivienda como factor fundamental en la promoción de la salud de la población.**

Para desarrollar este aspecto, es conveniente insistir en que la vivienda es el espacio vital y necesario para el desarrollo del individuo y la familia, en la cual se realizan actividades y se dan momentos importantes que estrechan relaciones afectivas y fortalecen el núcleo familiar y se forja y perpetúa la salud mental de los individuos. Para que la vivienda pueda cumplir el papel de factor fundamental en la promoción de la salud física y mental, hay que aunar esfuerzos para construir espacios saludables, es decir, una vivienda saludable. Para que la vivienda se considere adecuada debe brindar seguridad, ofrecer intimidad y ser confortable.

La OPS-OMS (2000) establece que una vivienda saludable, reúne las siguientes características:

- ✓ La ubicación es segura y está protegida contra la contaminación y las inclemencias de la naturaleza, tales como: el viento, la lluvia, los temblores y los deslizamientos de tierra.
- ✓ Las paredes, el suelo y los techos están libres de animales que puedan producir enfermedades.
- ✓ La estructura física y las características de los materiales que conforman sus paredes, techos y cimientos, brindan protección contra accidentes evitables, envenenamientos y exposiciones que puedan contribuir al desarrollo de enfermedades.
- ✓ Hay acceso al agua de buena calidad para el consumo humano.
- ✓ Las aguas de lluvia y las aguas servidas (aguas sucias que quedan después de lavar la ropa, alimentos, asear la vivienda y realizar otras tareas, pero no contienen excretas), tienen desagües apropiados.
- ✓ Los espacios están limpios, son seguros y brindan un mínimo de privacidad para las personas que la habitan.
- ✓ La cocina está separada de otras habitaciones y disponen de implementos que facilitan el manejo higiénico de los alimentos.
- ✓ Las instalaciones para evacuar las excretas, y las aguas negras son canalizadas adecuadamente a través de cloacas con sistema de tratamiento, tanques sépticos con filtros percoladores, lagunas de oxidación, etc.
- ✓ Los residuos sólidos son depositados en un lugar libre de la presencia de mosquitos y de roedores y su ubicación es la adecuada.
- ✓ Los animales domésticos están libres de enfermedades y cuentan con lugares limpios y separados de la familia.
- ✓ La ventilación es suficiente para evitar la contaminación del aire interior.
- ✓ Hay aseo, orden e higiene, tanto en las instalaciones de la vivienda como en las personas que la habitan.
- ✓ Hay adecuada iluminación.
- ✓ Existen condiciones que permiten el desarrollo social y psicológico de las personas.

- ✓ Si se tiene una actividad productiva o laboral dentro de la vivienda, la zona de trabajo se mantiene aislada de las habitaciones de la familia.

Cuando se analizan estos aspectos, como factores fundamentales de una vivienda saludable, se establecen vinculaciones necesarias con la salud pública, que es la ciencia que orienta el trabajo que se está desarrollando, por lo tanto, cabe preguntarse: ¿Qué es entonces la salud pública? “La esencia de la salud pública, es la salud de lo público además, incluye la coordinación de aquellas acciones que tienen un impacto sobre las condiciones de la salud en la población, aunque trasciendan a los servicios de salud en sentido estricto”. Ministerio de Salud de la República de Colombia, (1995). Se encuentra en esta definición la relación de la vivienda con la salud pública, y en este último nivel se ubica la promoción de la salud.

La vivienda como factor fundamental en la promoción de la salud, está vinculada forzosamente con la calidad de vida, que ha sido considerada recientemente dentro de los enfoques de la promoción de la salud contemporánea, congruente con las definiciones de salud de la OMS y de la visión para lograr la salud de todos, en consecuencia: “la promoción de la salud puede verse como un proceso en la mejora de la calidad de vida, mientras que la calidad de vida se puede ver como el resultado más importante de la promoción de la salud”. OPS, (2007).

Un esfuerzo por entender las implicaciones de la promoción de la salud, conlleva el tener que hacer una pregunta: ¿Por qué la vivienda es un factor fundamental en la promoción de la salud?, la respuesta pudiera estar vinculada al hecho que desde que la salud comenzó a analizarse, no solamente desde el punto de vista curativo sino preventivo, la promoción de la salud ha tenido diferentes enfoques, todos orientados a buscar un mismo propósito: adelantarse a las condiciones malsanas que se pueden presentar, con la prevención de factores de riesgo y el mantenimiento de estilos de vida saludables.

Por las razones antes señaladas, es necesario precisar que quizás el momento más trascendental para el desarrollo de la promoción de la salud ha sido el de la

Conferencia de Ottawa sobre Promoción de la Salud. En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, la Promoción de la Salud es considerada como “La estrategia para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. OMS, (1986). Según este planteamiento, para ejercer el control de la propia salud, el individuo deberá ser capaz de: 1. Identificar y realizar sus aspiraciones. 2. Satisfacer sus necesidades 3. Cambiar o adaptarse al medio ambiente.

En la Carta de Ottawa se proponen cinco estrategias para la promoción de la salud en la sociedad: 1. Elaboración de una política pública sana. 2. Creación de ambientes favorables. 3. Reforzamiento de la acción comunitaria. 4. Desarrollo de aptitudes personales. 5. Reorientación de servicios sanitarios.

Para complementar este aspecto es importante tomar en consideración otra definición de la promoción de la salud, más adaptada a nuestra realidad por provenir de un país latinoamericano, como lo es Colombia. Según consideración del autor de esta Tesis, es la que más le satisface, por estar en consonancia con su tema central, en consecuencia, esta definición señala que la promoción de la salud “Es una estrategia que facilita el proceso de cambio social mediante el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su medio ambiente: natural, político, social y cultural, para mejorar estilos de vida, hábitos y calidad de vida con el concurso de todos los sectores y personas, en la búsqueda de una cultura de la salud. Ministerio de Salud Colombia, (1995).

Se observa en esta definición una visión holística, que vincula al hombre con variables de carácter político, social, cultural y obviamente natural, porque el individuo forma parte de la naturaleza donde desarrolla sus actividades fundamentales, pero al señalarse que es una estrategia de cambio social, le imprime una fuerza dinámica que impulsa a revertir la tendencia natural de una cultura de la enfermedad, por una cultura de la salud y de la vida, aunando esfuerzos que conlleven a modificar estilos de vida, dentro de la concepción de un proyecto de vida saludable.

#### **2.2.4. La vivienda como parte de las prácticas sociales.**

Se puede señalar en relación con este aspecto, que la salud pública tiene su realización plena cuando sus propósitos y prácticas son aceptados por la sociedad e incorporados a las prácticas sociales. Para Guerra (1998) las prácticas sociales se refieren a un conjunto de hechos y acciones socialmente reconocidos y ejecutados por la sociedad colectiva e individualmente, con significado público. Dependen de la historia, la tradición, la cultura, y de la organización política que caracteriza a cada sociedad. En otras palabras, es la cultura en acción, que comprende todos los aspectos de la vida en sociedad y sirve a los diferentes propósitos de su existencia, incluyendo por supuesto, el de mejorar la salud de la población.

Las prácticas sociales que interesa destacar en esta Tesis son:

1. Construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida.
2. Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud.
3. Generación de inteligencia en salud.
4. Atención de las necesidades y demandas de salud.
5. Garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados con la salud.
6. Intervención sobre riesgo y daños colectivos a la salud.

En fin, la construcción de “espacios saludables”, como práctica social, alude a la sucesión de los ambientes habituales o escenarios que el hombre enfrenta, o con los cuales convive en el curso cíclico de su vida: La vivienda, la escuela, el trabajo, la ciudad, el municipio. Si estos ambientes carecen o presentan factores de riesgo controlados y prevenibles de una parte y de otra, incluyen agentes promotores de la salud y el bienestar, entonces las interacciones medioambientales del hombre resultarán favorables al desarrollo de su salud y bienestar, concebidos como entes

dinámicos, facilitando de otras partes el despliegue de las capacidades y potencialidades creativas de la especie. OMS, (2006).

Al analizar estas prácticas sociales, se hace énfasis en las dos primeras: construcción de entornos saludables y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud. En ellas se puede focalizar la vivienda como célula fundamental de la salud y apuntar hacia la necesidad de incorporar en la práctica del diario vivir, estos conceptos como metas a lograr. En consecuencia, la salud en su acepción holística, presenta una dimensión cultural en la que hay necesidad de profundizar, con la intención de revertir la cultura de la enfermedad por una cultura de la salud y de la vida. Por esta razón, una familia en su vivienda es capaz de hacer de ella una posibilidad para la construcción de un espacio saludable, y en consecuencia, mejorar sus condiciones de vida.

Por lo tanto, hay que realizar esfuerzos por lograr alcanzar este desiderátum a través de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, entendidas como las condiciones que permiten un mejor desempeño de las prácticas sociales. OPS, (2000). Entonces, son la promoción de la salud y la participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud (empoderamiento), dos de las más relevantes factores, que seguramente actuarán atenuando, los factores de riesgo (biológicos, físicos, sociales) que pueden ocasionar daños individuales y colectivos a la salud, por lo que es dable esperar conseguir, una mejor calidad del ambiente domiciliario, y por lo tanto, lograr una vivienda digna y saludable que pueda contribuir a mejorar la calidad de vida.

Hasta ahora se ha hecho un análisis, estableciendo vínculos entre la vivienda con la salud y la calidad de vida. El Comité de Expertos de la OMS (2006) en Higiene de la Vivienda, en su primer informe informa que la vivienda: “Es la estructura material que el hombre emplea para cobijarse y sus dependencias, es decir; todos los servicios, instalaciones y dispositivos necesarios o convenientes para el bienestar social y la salud física y mental del individuo y de la familia”.

A su vez, la OCEI del Estado venezolano (1996) definió a la vivienda como un “Local construido o transformado dispuesto para fines de alojamiento de personas

ya sea temporal o permanente”. Como puede observarse, la vivienda hoy en día no puede catalogarse solamente como una estructura física para resguardarse de la intemperie, como se señaló anteriormente, sino que debe ser el lugar que dotado de los más exigentes requerimientos, pueda contribuir al alcance de una mejor calidad de vida y la posibilidad de una vida digna y decorosa. Es decir, la vivienda está destinada a cumplir funciones y satisfacer necesidades del ser humano y la familia, considerándola como una unidad básica biológica y sociocultural.

Se conoce que existe también una vivienda precaria o vivienda inadecuada como también se le denomina. Al investigar el concepto de Vivienda Inadecuada, la propuesta por Briceño-León (1990), surge cuando en la vivienda no se satisfacen las funciones y necesidades básicas, se generan enfermedades, tanto físicas, como mentales y sociales, encontrando allí los factores de riesgo enmarcados en una vivienda insalubre. Todo esto se asocia a bajos niveles socioculturales, nutricionales, propiciando la prevalencia de enfermedades infecciosas, hacinamiento, alcoholismo, delincuencia juvenil, sentimientos de inferioridad y bajo espíritu de sociabilidad.

Lo expresado anteriormente, se observa claramente en el cuadro N° 5, al establecer el vínculo entre los factores de riesgo de la vivienda enferma y el impacto en la salud de sus moradores.



**Cuadro N° 5:** Factores de Riesgo de la Vivienda Inadecuada y su consecuencia en la aparición de enfermedades Comunes.

**Factores de Riesgo Enfermedades comunes**

<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Inadecuado Saneamiento Básico</li>   <li>.- Contaminación del Aire Interior (Humo de cocinas mal ventiladas y de cigarrillos)</li>   <li>.- Deficiencia de la vivienda en relación con el tipo de materiales usados en: pisos, paredes y techos.</li>   <li>.- Accidentes domésticos que afectan a los niños y ancianos</li>   <li>.- Estrés en la vivienda motivado a factores como: tenencia, estado de la vivienda y del entorno</li>   <li>.- Violencia familiar en la vivienda</li>   <li>.- Ruido excesivo</li>   <li>.- Sobrecarga o déficit calórico por inadecuada ventilación en la vía</li>   <li>.- Deficiente clima luminoso</li>   <li>.- Humedad excesiva</li>   <li>.-Hacinamiento</li> </ul>	<p><b><u>Enfermedades Transmisibles</u></b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Enfermedades de origen hídrico y alimentos inadecuadamente manipulados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diarreas</li> <li>Vómitos</li> <li>Gastroenteritis</li> <li>Cólera</li> <li>Tifus</li> <li>Afecciones de la Piel</li> <li>Hepatitis A</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Infecciones Respiratorias Agudas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bronquitis</li> <li>Neumonía</li> <li>Incremento Riesgo de Cáncer</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Enfermedades Metaxémicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paludismo</li> <li>Enfermedad de Chagas</li> <li>Dengue</li> <li>Fiebre amarilla</li> <li>Filariasis</li> <li>Leishmaniasis</li> </ul>
	<p><b><u>Enfermedades no Transmisibles</u></b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Contusiones, lesiones cortantes, quemaduras, caídas, envenenamientos, sofocación</li>   <li>.- Sobrecarga neurosensorial, descompensación orgánica, efectos psicossomáticos inespecíficos, manifestaciones preclínicas del tipo compensativo-adaptativo</li>   <li>.- Impacto psicossomático traumático</li>   <li>.- Afecciones del psiquismo y de la esfera somática, nerviosismo, efectos vestibulares, efectos en la irrigación sanguínea</li>   <li>.- Afecciones neuropsíquicas y metabólicas con compromiso cardiovascular</li>   <li>.- Fatiga, vértigos, Nistagmos</li>   <li>.- Promueve el crecimiento bacteriano en sistemas o superficies</li>   <li>.- Trastorno de la salud mental, factor predisponente de patología social.</li> </ul>	

**Fuente:** Adaptación personal, basado en OPS (2009).

### **2.2.5. Calidad de vida. Breve evolución histórica.**

Para introducir el estudio de la calidad de vida, es pertinente realizar aunque sea de manera breve, una revisión de la evolución histórica, que permita analizar cómo se fue dando respuesta a las inquietudes de la medición del bienestar, desde los indicadores solamente económicos, hasta indicadores más complejos, donde precisamente se haya ubicada la calidad de vida, en la actualidad, como medio de plantear las relaciones de conflicto entre crecimiento económico y el necesario equilibrio ambiental. Además, de superar las limitaciones que se venían presentado con los indicadores económicos.

Señala el Diccionario Enciclopédico Larousse (2009), que el bienestar es: “satisfacción, tranquilidad de espíritu. 2- Comodidad, abundancia de las cosas necesarias para vivir a gusto”. A su vez, el Diccionario de la RAE (2006), define el bienestar, como: “el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica”. Asimismo, lo define también como “vida holgada o abastecida de cuanto lleva a pasarlo bien y con tranquilidad”.

Para analizar el bienestar humano de las naciones, se han emprendido numerosos estudios, los cuales han utilizado variados conceptos, tales como: bienestar, condiciones de vida, nivel de vida, estándar de vida, estilos de vida y más recientemente calidad de vida, entre otros, los cuales se vinculan con la satisfacción de las necesidades de los individuos y grupos humanos. Sardi, (2003). Se pudiera señalar que, al evaluar los distintos estudios que se han realizado en torno al bienestar, se aprecia cómo el análisis ha pasado de ser meramente cuantitativo, a integrar aspectos cuantitativos y cualitativos.

Asimismo, se podrá notar cómo se amplía la gama de variables a considerar, primero económicas, luego variables sociales y a mediados de los años ochenta, variables ambientales. Un breve análisis histórico nos remontaría a la década de 1930 a 1940, cuando empieza a utilizarse el Producto Interno Bruto (PIB), como indicador que resulta muy eficiente para medir las tendencias económicas de las naciones, pero no así, para medir aspectos sociales, ya que estaba vinculado a valores monetarios. El

PIB representa la suma del valor de las cosas (bienes y servicios) que son producidos por los residentes de una nación durante un período determinado. Torres, (2001).

A mediados de los años 1950, los estudios se fundamentaban en el concepto de “Nivel de Vida” el cual era asociado con el nivel de consumo en términos de la cantidad de bienes y servicios adquiridos por una población. En consecuencia, para la OIT (1953), el nivel de vida está dado por “Las condiciones reales en las cuales vive una persona o un pueblo”. Valora el nivel de vida de acuerdo a tres aspectos fundamentales: 1. El nivel de consumo de bienes y servicios. 2. Las necesidades previsionales para proteger el futuro de sus miembros. 3. Las condiciones de la ocupación.

Los componentes fundamentales del nivel de vida para expresar el bienestar de manera integral son:

1. Salud con inclusión de las condiciones demográficas.
2. Consumo de alimentos y nutrición.
3. Educación.
4. Condiciones de trabajo y de empleo.
5. Nivel de consumo general y de ahorro de la colectividad.
6. Transporte.
7. Vivienda.
8. Vestido.
9. Recreación.
10. Seguridad social.
11. Libertades humanas.

En los años `60, persiste el análisis cuantitativo para medir el bienestar, ya en la década de los `70 la literatura sobre los problemas sociales se expande rápidamente y adquiere una connotación más amplia con el Bienestar General o Social, entendido como todos aquellos aspectos no solamente económicos, sino sociales y ambientales que contribuyen en la calidad de vida de los individuos, lo cual no se pudo poner en práctica por la falta de información de los países.

Partiendo de estos aspectos anteriormente señalados, se llegó a la conclusión de que el propósito era el de integrar los aspectos sociales, económicos y ambientales, que participan en el bienestar de los individuos y aparece el índice de la Calidad Física de Vida, el cual combina tres indicadores: mortalidad infantil, esperanza de vida a un año de edad y la alfabetización.

A finales de los años `80, y en la década de 1990, el Programa de Las Naciones Unidas para el Medio Ambiente PNUMA y UNICEF (1990), incorporan el aspecto ambiental como elemento central para la defensa del ambiente y el desarrollo sustentable. En consecuencia, el concepto de calidad de vida se desarrolló con una concepción más amplia, incorporando aspectos económicos, sociales y ambientales como elementos fundamentales del bienestar humano, cuyo análisis se lleva a cabo bajo una perspectiva holística.

#### **2.2.6. Aspectos conceptuales de la calidad de vida.**

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de la vida urbana, según Arostegui (1998), durante la década de los `50 y a comienzos de los `60 como se señaló anteriormente, crece el interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad. El estudio de estos fenómenos hacen surgir la necesidad de medirlos a través de datos objetivos, por lo que desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales y estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Éstos indicadores, tuvieron su propia evaluación, siendo en un primer momento, referencia de las condiciones objetivas de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

Los enfoques de investigación de la calidad de vida son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: enfoques cuantitativos y cualitativos. El primero,

tiene como propósito operacionalizar la calidad de vida. Para ello, se han propuesto diferentes indicadores:

**Sociales:** se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, y la vivienda.

**Psicológicos:** miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales.

**Ecológicos:** miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

Los enfoques cualitativos, adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas, y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y en la metodología utilizada para su estudio, se pudiera señalar que en su evolución, en los años `80, el término calidad de vida se adoptó como concepto que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida.

A lo largo de los `90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto, tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, precisa Gómez (2001), que el siglo XXI se presenta como aquel en el que el término calidad de vida no sólo se refiere a las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejoras de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de calidad de vida.

Borthwick-Duffy et al. (1992), y Felce (1995), asumen como Calidad de Vida, las condiciones objetivas de vida. Como la calidad de las condiciones de vida

más la satisfacción personal. Como la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida y como calidad de las condiciones de vida más la satisfacción personal, más los valores personales.

Como puede observarse, el concepto de calidad de vida es un constructo multidimensional, tal como cita Palomba, (2002), quien señala a la calidad de vida como un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, incluyendo la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades. A partir de esta definición se puede señalar, que al analizar la calidad de vida de una sociedad se hace necesario sopesar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran, y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia y que expectativas de transformación de estas condiciones tienen, y evaluar el grado de satisfacción que consiguen.

Es necesario preguntarse ¿qué estamos en condiciones de medir para decir que existe una buena calidad de vida? La respuesta es que como definición multidimensional, depende de una serie de factores según lo señala el gráfico N°3.

**Grafico N° 3.** Calidad de Vida y Factores Principales.



**Fuente:** Palomba (2002)

### **Factores Materiales**

Los factores materiales son los recursos que tiene el individuo: 1. Ingresos disponibles. 2. Posición en el mercado de trabajo. 3. Salud 4. Nivel de educación, entre otros.

Muchos autores asumen una relación causa efecto entre los recursos y las condiciones de Vida: mientras más y mejores recursos se tenga, mayor es la probabilidad de una buena Calidad de Vida.

### **Factores Ambientales**

Los factores ambientales son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como: 1. Presencia y acceso a servicios. 2. Grado de seguridad y criminalidad. 3. Transporte y movilización. 4. Habilidad para

servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple. 5. Las características del hogar. Estos factores son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida.

### **Factores de Relacionamiento**

Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales:

- La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica, son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas.

- Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener un rol modesto.

### **Políticas Gubernamentales**

- La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también que hay que considerar la perspectiva social.

- La calidad de vida y del bienestar de las personas adultas mayores dependen parcial o totalmente de las políticas existentes.

### **2.2.7. La calidad de vida como base diagnóstica y perspectiva para procesos planificados.**

La Calidad de Vida, como proceso planificado, es señalado por Camargo (1996) como una estrategia del Estado de naturaleza política, técnica y administrativa, que analiza el grado de satisfacción de las necesidades de los individuos en un espacio concreto, a través de los componentes de necesidades básicas, con la finalidad de detectar las desigualdades espaciales del bienestar social y de esta forma proporcionar las bases para orientar las políticas, estrategias y



acciones a ser instrumentadas, con miras de mejorar el bienestar social y el eficiente manejo de los recursos naturales.

Hoy en día, la calidad de vida se considera como base diagnóstica para el proceso de Planificación de políticas socio-sanitarias. En ese sentido, hay que observar que en los últimos años se viene planteando en el mundo un debate fundamental definido por las Naciones Unidas. En relación a dicho debate, se ha planteado la siguiente interrogante: ¿cómo proporcionar mayor desarrollo humano a las poblaciones para minimizar las desigualdades económicas y sociales que día a día se vienen acentuando?

En este sentido, señala Méndez (1990), que la calidad de vida se introduce en la Planificación del Desarrollo como un instrumento que permite describir, analizar, y superar sus problemas sociales. La calidad de vida se plantea por lo tanto, como uno de los objetivos superiores del desarrollo, que desde una perspectiva geográfica, permite establecer las desigualdades espaciales de quien presenta el espacio territorial, constituyéndose en una base de diagnóstico y perspectiva útil para los procesos planificados, por cuanto permite analizar componentes del bienestar social, inclusive en su acepción físico-natural, biótica y socioeconómica.

Sin duda que la calidad de vida presenta fuertes vinculaciones con las necesidades humanas que son los componentes principales, las cuales se manifiestan según Gallopin (1992), citado por Camargo (1996), a través de los deseos y aspiraciones, que son las formas concretas en que los grupos de individuos buscan como satisfacer las necesidades para lograr el bienestar humano, respuestas que logran mediante todos aquellos medios cuyo uso o consumo permiten la satisfacción de una necesidad determinada, las cuales son denominados “satisfactores”. La situación y percepción personal de las relaciones entre los satisfactores deseados y los realmente obtenidos, necesidad por necesidad, determinan los “componentes de necesidad de la calidad de vida.

Estos componentes están referidos a todos aquellos aspectos o dimensiones en los cuales los individuos o grupos sociales buscan su realización, como resultan

ser: educación, salud, vivienda y dotación de servicios, empleo, ingresos, recreación, participación ciudadana y otros.

Lo anteriormente señalado conduce al estudio de la operacionalización del concepto calidad de vida, mediante la selección de los componentes de las necesidades referidas a los grandes aspectos o dimensiones de las necesidades de los individuos, que sirven de criterios para la determinación de la calidad de vida, bajo una óptica de Planificación, es decir, todos aquellos requerimientos o necesidades que pueden ser objeto de formulación de políticas, estrategias y acciones por parte del Estado para mejorar el bienestar social, tales como: 1. Ambiente físico. 2. Salud. 3. Educación. 4. Vivienda y dotación de servicios básicos. 5. Participación socioeconómica. 6. Seguridad social y personal.

**1-Componente ambiente físico:** Referido a la necesidad de los individuos o grupos de individuos de poseer una estabilidad en cuanto al entorno natural que le rodea, el cual se refleja mediante el grado de vulnerabilidad de la población. Bajo este contexto, existen diferentes grados de satisfacción de los individuos frente al ambiente, las cuales están determinadas por: 1. La protección que posean los individuos frente a las amenazas. 2. La localización y calidad geotécnica de vivienda y sitio de trabajo, sobre todo en aquellas áreas sujetas a inundaciones, con alto grado de sismicidad. 3. Calidad de la construcción de la vivienda, en relación a la calidad de los materiales de construcción, tipología de la vivienda y conformidad de uso, entre otros.

**2-Componente salud:** Definido como estado satisfactorio de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia, tal como aparece descrito en el documento de la OPS (2006), denominado “Herramientas de Comunicación para el Desarrollo de Entornos Saludables”. Su satisfacción se mide a través de los satisfactores tales como: alimentación, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud y saneamiento ambiental.

La necesidad de alimentación de la población se expresa a través del estado nutricional, que se relaciona con los hábitos de consumo en términos de

proteínas, hidratos de carbono, lípidos, minerales y vitaminas. Se mide a través de la Tasa de Morbilidad por Enfermedades Nutricionales.

La disponibilidad y accesibilidad de los servicios e infraestructura de salud se expresa a través de los recursos médicos y el equipamiento básico, que permite determinar la capacidad de respuesta que estos poseen a las necesidades de salud de la población, lo cual puede medirse mediante la utilización de indicadores como número de médicos por habitantes y número de camas de hospitalización, por habitantes.

Programas de asistencia preventiva y curativa se expresan a través del estado de salud y del saneamiento ambiental, los cuales permiten a nivel local, aproximarse a la realidad que se presenta con la prestación de los servicios de salud y a nivel nacional, conocer los resultados del sistema de salud. Su medición se realiza a través de la Tasa de Mortalidad General y la Tasa de Mortalidad Infantil, permitiendo evaluar cómo se comporta la mortalidad en el grupo de mayor riesgo que son los niños menores de un año, cuyas causas fundamentales están asociadas con enfermedades infectocontagiosas, parasitarias y respiratorias.

El saneamiento ambiental básico se logra principalmente, mediante la dotación de infraestructura y servicios básicos que son de gran importancia para la salud de la población. Por lo tanto, indicadores como la cobertura de los servicios de agua, eliminación de excretas, y recolección y disposición de residuos sólidos, son fundamentales para la medición de este componente.

**Componente educación:** Referido a la disponibilidad y accesibilidad que posee la población para satisfacer su necesidad de adquirir los conocimientos básicos para integrarse a la dinámica social. La educación transmite a los individuos los aspectos necesarios para concienciar sus necesidades y seleccionar los satisfactores que mejor se adapten a sus requerimientos. Por lo señalado anteriormente, hay que hacer grandes esfuerzos para combatir el alto índice de fracaso y deserción escolar, dos de las grandes complicaciones de la educación

venezolana. Las políticas que se deben tomar son de variada naturaleza, pero dos son de fundamental importancia; así Torres (2001) hace referencia a que aumentar la cantidad de años de escolaridad y la creciente calidad de la enseñanza, pueden generar un importante mejoramiento del capital humano, y hacer del país una sociedad más productiva.

Este componente se mide a través de las tasas de analfabetismo que es un índice que demuestra los resultados obtenidos en el sistema educativo y es indicativo del marginamiento sociocultural en que se encuentran las personas. Está referido al porcentaje de personas de más de quince años que no saben leer ni escribir, en relación a la población total mayor de quince años. Otro indicador es la Tasa de Escolaridad General y Específicas, que permite observar el grado de acceso que tiene la población a la educación, sobretodo de niños y jóvenes. Otro indicador que permite analizar la no satisfacción de las necesidades educativas de la población, es la proporción de hogares con niños en edad escolar (7 a 11 años) que no asisten a la escuela.

**Vivienda y dotación de servicios básicos:** Este componente, se refiere a valorar el papel que juega la vivienda y la dotación de servicios básicos en la cobertura de los requerimientos de la población. Sus satisfactores más importantes son: disponibilidad de vivienda, estado físico de la vivienda, equipamiento doméstico, y cobertura y eficiencia de los servicios básicos.

**Disponibilidad de la vivienda:** Está referida a la oferta y demanda de viviendas la cual puede ser medida por los déficits de viviendas (déficit bruto o déficit neto). Y depende del poder adquisitivo de la población.

**Equipamiento e infraestructura de los servicios básicos:** Responden a las necesidades básicas de la población en relación a servicios de primera importancia (agua, luz eléctrica, teléfono, vías de comunicación) y aquellas instalaciones físicas requeridas para el buen desarrollo de la calidad de vida.

**Componente participación socioeconómica:** Está referida a la necesidad de la población de desempeñarse laboralmente, de donde dependerá su nivel adquisitivo para la cobertura de otras necesidades, este componente puede medirse mediante la Tasa de Desocupación, Población Económicamente Activa, sectores de la economía formal e informal entre otros.

**Componente seguridad social y personal:** Se refiere a la distribución espacial de todos aquellos elementos que pueden agredir a las personas y en cierto modo al deterioro social que existe en la unidad espacial considerada. Como satisfactores se encuentran la incidencia de ciertos delitos, acceso a los servicios de seguridad, acceso al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), al Instituto Nacional de Cooperación Educativa (INCE) y otros.

**Cuadro N° 6.** Componentes de Necesidad, Satisfactores e Indicadores. Venezuela, año 1996.

<b>COMPONENTE</b>	<b>SATISFACTORES</b>	<b>VARIABLE/INDICADORES</b>
<b>Educación</b>	Acceso al sistema educativo	Nivel educativo Tasa de asistencia escolar Tasa de analfabetismo Tasa de deserción
<b>Salud</b>	Resultado del sistema Acceso al sistema de salud Programas preventivos	Tasa de mortalidad infantil Tasa de mortalidad general Cobertura de inmunizaciones Camas/1.000 habitantes.
<b>Vivienda y dotación de servicios</b>	Vivienda	Acceso a la vivienda Porcentaje de viviendas inaceptables. Déficit de vivienda Dotación de servicios Porcentaje de viviendas con electricidad. Porcentaje de viviendas con agua potable. Porcentaje de viviendas con cloacas.
<b>Participación económica</b>	Empleo	Tasa de ocupación
<b>Seguridad personal</b>	Acceso al servicio	Incidencia de delitos: Delitos contra la persona Delitos contra la propiedad.

**Fuente:** La Calidad de Vida como Instrumento de Planificación (Camargo,1996).

### 2.2.8. Salud Mental

Como uno de los objetivos de esta tesis se orienta a la relación entre la vivienda y la salud mental, es conveniente hacer un análisis referido a la salud mental por la importancia que este aspecto presenta en la sociedad contemporánea, como se argumentara al tratar lo correspondiente al planteamiento del problema. Es procedente entonces, señalar que la OMS (2004) define la salud mental como “el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el

estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades”.

Es conocido que los factores psicosociales que influyen en un número de conductas de la salud (dieta adecuada), ejercicio físico, no fumar, evitar el uso excesivo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo, tienen un amplio espectro de efectos en la salud. Un creciente conjunto de evidencias transculturales señala que varios factores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo a una salud mental positiva.

Dicha protección facilita la resistencia a las enfermedades, minimiza y retarda la aparición de discapacidades y promueve un restablecimiento más rápido de las enfermedades. OMS, (2002).

Como aprendizaje personal se ha tenido la oportunidad de estudiar de cerca una experiencia del Hospital Amigo de los Niños, del Municipio Rangel del estado Mérida, relacionada con la lactancia materna desde el primer día de nacido el bebé, dirigido al establecimiento y fortalecimiento del Vínculo del Apego (Bolwby) entre los infantes y sus madres, contribuyendo de manera significativa a un mejor desarrollo, y también a la disminución de la mortalidad infantil, aspectos que se han constatado en las prácticas de salud pública realizada en el hospital y que viene a reforzar lo señalado en líneas precedentes. Fernández, (2002).

Es necesario señalar, que en relación con la magnitud del problema expresado en las cifras que se indicaron en lo correspondiente al planteamiento del problema, para superar barreras y cerrar la brecha entre los recursos y las necesidades creadas por los trastornos mentales, así como para reducir el número de años vividos con discapacidad y muertes asociadas con esos trastornos, la OMS ha establecido el Programa Mundial de Acción de Salud Mental consagrado en el año 2001.

A fin de implementar algunas estrategias, este organismo internacional, ha desarrollado diferentes proyectos y actividades, tales como la Campaña Mundial Contra la Epilepsia, la Campaña Mundial de Prevención del Suicidio, y los destinados a fortalecer las capacidades nacionales para establecer una política sobre el uso de alcohol, y colaboración con los países para desarrollar servicios

relacionados con el abuso del alcohol. Es importante aseverar que la OMS también se encuentra desarrollando directrices para las intervenciones de salud mental en casos de urgencias, y para el manejo de la depresión, esquizofrenia, uso de drogas y otros trastornos psiquiátricos. Es necesario reiterar, que al declarar la OMS el 2001 como Año de la Salud Mental, es un punto de avance para que las sociedades y países, observen la salud mental desde una nueva perspectiva. En ese sentido, es procedente señalar las cuatro estrategias centrales del programa como lo son: 1. Mayor capacidad de los países. 2. Mejores servicios de salud mental. 3. Menos estigma y discriminación. 4. Menor carga de enfermedades.

Finalmente, es menester entender que apoyándose el programa en estas cuatro estrategias puede lograr su propósito final: “Mejorar la salud mental de las poblaciones”, tal como lo señala el documento citado anteriormente, Invertir en Salud Mental. OMS, (2004).

### **2.3. Hipótesis:**

LA VIVIENDA INADECUADA ACTÚA COMO CONDICIÓN CONTRIBUTIVENTE EN EL DESMEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LA PARROQUIA SAN JUAN.

Es conveniente aclarar que condición contribuyente según Sabino (2000) son aquellas que favorecen de una manera decisiva el suceso investigado, y que generalmente suelen producirlo, aunque no alcancen un determinismo que pueda considerarse como necesario o suficiente. Por lo que las condiciones contribuyentes suelen tener una variada incidencia sobre el objeto condicionado, pudiendo contribuir en mayor o menor medida a que este se produzca.

Se pudiera señalar entonces que la condición contribuyente estudia la forma en que diversos elementos pueden determinarse entre sí, que no es otra cosa, que analizar los diferentes tipos de condicionamiento que pueden existir entre un y otro hecho.



#### **2.4. Operacionalización de variables.**

**Título:** Estudio de la vivienda y su influencia en la calidad de vida, parroquia San Juan. Mérida, Venezuela, año 2011-2012.

**Objetivo General:** Establecer la relación entre la vivienda como condición contribuyente en la calidad de vida de los habitantes de la Parroquia San Juan. Municipio Sucre. Estado Mérida, año 2011.

**Cuadro N°7.** Operacionalización de variables

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Describir las características demográficas, socio-económicas y socio-sanitarias de los hogares y habitantes de la parroquia en estudio.	-Viviendas	Volumen	-Cifras absolutas. - Porcentaje. - Razón	Encuesta Gráficos Cuadros
Desarrollar un modelo para la caracterización de la vivienda como condición previa, para relacionar dichas viviendas, con la calidad de vida y la salud mental	-Vivienda inadecuada - Vivienda adecuada	Características:  - Funcionales. - Espaciales. - Ambientales Funcionales	-Temperatura. - Ventilación. - Iluminación.	Encuesta Gráficos Cuadros
Comparar la calidad de vida de los habitantes de las viviendas caracterizadas.	- Vivienda caracterizada - Calidad de vida	-Salud física -Salud psicológica - Relaciones sociales - Ambiente	- Escala de Likert - Facetas del test WHOQOL-Bref	-Test de Calidad de Vida. WHOQOL- Bref -Cuestionario para caracterizar la vivienda
Establecer la relación entre la vivienda caracterizada y el estado de salud mental de los habitantes de la población en estudio.	- Vivienda caracterizada - Salud mental	- Salud psicológica.	- Odds ratio - Ji-Cuadrado	-Cuestionario para caracterizar la vivienda , sección VI (salud)

**Fuente:** Elaboración propia.

## **2.5 Bases legales.**

Como se señalara al inicio de este trabajo, el problema de la vivienda no es exclusivamente venezolano, ni de América Latina, ni de los países subdesarrollados. Afecta por igual a todos los países del mundo, pero sin duda, que a la hora de darle respuesta a esta dura realidad, el hecho de saber que el derecho a la vivienda, está consagrado como un derecho constitucional, le imprime al mismo una jerarquía superior que obliga al Estado venezolano, a buscar las mejores alternativas en función de la problemática que presenta la vivienda en Venezuela con la finalidad de resolverla. En consecuencia, por esta razón, tanto en el ámbito urbano como rural, se dispone de importantes instrumentos jurídicos, que constituyen las bases legales a través de la cual, se soporta el desarrollo de programas de vivienda en Venezuela. En este sentido, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000) en el artículo 82 del Capítulo V de los Derechos Sociales y de las Familias, establece:

Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, segura, cómoda, higiénica, con servicios básicos esenciales que incluyan un hábitat que humanice las relaciones familiares, vecinales, y comunitarias. La satisfacción progresiva de este derecho es obligación compartida entre los ciudadanos y ciudadanas, y el Estado en todos sus ámbitos.

Igualmente señala, que el Estado dará prioridad a la familia y garantizará los medios para que éstas, y especialmente la de escasos recursos, puedan acceder a las políticas sociales y al crédito para la construcción, adquisición o ampliación de viviendas.

En otro orden de ideas, desde el punto de vista de la seguridad social, con miras a proteger al ciudadano de distintas contingencias, igualmente establece en la Constitución Nacional del año 2000, en el Artículo 86, lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, vejez, viudedad,

orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otras circunstancias de previsión social”. (ob. cit.).

Se ha establecido una prelación jurídica en esta investigación, por lo que significa la Constitución Nacional como la ley de leyes de la nación, no obstante, en Venezuela hay antecedentes importantes de leyes orgánicas y especiales que se crearon para darle soporte jurídico a las instituciones, que se han encargado históricamente de la construcción de viviendas en Venezuela.

Es bueno referirse en este aspecto, a una importante cantidad de Organismos que trataban de abordar el problema de la vivienda, duplicando esfuerzos y erogación de recursos económicos, y como consecuencia, el Estado venezolano promulgó con fecha 17 de septiembre de 1969 el decreto n° 142 mediante el cual se creó la Comisión Nacional de Vivienda (Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 1969), integrada por los diferentes Organismos que tienen relación con el problema, cuyo objetivo primordial, es proponer al Ejecutivo Nacional la actualización del Plan Nacional de Vivienda. Es importante señalar también, por la importancia que ha tenido como institución dedicada a solventar problemas de vivienda en nuestro país, la creación del Instituto Nacional de la Vivienda (INAVI), según decreto N° 908 de la Presidencia de la República Gaceta Oficial de la República de Venezuela, (1975).

Este instituto fue creado el 13 de Mayo de 1975, para su momento se constituyó en el Organismo ejecutor y administrador de la política de vivienda de interés social, de conformidad con el plan general de desarrollo económico y social, y en un todo de acuerdo con la política de desarrollo urbanístico y ordenación territorial que al efecto formuló el Ejecutivo Nacional para ese momento.

Se hace necesario señalar, que el desarrollo de los programas habitacionales para el medio urbano desde ese entonces fue asignado al INAVI. En relación con el medio rural que ha presentado siempre graves problemas por la precariedad de las viviendas, y por esta razón, asiento de importantes endemias rurales como el Mal de Chagas, Malaria, parasitosis intestinales, Dengue, Leishmaniasis, entre otras. Dependía del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), a través de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, creada mediante decreto N°

84 del 14 de marzo de 1958. La Junta de Gobierno de la República de Venezuela, creó el Programa Nacional de Vivienda Rural, como consta en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela (1958). Con ello, el Gobierno Nacional reconoce que la política de Vivienda Rural, forma parte del saneamiento ambiental en la campaña contra la erradicación de las endemias rurales, y sirve como elemento de enlace entre la acción sanitaria del medio y la dotación de una morada higiénica que complete el proceso de protección de la salud en la población rural.

El programa anteriormente citado se afianzó en Venezuela, cuando la Ley de Reforma Agraria promulgada en 1960 y desarrollada a través del Instituto Agrario Nacional (IAN), en el Título VI (Artículo 133 y 136) referente a la vivienda rural, señala como objetivo de la misma: “Evitar la dispersión de los habitantes del campo, y procurar la mejor prestación de los servicios públicos” y añade: “La política de la vivienda rural debería ser coordinada a través del Organismo nacional competente”.

En este punto se puede entender, que a través de la Ley de Reforma Agraria se trató de resaltar, cómo la acción de la vivienda en el medio rural, constituye una necesidad real íntimamente ligada al problema del desarrollo económico y social.

Otro instrumento legal que no se puede dejar de mencionar es la Ley de Política Habitacional del año 1990, y su reforma en 1994 respectivamente, por medio del cual todo trabajador del sector público y privado está obligado a cotizar el 1% de su sueldo mensual que retiene el Organismo para el cual trabaja y es obligante enterarlo al Fisco Nacional, para que con base a los lineamientos de ley, el Estado lo invierta en la construcción de vivienda, y a su vez, el trabajador pueda ser beneficiario de créditos a través de la banca.

Finalmente, es de interés mencionar por la importancia que tiene el municipio como unidad primaria y autónoma, la Ley Orgánica del Poder Público Municipal, con respecto al Título III correspondiente a la Competencia de los Municipios y demás entidades locales, en relación al Artículo 56, Ordinal 2, en donde consta que: “La gestión de las materias que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y las leyes nacionales les confieran todo lo relativo a la vida local, en especial, la ordenación y promoción del desarrollo económico y social,

la dotación y prestación de los servicios públicos domiciliarios, la aplicación de la política referente a la materia inquilinaria, la promoción de la participación ciudadana y en general, el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad”, en las áreas siguientes:

Literal A: “La orientación territorial y urbanística, el servicio de catastro; el patrimonio histórico; **la vivienda de interés social**; el turismo local; las plazas, parques y jardines; los balnearios y demás sitios de recreación; la arquitectura civil, la nomenclatura y el ornato público”. Ley Orgánica del Poder Público Municipal, (2005).

En síntesis, se pudiera señalar, como se ha podido observar, que el marco legal, aunque no se ha citado *in extenso*, se ha referido a los aspectos que el autor ha considerado más relevantes, sobre lo cual se puede soportar una política de vivienda en el país, sin entrar a detallar si es eficiente o no.

## **2.6 Definición de Términos**

Ver el Anexo N° 1.

## CAPITULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Abordaje y paradigma relacionado.

El planteamiento de la investigación en los aspectos a investigar, sigue el paradigma cuantitativo, señalado por Leal (2005).

**Cuadro N°8.** Esquema de Abordaje

<b>Enfoque</b>	<b>Fundamento epistemológico</b>	<b>Fin último</b>	<b>Paradigma</b>
Empírico analítico	Positivismo lógico	Control explicación	Cuantitativo

Fuente: Leal, 2005

#### 3.2. Orientación Epistemológica

En cuando a la orientación epistemológica conviene señalar, que actualmente no existe ningún modelo teórico universalmente compartido referente a la naturaleza de la actividad de la ciencia que pueda pretender una absolutización y una primacía institucional sobre los demás; de hecho existen muchas, distintas y opuestas teorías de la ciencia que definen con criterios muy diferentes a tal actividad. Damiani, (2009).

En relación con lo afirmado anteriormente, resulta lógico entender, que para hacer ciencia se han planteado diferentes formas de abordar la realidad de estudio: el abordaje empírico analítico, el fenomenológico hermenéutico, el crítico dialéctico y el complejo dialógico. Leal, (ob. cit.).

Se citó en líneas precedentes, que el abordaje de este trabajo de investigación pertenece al paradigma cuantitativo cuyo enfoque empírico analítico, está sustentado epistemológicamente en la corriente del positivismo lógico. Significa que el sujeto investigador mantiene la objetividad del conocimiento, la cuantificación aleatoria de las medidas y la verificación y comprobación empírica. Se aísla el objeto de estudio con la finalidad de analizarlo y una vez analizado, se procede a ensamblar las partes para explicar su funcionamiento como unidad. Su fin último es controlar la realidad, aprehenderla y dominarla.

Es conveniente reiterar entonces, que esta es la orientación epistemológica que presenta el trabajo de investigación, y tal como señala Velasco (2010) que: “un requisito para hacer investigación consiste en comprender qué es y cómo es la ciencia en cuanto a objeto conceptual, esto es, cuales son los componentes (su estructura) y cómo funcionan las teorías científicas (dinámica), así como de donde surgen las teorías y para qué sirven”.

### **3.3. Tipo y diseño.**

El presente estudio, es de tipo explicativo o analítico y observacional, de caso-control, longitudinal y retrospectivo, cuyo diseño dirigido a explicar el problema planteado, es a través de un estudio de campo en el cual se identifican las viviendas con sus variables e indicadores, para categorizarlas como adecuadas o inadecuadas, donde se recoge la información proveniente de datos primarios, obtenidos directamente de la realidad a través del cuestionario utilizado, además de la observación directa por parte del encuestador.



Esta investigación se ha estructurado en aspectos fundamentales como los siguientes:

1. Una Revisión Documental que ha permitido precisar aspectos relevantes con la finalidad de caracterizar la vivienda, en relación con los aspectos ambientales, tecnológicos, el espacio y la funcionalidad.

2. Observación Directa y recolección de información mediante:

✓ Cuestionario de caracterización de la vivienda elaborado por el autor de la Tesis, para obtener datos objetivos y cuantificables que contribuyeron a caracterizar la vivienda. Este cuestionario se encuentra estructurado en siete (7) secciones: 1. Identificación de la vivienda, 2. Datos y características de la vivienda, 3. Confort de la vivienda, 4. Datos del hogar, 5. Nivel socioeconómico 6. Salud, 7. Comunidad.

Este cuestionario contempla preguntas cerradas con opciones que el entrevistado responde según su parecer, buscando que sea lo más objetivos posible, complementado con observación directa por parte del entrevistador en relación con las condiciones estructurales, espaciales de la vivienda y su entorno (ver anexo 2).

✓ Test de Calidad de Vida, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF), diseñado y validado por la Organización Mundial de la Salud (1994), que se aplicó a los jefes de familia (ver anexo 4).

### **3.4. Determinación del área de estudio**

Para el estudio se escogió la Parroquia San Juan, perteneciente al Municipio Sucre del estado Mérida. Se optó esta locación por ser una población relativamente cercana a la ciudad de Mérida, con desarrollos habitacionales de viviendas unifamiliares de vieja data asentadas en el casco central, además, de desarrollos habitacionales de viviendas ejecutadas por el Estado venezolano, de construcción masiva para familias de bajos ingresos, promovidas de acuerdo al piso bioclimático cálido seco característico de la zona, que permitieron desarrollar prototipos de viviendas a través de proyectos con el Centro de Investigación de la Vivienda (CINVIV), adjunto a la Facultad de Arquitectura de la Universidad de Los Andes, conjuntamente con la Dirección de Malariología, dependiente del Ministerio de Salud.

Asimismo, la condición de seguridad ciudadana, bastante aceptable en esta parroquia en comparación con otras del estado, ha constituido un aspecto importante a considerar, al seleccionar el lugar, en vista de la naturaleza del trabajo de investigación que hace que esta condición sea un requerimiento a tener presente.

### **3.5. Implicaciones éticas**

En la presente investigación se recolectó información relevante y pertinente sobre la vivienda y las personas que la habitan, dirigida a establecer el vínculo o relación con la calidad de vida de la población de la Parroquia San Juan. Se accedió a la información, previa aceptación y firma del consentimiento informado por el jefe de la familia (ver anexo 3). La información obtenida fue manejada de manera confidencial, como consta en el instrumento de recolección de datos utilizado.

### 3.6. Población y muestra

**Universo Estadístico:** lo conforma el total de viviendas de la parroquia San Juan del municipio Sucre del estado Mérida, Venezuela. El cual se encuentra constituido por 2200 viviendas.

**Población Estadística:** según Seijas (2006): “la población estadística la constituye cada una de las variables con sus correspondientes mediciones”. En la presente investigación las variables consideradas permiten separarlas en dos grupos; las que permitirán la caracterización de la vivienda (condiciones de la vivienda, hacinamiento y espacios), y las variables que conforman el test de calidad de vida y que sirve para medir aspectos relacionados con la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno ambiental.

**Unidad de Análisis Estadístico** representada por las viviendas en las cuales se recolectó la información mediante el Cuestionario de Caracterización, y el jefe(a) del hogar a quienes se aplicó el Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF. OMS, (1994).

**Muestra:** Para el cálculo de la muestra se realizó un muestreo aleatorio simple para estimar proporciones. Según información del Instituto Nacional de Estadística, en la parroquia San Juan del municipio Sucre del estado Mérida, existen 2200 viviendas. “Al no disponer de información de estudios previos de caracterización se empleó una proporción ( $p$ ) de 0.5 (50%) el cual permite obtener un tamaño muestral conservador que probablemente sea mayor que el requerido”. Scheaffer et al., (1987).

El error de muestreo empleado fue de 5,208%, con el cual se obtuvo una muestra de 305 viviendas a ser caracterizadas, asimismo, se entrevistaron igual número de jefes de hogar a los cuales se les aplicó el Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF .OMS, (1994). Para el cálculo estadístico, se utilizó el paquete estadístico EPIDAT (2006).

En una primera fase se realizó una prueba piloto, para la que se consideraron 60 viviendas que representaron el 19,67% de la muestra definitiva, cifra superior a la que se establece normalmente, del 10% de la muestra total. Para conocer los resultados de la prueba piloto para la validación de los instrumentos, Caracterización de las Viviendas y Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF (ver anexo N° 4).

En una segunda fase se llevó a cabo la toma de datos sobre la totalidad de la muestra, que fueron 304 viviendas de población urbana y rural de la Parroquia en estudio.

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó la técnica de observación y la encuesta, mediante un instrumento tipo cuestionario con preguntas cerradas, que permitió caracterizar el tipo de vivienda, como adecuada o inadecuada. Posteriormente, en un segundo momento, se aplicó el instrumento para medir la calidad de vida, validado por la OMS, en medios transculturales como lo es el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF, que presenta para su aplicación dominios como: 1- Salud física, 2- Salud psicológica, 3- Relaciones sociales, 4- Ambiente que nos rodea, y dos preguntas generales de calidad de vida y salud. Mediante dichos instrumentos se obtuvo valiosa información en relación con el objeto de estudio, conducente a verificar la hipótesis que se ha considerado.

### **3.8. Validez y Confiabilidad**

Para la validación y confiabilidad del cuestionario elaborado, se realizó una Prueba Piloto de 60 viviendas como se señaló anteriormente, con la finalidad de:

1. Validar el cuestionario elaborado.
2. Someter a prueba el diseño organizativo de la operación (asignación de la carga de trabajo, manual del encuestador, fluidez en la entrevista, entre otros).

3. Dificultad de encontrar las unidades asignadas en la muestra (viviendas) según el mapa catastral aportado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), y finalmente.

4. Determinar el tiempo promedio de duración de la entrevista y de los desplazamientos hacia y entre los lugares en donde se practicó la misma. Es importante resaltar que el cuestionario sometido a prueba fue validado por tres (03) expertos en la materia relacionada con el objeto de estudio, a través de un formato Ad hoc (ver anexo 5).

5. La Prueba Piloto sirvió para la validación del Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF. OMS, (1994); las observaciones y validación del cuestionario y test se presentan en los resultados preliminares.

### **3.9. Ejecución de las operaciones de campo.**

#### **3.9.1. Promoción de la investigación de campo**

Con la finalidad de promocionar una participación activa de la comunidad de la parroquia San Juan, se diseñó un plan de información, empleando tres (03) estrategias fundamentales: 1. Distribución de trípticos con información referente a la parroquia, así como los objetivos y alcances de la investigación (ver anexo 6), 2. Reuniones personales con actores fundamentales de la comunidad (Cura párroco, Directora del Ambulatorio Urbano I San Juan y representantes del Consejo Comunal), con la finalidad de lograr que a través de sus funciones, dieran a conocer la importancia de dicha investigación, y así concienciar a la comunidad en el suministro de información confiable y fidedigna. 3. Promoción del proyecto a través de la Radio 96.3 F.M como medio de divulgación masivo, dada la importancia y penetración en la audiencia de dicha emisora.

### **3.9.2. Instrucciones para los Encuestadores**

Con la finalidad de cumplir con los objetivos de la investigación, se practicó una encuesta piloto. Para ello se adiestraron apropiadamente a diez (10) encuestadores debidamente identificados, según el Manual del Encuestador (ver anexo N°7). Los encuestadores recibieron instrucciones y fueron adiestrados oportunamente para explicar con claridad los objetivos de la investigación y practicar adecuadamente la recolección de la información, mediante los cuestionarios.

### **3.9.3. Proceso de levantamiento de información.**

Sobre un mapa catastral, como se señaló anteriormente, aportado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (ver anexo N°8), se delimitó el área de referencia para la recolección de la información. En primer lugar, se realizó inspección de campo para actualizar el mapa catastral en el sector escogido para la realización de la Prueba Piloto (casco central de la Parroquia San Juan)(ver resultados anexo N°9). Estas áreas se encuentran delimitadas por elementos físicos de fácil reconocimiento en el terreno, como calles, comercios, avisos, entre otros, que sirven de guía para marcar la ruta establecida a cada encuestador.

La estructura del mapa catastral comprende segmentos y manzanas que están identificadas con un número de control (código), el cual se encuentra marcado tanto en el material cartográfico (plano) como en el cuestionario que portaron los encuestadores.

Los encuestadores seleccionados recibieron inducción sobre el manejo y uso del cuestionario y el Test de Calidad de Vida. El proceso de levantamiento de información se inició con el reconocimiento de los encuestadores del área de trabajo asignada, constituida por la ubicación del segmento y la manzana y posterior recorrido de la misma. Posteriormente, se dio inicio a practicar las entrevistas en las viviendas siguiendo las orientaciones suministradas en la inducción, tales como: si al

momento de la entrevista, dicha vivienda se encontraba desocupada o el jefe de hogar se negaba a dar información, ésta se sustituiría por la vivienda inmediata.

#### **3.9.4. Transformación de las puntuaciones de los dominios a la escala 0-100.**

El Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF está conformado por cuatro (04) dominios:

1. Salud física.
2. Salud psicológica.
3. Relaciones sociales.
4. Ambiente que nos rodea.

Estos dominios cuentan con ítems que proporcionan una puntuación general del dominio, la cual es transformada en una escala de 0 a 100, donde valores cercanos a 100 indican mejor calidad en el dominio.

Para realizar dicha transformación se utilizaron los manuales de la OMS (2000) del WHOQOL-BREF, Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment (1996), Programa de Salud Mental de la OMS y el Australian WHOQOL-100, WHOQOL-BREF and CA-WHOQOL Instruments (User's Manual and Interpretation Guide).

El proceso de transformación de la escala, se inicia con la recodificación de las preguntas 3, 4 y 26, reformulando el planteamiento negativo de estas preguntas, en positivo. Posteriormente, se obtienen las puntuaciones de cada dominio y se procede según el número de preguntas a determinar los valores mínimos y máximos, asimismo, el rango de puntuación del dominio (ver cuadro N° 9). La transformación de la escala se determina con la siguiente ecuación:

$$T_{escala} = \frac{PAD_i - PPMD_i}{RPD_i} \times 100$$

Donde

PAD<sub>i</sub>: representa la puntuación actual del i-ésimo dominio

PPMD<sub>i</sub>: representa la posible puntuación menor del i-ésimo dominio

RPD<sub>i</sub>: Posible Rango del i-ésimo dominio (Rango= Valor máximo-Valor mínimo).

**Cuadro N° 9.** Puntuaciones mínimas y máximas y posible rango según dominio

<b>Dominio</b>	<b>Puntuación Mínima</b>	<b>Puntuación Máxima</b>	<b>Posible Rango</b>
Salud Física	7	35	28
Salud Psicológica	6	30	24
Relaciones Sociales	3	15	12
Ambiente	8	40	32

**Fuente:** Cálculos propios.



## **CAPITULO IV**

### **4.- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para el desarrollo de esta Tesis se tuvo como objetivo la caracterización de la vivienda y su influencia como factor contribuyente en la disminución de la calidad de vida y afectación de la salud mental de los habitantes de la Parroquia San Juan del Municipio Sucre del estado Mérida, Venezuela.

Se consideraron como unidades de análisis las viviendas a las cuales se aplicó el Cuestionario de Caracterización de la Vivienda, y a los jefes(as) de hogar o en su defecto cualquier otra persona en capacidad de responder el Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF. OMS, (1994). La muestra estuvo conformada por 305 viviendas e igual número de jefes(as) del hogar.

#### **4.1. Características de los hogares y personas bajo estudio**

##### **4.1.1. Por género y grupo etario.**

De las personas entrevistadas el 29,70% (84) corresponden al género masculino y 70,30% (199) al femenino.

Con relación al grupo etario se tiene que los grupos de 34 a 41 años (23,30%), entre 42-49 años (18,70%), entre 50-57 años (15,20%) y entre 58-65 años (9,20) acumulan el 66,40% de los individuos, los grupos de edades 26-33 (15,90%) y 18-25 (12,00%) acumulan el 27,90%, mientras que el 5,70% presenta una edad superior a los 65 años. (ver cuadro N° 10).

**Cuadro N° 10:** Distribución de las personas por género y grupo etario. Valores absolutos y relativos. Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, Venezuela, año 2011

Grupo etario 1/	Género				Total	%
	Masculino		Femenino			
	Total	%	Total	%		
18 – 25	9	3,20	25	8,80	34	12,00
26 – 33	9	3,20	36	12,70	45	15,90
34 – 41	24	8,50	42	14,80	66	23,30
42 – 49	13	4,60	40	14,10	53	18,70
50 – 57	11	3,90	32	11,30	43	15,20
58 – 65	13	4,60	13	4,60	26	9,20
> 65	5	1,80	11	3,90	16	5,70
<b>Total</b>	84	29,70	199	70,30	283	100,00

*Nota: 1/ se excluyen los no declarado*

**Fuente:** Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF (OMS)

#### 4.1.2. Por nivel educativo

En relación al nivel educativo, el 53,90% de las personas entrevistadas han cursado educación básica (de uno a noveno grado, según el sistema educativo venezolano), el 29,20% educación media diversificada, el 9,20% educación universitaria, el 4,90% educación técnica universitaria y el 2,50% sin instrucción. (ver cuadro N° 11)

**Cuadro N° 11:** Distribución de las personas según nivel educativo. Valores absolutos y relativos. Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida – Venezuela Año 2011.

<b>Nivel educativo 1/</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Sin Instrucción</b>	7	2,50
<b>Preescolar</b>	1	0,40
<b>Básica (1-9)</b>	153	53,90
<b>Media diversificada</b>	83	29,20
<b>Técnico superior</b>	14	4,90
<b>Universitario</b>	26	9,20
<b>Total</b>	284	100

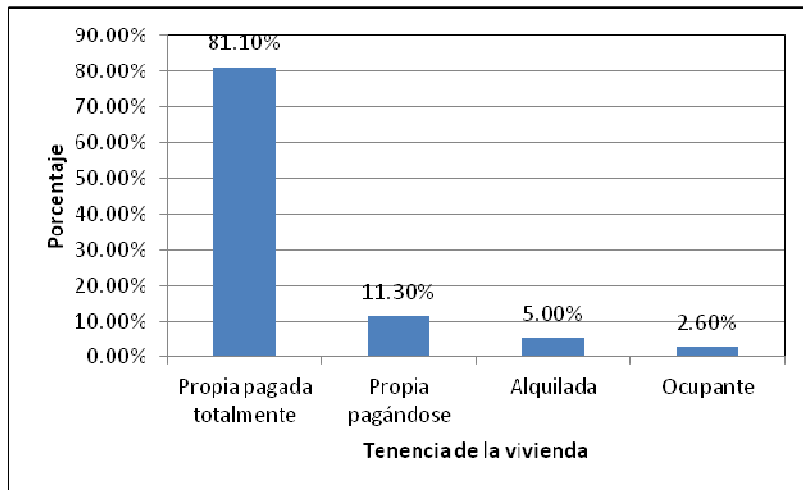
Nota: 1/ se excluyen los no declarado

Fuente: Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF (OMS)

#### **4.1.3. Tenencia de la vivienda**

En relación a la tenencia de la vivienda, el 81,10% manifestó que la vivienda es propia, habiendo sido pagada totalmente, el 11,30% viviendas propias pagándose, el 5,00% viviendas alquiladas y el 2,60% declaró la condición de ocupante de la vivienda, es decir, que habita en ella (ver gráfico N° 4). Es preciso señalar, que los desarrollos habitacionales donde se realizó el estudio, fueron promovidos por Organismos Oficiales que presentaron como característica el tener un bajo costo, que permitió el acceso a la propiedad de la población asentada, lo cual se tradujo en que la mayoría son propietarios, por tanto, dicha condición pudiera conferir la posibilidad de repercutir en una mejor calidad de vida.

**Gráfico N° 4:** Distribución de los hogares según condición de tenencia de la vivienda. Valores relativos. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.

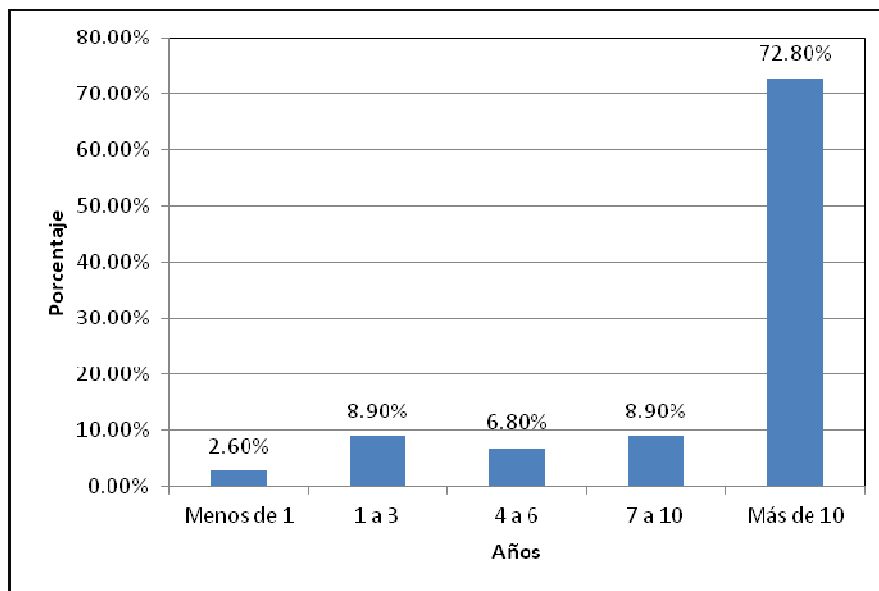


**Fuente:** Encuesta "Estudio de Caracterización de las Viviendas Parroquia San Juan Municipio Sucre - Estado Mérida"

#### 4.1.4. Tiempo de residencia en la comunidad

Sobre el tiempo de residencia en la Parroquia San Juan del Municipio Sucre del estado Mérida-Venezuela, se tiene que el 72,80% de los hogares tienen más de 10 años viviendo en el lugar, el 8,90% entre 7 a 10 años, el 6,80% entre 4 a 6 años, el 8,90% entre 1 a 3 años y el 2,60% menos de un año. Se observa claramente que estamos ante una comunidad consolidada ya que el 81,70% de los hogares tiene siete o más años de residencia en la parroquia San Juan. (ver gráfico N° 5). La consolidación de esta comunidad determinada por el tiempo de residencia, ha permitido al mismo tiempo el acceso a servicios públicos (educación, salud, vialidad, agua potable, electricidad, entre otros), lo cual podría tener influencia en la calidad de vida.

**Grafico N° 5:** Distribución de los hogares según condición tiempo de residencia. Valores relativos. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011



**Fuente:** Encuesta "Estudio de Caracterización de las Viviendas Parroquia San Juan Municipio Sucre - Estado Mérida"

#### 4.1.5. Estrato social

Para la medición del estrato social de los hogares se empleó el método Graffar Modificado por Méndez Castellano (1996). Los resultados obtenidos muestran que el 61,7% de los hogares presenta un estrato social IV o de pobreza, el 23,9% en el estrato III o de clase media baja, el 8,2% corresponde al estrato V o de pobreza crítica y el 6,2% en el estrato II o clase media alta. (Ver cuadro N° 12).

**Cuadro N° 12:** Distribución de los hogares según estrato social. Valores absolutos y relativos Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, Venezuela año 2011

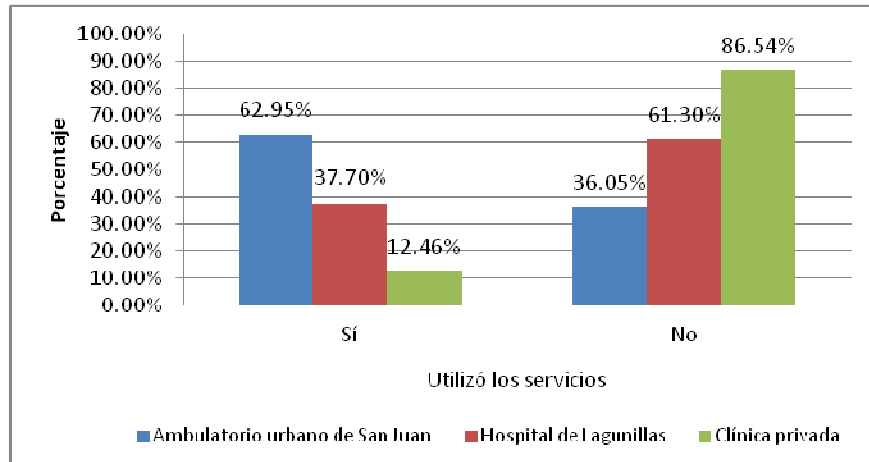
<b>Estrato Social</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>II : Media alta</b>	19	6,2
<b>III : Media baja</b>	73	23,9
<b>IV: Pobreza</b>	188	61,7
<b>V: Pobreza crítica</b>	25	8,2
<b>Total</b>	305	100,0

**Fuente:** Encuesta de Caracterización

#### **4.1.6. Salud**

A las personas se les consultó sobre la utilización de los establecimientos de salud en los últimos seis meses, el 62,95% manifestó utilizar el ambulatorio urbano de San Juan, el 37,70% acudió al servicio del hospital de Lagunillas y el 12,46% expresó que acudió a clínicas privadas. (Ver gráfico N° 6).

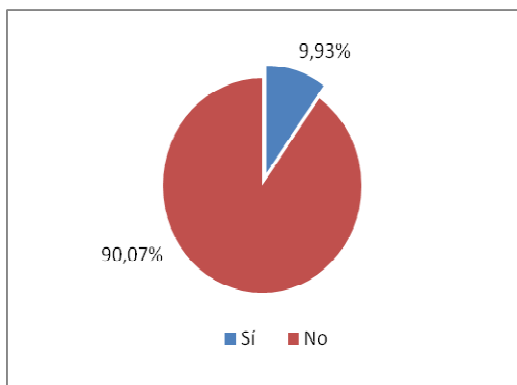
**Gráfico N° 6:** Distribución de las personas por tipo de establecimiento de salud utilizado. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011



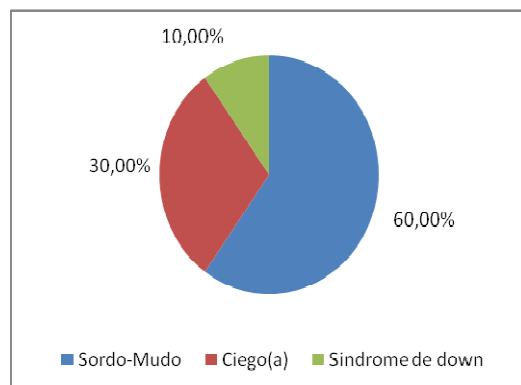
**Fuente:** Encuesta "Estudio de Caracterización de las Viviendas Parroquia San Juan Municipio Sucre - Estado Mérida"

Sobre la presencia de discapacidades en el núcleo familiar, se observó que en el 9,93% de los hogares encuestados, existía algún miembro del grupo familiar con discapacidad. Las discapacidades con mayor prevalencia fueron la sordomudez 60%, ceguera 30% y síndrome de Down en un 10%. (Ver gráficos N° 7 y N° 8).

**Gráfico N° 7:** Distribución de los hogares por presencia de discapacitados en el grupo familiar. Cifras relativas. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.



**Gráfico N° 8:** Distribución de las discapacidades presentes en el grupo familiar. Cifras relativas. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.



**Fuente:** Encuesta "Estudio de Caracterización de las Viviendas Parroquia San Juan Municipio Sucre - Estado Mérida"

Los resultados reportan en relación a la ocurrencia de enfermedades en los últimos seis meses en el grupo familiar, que el 54,43% no experimentó ninguna patología, el 18,36% declaró haber presentado amibiasis y el 10,82% haber presentado Dengue. Se registraron infecciones respiratorias agudas (bronquitis, asma, neumonía) en el 14,71% de las familias encuestadas y dermatitis por escabiosis en un 1,64%. (ver cuadro N° 13).

**Cuadro N° 13:** Distribución de las personas según enfermedades comunes.

Cifras absolutas y relativas Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.

<b>Enfermedades</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Amibiasis</b>	56	18,36
<b>Dengue</b>	33	10,82
<b>Escabiosis</b>	5	1,64
<b>Bronquitis</b>	16	5,25
<b>Asma</b>	27	8,85
<b>Neumonía</b>	2	0,65
<b>Ninguna</b>	166	54,43
<b>Total</b>	305	100,00

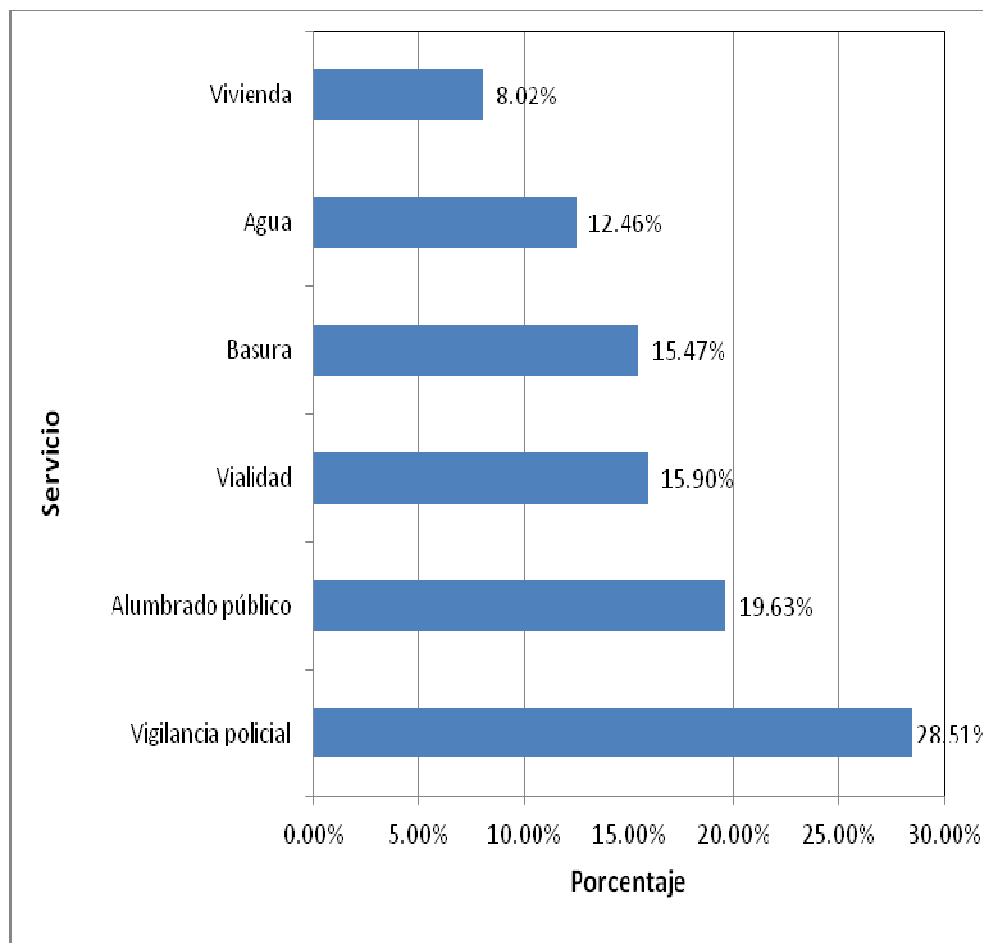
**Fuente:** Encuesta "Estudio de Caracterización"

**4.1.7. Comunidad**

En relación con los servicios que demandaron las personas encuestadas, se puede observar que el mayor porcentaje está representado por un 28,51% que solicitó vigilancia policial, seguido de reclamaciones sobre el alumbrado público en un 19,63%, vialidad en el 15,90%, problema de recolección y disposición de desechos sólidos (basura) con el 15,47%, abastecimiento de agua potable con el 12,46% y déficit de vivienda con el 8,02%. (ver gráfico N ° 9)



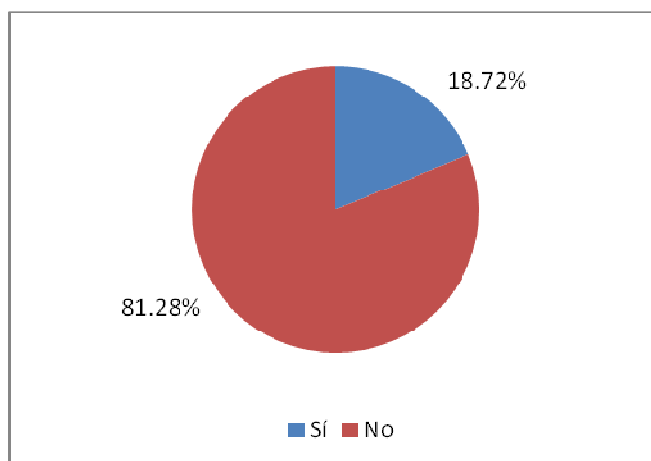
**Gráfico N° 9:** Distribución de la necesidad de servicios públicos y servicios básicos. Cifras relativas. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.



**Fuente:** Encuesta "Estudio de Caracterización de las Viviendas Parroquia San Juan Municipio Sucre - Estado Mérida"

En relación con la pregunta: ¿Forma parte de manera voluntaria en alguna asociación, agrupación u organización en la comunidad? El 81,28% de los encuestados manifestaron no formar parte de ninguna organización comunitaria. (ver gráfico N° 10)

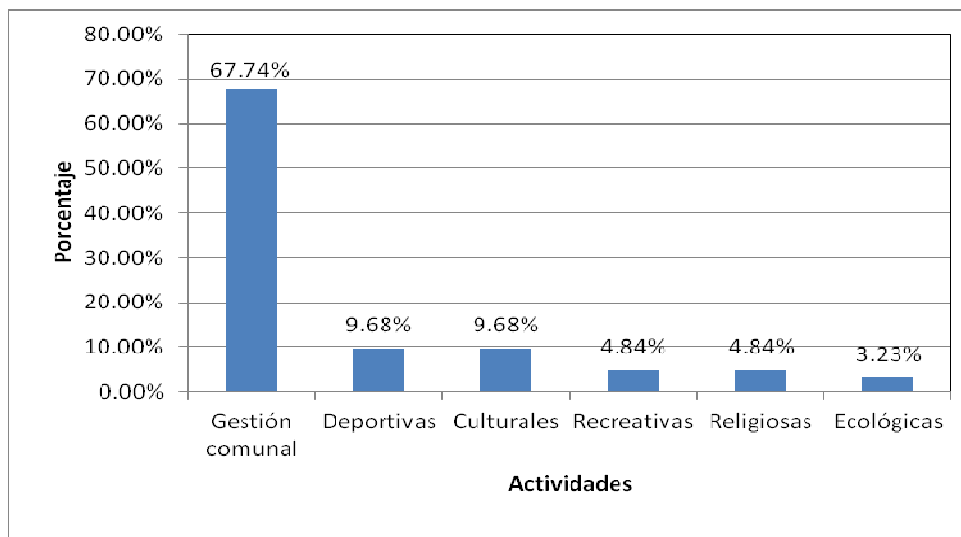
**Gráfico N° 10:** Distribución de las personas según participación en organizaciones comunitarias. Cifras relativas. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011



Fuente: Encuesta "Estudio de Caracterización de las Viviendas Parroquia San Juan Municipio Sucre - Estado Mérida"

De las personas que manifestaron participar en alguna organización comunitaria, la referida a la gestión comunal representa el 67,74%, el 9,68% realiza actividades deportivas e igual porcentaje para las actividades culturales, las actividades recreativas y religiosas representan 4,84% cada una y finalmente las actividades ecológicas el 3,23%. (ver gráfico N° 11)

**Gráfico N° 11:** Distribución de las personas según actividades comunitarias en las que participa. Cifras relativas. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011

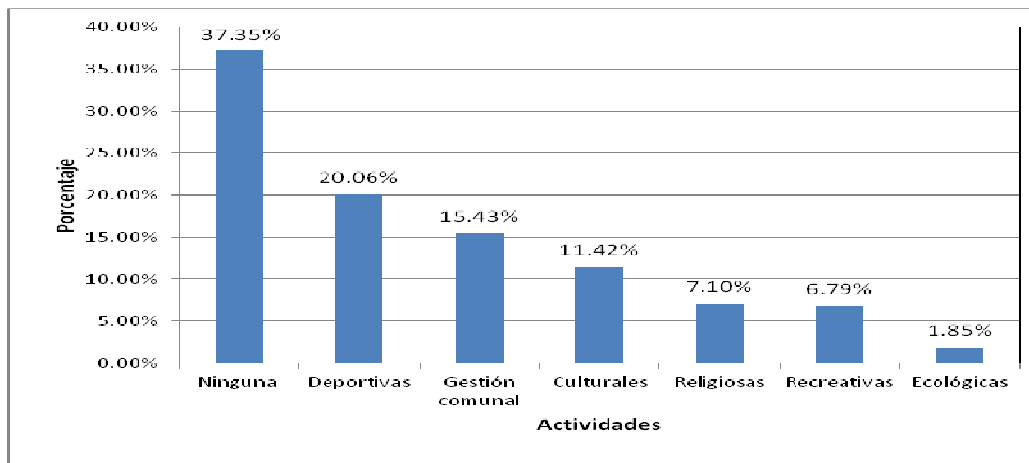


**Fuente:** Encuesta "Estudio de Caracterización de las Viviendas Parroquia San Juan Municipio Sucre - Estado Mérida"

A las personas que manifestaron no formar parte de alguna organización, expresaron deseos de participar en actividades relacionadas con agrupaciones comunitarias, el 37,35% no mostró interés en participar en ninguna actividad, el 20,06% declaró su inclinación por participar en actividades deportivas, el 15,43% en actividades de gestión comunal, el 11,42% en actividades culturales, el 7,10% en actividades religiosas, el 6,79% actividades recreativas y el 1,85% en actividades ecológicas.

Si bien es cierto, que hubo personas que manifestaron no formar parte de alguna organización como se señaló anteriormente, el hecho de expresar deseos para participar en ciertas actividades de carácter deportivo, religioso y cultural, puede entenderse como recursos que ejercen una acción compensatoria para la salud mental, ya que las redes sociales que se establecen producen sentimientos de solidaridad y beneficio mutuo. (ver gráfico N° 12)

**Gráfico N° 12:** Distribución de las personas según su interés en participar en actividades comunitarias. Cifras relativas. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.



Fuente: Encuesta "Estudio de Caracterización de las Viviendas Parroquia San Juan Municipio Sucre - Estado Mérida"

#### **4.2. Caracterización de las viviendas de la parroquia San Juan, municipio Sucre estado Mérida-Venezuela.**

##### **4.2.1. Modelo de caracterización propuesto**

La Organización Panamericana de la Salud. OPS. (1998) ha establecido la relación entre las condiciones de la vivienda y sus efectos sobre la salud, “soportado en algunas condiciones básicas de la vivienda asociadas a: la estructura, ubicación, instalaciones básicas y espacio”, esto con el fin de generar factores de protección de sus habitantes, ante enfermedades transmisibles, traumatismos y enfermedades crónicas, entre otras.

En Venezuela la situación de la vivienda es analizada mediante la información obtenida de los censos de población y de vivienda. Estas cifras constituyen los indicadores que miden las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que permite la caracterización y medición directa de la pobreza. Según el INE (2011) “Su base

conceptual, descansa en definir un conjunto de necesidades que se consideran básicas para el bienestar de los hogares y considerar la pobreza como la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros”

La NBI se evalúa con base en la presencia o ausencia de características de la vivienda, tales como materiales del suelo o techo, o el acceso a servicios tales como el agua potable o cloacas. También se consideran rasgos demográficos del hogar como hacinamiento, educación del jefe de familia o la asistencia de los niños a la escuela.

La presente investigación pretende desarrollar un modelo que permita caracterizar las viviendas en adecuadas e inadecuadas tomando en consideración los aspectos estructurales y de servicios, hacinamiento crítico y espacios de las viviendas de la parroquia San Juan del municipio Sucre del estado Mérida-Venezuela, esta caracterización permitió definir conjuntos de viviendas para luego comparar la calidad de vida y la salud mental de sus habitantes.

El modelo de caracterización de las viviendas, se basa en estadísticas obtenidas mediante el cuestionario “Estudio de Caracterización de las Viviendas de la Parroquia San Juan del Municipio Sucre del estado Mérida-Venezuela”, con esta información se clasificaron y caracterizaron las viviendas en base a indicadores asociados a la estructura y servicios básicos, hacinamiento crítico y espacios, empleando la prueba estadística de Análisis de Conglomerados en Dos Fases denominado también, análisis de conglomerados. Johnson, (2000). Para validar el modelo de caracterización se empleó el Análisis de Correspondencias Múltiples, a fin de determinar las asociaciones entre las categorías de las variables que conforman el modelo y los agrupamientos definidos por análisis de Conglomerados en Dos Fases.

#### **4.2.2. Indicadores para la caracterización de las viviendas**

Los indicadores seleccionados corresponden en primer lugar a las condiciones de la vivienda (estructurales y de servicios) y hacinamiento crítico, en segundo lugar

las relacionadas al espacio, tomando en consideración los aspectos climatológicos de la Parroquia San Juan. (ver tabla N° 1).

**Tabla N° 1.** Variables e indicadores para la caracterización de las viviendas de la Parroquia San Juan del Municipio Sucre, estado Mérida, Venezuela año 2011.

Variable		Indicador
Condiciones de la vivienda	Material predominante en suelos	Hogares que habitan en viviendas con material predominante en suelos: <b>Adecuado</b> (mosaico, granito, vinil, cerámica, terracota y cemento) <b>Inadecuado</b> (tierra)
	Material predominante en techo	Hogares que habitan en viviendas con material predominante en techo: <b>Adecuado</b> (platabanda, teja y láminas asfálticas) <b>Inadecuado:</b> láminas metálicas (zinc y similares), asbesto, paja-palma
	Material predominante en paredes de exteriores	Hogares que habitan en viviendas con material predominante en paredes exteriores: <b>Adecuado</b> (bloque o ladrillo enfoscado, concreto, adobe, tapia o bahareque enfoscado) <b>Inadecuado</b> (bloque o ladrillo sin enfoscar, madera aserrada, fórmica, adobe, tapia o bahareque sin enfoscar) *
	Servicios básicos	Hogares que habitan en viviendas que poseen: <b>Adecuada:</b> Agua potable, luz eléctrica y adecuada disposición de excretas (con conexión a cloacas) <b>Inadecuadas:</b> (sin conexión a cloaca)
Hacinamiento crítico	Hacinamiento	Hogares <b>sin hacinamiento</b> (presentan tres o menos personas por habitación) <b>Con hacinamiento</b> (habitaciones compartidas por más de tres personas)
Espacios	Altura	Hogares que habitan en viviendas con alturas <b>aceptables o inaceptables</b> según normas sanitarias de Venezuela
	Dimensiones	Hogares que habitan en viviendas con dimensiones <b>aceptables o inaceptables</b> según normas sanitarias de Venezuela

**Fuente:** Elaboración propia.

\*Capa de mortero para guarnecer un muro

Con las variables asociadas a las condiciones de las viviendas (6 variables) y el hacinamiento (1 variable), se definió el Indicador de Carencias Básicas de la Vivienda (ICBV), el cual es la suma de todas las variables definidas anteriormente. Si la variable examinada presentaba condiciones favorables se le asignó el valor uno (1) de lo contrario, el valor dos (2), de esta manera el valor mínimo del indicador es de 7 el cual demuestra que la vivienda no presenta carencias y el valor máximo es de 14, lo que indica que la vivienda presenta 7 carencias o que presenta todas las carencias en consideración. Estadísticamente se define así:

$$ICBV_i = mpp_i + mpt_i + mppe_i + ap_i + le_i + ee_i + ha_i$$

Donde:

ICBV: indicador de carencia básica de la vivienda de la i-esima vivienda

mpp<sub>i</sub>: material predominante en piso de la i-esima vivienda

mpt<sub>i</sub>: material predominante en techo de la i-esima vivienda

mppe<sub>i</sub>: material predominante en paredes de la i-esima vivienda

ap<sub>i</sub>: agua potable de la i-esima vivienda

le<sub>i</sub>: luz eléctrica de la i-esima vivienda

ee<sub>i</sub>: eliminación de excretas de la i-esima vivienda

ha<sub>i</sub>: hacinamiento de la i-esima vivienda

Definido el ICBV, las viviendas se categorizan en: 1. Sin carencias básicas. 2. Con una carencia básica. 3. Con dos o más carencias básicas.

#### **4.2.3. Metodología para la caracterización de las viviendas**

Con el indicador de Carencias Básicas de la Vivienda y las variables asociadas al espacio (altura y dimensión) se desarrolló el modelo de caracterización de las viviendas de la parroquia San Juan del municipio Sucre del estado Mérida-Venezuela, donde se empleó el Método de Conglomerados en Dos Fases (Cluster), con el fin de detectar las agrupaciones naturales (o conglomerados), a fin de

conformar grupos de viviendas que permitan establecer las comparaciones en la calidad de vida y la salud mental de sus habitantes.

#### 4.2.4. Método de Conglomerados en Dos Fases.

De las 305 viviendas evaluadas, la caracterización se realizó a 297 (97,38%) mediante el análisis de Conglomerado en Dos Fases obteniendo dos grupos de conglomerados, el primero conformado por 177 (58,03%) viviendas y el segundo integrado por 120 (39,34%) viviendas, por otra parte el método excluyó 8 (2,62%) viviendas las cuales no se podían asignar a ninguno de los conglomerados anteriores. (ver cuadro N° 14)

**Cuadro N° 14:** Total de viviendas caracterizadas según conglomerado de pertenencia. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011

<b>Conglomerado</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
1	177	58,03
2	120	39,34
Combinados	297	97,38
Casos excluidos	8	2,62
Total	305	100,00

**Fuente:** Encuesta Estudio de Caracterización (Cálculos Propios)

#### 4.2.5. Características de los conglomerados

Al analizar los conglomerados con respecto al ICBV, se observa del total de viviendas sin carencias, el 73,40% pertenecen al conglomerado N° 1 y 26,60% al N° 2. Con una (1) carencia, el 72,90% corresponde al conglomerado N° 1, y 27,10% al N° 2. Por último, todas las viviendas (55) clasificadas con dos (2) o más carencias pertenecen al conglomerado N° 2 (ver cuadro N° 15).



**Cuadro N° 15:** Total de viviendas caracterizadas por ICBV según conglomerado de pertenencia. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.

Conglomerado	Indicador de Carencias Básicas de la Vivienda (ICBV)					
	Sin carencias		Con una carencia		Dos o más carencias	
	Total	%	Total	%	Total	%
1	80	73,40	97	72,90	0	0,00
2	29	26,60	36	27,10	55	100,00
<b>Total</b>	109	100,00	133	100,00	55	100,00%

**Fuente:** Encuesta Estudio de Caracterización de las viviendas (Cálculos propios)

Para las viviendas cuya altura fue clasificada como aceptable, el 82,70% pertenecen al conglomerado N° 1, mientras que el 17,30%, pertenece al N° 2. Del total de viviendas cuya altura era inaceptable, todas correspondían al conglomerado N° 2. (ver cuadro N° 16)

**Cuadro N° 16:** Total de viviendas caracterizadas por Altura según Conglomerado de Pertenencia. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.

Conglomerado	Altura			
	Inaceptable		Aceptable	
	Total	%	Total	%
1	0	0,00%	177	82,70%
2	83	100,00%	37	17,30%
<b>Total</b>	83	100,00%	214	100,00%

**Fuente:** Encuesta Estudio de Caracterización de las viviendas (Cálculos propios)

Del total de viviendas que presentaron dimensión de los espacios aceptables, el 70.80% corresponden al conglomerado N° 1 y 29,20% al conglomerado N° 2, por otra parte, el 100% de las viviendas con dimensiones inaceptables corresponden al conglomerado N° 2. (ver cuadro N° 17)

**Cuadro N° 17:** Total de viviendas caracterizadas por Dimensión según conglomerado de pertenencia. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011

Conglomerado	Dimensión			
	Inaceptable		Aceptable	
	Total	%	Total	%
<b>1</b>	0	0,00%	177	70,80%
<b>2</b>	47	100,00%	73	29,20%
<b>Total</b>	47	100,00%	250	100,00%

**Fuente:** Encuesta Estudio de Caracterización de las viviendas (Cálculos propios)

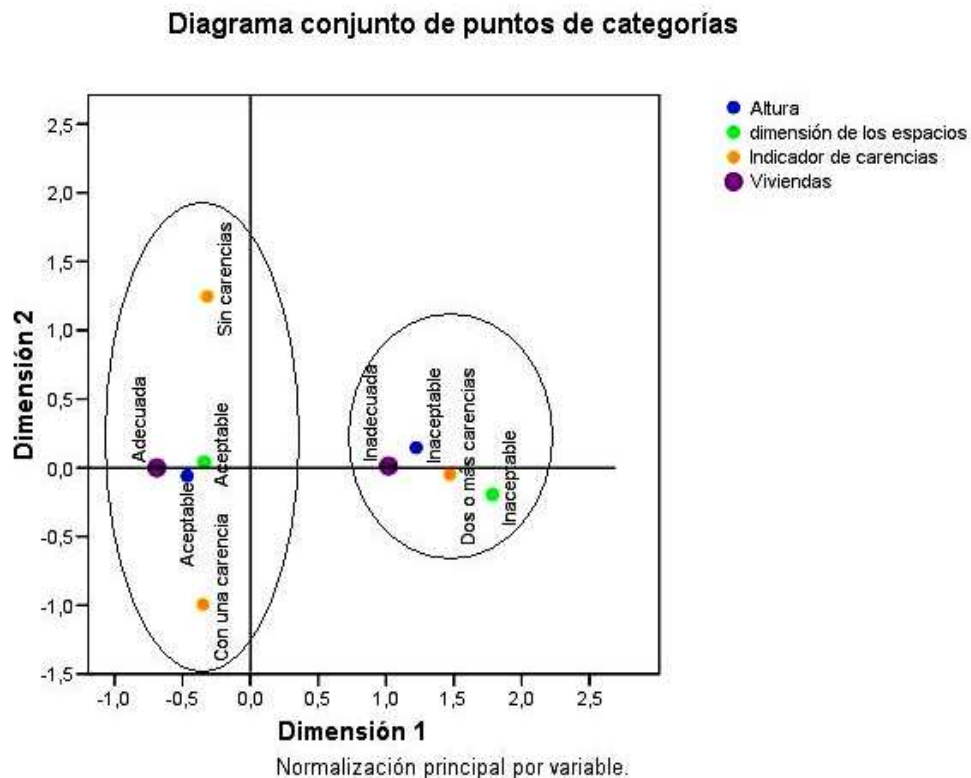
Del análisis anterior se deduce que el conglomerado N° 1 está conformado por viviendas sin carencia o con una carencia, con altura y dimensiones aceptables, mientras que el conglomerado N° 2, son viviendas que en su gran mayoría presentan una, dos o más carencias, y su altura y dimensión de los espacios inaceptables. Al conglomerado N° 1 se les denomina viviendas con espacios aceptables y ausencias o mínimas carencias básicas (viviendas adecuadas), y el conglomerado N° 2 se define como viviendas con espacios inadecuados y máximas carencias básicas (viviendas inadecuadas).

#### **4.2.6. Análisis de Correspondencias Múltiples**

Para validar la metodología propuesta para la caracterización de las viviendas de la parroquia San Juan, del municipio Sucre del estado Mérida-Venezuela, se empleó el Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM), tomando en consideración las variables altura, dimensión de los espacios e indicador de carencias básicas de las viviendas con sus respectivas categorías, y la caracterización de las viviendas según la técnica de agrupamiento de Conglomerado en Dos Fases. Se utilizó el Análisis de Correspondencia Múltiple para representar gráficamente en un espacio bidimensional, las relaciones de las categorías de las variables definidas con el tipo de vivienda (adecuada e inadecuada).

Los resultados obtenidos mediante ACM, indican que las categorías sin carencias y con una carencia de la variable indicador de carencias, y la categoría adecuada de las variables altura y dimensión de los espacios, se asocian a las viviendas caracterizadas como adecuadas, mientras que las categorías dos o más carencias de la variable indicador de carencias, e inadecuada de las variables altura y dimensión de los espacios, se asocian a las viviendas caracterizadas como inadecuadas, lo cual muestra que estas categorías que se asocian a la caracterización de las viviendas definidas en el modelo de Conglomerado en Dos Fases, permiten una discriminación en la formación de los agrupamientos definidos como viviendas adecuadas e inadecuadas (ver gráfico N° 13 )

**Gráfico N° 13:** Análisis de correspondencia múltiple. Variables que conforman el modelo de caracterización de las viviendas. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011



#### 4.3. Comparación de la Calidad de Vida y el Estado de Salud Mental con las Viviendas Caracterizadas.

##### 4.3.1 Comparación del Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF con las Viviendas Caracterizadas

Después de haber caracterizado las viviendas de la Parroquia San Juan del Municipio Sucre del estado Mérida-Venezuela, y clasificados los grupos de viviendas, como adecuadas e inadecuadas; el interés se centra en relacionar la calidad de vida y el estado de salud mental de los habitantes en las viviendas caracterizadas. El Test de Calidad de Vida WHOQOL- BREF, el cual comprende dos preguntas

generales sobre calidad de vida y salud, además de evaluar cuatro dominios denominados: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente.

Para comparar la calidad de vida con las viviendas caracterizadas, se empleó la prueba de Mann-Whitney Walpole (1999), ya que las preguntas generales son variables cualitativas ordinales y los dominios que son expresados en porcentaje no cumplen con los supuestos de normalidad. Las pruebas desarrolladas miden si existe igualdad en los promedios de las preguntas y los dominios para las viviendas adecuadas e inadecuadas con nivel de significación de 0,05.

En relación a las preguntas generales sobre calidad de vida P (0,933) y salud P (0,066) no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por tanto, los valores promedios de las respuestas de las personas son iguales para las viviendas adecuadas e inadecuadas (ver cuadro N° 18)

**Cuadro N° 18:** Comparación de las preguntas generales del WHOQOL-BREF con la caracterización de las viviendas. Medidas de tendencia, dispersión y probabilidad. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011

Preguntas Generales	Caracterización de las viviendas				P
	Adecuadas		Inadecuadas		
	$\bar{X} \pm D$	Rango medio	$\bar{X} \pm D$	Rango medio	
¿Cómo consideraría usted su calidad de vida?	3,18 ± 0,91	148,83	3,19 ± 0,96	148,02	0,933
¿Cuán satisfecho está usted con su salud?	3,28 ± 0,90	155,51	3,11 ± 0,88	138,21	0,066

**Fuente:** Cálculos Propios

Para el análisis de los dominios del WHOQOL-BREF es importante recordar que estos se miden en porcentaje, y que valores cercanos a 100% indican mejor calidad de vida.

Los resultados obtenidos indican diferencias significativas para la salud psicológica, relaciones sociales y ambiente que nos rodea, con valores de P (0,011), P (0,034) y P (0,00) respectivamente, es decir, que el promedio de los porcentajes para estos dominios son distintos para las viviendas caracterizadas. Al observar las viviendas, se determinó que las personas que habitan en viviendas adecuadas presentaron una media 66,99% para el dominio salud psicológica, mientras que los que habitan en viviendas inadecuadas su media se ubicó en 62,88%.

Para el dominio relaciones sociales las personas que habitan en viviendas adecuadas, su media se ubicó en 60,51% y para quienes habitan en viviendas inadecuadas en 56,38%, por último, el dominio ambiente que nos rodea, presentó una media de 51,45% para las personas que habitan en viviendas adecuadas y 44,09% en viviendas inadecuadas. No se observó diferencias significativas para el dominio salud física. (ver cuadro N°19).

**Cuadro N° 19:** Comparación de los dominios del WHOQOL-BREF con la caracterización de las viviendas. Medidas de tendencia, dispersión y probabilidad. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011

Dominio	Caracterización de las viviendas				P
	Adecuadas		Inadecuadas		
	$\bar{X} \pm D$	Rango medio	$\bar{X} \pm D$	Rango medio	
Salud Física (%)	63,37 ± 12,85	155,32	61,31 ± 12,67	137,33	0,074
Salud Psicológica (%)	66,99 ± 16,79	158,84	62,88 ± 13,47	133,34	0,011
Relaciones Sociales (%)	60,51 ± 18,43	157,10	56,38 ± 18,48	135,89	0,034
Ambiente que nos rodea (%)	51,45 ± 9,31	171,90	44,09 ± 11,75	114,18	0,000

**Fuente:** Cálculos propios

#### **4.3.2 Comparación de la Salud Mental y la caracterización de las viviendas.**

De las personas que formaron parte de la muestra, se recolectó información mediante el cuestionario diseñado por el autor, sobre manifestaciones asociadas a la salud mental, que se interrelacionaron con las dos categorías de viviendas. Para ello se utilizó una prueba de homogeneidad. (ob.cit.), basada en el estadístico ji-cuadrado con un nivel de significación de 0.05.

Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas, por tanto, las respuestas a las manifestaciones asociadas a la salud mental, son debidas a la influencia de las viviendas y no al azar. Las diferencias se presentaron en las siguientes manifestaciones: disminución en el rendimiento laboral P(0,007), se irrita con facilidad P(0,004), percibe tensión muscular P(0,018), experimenta sentimientos de desesperanza P(0,022), ha cambiado sus hábitos de sueño P(0,023), siente palpitaciones P(0,045) y siente opresión en el pecho P(0,002). En las viviendas inadecuadas se observó mayor presencia de manifestaciones asociadas a la salud mental descritas anteriormente, que con respecto a las viviendas adecuadas. (ver cuadro N ° 20)

**Cuadro N° 20:** Comparación entre la salud Mental y caracterización de las viviendas. Cifras relativas y Ji- cuadrado. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011.

Manifestación asociada a la Salud Mental	Viviendas		P
	Adecuada	Inadecuada	
Disminución en el rendimiento laboral			
Sí	13,06%	25,42%	0,007*
No	86,94%	74,58%	
Se irrita con facilidad			
Sí	23,30%	39,00%	0,004*
No	76,70%	61,00%	
Percibe tensión muscular			
Sí	39,43%	53,39%	0,018*
No	60,57%	46,61%	
Tiene dificultad en concentrarse			
Sí	23,43%	25,42%	0,696
No	76,57%	74,58%	
Experimenta sentimientos de desesperanza			
Sí	15,43%	26,27%	0,022*
No	84,57%	73,73%	
Se siente inferior a los demás			
Sí	1,71%	2,54%	0,624
No	98,29%	97,46%	
Ha cambiado sus hábitos de sueño			
Sí	23,43%	35,59%	0,023*
No	76,57%	64,41%	
Ha cambiado su apetito			
Sí	12,57%	16,95%	0,294
No	87,43%	83,05%	
Siente palpitaciones			
Sí	24,00%	34,75%	0,045*
No	76,00%	65,25%	
Siente opresión en el pecho			
Sí	15,43%	30,51%	0,002*
No	84,57%	69,49%	

**Fuente:** Cálculos propios

p≤0,05\*



### **4.3.3. Determinación de la aproximación al riesgo (odds ratio)**

De los resultados del cuadro anterior, donde se observó diferencias significativas en las manifestaciones asociadas a la Salud Mental con respecto a las viviendas adecuadas e inadecuadas, las mismas por tratarse de un estudio de casos y controles donde la incidencia es desconocida, el método de cálculo de la aproximación al riesgo se hace a través de la Odds Ratio, Pita, (1995). Este parámetro estadístico es conocido también con el nombre de Razón de Productos Cruzados. Rigau, (1990).

En este sentido, se estima una aproximación al riesgo asociado a la presencia o ausencia de un factor que en nuestro caso lo constituyen las viviendas inadecuadas o adecuadas y la ocurrencia de las manifestaciones asociadas a la Salud Mental (ver cuadro N° 21)

**Cuadro N° 21:** Comparación de Odds Ratio entre casos y controles y manifestaciones asociadas a la Salud Mental. Parroquia San Juan, Municipio Sucre estado Mérida, Venezuela año 2011

Manifestación asociada a la Salud Mental	Viviendas		Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza (OR) al 95%	
	Inadecuada Casos	Adecuada Controles		LI	LS
Disminución en el rendimiento laboral					
Sí	30	23	2,27	1,24	4,15
No	88	153			
Se irrita con facilidad					
Sí	46	41	2,10	1,26	3,50
No	72	135			
Percibe tensión muscular					
Sí	63	69	1,76	1,10	2,82
No	55	106			
Experimenta sentimientos de desesperanza					
Sí	31	27	1,95	1,09	3,49
No	87	148			
Ha cambiado sus hábitos de sueño					
Sí	42	41	1,81	1,08	3,02
No	76	134			
Siente palpitaciones					
Sí	41	42	1,69	1,01	2,82
No	77	133			
Siente opresión en el pecho					
Sí	36	27	2,41	1,36	4,24
No	82	148			

**FuenFuente:** Cálculos propios

#### **4.4. Discusión**

Esta tesis, dirigida al estudio de la vivienda y su influencia en la calidad de vida, en la Parroquia San Juan, Municipio Sucre del estado Mérida, Venezuela, reportó interesantes resultados por lo que se considera necesario abrir una discusión, que permita realizar comparaciones con otros estudios, que si bien no son idénticos, contribuyan a aclarar aspectos relevantes. La recolección de la información para la organización y análisis de los resultados se llevo a cabo mediante dos instrumentos a saber: un cuestionario con 7 secciones contentivas de 52 preguntas, en su gran mayoría cerradas y algunos ítems de observación para la caracterización de las viviendas, asimismo, el Test World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). OMS, (1994) utilizado para medir calidad de vida.

El primer instrumento, permitió a través del Indicador de Carencias Básicas de la Vivienda (ICBV) y las variables asociadas al espacio (altura y dimensiones), desarrollar un modelo de caracterización de las viviendas en adecuadas e inadecuadas. Sobre el desarrollo de modelos de caracterización de la vivienda no fue posible encontrar literatura especializada sobre este tópico, sin embargo, la selección de las variables consideradas en el modelo del presente estudio, guardan semejanza con investigaciones donde se estudia la vivienda, tal como la investigación de Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Uruguay de acuerdo al Censo de 1996 (Calvo, 1996), donde se define el Indicador de Carencias Básicas vinculado con los siguientes aspectos: 1. Calefacción, 2. Salud, 3. Condiciones de la vivienda en relación con materiales en (techos, paredes y pisos), 4. Abastecimiento de agua, 5. Alumbrado eléctrico, 6. Evacuación de excretas y 7. Hacinamiento. En el mismo orden de ideas, en otro estudio realizado en Cuba por Pernas (2001), se analizaron 534 viviendas, de familias con características heterogéneas. Se propuso un Índice de Condiciones de Vivienda que contempla 10 variables: 1. Tipo de vivienda, 2. Piso, 3. Techo, 4. Paredes, 5. Hacinamiento habitacional, 6. Servicios sanitarios, 7.

Abastecimiento de agua, 8. Ventilación natural, 9. Iluminación natural, 10. Electricidad.

Tomando en consideración algunos aspectos de los trabajos anteriormente citados, el ICBV definido en el modelo de caracterización del presente estudio comprende: material predominante en pisos, techos y paredes, agua potable, luz eléctrica, eliminación de excretas y hacinamiento, con lo cual se categorizó el ICBV en: 1. Sin carencias, 2. Con una carencia, 3. Con dos o más carencias básicas. Por la importancia fundamental, que para una vivienda significan los espacios (altura y dimensiones) según la normativa venezolana vigente en los artículos 14 y 15 (Normas Sanitarias para Proyectos, Construcción, Reparación, Reforma y Mantenimiento de Edificación), estas variables se incorporaron en el modelo de caracterización.

Una vez definidas las variables consideradas para el modelo de caracterización de las viviendas, se empleó el Método de Conglomerados en Dos Fases (Cluster), con el fin de detectar las agrupaciones naturales (o conglomerados), es decir, grupos de viviendas categorizadas como adecuadas e inadecuadas. Los resultados obtenidos de las 305 viviendas de la muestra, permitieron definir dos conglomerados con las siguientes características, habiéndose excluido ocho viviendas que no pudieron ser caracterizadas:

**Conglomerado N° 1:** conformado por 177 viviendas que representa el 59,60% de la muestra. Se encuentra conformado por viviendas sin carencias o con una carencia, con altura y dimensiones aceptables. Se les denominó viviendas con espacios aceptables y ausencias o mínimas carencias básicas (viviendas adecuadas).

**Conglomerado N° 2:** integrado por 120 viviendas que representa el 40,40% del total de la muestra. Son viviendas que en su gran mayoría presentan una, dos o más carencias, y su altura y dimensión de los espacios inaceptables. Se las definió como viviendas con espacios inadecuados y máximas carencias básicas (viviendas inadecuadas)

Asimismo, en relación con el Test WHOQOL-BREF utilizado para medir calidad de vida, es necesario acotar que no había sido validado en Venezuela, por

tanto, se procedió a realizar una prueba piloto con 60 viviendas, utilizando el análisis de confiabilidad Alfa de Cronbach, tomando en consideración los distintos dominios del Test.

Los resultados obtenidos fueron:

1. Salud Física 0,753.
2. Salud Psicológica 0,782.
3. Ambiente que nos Rodea 0,821.

Dichos valores se encuentran cerca de 0,80 el cual es considerado un valor aceptable en la confiabilidad de las mediciones de estos dominios. El dominio correspondiente a Relaciones Sociales presentó un Alfa de Cronbach de 0,667. Se puede inferir que los valores de los distintos dominios que conforman el test, se encuentran dentro del rango aceptado que oscila entre 0.60 y 0.90. Comparando los resultados de la confiabilidad del Test con el trabajo de investigación de Freire, (2007), concerniente a un estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36 para la medición de la calidad de vida en personas mayores, la fiabilidad del cuestionario mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para la versión española mostró un alto nivel de consistencia interna (rango 0.77-0,92) para todas las dimensiones, a excepción de Relaciones Sociales (0,55); este último dominio al igual que en la investigación desarrollada en la Parroquia San Juan, obtuvieron el valor más bajo de Alfa de Cronbach.

Una vez caracterizadas las viviendas en adecuadas e inadecuadas, y validado el Test de Calidad de Vida WHOQOL- BREF, se procedió a verificar la hipótesis de la investigación donde se establece que la vivienda inadecuada actúa como una condición contribuyente en el desmejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la parroquia San Juan.

En relación a las preguntas generales sobre calidad de vida P (0.933) y salud P (0,066) no se observaron diferencias significativas, por tanto, los valores promedios de las respuestas de las personas son iguales para las viviendas adecuadas e inadecuadas. Asimismo, los resultados obtenidos en los distintos dominios,

muestran que las personas que habitan en viviendas inadecuadas presentan menor calidad de vida con respecto a las que habitan en viviendas adecuadas en los dominios salud psicológica, relaciones sociales y ambiente que nos rodea, con valores de  $P(0,011)$ ,  $P(0,034)$  y  $P(0,00)$  respectivamente. Es necesario puntualizar que las personas que habitan en viviendas adecuadas presentaron una media 66,99% para el dominio salud psicológica, mientras que los que habitan en viviendas inadecuadas su media se ubicó en 62,88%. Para el dominio relaciones sociales las personas que habitan en viviendas adecuadas su media se ubicó en 60,51% y para quienes habitan en viviendas inadecuadas en 56,38%, por último, el dominio ambiente que nos rodea, presentó una media de 51,45% para las personas que habitan en viviendas adecuadas y 44,09% en viviendas inadecuadas, siendo este último dominio el que presentó valores más bajo para ambos tipo de vivienda. No se observó diferencias significativas para el dominio salud física.

El resultado anterior al compararlo con los hallazgos de Athens (2004), en una investigación relacionada con una visión intersectorial para mejorar la calidad de vida, vinculando la salud con la vivienda, donde se establece que las viviendas inadecuadas en Nicaragua pueden tener impactos negativos sobre la salud física, mental, y social de la población, se observa que en la Parroquia San Juan las viviendas inadecuadas presentan mayor afectación en la calidad de vida con respecto a la salud psicológica, relaciones sociales y ambiente que nos rodea, y en este sentido, el resultado es semejante al de Athens, a excepción de la salud mental donde no se encontraron diferencias.

Otro aspecto a considerar en la investigación que nos ocupa es la relación entre las viviendas caracterizadas y el estado de salud mental de los habitantes de la parroquia en estudio. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas, para las manifestaciones asociadas a la salud mental debido a la influencia de las viviendas y no al azar. Las diferencias se presentaron en las siguientes manifestaciones: disminución en el rendimiento laboral  $P(0,007)$ , se irrita con facilidad  $P(0,004)$ , percibe tensión muscular  $P(0,018)$ , experimenta sentimientos de desesperanza  $P(0,022)$ , ha cambiado sus hábitos de sueño  $P(0,023)$ , siente

palpitaciones  $P(0,045)$  y siente opresión en el pecho  $P(0,002)$ . En las viviendas inadecuadas se observó mayor alteración de manifestaciones asociadas a la salud mental que con respecto a las viviendas adecuadas. Por otra parte, se estimó una aproximación al riesgo asociado a la presencia o ausencia de un factor que en nuestro caso lo constituyen las viviendas inadecuadas o adecuadas y la ocurrencia de las manifestaciones asociadas a la Salud Mental, en tal sentido, en las viviendas inadecuadas prevalece 1,69 a 2,46 veces más la afectaciones de Salud Mental al compararlas con las viviendas adecuadas. Este resultado es acorde con la propuesta del estudio de la OMS (2004), relacionado con la inversión en salud mental, donde se afirma que la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la sub-nutrición han sido reconocidos como factores asociados con los trastornos mentales comunes, además de existir evidencia científica que la prevalencia de los trastornos depresivos es 1,5 a 2 veces mayor entre las personas de bajos ingresos de la población, lo cual se asocia en nuestro caso a viviendas inadecuadas donde la gran mayoría de los habitantes son de bajos ingresos según el estrato social pobreza y pobreza crítica (69,9%).

## CAPITULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

1. En relación con las características socio-demográficas, socio-económicas y socio-sanitarias de la población en estudio, se puede inferir lo siguiente con respecto a las personas entrevistadas:

- El 70,3% corresponde al sexo femenino.
- 51,2% está representada en los grupos etarios de 18 a 41 años, sin incluir la población menor de 18 años por ser uno de los criterios de inclusión, el no entrevistar personas menores de edad (<18 años). Si relacionamos este resultado con la pirámide poblacional, podemos observar que se trata de una población joven con una pirámide de base ancha, como suele corresponder con países en plena transición demográfica con una tasa de natalidad de 22x 1.000 NVR como corresponde a Venezuela (Peñalver, 2009).
- En relación con el nivel educativo, el 53,9% ha cursado educación básica (1° a 9° grado), según el sistema educativo venezolano, solamente el 9,2% ha cursado estudios universitarios.
- De los resultados obtenidos, se constató que el 81,1% de las viviendas en relación con la tenencia son propias pagadas totalmente, lo que puede obedecer a las facilidades de pago que dieron los gobiernos en los últimas décadas.
- Con relación al aspecto socio-económico y utilizando el método Graffar Modificado para determinar estrato de pobreza, se observa que el 61,7% de las familias se encuentran en el estrato social IV o de pobreza, y el 8,2% en el estrato social V o de pobreza crítica, lo cual establece una condición social que obstaculiza las posibilidades de desarrollo de sus habitantes. En este



sentido, se ha determinado que la pobreza “tiene influencia determinante en el desarrollo productivo del país, pues un hogar pobre, reduce su capacidad adquisitiva y por tanto, pocas posibilidades de tener buena salud, acceso a vivienda digna, inadecuada alimentación, y todo ello repercute negativamente en la calidad de vida”. Urdaneta, (2007).

- El 62,9% de las personas para resolver sus problemas de salud con respecto a la atención médica, utilizan el Ambulatorio Urbano de San Juan. En consecuencia a las Normas sobre Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sector Salud (1983), indican que debido a que el 61,7% de los hogares presentan pobreza y el 8,2% pobreza crítica, dicha situación pudiera obligar a utilizar los servicios públicos de salud, al cual corresponde el ambulatorio antes señalado, siendo el más próximo a la comunidad y además, puede resolver problemas sanitarios, mediante la estrategia de Atención Primaria de Salud; los casos más complicados son referidos al Hospital I de Lagunillas, capital del municipio Sucre.
- El 9,93% de los hogares presentan algún miembro discapacitado. Se encontró que el 60% se corresponde con la sordomudez, el 30% con la ceguera y el 10% presentan Síndrome de Down. Es lógico suponer, que el solo hecho de tener algún miembro del grupo familiar con una de las discapacidades antes mencionadas, no solo influye en el individuo que la padece, sino en los demás miembros de la familia, constituyéndose en limitantes para el desarrollo de una vida normal. Al tomar en consideración que la mayoría de las familias presentan bajo poder adquisitivo, y que posiblemente amerite costear gastos extras para la atención especial del discapacitado, y al verse privados de esta posibilidad, dicha situación considerada como factor estresante podría influir en la calidad de vida, así como también, en el estado de salud mental, no solo del afectado, sino también del grupo familiar.
- En relación a los padecimientos de salud se observó que el 18,36% señaló haber padecido de Amibiasis, el 14,71% de infecciones respiratorias agudas y el 10,82% de Dengue. Estos resultados están vinculados al estudio de

Aponcio (2007) citado en el Capítulo I, donde se señala que en el Perfil de Riesgos Biológicos, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y las enfermedades infecciosas y parasitarias, ocupan el primer y segundo lugar respectivamente, asimismo, el Perfil de Riesgos Ambientales señala que el consumo de agua no potable y el hacinamiento ocupan el primer y tercer lugar, los cuales se constituyen en factores determinantes de la Amibiasis y otras enfermedades parasitarias, y el hacinamiento como un factor de riesgo de enfermedades del tracto respiratorio.

- Con respecto a la demanda de servicios públicos se encontró que el 28,51% que es el porcentaje más alto, estuvo referido a la ausencia de vigilancia policial. Es de hacer notar que Venezuela atraviesa en estos momentos una particular situación en relación a la violencia, que hace de este país uno de los que presenta la tasa de homicidios más alta de América Latina. En este sentido, es bueno referir la cifra de 57 homicidios x 100.000 habitantes suministradas por Briceño-León (2010), quien es Coordinador del Observatorio Venezolano de la Violencia.

2. En relación con el modelo desarrollado para la caracterización de las viviendas estudiadas, éste se fundamentó en el Indicador de Carencias Básicas de Vivienda (ICBV) y las variables asociadas al espacio (altura y dimensiones).

En cuanto al ICBV se consideraron las condiciones de la vivienda (estructurales y de servicios) y hacinamiento bajo los siguientes términos:

- Material predominante en suelos. Los mismos se determinaron mediante la construcción de los indicadores: **Adecuado** (mosaico, granito, vinil, cerámica y cemento) e **Inadecuado** (tierra).
- Material predominante en techo, utilizando como indicadores de esta variable: **Adecuado** (platabanda, teja, y láminas asfálticas), e **Inadecuado** (láminas metálicas como el zinc y sus similares, asbesto y paja palma).

- Materiales predominantes en paredes exteriores. Para el estudio y análisis de esta variable se construyeron los indicadores: **Adecuado** (bloque o ladrillo enfoscado (protegido), concreto, adobe, tapia o bahareque, e **Inadecuado**: bloque o ladrillo sin enfoscar, madera aserrada, fórmica, adobe, tapia o bahareque sin enfoscar.
- Servicios Básicos. Estableciéndose como indicadores: **Adecuado** (agua potable, luz eléctrica y adecuada disposición de excretas (conexión a cloacas), e **Inadecuado** (sin conexión a cloacas).
- Hogares **sin hacinamiento** (presentan tres o menos personas por habitación), **con hacinamiento** (habitaciones compartidas por más de tres personas)

Con relación a los espacios se analizaron dos (2) variables. A.- Altura, utilizando el indicador “Aceptable” o “Inaceptable”, según las Normas Sanitarias establecidas, 2.40 mts. entre el suelo y la parte más baja del techo y “Dimensiones” que establecen 3.5 mts. de largo por 2,8 mts. de ancho. (9.8mts.2), utilizando los indicadores, “Aceptable” o “Inaceptable”, atendiendo a lo establecido por las Normas Sanitarias de Venezuela (1988).

Al considerar la variable Espacios (altura y dimensiones), y el Indicador de Carencias Básicas de las Viviendas (I.C.B.V.), y empleando la técnica estadística de Agrupamiento de Conglomerado en dos Fases se desarrolló el modelo de caracterización de las viviendas, con lo cual se obtuvo dos (2) grupos, el primero conformado por 177 viviendas que representa el 59,6% con espacios aceptables y ausencia o mínimas carencias básicas, categorizadas como viviendas adecuadas y el segundo por 120 viviendas, que representa el 40.4% con espacios inadecuados y máximas carencias básicas, categorizadas como viviendas inadecuadas.

3. Con respecto al Test WHOQOL-BREF utilizado para medir calidad de vida, se validó para población Venezolana, utilizando el análisis de confiabilidad Alfa de Cronbach, tomando en consideración los distintos dominios del Test. Los resultados obtenidos fueron: Salud Física 0,753, Salud Psicológica 0,782, Ambiente que nos Rodea 0,821 y Relaciones Sociales 0,667. Se puede inferir que los valores de los

distintos dominios que conforman el test, se encuentran dentro del rango aceptado que oscila entre 0.60 y 0.90.

➤ En relación a la calidad de vida, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados generales sobre calidad de vida P (0.933) y salud P (0,066). En cuanto a los dominios salud psicológica, relaciones sociales y ambiente que nos rodea, presentaron diferencias significativas entre las viviendas adecuadas e inadecuadas con valores de P(0,011), P(0,034) y P(0,00), donde las viviendas inadecuadas presentaron menor calidad de vida en los dominios citados anteriormente. No se observó diferencias para el dominio de salud física.

4. Los resultados de la interrelación entre las viviendas caracterizadas y las manifestaciones asociadas a la Salud Mental, reportaron los siguientes resultados: disminución en el rendimiento laboral P (0,007), se irrita con facilidad P (0,004), percibe tensión muscular P(0,018), experimenta sentimientos de desesperanza P(0,022), ha cambiado sus hábitos de sueño P(0,023), siente palpitaciones P(0,045) y siente opresión en el pecho P(0,002).

➤ Al analizar la Odds Ratio se observó que las manifestaciones: rendimiento laboral, se irrita con facilidad, percibe tensión muscular, experimenta sentimientos de desesperanza, ha cambiado sus hábitos de sueño, siente palpitaciones y siente opresión en el pecho, prevalece 1,69 a 2,46 veces más en las viviendas inadecuadas, al compararlas con el resto de las viviendas.

Todas estas manifestaciones, se podrían interpretar como sintomatología incipiente de alteraciones emocionales, correspondientes a cuadros clínicos de ansiedad y depresión, que potencialmente, podrían evolucionar a trastornos psicopatológicos más severos. En las viviendas inadecuadas se observó mayor presencia de éstas manifestaciones asociadas a la Salud Mental, que en las viviendas adecuadas.

En cuanto a los resultados antes descritos, parece correcto señalar que una vivienda inadecuada constituye un factor de riesgo que incide en la calidad de vida de los individuos, en correspondencia con la hipótesis propuesta en este trabajo de investigación, afectando directamente su salud física y mental. En otras palabras, el hecho de que una persona habite una vivienda inadecuada niega la posibilidad de una vida digna. Esta idea ha sido reflejada en el derecho internacional, a través de instrumentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ruiz, (2007).

Sin duda se puede afirmar, que la vivienda es un derecho humano, y con la adopción de la Declaración de los Derechos Humanos en 1948, el derecho a una vivienda digna se sumó al cuerpo de legislación internacional universalmente aplicable sobre derechos humanos. La Declaración establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, **la vivienda**, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Choike,(2011).

Una vivienda inadecuada puede tener repercusiones en el derecho a la salud; por ejemplo, si las viviendas o los asentamientos no cuentan con suficiente agua potable y saneamiento, sus residentes pueden enfermarse de gravedad.

## **5.2. Recomendaciones**

➤En el trabajo de investigación realizado, se pudo demostrar como la vivienda inadecuada influye en la salud física y mental del individuo, experimentando las personas integrantes de la muestra, sintomatología que pudiera interpretarse como alteraciones emocionales incipientes, que potencialmente podrían evolucionar a trastornos psicopatológicos. Por lo tanto, se demuestra que una vivienda inadecuada no solo tiene influencia en la salud física como pudiera pensarse, sino también en la salud mental de los habitantes, lo que en consecuencia, puede limitar su capacidad productiva, su adaptación a la sociedad, y constituirse en un factor inhibitor del

bienestar. Por tal motivo, se recomienda insistir más en el educando, acerca de la importancia que tiene para la salud pública la relación vivienda-salud mental, y de esta manera pudiera tenerse una visión holística del proceso salud-enfermedad.

➤ En relación con el instrumento (cuestionario) utilizado, con el cual se desarrolló el modelo de caracterización propuesto, con las Variables Indicador de Carencias Básicas de vivienda (ICBV) y los espacios (altura y dimensiones), se pudo demostrar que el mismo es capaz de discriminar las viviendas en adecuadas e inadecuadas, sin embargo, queda a criterio de futuros trabajos de investigación donde se plantee caracterización de las viviendas bajo este modelo, tomar en consideración los distintos pisos bioclimáticos, ya que los espacios a ser considerados deberían contar con alturas y dimensiones adaptados.

➤ Tomando en consideración las particularidades de esta Tesis y lo que significa el modelo de caracterización de vivienda propuesto, se recomienda su divulgación especialmente entre los estudiantes de Medicina y del Doctorado en Ciencias de la Salud de la ilustre Universidad de Alcalá y otros Institutos de Educación Superior, con el propósito de que pudiera ser empleado en las líneas de investigación que al respecto desarrollen, y así contribuir a la divulgación del conocimiento generado en los proyectos de investigación realizados.

## CAPÍTULO VI

### **6. Aportes al conocimiento**

#### **6.1. Aportes en aspectos metodológicos y de investigación**

El aporte de esta tesis es investigativo y metodológico. Investigativo porque se generó conocimientos como producto de la consecución de información en la parroquia San Juan del municipio Sucre del estado Mérida, acerca de un aspecto que constituye un problema de carácter sociológico y de Salud Pública en la entidad federal e igualmente en el país, por la gravedad de lo que significa un déficit considerable de dos millones de viviendas. Neri, (2008).

El aporte Metodológico se obtuvo, porque se siguieron procedimientos organizados que permitieron utilizar instrumentos y técnicas estadísticas que facilitaron el desarrollo de un modelo para la caracterización de las viviendas estudiadas. Éste se fundamentó en el Indicador de Carencias Básicas de Vivienda (ICBV) y las variables asociadas al espacio (altura y dimensiones), con lo cual se pudo caracterizar las viviendas en adecuadas e inadecuadas. Por otra parte la validación del Test de calidad de vida WHOQOL-BREF que había sido validado en otros países, pero no en Venezuela.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemán, C. y Garcés, J. (comps.). (2000). Política Social y Vivienda. *Universidad de Valencia*, España. McGraw-Hill. Internacional.
- American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV-TR. Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona, España. Masson,
- Aponcio, J. (2007). Análisis Situacional de Salud de La Parroquia San Juan, Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Mérida, Venezuela.
- Araujo, E. (1996). Aspectos Ambientales de la Vivienda Progresiva. Tesis de Maestría. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Arostegui, I. (1998). Evaluación de la Calidad de Vida en Personas Adultas con Retraso Mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco: Universidad de Deusto.
- Athens, J. (2004). *Una Mirada Intersectorial para mejorar la Calidad de Vida*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/salud-vivienda.pdf>. [Consulta: 2010, Mayo 30]
- Babaresco, A. (2006). Proceso Metodológico en la Investigación. Cómo Hacer un Diseño de Investigación. 5ta Edición. Maracaibo: Ediluz.



- Banco Central de Venezuela (2010). *Expresión del tipo de cambio de referencia en la reconversión monetaria*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.bcv.org.ve>. [Consulta: 2010, octubre 5].
- Barrios-Cisnero, H. (1995). *Estilo de Vida, Salud y Enfermedad. Bases Científicas para la Medicina del Futuro*. Universidad de Los Andes, Consejo de Publicaciones. Mérida, Venezuela.
- Bastidas, R. (2005). *Salud y Ambiente*. 2da Edición. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Bolívar, T. (1993). *Densificación y Vivienda en los Barrios Caraqueños. Contribución a la Determinación de Problemas y Soluciones*. Caracas: Ministerio de Desarrollo Urbano. Consejo Nacional de la Vivienda.
- Borthwich- Duffy, S. (1992). *Quality of Life and Quality of Care in Mental Retardation*. En: L. Rowitz (Ed), *Mental Retardation in the Year 2000*, Berlín: Springer-Verlag.
- Briceño, E. (1996). *Una Experiencia de Autogestión para la Construcción de viviendas de Uso Productivo en los Barrios Los Paraparos, Pueblo Nuevo. El Cantil y Los Pinos, Estado Yaracuy. Enfoque de Viviendas 96*. Caracas: Consejo Nacional de la Vivienda.
- Briceño-León, R. (1990). *La Casa Enferma*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Capriles.
- Briceño-León, R. (2009). *El Problema de la Inseguridad en Venezuela*. Conferencia en el Evento “Encuentro por la Unidad y la Democracia. Colegio de Abogados del estado Mérida, Venezuela.

- Calvo, J. (1996). Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Uruguay de Acuerdo al Censo de 1996. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales, Programa Población, Uruguay.
- Canelón, A. (2007). Viviendas Saludables en Desarrollos Habitacionales Masivos. Trabajo de Grado para Optar al Grado Académico de Magister en Vivienda. Universidad del Zulia, Maracaibo.
- Camargo, M. (1996). La Calidad de Vida como Instrumento de Planificación de los Desarrollos no Controlados. III Seminario Latinoamericano de Calidad de Vida Urbana. Mérida, Venezuela.
- Camargo, M. (1998). La Calidad de Vida como Proceso Planificado. Facultad de Ciencias Forestales y Ambientales, Instituto de Geografía. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela
- Casanova, R. (1989). El Derecho A La Reforma Agraria. Instituto Iberoamericano de Desarrollo Agrario y Reforma Agraria. Mérida: Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela
- Centro Nacional de Análisis. (2009). Informe Mensual de Agosto. Diario 2001, Cuerpo "A", página 4. (Declaraciones del presidente del Centro)
- Cilento, A. y Fossi, V. (1998). Políticas de Vivienda y Desarrollo Urbano en Venezuela. (1928-1997). Una Cronología Crítica. Memoria de la Conferencia Internacional de Urbanización y Vivienda. Barquisimeto, Venezuela.
- Código Civil de Venezuela. (1982). Gaceta Oficial N° 2290 (Extraordinario), Julio 26.

Comisión Pontificia. “Iustitia Et Pax”. (1987) ¿Qué has Hecho de tus Hermanos sin Techo? Documento con Ocasión del Año Internacional de la Vivienda. Roma.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000). Gaceta Oficial N° 5.453 (Extraordinaria), Marzo 24.

Corposalud (2009). Boletín epidemiológico EPI 13. Mérida, Venezuela.

Choike (2011). *El Derecho a una vivienda adecuada*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.choike.org/nuevo/informes/1119.html> [consulta: 2011, Agosto 26].

Damiani, L, (2009) Epistemología y Ciencia en la Modernidad, 2ª Edición. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Diccionario de la Real Academia Española. (2006). Ediciones Espasa Calpe, S.A. Madrid.

Diccionario Enciclopédico Larousse. (2009). Ediciones Larousse, S.A. México, D.F.

El Nacional. (2009). Informe. Más de 800.000 Familias Viven en Pobreza Crítica. Cuerpo “C” (ciudadanos) página 1. Caracas.

El Universal. (2011). Encuesta Observatorio Venezolano de la Violencia. Cuerpo “3” (sucesos) pág. 3-10. Caracas.

- Fernández, J. y Sánchez. M. (2002). La Influencia de lo Socioambiental en los Trastornos Mentales. *Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Sistema de Información Científica Redalyc (12).
- Fernández, G. (2002). *Teoría del Apego y Psicoanálisis Hacia una Convergencia Clínica*. Revista SEPYPNA. Madrid. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.seypna.com/articulos/teoria-apego-psicoanalisis> [Consulta: 2012, marzo 4].
- Gaceta Oficial de la República de Venezuela. (1958). Según Decreto N° 84, (extraordinario), Marzo 14, Creación del Programa Nacional de Vivienda Rural.
- Gaceta Oficial de la República de Venezuela. (1969). Según Decreto N° 142 (extraordinario), Septiembre 17. Creación de la Comisión Nacional de Vivienda
- Gaceta Oficial de la República de Venezuela. (1975). Según Decreto N° 908 (extraordinario), Mayo 13. Creación del Instituto Nacional de la Vivienda (INAVI)
- Greene, W. (1988). Educación para la Salud. México: McGRAW-HILL.
- Grupo Técnico Plan Vallecas (2001). Estudio sobre Condiciones de Vivienda y Salud. Instituto de Salud Pública Madrileño.
- Gómez, M. (2001). Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en la Investigación y en la Práctica. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

- Guerra, C. (1998). La Salud Pública en Las Américas: Documento Conceptual y Operacional. Washington, D.C.
- Hunter, J. (2001). La Paradoja. Urano. Barcelona, España.
- Instituto Agrario Nacional. (1964) Reforma Agraria en Venezuela. Caracas.
- Instituto Experimental de la Construcción. (2002). Código Nacional de Habitabilidad para la Vivienda y su Entorno. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Instituto Mexicano de Seguridad Social. (2005). Catálogo de Actividades de Acción Comunitaria. México.
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). Radiografía Social. Declaraciones del Director del Instituto, Diario El Nacional, Caracas.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Estudio de Necesidades Básicas Insatisfechas*. Caracas. [Documento en línea]. Disponible: [www.ine.gob.v/fichastécnicas](http://www.ine.gob.v/fichastécnicas) . [Consulta: 2011, julio 29]
- Johnson, D, (2000). Métodos Multivariados Aplicados al Análisis de Datos. México: Thompson.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2003). Tratado de Psiquiatría. Madrid: Plaza
- Leal, J. (2005). La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de la Investigación. Litorama. Mérida, Venezuela.
- Ley Orgánica del Poder Público Municipal. Gaceta Oficial N° 38.204. Junio 09, 2005.

- Martínez, L. (1996). *Desarrollo Urbano, Vivienda y Estado*. Alemo. Caracas.
- Martínez, M. (2003). *La Psicología Humanista como Nuevo Paradigma Psicológico*. [Documento en línea]. Disponible: [http://prof.usb.ve/miguelm/lapsicologiahumanistacomonuevoparadpsic.html#\\_ftn1](http://prof.usb.ve/miguelm/lapsicologiahumanistacomonuevoparadpsic.html#_ftn1). [Consulta: 2012 Enero 16].
- Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España.
- Max-Neef, M y Otros. (1986). *Desarrollo a Escala Humana. Una Opción para el Futuro*. Fundación Hamnarskjold. Santiago de Chile.
- Melnechuk, P. (2006). *Degradación Urbana*. Buenos Aires, Argentina.
- Méndez, E. (1992). *Gestión Ambiental y Ordenación del Territorio*. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Méndez, H. (1996). *Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela*. Caracas: Proyecto Venezuela.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1995). *Lineamientos de Promoción de la Salud. Educación para el Comportamiento Humano*. Bogotá.
- Neri, F. (2008). *Foro Perspectivas Inmobiliaria de Venamcham. Presidente de la Cámara Inmobiliaria de Venezuela*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.guia.com.ve/noticias/3fid%3D23474+déficit+vivienda+año+2008>, [consulta: 2009, junio 28].

- Normas Sanitarias para Proyectos, Construcción, Reparación, Reforma y Mantenimiento de Edificación. Gaceta Oficial N° 4044 (Extraordinario), 1988.
- Normas Sobre Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sector Salud. Gaceta Oficial n° 32.650. (Decreto Presidencial N° 1.798), 1983.
- Oficina Central de Estadística e Información (1996). Oficina de la Presidencia de la República, Venezuela. Informe Anual.
- Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud (2000). Versión Abreviada Sobre Políticas de Salud en la Vivienda, La Habana:
- Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud (2006) EPIDAT. Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados, versión 3.1. Convenio OPS/OMS. Galicia: Xunta de Galicia.
- Oficina Sanitaria Panamericana. (2000). Funciones Esenciales de la Salud Pública. 42° Consejo Directivo. Washington. D.C.
- Oficina Sanitaria Panamericana. (2004) Educación en Salud Pública. Nuevas Perspectivas para las Américas. Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública.
- Oficina Sanitaria Panamericana. (2006). Estrategia de la Vivienda Saludable. Washington. D.C.
- Olaizola, F. (1995). Principios de Psicopatología. Universidad de Carabobo, Valencia.

- Oliveira, F. (2007). Estudio Comparativo de los Instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36 para Medir Calidad de Vida en Mayores. E.U de Ciencias de la Salud Universidad de Granada, España
- Organización Mundial de la Salud (1990). Calidad de las Condiciones de la Vivienda y Calidad de Vida. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). Programa Marco de Atención al Medio para los Sistemas Locales de Salud en las Américas. Washington: D.C.
- Organización Mundial de la Salud (1994). World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Instrumento de Medida de la Calidad de Vida de la OMS. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud (1996). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10, Décima revisión. Volumen 1. Publicación Científica N° 554. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud (1996). Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Washington: D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). La Salud en las Américas. Volumen I, Publicación Científica N° 569. Washington: D.C.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. (2000). Versión Abreviada Sobre Políticas de Salud en la Vivienda. La Habana: OPS-OMS.



Organización Mundial de la Salud (2000). Australian WHOQOL-100, WHOQOL-BREF and CA-WHOQOL Instruments (User's Manual and Interpretation Guide).

Organización Mundial de la Salud.(2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana*. [Documento en línea].  
Disponible: <http://www.Who.int/Wh2/2002/es/>. [Consulta:2011, Noviembre 25]

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. [Documento en línea].  
Disponible: <http://www.Who.int/Whr/202/es/> [consulta 2012, enero 28].

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra:

Organización Mundial de la Salud, (2006) EPIDAT. Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados, versión 3.1.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Estrategia de la Vivienda Saludable*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Herramientas de Comunicación para el Desarrollo de Entorno Saludable*. Serie Paltx para Ejecutores de Programas de Salud N° 46. Washington: D.C

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa*. 51ª Asamblea Mundial. Canadá.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Evaluación de la Promoción de la Salud: Principios y Perspectivas*. En Dennis, R. (comp.). *Evaluación de las*

Iniciativas de Calidad de Vida en la Promoción de la Salud. Washington: D.C.

Ortiz, E. (2006). *Tercer Foro Urbano Mundial. Presidente de HIC*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.habitat.org/lac/como-trabajamos/deficit-habitacional.aspx\(cuadrado](http://www.habitat.org/lac/como-trabajamos/deficit-habitacional.aspx(cuadrado) [consulta: 2009, junio 28]

Palomba, R. (2002) *Calidad de Vida. Conceptos y Medidas*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.eclac.org/clade/agenda/2/10592/envejecimientoRP> [Consulta 2010, mayo 18]

Peñalver, C. (2009). *Manual de Demografía médica*. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

Pernas, I. (2001). *Metodología para la Determinación del Índice de Condiciones de Vivienda para Estudios Comunitarios*. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas.

Pita, S. y otros. (1995). *Epidemiología. Conceptos Básicos*. En: *Tratado de Epidemiología Clínica*. Dupont Pharma. Madrid, España.

Rigau, J. (1990). *Traducción del Término "Odds Ratio"*. [Documento en línea]. Disponible: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/indepi5.htm>, [Consulta, 2011, diciembre 3]

Roizblatt, A. y otros (2006), *Familia, Vivienda y Medio Ambiente. Algunos Aspectos Psicosociales*. Madrid. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc7162.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7162.pdf) [Consulta 2010, julio 4].

- Ruiz, (2007). (Comp). Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos. Universidad de los Andes, Vicerrectorado Académico. Mérida, Venezuela.
- Sabino, C. (2000) El Proceso de Investigación. Panapo. Caracas.
- Sardi, N. (2003). La Salud como Elemento Fundamental del Desarrollo. Mérida: Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública. “Héctor Sequera Palencia”.
- Seijas, F. (2006). Investigaciones por Muestreo. FACES-Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Sheafer, R. y Mendenhall, W. (1987). Elementos de Muestreo. México: Grupo editorial Iberoamericana.
- Torres, G. (2001). Un Sueño para Venezuela. Fanarte. Caracas.
- Urdaneta, C. (2008). Erradicación Drástica de la Pobreza en Venezuela. Universidad Monte Ávila. Caracas.
- Vallejo, J. (2008). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Plaza
- Velasco, A. (2000). Aspectos Básicos. Epistémica de la Comunicación. Revista Comunicación, Centro Gumilla, Segundo trimestre, no 110:38-45
- Viladrich, A. (1977). Selección de Tecnologías. Evaluando el Impacto Ambiental y la Conservación de Recursos. Mérida: Centro Interamericano de Investigación de Aguas y Tierras (CIDIAT).

Walpole, M. (1999). Probabilidad y Estadística para Ingenieros. Pearson Educación.  
México

Wiesnfeld, E. (1995). La Vivienda: Su Evaluación desde la Psicología Ambiental.  
Caracas: Universidad Central de Venezuela.

# **ANEXOS**

## Anexo N° 1

### DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Calidad de Vida.** “El desarrollo creciente y sostenido de las capacidades creadoras y éticas del hombre, a través de las generaciones, en armonía y solidaridad con la especie humana y la naturaleza, sobre la base de tener satisfechas sus necesidades materiales fundamentales y mínimas de todo tipo (alimentación, vivienda, salud, seguridad personal y familiar, educación, etc.”. Viladrich, (1977).

El concepto anteriormente citado, es una definición de vital importancia, pues se trata de un aspecto enmarcado dentro del desarrollo sostenible, por eso alude a las capacidades creadoras y éticas del hombre, en el sentido, de que no se puede usufructuar la naturaleza de cualquier manera, sino tomando en consideración las necesidades de las generaciones futuras, entonces obliga a actuar en beneficio del bien común y para mantener el medio ambiente sin mayores deterioros y contaminación, de forma que contribuya a la satisfacción de los deseos y aspiraciones, además; de las necesidades de los hombres.

**Caracterizar:** Determinar los atributos peculiares de una persona o cosa, de modo que claramente se distinga de las demás. (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, (1989)

**Hacinamiento:** “Porcentaje de viviendas ocupadas a razón de 3 o más personas por cuarto, lo que permite medir el grado de hacinamiento, o sea, cantidad de personas que habitan en una vivienda por encima de la capacidad de ésta”. ONU, (1962).

El hacinamiento es un aspecto fundamental de explicar cuando se habla de la vivienda, pues el mismo junto con la suciedad y la degradación se presentan como los signos visibles del problema mundial de la vivienda.

En una vivienda con hacinamiento no solo se presentan las patologías comunes que con más frecuencia detectamos: infecciones respiratorias agudas,

dermatitis, parasitosis intestinales, tuberculosis y otras infectocontagiosas, sino aquellas que por falta de espacio y en consecuencia de privacidad, contribuye a la aparición de patologías sociales con su carga deletérea para la sociedad como las relaciones incestuosas, que pueden crear dañinas tensiones psicológicas que atentan contra la salud del individuo.

**Vivienda:** “Es la estructura material que el hombre emplea para cobijarse y sus dependencias, es decir; todos los servicios, instalaciones y dispositivos necesarios o convenientes para el bienestar social y la salud física y mental del individuo y de la familia” Bastidas, (ob. cit.).

Esta definición, es citada por el responsable de este trabajo de investigación en un libro de su autoría denominado “Salud y Ambiente”. Como puede inferirse a través la definición, la vivienda hoy en día no puede catalogarse solamente como una estructura física para resguardarse de la intemperie, sino que debe ser el lugar que dotado de los más exigentes requerimientos, pueda contribuir a alcanzar la mejor calidad de vida, y la posibilidad de una vida digna y decorosa.

**Vivienda Saludable:** Este concepto está relacionado con “El territorio geográfico y social donde la vivienda se asienta, los materiales usados para su edificación, la seguridad y calidad de los elementos conformados, el proceso constructivo, la composición de su espacio. Así como también la calidad de sus acabados, el contexto periférico global (comunicaciones, energía, vecindario), son adecuados, así como también la educación sanitaria de sus moradores sobre estilos y condiciones de vida saludables. OPS, (2006).

La importancia de este concepto radica en que incorpora el saneamiento básico como un elemento fundamental, igualmente, los espacios físicos limpios y estructuralmente adecuados, y redes de apoyo para lograr ámbitos psicosociales sanos y seguros, exentos de violencia, es decir, abuso físico, verbal y porqué no emocional, orientados a preservar la dignidad de la sobrevivencia.

**Vivienda Enferma:** “La vivienda está destinada a cumplir funciones y satisfacer necesidades del ser humano y la familia, considerándola como una unidad básica biológica y sociocultural. En contraposición, cuando en la vivienda no se satisfacen esas funciones y necesidades, se generan enfermedades, tanto físicas, como mentales y sociales, encontrando allí los factores de riesgo enmarcados en una vivienda insalubre. Todo esto se asocia a bajos niveles socioculturales, nutricionales, propiciando la prevalencia de enfermedades infecciosas, hacinamiento, alcoholismo, delincuencia juvenil, sentimientos de inferioridad y bajo espíritu de sociabilidad Briceño León, (1990).



Con este término se vincula a aquella vivienda que no cumple con los requerimientos adecuados de una estructura física, espacios adecuados, ventilación e iluminación para la satisfacción de necesidades vitales del hombre. Las condiciones de la vivienda pueden considerarse factores de riesgo o por el contrario agentes protectores de la salud de los residentes, según el grado de conciencia, voluntad y los recursos del hombre que la ubica, diseña, construye y habita.



Anexo N° 2

**CUESTIONARIO PARA CARACTERIZAR LA VIVIENDA**

Pág. N° 1

	<b>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES - UNIVERSIDAD DE ALCALÁ</b> <b>FACULTAD DE MEDICINA</b> <b>ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN DE LAS VIVIENDAS</b> <b>PARROQUIA SAN JUAN - MUNICIPIO SUCRE - ESTADO MÉRIDA</b>	
<small>AMPARADO BAJO EL SECRETO ESTADÍSTICO</small>		
<b>SECCIÓN I. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA</b>		
1. Manzana N°..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	2. Calle..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	3. Número de la vivienda <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<b>SECCIÓN II. DATOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA</b>		
<b>1. ACCESO A LA VIVIENDA</b> Calle pavimentada..... <input type="checkbox"/> 1 Calle Engrazonada o de tierra..... <input type="checkbox"/> 2 Vereda..... <input type="checkbox"/> 3 Escaleras comunales públicas..... <input type="checkbox"/> 4 Sendero o pica..... <input type="checkbox"/> 5 Otro..... <input type="checkbox"/> 6	<b>5. MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES</b> Bloque o ladrillo frisado..... <input type="checkbox"/> 1 Bloque o ladrillo sin frisar..... <input type="checkbox"/> 2 Concreto..... <input type="checkbox"/> 3 Madera aserrada, formica, fibra de vidrio y similares..... <input type="checkbox"/> 4 Adobe, tapia o bahareque frisado. . . <input type="checkbox"/> 5 Adobe, tapia o bahareque sin frisar..... <input type="checkbox"/> 6 Otros (Palma, tablas o similares)..... <input type="checkbox"/> 7	<b>10. EL COMBUSTIBLE UTILIZADO NORMALMENTE PARA COCINAR ES:</b> Gas..... <input type="checkbox"/> 1 Electricidad..... <input type="checkbox"/> 2 Kerosene..... <input type="checkbox"/> 3 Otros (leña, carbon, etc)..... <input type="checkbox"/> 4
<b>2. TIPO DE VIVIENDA</b> Casa..... <input type="checkbox"/> 1 Apartamento en casa..... <input type="checkbox"/> 2 Casa de vecindad..... <input type="checkbox"/> 3 Rancho..... <input type="checkbox"/> 4 Otro..... <input type="checkbox"/> 5	<b>6. MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO</b> Mosaico, granito, vinyl, cerámica, ladrillo <input type="checkbox"/> 1 Terracota parquet..... <input type="checkbox"/> 2 Cemento..... <input type="checkbox"/> 3 Tierra..... <input type="checkbox"/> 4 Otro..... <input type="checkbox"/> 5	<b>11. ESTA VIVIENDA TIENE:</b> Poceña a cloaca..... <input type="checkbox"/> 1 Poceña sin conexión a cloaca o a pozzo séptico..... <input type="checkbox"/> 2 Excusado de hoyo o letrina..... <input type="checkbox"/> 3 No tiene poceña o excusado..... <input type="checkbox"/> 4
<b>3. CONDICIÓN DE OCUPACIÓN</b> De uso permanente..... <input type="checkbox"/> 1 De uso ocasional..... <input type="checkbox"/> 2 Desocupada..... <input type="checkbox"/> 3 En construcción..... <input type="checkbox"/> 4	<b>7. ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE EN TOTAL ESTA VIVIENDA? (no incluya baños, pasillos, balcones, cocina)</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<b>12. ¿CUÁNTAS POCETAS TIENE ESTA VIVIENDA? (sólo los que respondieron en pregunta 11 las opciones 1 o 2)</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<b>4. MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO</b> Platabanda..... <input type="checkbox"/> 1 Teja..... <input type="checkbox"/> 2 Láminas asfálticas..... <input type="checkbox"/> 3 Láminas metálicas (zinc y similares)..... <input type="checkbox"/> 4 Asbesto y similares..... <input type="checkbox"/> 5 Paja-Palma..... <input type="checkbox"/> 6 Otros..... <input type="checkbox"/> 7	<b>8. ¿CUÁNTAS SALAS DE BAÑO CON REGADERA O DUCHA TIENE ESTA VIVIENDA?</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<b>13. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS EN LA VIVIENDA</b> 1. Agua potable 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 2. Luz Eléctrica 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Teléfono fijo 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
<b>9. LA COCINA ESTÁ UBICADA EN:</b> Cuarto sólo..... <input type="checkbox"/> 1 Sala comedor..... <input type="checkbox"/> 2 Otro sitio..... <input type="checkbox"/> 3	<b>14. LA VIVIENDA PRESENTA RIESGO EN CUANTO A LA UBICACIÓN, EN RELACIÓN</b> 1. Construida cerca de un talud 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 2. Construida sobre talud 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No guarda retiros reglamentarios de agua y tierra 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 4. Terrenos inestables por tipo de suelo 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	

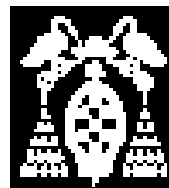
CONTINUACIÓN: SECCIÓN II. DATOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	SECCIÓN III. CONFORT DE LA VIVIENDA	
<p>15. EN ESTA VIVIENDA, LA BASURA:</p> <p>Se recoge en camión de aseo urbano... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Se deposita en container..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Se quema..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Se entierra..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Se echa en barranco o terreno baldío... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Se echa a río, quebrada..... <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>1. ¿EN EL INTERIOR DE SU VIVIENDA, LE MOLESTA EL RUIDO OCASIONADO POR SUS VECINOS, LOS CARROS, O CUALQUIER OTRO GENERADO EN EL EXTERIOR?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pase a 3</span></p>	<p>9. EN RELACIÓN CON LA ALTURA DE LOS ESPACIOS, SON:</p> <p>Baja..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Normal..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Alta..... <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>16. FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE LA BASURA (solo los que respondieron en la pregunta 15 las opciones 1 y 2)</p> <p>Diariamente..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Dos veces por semana..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Tres veces por semana..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Más de tres veces por semana..... <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>2. ¿EN QUE LUGAR DE LA CASA SE GENERA MÁS RUIDO?</p> <p>Cocina..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sala comedor..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Dormitorios..... <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>10. EN RELACIÓN CON LA DIMENSIÓN DE LOS ESPACIOS, SON:</p> <p>Pequeños..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Normales..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Grandes..... <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>17. EN ESTA VIVIENDA TIENEN ANIMALES DOMESTICOS TALES COMO:</p> <p>1. Perros 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>2. Gatos 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. Aves 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>4. Cochinos 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>5. Otros ¿Cuales? _____</p>	<p>3. ¿CONSIDERA USTED QUE SU VIVIENDA TIENE TEMPERATURA ALTA DURANTE EL DÍA?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>SECCIÓN IV. DATOS DEL HOGARES</b></p>
<p>18. EN ESTA VIVIENDA EXISTEN INSECTOS Y OTROS ANIMALES DAÑINOS TALES COMO:</p> <p>1. Zancudos 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>2. Moscas 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. Cucarachas 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>4. Ratones 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>5. Chipos 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>6. Alacranes 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>7. Otros ¿Cuales? _____</p>	<p>4. ¿CONSIDERA USTED QUE SU VIVIENDA TIENE TEMPERATURA ALTA DURANTE LA NOCHE?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>1. ¿CUÁNTAS PERSONAS DE ESTE HOGAR RESIDEN EN ESTA VIVIENDA ESTÉN O NO PRESENTES EN ESTE MOMENTO? incluya a los niños y niñas y a los ancianos</p> <p>Total de personas..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
	<p>5. ¿TIENE SU VIVIENDA UNA CANTIDAD DE ÁRBOLES EN LA PARTE EXTERNA, QUE LE AYUDEN A DAR SOMBRA Y CONTRIBUYEN A REGULAR LA TEMPERATURA?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>2. PARA ESTE HOGAR LA VIVIENDA ES:</p> <p>Propia pagada totalmente..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Propia pagándose..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Alquilada..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ocupante..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otro..... <input type="checkbox"/> 5</p>
	<p>6. ¿VIVIENDA EXPUESTA A LAS BRISAS DOMINANTES, CON PREDOMINIO DE LOCALES CON ABERTURAS DE ENTRADA Y SALIDA (VENTILACIÓN CRUZADA) Y CON VEGETACIÓN QUE PROYECTE SOMBRA)?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>3. ¿CUÁNTOS CUARTOS UTILIZAN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR PARA DORMIR?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
	<p>7. DENTRO DEL RANGO QUE ESTABLECE LAS NORMAS TÉCNICAS VENEZOLANAS ESTA VIVIENDA SE PUEDE CATALOGAR.</p> <p>Aceptable..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Inaceptable..... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>4. TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA COMUNIDAD:</p> <p>Menos de 1 año..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>1-3 años..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>4-6 años..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>7-10 años..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Más de 10 años..... <input type="checkbox"/> 5</p>
	<p>8. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS RESIDENTES DE SU VIVIENDA PARA REALIZAR EL TRABAJO DIARIO, TIENEN DIFICULTADES EN LA VISTA, ENROJECIMIENTO O ARDOR EN LOS OJOS, DOLOR DE CABEZA, COMO CONSECUENCIA DE LA ILUMINACIÓN?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>	

SECCIÓN V. NIVEL SOCIOECONÓMICO (MÉTODO GRAFFAR MODIFICADO)	
<b>1. PROFESIÓN DEL JEFE DEL HOGAR:</b>	
Profesión universitaria.....	<input type="checkbox"/> 1
Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores .....	<input type="checkbox"/> 2
Empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios.....	<input type="checkbox"/> 3
Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional)...	<input type="checkbox"/> 4
Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía.....	<input type="checkbox"/> 5
<b>2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA ESPOSA(O) O CÓNYUGE:</b>	<b>3. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DEL HOGAR:</b>
Enseñanza universitaria o su equivalente..... <input type="checkbox"/> 1	Fortuna heredada o adquirida..... <input type="checkbox"/> 1
Enseñanza secundaria completa..... <input type="checkbox"/> 2	Ganancias, beneficios, honorarios profesionales..... <input type="checkbox"/> 2
Enseñanza secundaria incompleta..... <input type="checkbox"/> 3	Sueldo Mensual..... <input type="checkbox"/> 3
Enseñanza primaria o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)..... <input type="checkbox"/> 4	Salario semanal, por día. Entrada a destajo. .... <input type="checkbox"/> 4
Analfabetas..... <input type="checkbox"/> 5	Donaciones de origen público o privado..... <input type="checkbox"/> 5
<b>4. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO:</b>	
Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios.....	<input type="checkbox"/> 1
Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios.....	<input type="checkbox"/> 2
Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.	<input type="checkbox"/> 3
Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.....	<input type="checkbox"/> 4
Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.....	<input type="checkbox"/> 5
SECCIÓN VI. SALUD	
<b>1. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES HAN UTILIZADO LOS SERVICIOS DE:</b>	<b>3. EN LA VIVIENDA EXISTEN FILTRACIONES Y HUMEDAD EN</b>
1. Ambulatorio urbano de San Juan.... 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	1. Techos..... 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
2. Hospital de Lagunillas..... 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	2. Paredes..... 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
3. Clínica Privada..... 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	3. Pisos..... 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
<b>2. ¿EN SU NÚCLEO FAMILIAR EXISTE ALGÚN MIEMBRO CON PROBLEMAS DE DISCAPACIDAD? (ciegos, sordos, mudos, paralíticos, otros)</b>	<b>4. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ¿DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CUAL HA SIDO LA MÁS FRECUENTE EN EL NÚCLEO FAMILIAR?</b>
1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	Amibiasis..... <input type="checkbox"/> 1
	Dengue..... <input type="checkbox"/> 2
¿Cual? _____	Escabiosis-sarna..... <input type="checkbox"/> 3
	Bronquitis..... <input type="checkbox"/> 4
	Asma..... <input type="checkbox"/> 5
	Neumonía..... <input type="checkbox"/> 6
	Ninguna..... <input type="checkbox"/> 7

CONTINUACIÓN: SECCIÓN VI. SALUD	
5. DESDE QUE HABITA ESTAVIVIENDA HANOTADO ALGUNA DE ESTAS MANIFESTACIONES	
1. Disminución en el rendimiento laboral.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
2. Se irrita con facilidad.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
3. Percibe tensión muscular.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
4. Tiene dificultad en concentrarse.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
5. Experimenta sentimientos de desesperanza.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
6. Se siente inferior a los demás.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
7. Ha cambiado sus hábitos de sueño (Duerme más o menos que antes).....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
8. Ha cambiado su apetito.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
9. Siente palpitaciones.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
10. Siente opresión en el pecho.....	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
SECCIÓN VII. COMUNIDAD	
<p>1. ¿ SEGÚN SU OPINIÓN ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS DENTRO DE LA COMUNIDAD NECESITA MAYOR ATENCIÓN POR PARTE DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES? (Admite tres respuestas)</p> <p>Basura..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Alumbrado público..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Vigilancia policial..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Arreglo y pavimentación de la vialidad..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Agua..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Vivienda..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otro ¿Cuál? _____</p> <p>Ninguna.....</p>	<p>3. ¿ QUE TIPO DE ACTIVIDAD REALIZAS EN ESA (S) AGRUPACIÓN (ES)? (Admite dos respuestas)</p> <p>Deportivas..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Recreativas..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Culturales..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Religiosas..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ecológicas..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Gestión comunal..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otras ¿Cuál? _____</p> <p style="text-align: center;">Nota: <span style="background-color: gray; color: white; padding: 2px;">Fin de entrevista</span></p>
<p>2. ¿ FORMAS PARTE DE MANERA VOLUNTARIA EN ALGUNA ASOCIACIÓN, AGRUPACIÓN U ORGANIZACIÓN EN LA COMUNIDAD?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> <span style="background-color: gray; color: white; padding: 2px;">Pase a 4</span></p>	<p>4. ¿ TE GUSTARÍA PARTICIPAR EN ALGUNA AGRUPACIÓN QUE REALICE UNA DE LAS SIUIENTES ACTIVIDADES? (Admite dos respuestas)</p> <p>Deportivas..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Recreativas..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Culturales..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Religiosas..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ecológicas..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Gestión comunal..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Ninguna..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Otras ¿Cuál? _____</p>

Anexo N° 3

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad de Los Andes**  
**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Medicina Preventiva y Social**

El presente trabajo de investigación intenta analizar la vinculación entre la vivienda inadecuada y el desmejoramiento de la calidad de vida. La encuesta que sigue es anónima. Los datos recabados son confidenciales y solo serán utilizados por el equipo de investigación. Los resultados generales serán publicados para conocimiento de la comunidad científica y orientación de los organismos públicos y privados que construyen viviendas

**Consentimiento:** Confirmando que comprendo el objetivo del presente trabajo y acepto participar en él.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Anexo N° 4

**INSTRUMENTO PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA**

**Dominios y Facetas del WHOQOL-BREF.**

<b>Dominios</b>	<b>Facetas</b>
<b>I. Calidad de Vida y Salud General</b>	1. Calidad de Vida Completa 2. Satisfacción con la Salud
<b>II. Salud Física</b>	3. Dolor y Discomfort 4. Dependencia de Tratamientos Médicos 5. Energía y Fatiga 6. Movilidad 7. Sueño y Descanso 8. Actividades de la Vida Diaria 9. Capacidad de Trabajo
<b>III. Salud Psicológica</b>	10. Afecto Positivo 11. Espiritualidad 12. Pensamiento, Aprendizaje, Memoria, Concentración 13. Apariencia Física 14. Autoestima 15. Afecto Negativo
<b>IV. Relaciones Sociales</b>	16. Relaciones Personales 17. Actividad Sexual 18. Apoyo Social
<b>V. Ambiente que nos Rodea</b>	19. Seguridad Física 20. Medio Ambiente: Contaminación, Ruido, Tráfico, Clima. 21. Recursos Económicos 22. Oportunidades de Acceder a la Información 23. Participación en Actividades de Recreo y Ocio 24. Ambiente Familiar 25. Accesibilidad a Recursos Sociales y Sanitarios

**Instrumento de Medida de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la  
Salud (OMS, 1994)**

**Escala de Valoración WHOQOL-BREF**

**Propósito**

El WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural, centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado, tanto en la población general como en pacientes.

**Base Conceptual**

Las preguntas que contiene el WHOQOL, son evaluaciones de la calidad de vida de las personas. Éstas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuesto por tres tipos de población: Personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población en general. El WHOQOL, fue desarrollado de forma paralela en quince países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas, en casi cuarenta países.

**Descripción**

Existen validadas al español las dos versiones del WHOQOL: El WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF. El WHOQOL-BREF, contiene un total de veintiséis (26) preguntas, una (1) pregunta para cada una de las facetas contenidas y dos (2) preguntas globales: Calidad de Vida Global y Salud General. Cada ítem tiene cinco (5) opciones de respuesta ordinales tipo Likert, y todas ellas producen un perfil de cuatro (4) áreas: Salud física, Psicológica, relaciones sociales y ambientes.

El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas. El cuestionario puede ser autoadministrado, o cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud, puede ser entrevistado.



## **Cuestionario WHOQOL-BREF (OMS)**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste a todas las preguntas. Si no está seguro (a) qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta pudiera ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

- ✓Las dos primeras preguntas están referidas a la satisfacción que usted siente con su calidad de vida y con su salud.
- ✓Las preguntas desde el número tres a la número nueve, hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos, en las últimas dos semanas.
- ✓Las preguntas desde el número diez a la número quince, hacen referencia a cuánto usted experimenta, o si fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.
- ✓Las preguntas desde la número dieciséis a la número veinticinco, hacen referencia a cuán satisfecho, se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.
- ✓La pregunta número veintiséis hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado de instrucción \_\_\_\_\_

PREGUNTAS	ESCALA LIKERT				
	Muy Mal	Regular	Lo Normal	Bastante Bien	Muy Bien
1. ¿Cómo consideraría usted su calidad de vida?					
2. ¿Cuán satisfecho está usted con su salud?	Muy Insatisfecho	Poco Satisfecho	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
3. ¿Hasta qué punto piensa usted que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
4. ¿Cuánto necesita usted de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
5. ¿Cuánto disfruta usted de la vida?	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
6. ¿Hasta qué punto siente usted que su vida tiene sentido?	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente

<b>8. ¿Cuánta seguridad siente usted en su vida diaria?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
<b>9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
<b>10. ¿Tiene usted energía suficiente para su vida diaria?</b>	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
<b>11. ¿Es usted capaz de aceptar su apariencia física?</b>	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
<b>12. ¿Tiene usted suficiente dinero para cubrir sus necesidades?</b>	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
<b>13. ¿Qué disponibilidad tiene usted de la información que necesita en su vida?</b>	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
<b>14. ¿Hasta qué punto tiene usted oportunidad para realizar actividades de ocio?</b>	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
<b>15. ¿Es usted capaz de desplazarse de un lugar a otro?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente

<b>16. ¿Cuán satisfecho está usted con sus sueños?</b>	Nada	Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>17. ¿Cuán satisfecho está usted con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>18. ¿Cuán satisfecho está usted con su capacidad de trabajo?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>19. ¿Cuán satisfecho está usted de si mismo?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>20. ¿Cuán satisfecho está usted con sus relaciones personales?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>21. ¿Cuán satisfecho está usted con su vida sexual?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>22. ¿Cuán satisfecho está usted con el apoyo que obtiene de sus amigos?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>23. ¿Cuán satisfecho está usted de las condiciones del lugar donde vive?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho

<b>24. ¿Cuán satisfecho está usted con el acceso que tiene a los servicios?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>25. ¿Cuán satisfecho está usted con su transporte?</b>	Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
<b>26. ¿Con que frecuencia tiene usted sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?</b>	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre

Anexo N°5

**PLANILLA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO  
PARA CARACTERIZAR LAS VIVIENDAS**

**VALIDACIÓN DE CONTENIDO:**

**SECCIÓN I: IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA**

Ítem	Congruencia		Claridad		Sesgo		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							

**SECCIÓN II: DATOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

Ítem	Congruencia		Claridad		Sesgo		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

### SECCIÓN III: CONFORT DE LA VIVIENDA

Ítem	Congruencia		Claridad		Sesgo		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

### SECCIÓN IV: DATOS DEL HOGAR

Ítem	Congruencia		Claridad		Sesgo		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							
4							

### SECCIÓN V: NIVEL SOCIOECONÓMICO (MÉTODO GRAFFAR MODIFICADO)

Ítem	Congruencia		Claridad		Sesgo		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							
4							

### SECCIÓN VI: SALUD

Ítem	Congruencia		Claridad		Sesgo		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							
4							
5							

## SECCIÓN VII: COMUNIDAD

Ítem	Congruencia		Claridad		Sesgo		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							
4							

Nombre del responsable del instrumento: Prof. Rómulo Bastidas

Nombre del Responsable de la Validación \_\_\_\_\_





(Si el instrumento no es válido aún, no firme)

Profesión: \_\_\_\_\_ Post- Grado: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



**TRIPTICO PARA INFORMAR  
A LA COMUNIDAD DE SAN JUAN**

<b>¿QUIEN LO PROMUEVE?</b>	Actuemos como un equipo, donde cada quien tiene una tarea y una manera de pensar distinta, ninguna es superior a otra, todas son necesarias y solo el trabajo conjunto nos llevará a construir una mejor comunidad.	 02 de Abril de 2011 <b>Encuesta</b> San Juan de Lagunillas
<ul style="list-style-type: none"><li>• La Universidad de los Andes a través de la Facultad de Medicina (ULA)</li><li>• La Universidad de Alcalá, a través de la Facultad de Medicina, Departamento de Especialidades Médicas, Doctorado en Ciencias de la Salud</li></ul>		
Recuerda que es un proyecto de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, por lo tanto, no tiene ningún interés político	<b>UNIDOS SALDREMOS ADELANTE</b>	<b>Tu Colaboración es muy Importante</b>
		<b>Tu información confiable contribuye al éxito de la investigación</b>
	<b>Al participar mejoramos nuestra comunidad</b>	"Unidos por nuestra comunidad, es el primer paso para ayudar a resolver los problemas que tenemos"...

<p><b>Encuesta San Juan de Lagunillas</b></p> <p><b>El sábado 02 de Abril de 2011,</b> se estará realizando, en la comunidad de San Juan, una <b>Encuesta</b> como parte de un trabajo de investigación, que nos permitirá obtener información precisa y confiable del estado en que se encuentra tu vivienda, en cuanto a la estructura, servicios básicos, espacios interiores y el entorno ambiental.</p> <p>Dicha Encuesta va a ser realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, buscando conocer la relación existente entre la vivienda como célula fundamental de la salud y la calidad de vida, cuyos resultados servirán para orientar a los Organismos públicos y privados constructores de viviendas, a ejecutar proyectos acordes con las necesidades de la comunidad.</p> <p>Se estima que la comunidad de San Juan tiene aproximadamente 12.500 habitantes, distribuidos en 2.100 viviendas.</p> <p><b>Encuesta San Juan de Lagunillas 2011</b></p> <p><b>Población Total.....12.500 Hab.</b> <b>Estructura de la Población por Sexo:</b> Hombres.....48.95 % Mujeres.....51.05 %</p> <p><b>Población 10 años y más Alfabetismo:</b> Alfabetas.....90.60 % Analfabetas.....9.40 %</p>	<p><b>La Encuesta que se va a realizar es una gran oportunidad de Participación Efectiva</b></p> <p>Al realizar esta encuesta nos anima el propósito, de otorgar oportunidades al ciudadano, para que las recomendaciones que se aporten a las instituciones constructoras de viviendas, cuenten con la opinión de quienes viven los problemas del día a día, y en consecuencia, represente una opinión válida en este proyecto de investigación, que aspira no imponer alternativas, sino estimular en el ciudadano el ejercicio de su derecho a la participación, y a ser beneficiario de los frutos que produzca la generación del conocimiento.</p> <p><b>Confiability and Veracity of the Information</b></p> <p>La información que sumistres, solo será utilizada por la Universidad de Los Andes en forma general, de manera confidencial y nunca de manera individual.</p>	<p><b>Finalidad de la Investigación</b></p> <p><b>Objetivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer la relación de la vivienda como probable condición contribuyente en la calidad de vida en la población de la Parroquia San Juan de Lagunillas</li><li>• Establecer el vínculo existente entre vivienda y salud mental, en los habitantes de la Parroquia San Juan de Lagunillas</li></ul> <p><b>Cobertura</b></p> <p>En un primer momento se hará la <b>Encuesta</b> en el casco central de San Juan, cubriendo unas 60 viviendas aproximadamente, buscando información de vivienda y calidad de vida. Posteriormente se realizará un muestreo para completar el trabajo de investigación antes señalado.</p> <p><b>VARIABLES A INVESTIGAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Características de la vivienda</li><li>• Características de la familia</li><li>• Características socio económicas</li><li>• Características de salud</li><li>• Características ambientales</li></ul>
--	--	--

## Anexo N° 7

### MANUAL DEL ENCUESTADOR

El presente Manual ha sido elaborado para facilitar y apoyar la preparación del encuestador, de manera que tenga un material de consulta durante el desempeño de su trabajo. En él encontrará la información y las instrucciones necesarias, para conocer con precisión la tarea que le corresponde realizar y cómo ejecutarla con eficacia.

#### **La Entrevista:**

El encuestador debe procurar hacer la entrevista de manera hábil y empática, de manera que se establezca una atmósfera de confianza y seguridad, que propicie que el entrevistado (a) suministre los datos en forma fluida y se logre despertar interés por la investigación que se está realizando.

No debe olvidar el encuestador que cada hogar visitado es una realidad diferente, lo que representa una nueva oportunidad para demostrar su habilidad y destreza. El entrevistador debe estar dispuesto a solventar las dudas que surjan por parte del entrevistado, al solicitarle explicaciones más detalladas sobre el cuestionario. Que resolverá con respeto y en forma sencilla. El encuestador, además debe demostrar en todo momento conocimiento de su trabajo, dominio y seguridad de sí mismo.

#### **Modo de interrogar:**

- Haga las preguntas en el orden en que aparecen en el cuestionario. Cada una de ellas ha sido cuidadosamente diseñada para obtener la información oportuna. Todas son importantes.
- Cuando note que el entrevistado no entiende la pregunta, repítala despacio y haga las aclaratorias que estime conveniente para facilitar su comprensión.
- No induzca respuestas. La inducción de las respuestas es una de las causas más frecuentes de errores.

- Por la naturaleza confidencial de la investigación, es inconveniente no hacer la entrevista en presencia de personas extrañas a la familia (visitas, vecinos, etc.), ya que esto puede dar lugar a que la persona entrevistada se inhiba de dar respuestas sinceras
- Tenga cuidado de no mostrar sorpresa o asombro ante respuestas a ciertas preguntas, como por ejemplo: ¿no poseen baños?, no tienen cocina
- Mantenga el respeto. No tutee a las personas.

#### **Deberes del encuestador:**

- Cumplir todas las instrucciones que reciba de su supervisor inmediato, en este caso el responsable del proyecto de investigación.
- Cumplir todas las instrucciones que se indican en este Manual.
- Durante la realización de la encuesta, debe llevar la credencial en lugar visible.
- Cuidar y mantener en buen estado el material de trabajo.
- Realizar la encuesta sin la ayuda o compañía de personas no autorizadas.
- Solicitar la información de forma respetuosa y cordial.
- Hacer solamente las preguntas que están en el cuestionario.
- Anotar en el cuestionario exactamente la información que le han suministrado.
- Mantener la información bajo el Secreto Estadístico, es decir, no comentarlo con otras personas.

#### **Materiales que utilizará**

- **Credencial del encuestador:** Se utiliza para identificarse como encuestador del Proyecto de Investigación “Estudio de la Vivienda y su Influencia en la Calidad de Vida, parroquia San Juan, municipio Lagunillas, estado Mérida”.
- **Manual del entrevistador:** Se utiliza para realizar el entrenamiento en el curso de adiestramiento, y posteriormente para aclarar cualquier duda o problema.
- **Sobre del entrevistador:** Se utiliza para resguardar y conservar el material en buen estado.

- **Cuestionarios:** Se utiliza para recoger la información requerida.

#### **Antes de realizar la encuesta:**

Prepararse para ser encuestador:

- ✓ Asistir al curso de adiestramiento.
- ✓ Estudiar este manual.

#### **Durante el encuestamiento:**

Prepárate para encuestar:

- ✓ Asistir puntualmente al lugar y hora fijados por su jefe inmediato.
- ✓ Recibir y asegurarse que el material de la encuesta está en perfecto estado y completo, en caso contrario, infórmelo a su jefe inmediato.
- ✓ Verifique que no existan diferencias entre la identificación geográfica anotada en el sobre del encuestador, y la lista de viviendas asignadas para realizar la encuesta.

#### **Encuestamiento:**

- ✓ Ubíquese en su área de trabajo (parroquia).
- ✓ Inicie el encuestamiento comenzando por la primera vivienda que se le asignó en el segmento correspondiente.

#### **¿Dónde localizar al supervisor durante el encuestamiento?**

\* El supervisor o el responsable del Proyecto de Investigación establecerá un lugar como punto de contacto. Si se le acaba el material o se le presenta otro problema que no pueda solucionar, diríjase a ese punto, o contacte telefónicamente al jefe de investigación.

#### **Después del encuestamiento.**

- ✓ Ordenar y revisar el material que utilizó para realizar la encuesta.
- ✓ Ordene los cuestionarios desde la primera hasta la última vivienda encuestada.

✓ Guarde todo el material de encuestamiento, tanto el que fue utilizado como el que le sobró, en el sobre del encuestador.

**Entregar el material utilizado.**

- ✓ Entregar el sobre del encuestador con el material al supervisor inmediato.
- ✓ El supervisor acusará recibo de la entrega, con lo cual dará fin a su trabajo.

**Encuestamiento:**

- ✓ Ubíquese en su área de trabajo (parroquia).
- ✓ Inicie el encuestamiento comenzando por la primera vivienda que se le asignó en el segmento correspondiente.

**Entregar el material utilizado.**

- ✓ Entregar el sobre del encuestador con el material al supervisor inmediato.
- ✓ El supervisor acusará recibo de la entrega, con lo cual dará fin a su trabajo.

**Instrucciones Generales para llenar el Cuestionario y El Test de Calidad de Vida**

El cuestionario a utilizar se denomina “Cuestionario para Caracterizar Las Viviendas”, el cual contiene las preguntas, los espacios para anotar las respuestas y las instrucciones.

El cuestionario se divide en siete (7) secciones.

- Sección I, IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA, contiene (3) preguntas
- Sección II, CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA, contiene (18) preguntas
- Sección III, CONFORT DE LA VIVIENDA, contiene (9) preguntas
- Sección IV, DATOS DEL HOGAR, contiene (4) preguntas
- Sección V, NIVEL SOCIO ECONÓMICO, contiene (4) preguntas
- Sección VI, SALUD, contiene (10) preguntas

- Sección VII, COMUNIDAD, contiene (4) preguntas.

Las instrucciones para llenas el Test de Calidad de Vida, se observarán en el anexo correspondiente.

### **TIPO DE INSTRUCCIONES**

Están en forma escrita dentro de recuadros sombreados los cuales indican:

- El pase a otra sección, ejemplo pregunta 1 de la sección VII. Esta indica que la persona encuestada forma parte de alguna agrupación u organización y debe pasar a la pregunta 3.
- Una instrucción para finalizar la entrevista.

### **¿COMO SE OBTIENE LA INFORMACIÓN?**

La información se obtiene a través de la utilización del “Cuestionario para Caracterizar las Viviendas”. Para que pueda hacer un mejor trabajo, tome en consideración que este cuestionario tiene varias formas de obtener la información.

**1.- Pregunta de Selección:** Tienen por característica que su enunciado termina en dos puntos (:) y/o tiene signos de interrogación

- Debe leerse textualmente el informante, y después leer todas las categorías de respuestas correspondientes
- Sólo debe marcarse una opción de respuesta, al menos que se señale que son respuestas múltiples.

### **EJEMPLO 1 (Pregunta de Selección):**

Pregunta nueve (9), de la Sección III

¿En relación con la dimensión de los espacios, son:

Pequeños.....  1

Normales.....  2

Grandes.....  3

**EJEMPLO 2 (Respuesta):**

Pregunta quince (15), de la Sección II

¿En esta vivienda, la basura

Se recoge en camión de aseo urbano..... 1

Se deposita en containers..... 2

Se quema ..... 3

Se entierra.....  4

Se echa en barranco o terreno baldío..... 5

Se echa a río, quebrada..... 6

**EJEMPLO 3 (pregunta compuesta):**

Es el tipo de pregunta en la cual se debe seleccionar, SI o NO, para cada ítem

Pregunta diecisiete (17), de la Sección II

¿En esta vivienda tienen animales domésticos tales como:

1.- Perros1 SI       2 NO

2.- Gatos1 SI       2 NO

3.- Aves1 SI       2 NO

4.- Cochinos1 SI       2 NO

**EJEMPLO 4 (pregunta con signo de interrogación):**

Son preguntas en las que el encuestador debe anotar o marcar, según sea el caso, la respuesta de la persona encuestada.

Pregunta diez (10), de la Sección III

¿A la familia le resulta incomodo el traslado de un espacio a otro dentro de la vivienda?

1 SI       2 NO



### **EJEMPLO 5 (Aplicación de Normas Sanitarias)**

Es una pregunta donde el encuestador para verificar objetivamente las dimensiones de los cuartos, debe medir con cinta métrica para establecer si está dentro de lo que la norma establece.

Pregunta siete (7) de la Sección III

Dentro del rango que estable las Normas Técnicas Venezolanas, esta vivienda se puede catalogar Aceptable 1  Inaceptable 2

Ejemplo para aplicar el Artículo 13 de las normas, relacionado con las dimensiones de los dormitorios.

Cuarto: 3.5m largo x 2.8 m ancho= 9.8 mts<sup>2</sup> (área)

Ventana: 10% área = 0.98 a un mts<sup>2</sup>

Área mínima= 1 mts<sup>2</sup>

### **EJEMPLO 6 (Aplicación de Normas Sanitarias)**

Es una pregunta donde el encuestador para verificar objetivamente la altura de los espacios, debe medir con cinta métrica para establecer si está dentro de lo que la norma establece.

Pregunta nueve (9) de la Sección III

En relación con la altura de los espacios, son:

Baja ..... 1

Normal ..... 2

Alta ..... 3

Ejemplo para aplicar el Artículo 20 de las normas relacionado con la altura de los espacios

2.40 mts de altura (mínimo) entre el piso y la parte más baja.

Normal entre 2.30 mts y 2.40 mts.

Baja < de 2.30 mts

Alto > de 2.50 mts

### **EJEMPLO 7 (Aplicación de las Normas Sanitarias)**

Es una pregunta donde el encuestador para verificar objetivamente la dimensión de los espacios, debe medir con cinta métrica para establecer si está dentro de lo que la norma establece.

Pregunta 10 de la Sección III

En relación con la dimensión de los espacios, son:

Pequeños.....1

Normales.....2

Grandes.....3

Ejemplo para aplicar el Artículo 13 parte A y B de las normas relacionado con la dimensión de los espacios.

**Dormitorio Principal** 8.50 mts<sup>2</sup> (mínimo) con uno de los lados de 2.40 mts (mínimo).

**Dormitorio Adicional** 6 mts<sup>2</sup> (mínimo) con uno de los lados de 2 mts (mínimo)

#### **Artículo 14 de las Normas Sanitarias**

Dormitorio Principal: 3 o más personas, área mínimo de 4 mts<sup>2</sup> persona.

#### **Artículo 15 de las Normas Sanitarias.**

Cocina: área mínima 6 mts<sup>2</sup> con un lado mínimo de 1.5 mts

### **SIEMPRE OBSERVE LO SIGUIENTE**

- Llena el cuestionario con lápiz
- Escribe claro y con letra imprenta
- No maltrates ni dobles los cuestionarios
- Si te equivocas, no taches respuestas, bórrala y escribe encima

Anexo N° 8

MAPA CATASTRAL



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

**PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS PRUEBA PILOTO.**

**Cuestionario para la caracterización de la vivienda.**

Al someter a prueba el cuestionario sobre caracterización de las viviendas, se apreció lo siguiente.

- a) En su totalidad el tipo de vivienda corresponde a las clasificadas como casa.
- b) En su totalidad el combustible utilizado para cocinar es el gas.
- c) En su totalidad las viviendas presentaron servicios de agua, luz, recolección de basura a través de aseo urbano.
- d) El 91,7 de las viviendas tienen conexión a red cloacal
- e) El 90% de las viviendas presentaron como material predominante en paredes exteriores, bloque o ladrillo frisado
- f) El 85% de las viviendas presentaron como material predominante en piso, el cemento.
- g) El 83% de acceso a las viviendas es a través de calles pavimentadas.

Estas variables son predominantes en las viviendas encuestadas en la prueba piloto, lo cual dificulta la caracterización, razón por la cual la muestra total será distribuida en los distintos sectores que conforman la parroquia San Juan, a fin de encontrar viviendas con distintas características, que permita incluir dichas variables en el modelo de caracterización. Para posteriormente discriminar grupos de viviendas homogéneas a lo interno, y heterogéneas entre los grupos.

En relación a las preguntas relacionadas con el confort de la vivienda, se pudo construir un modelo aproximado de caracterización, utilizando el **Análisis de Conglomerado en dos Fases**, para construir las agrupaciones de viviendas. Este modelo inicial arrojó los siguientes resultados preliminares.

Se obtuvo dos grupos de viviendas, los cuales han sido clasificados como: conglomerado 1 (viviendas adecuadas) con las siguientes características: viviendas

que en su mayoría no presentan temperatura alta durante el día (100%), no presentan temperatura alta durante la noche (92,10%), expuestas a brisas dominantes, con predominio de locales con aberturas de entrada y salida (60,78%), viviendas donde el jefe (a) de hogar encuestado no presentaron dificultades en la vista, enrojecimiento o ardor en los ojos, dolor de cabeza, como producto de la iluminación de la vivienda (62,75%) y viviendas con dimensión y altura de los espacios aceptables (65,31% y 64,81%) respectivamente.

El conglomerado 2 (viviendas inadecuadas) con las siguientes características: viviendas que en su mayoría presentan temperatura alta durante el día (56,81%), temperatura alta durante la noche (100%), no están expuestas a brisas dominantes, con predominio de locales con aberturas de entrada y salida (55,56%), los jefes (a) de hogar encuestados presentan dificultades en la vista, enrojecimiento o ardor en los ojos, dolor de cabeza, como producto de la iluminación de la vivienda (66,66%) y viviendas con dimensión y altura de los espacios inaceptables (72,73% y 100%) respectivamente. (ver cuadro N° 22 )

**Cuadro N° 22.** Análisis de conglomerado en dos fases. Caracterización de las viviendas. (Prueba piloto). Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2011.

Variables del Confort		Conglomerado 1	Conglomerado 2
Vivienda con temperatura alta durante el día	Si	43,19%	56,81%
	No	100%	0%
Vivienda con temperatura alta durante la noche	Si	0%	100%
	No	92,10%	7,90%
Viviendas expuestas a vientos dominantes, con predominio de locales con aberturas de entrada y salida	Si	60,78%	39,22%
	No	44,44%	55,56%
Dificultades en la vista, enrojecimiento o ardor de ojos, dolor de cabeza, producto de la iluminación de la vivienda	Si	33,34%	66,66%
	No	62,75%	37,25%
Dimensión de los espacios	Inaceptable	27,27%	72,73%
	Aceptable	65,31%	34,69%
Altura de los espacios	Inaceptable	0%	100%
	Aceptable	64,81%	35,19%

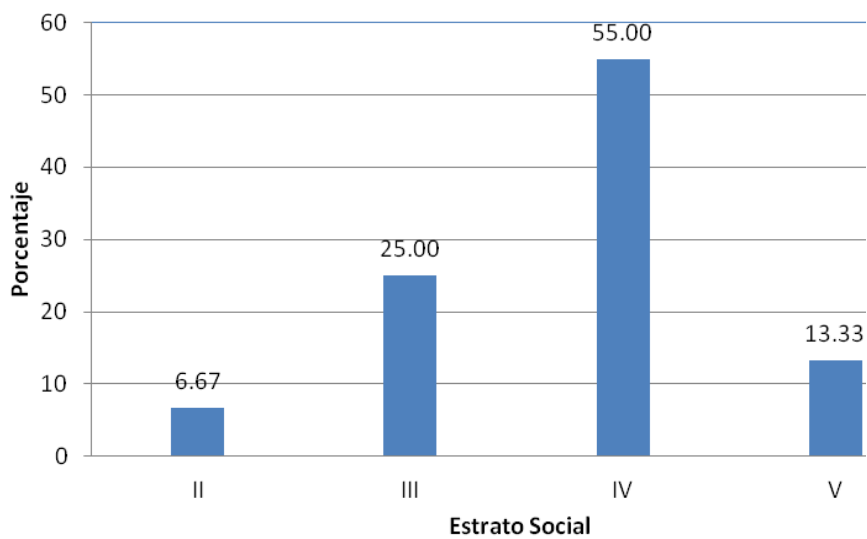
**Fuente:** Encuesta piloto Parroquia San Juan 2011 (Cálculos Propios)

Con respecto a la secciones V, VI y VII (nivel socioeconómico, salud y comunidad) no se presentaron problemas relevantes en el uso del cuestionario, a excepción de la pregunta cinco (5) opción seis (6) el cual mostró ambigüedad por la formulación de la misma, razón por la cual se decidió cambiar su enunciado.

En la sección V nivel socioeconómico, las variables utilizadas por el Método Graffar Modificado (1996), permitieron obtener una buena discriminación de los estratos sociales con los siguientes resultados preliminares:

El 55% de los hogares corresponden al estrato social IV (Nivel Obrero), el 25% al estrato III (Nivel Medio-Bajo), el 13,33% al estrato V (Nivel Marginal) y el 6,67% al estrato II (Nivel Medio-Alto). (ver gráfico N° 14).

**Gráfico N° 14.** Distribución de los Hogares por Estrato Socioeconómico. (Prueba piloto). Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2011



Fuente: Encuesta Piloto San Juan 2010

## Test de Calidad de Vida WHOQOL BREF (OMS).

### Validación y confiabilidad

El test de calidad de vida WHOQOL BREF es un instrumento validado por la OMS en 33 países en medios transculturales, sin embargo, no se encontró validaciones para el caso de Venezuela, razón por la cual la prueba piloto permitió validar dicho instrumento mediante la prueba *Alfa de Cronbach*.

Para realizar dicha validación se entrevistó al jefe(a) del hogar, el cual fue asistido por el encuestador. Por cada vivienda (60) que constituyó la prueba piloto se seleccionó un jefe(a) de hogar de los cuales 60% correspondió al género femenino y 40% al masculino. (ver cuadro N° 23)

**Cuadro N° 23** Distribución por Género Jefe (a) de Hogar (prueba piloto)  
Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2011

Género	Total	%
Masculino	16	40
Femenino	24	60
<i>Total</i>	40	100

**Nota:** se excluyen los no declarado

**Fuente:** Encuesta Piloto San Juan 2011.

De los encuestados el 57,5% declararon tener nivel de instrucción básica (1-9 grado), el 32,5% media diversificada, el 7,5% universitaria y 2,5% sin instrucción. (ver cuadro N° 24)



**Cuadro N° 24.** Distribución por Nivel de Instrucción Jefe (a) de Hogar (prueba piloto) Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2011

<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sin instrucción	1	2,5
Básica (1-9)	23	57,5
Media Diversificada	13	32,5
Universitaria	3	7,5
Total	40	100

Nota: se excluyen los no declarado

**Fuente:** Encuesta Piloto San Juan 2011

Para los efectos de la validación se decidió, que además de las encuestas realizadas en la parroquia San Juan, sumar 72 encuestas aplicadas por el Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, a los estudiantes de medicina del tercer año de carrera. Los análisis fueron ejecutados por dicho centro. Los resultados son los siguientes.

El Test de Calidad de Vida comprende dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general, cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo Likert, y todas ellas producen un perfil de cuatro (04) dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

El análisis de confiabilidad *Alfa de Cronbach*, proporciona valores que cercanos a la unidad, indican que el instrumento es fiable y sus mediciones son estables y consistentes. El análisis se desarrolló tomando en consideración los dominios anteriormente citados, donde cada uno de ellos está conformado por distintos ítems, que proporcionan la varianza de los ítems y la varianza total, con el cual se obtiene el *Alfa de Cronbach* para cada dominio.

Los resultados obtenidos muestran un Alfa de Cronbach de 0,753 para el dominio de Salud Física, de 0,782 para el dominio Salud Psicológica y 0,821 para el dominio ambiente. Dichos valores se encuentran cerca de 0,80 el cual es considerado

un valor aceptable en la confiabilidad de las mediciones de estos dominios. El dominio correspondiente a Relaciones Sociales presentó un Alfa de Cronbach de 0,667. Se puede inferir que los valores de los distintos dominios que conforman el test, se encuentran dentro del rango aceptado que oscila entre 0.60 y 0.90. (ver cuadro N° 25).

**Cuadro N° 25.** Prueba de Confiabilidad Alfa de Cronbach.

Según Dominio (Prueba Piloto). Parroquia San Juan, Municipio Sucre, 2011.

<b>Dominio</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
Salud Física	0,753	7
Psicológica	0,782	6
Relaciones Sociales	0,667	3
Ambiente	0,821	8

**Fuente:** Centro de Investigaciones Psicológicas -ULA (Cálculos Propios)

A continuación se presentan los estadísticos por elemento del Alfa de Cronbach en los distintos dominios.

**DOMINIO SALUD FÍSICA**

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
<b>Pregunta3</b>	22,91	17,195	,102	,809
<b>Pregunta4</b>	22,36	15,818	,328	,753
<b>Pregunta10</b>	22,59	14,533	,620	,693
<b>Pregunta15</b>	22,58	15,260	,444	,728

<b>Pregunta16</b>	22,86	13,815	,569	,699
<b>Pregunta17</b>	22,58	14,127	,688	,679
<b>Pregunta18</b>	22,67	13,623	,684	,674

#### DOMINIO PSICOLÓGICO

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
<b>Pregunta5</b>	19,96	8,143	,631	,721
<b>Pregunta6</b>	19,54	8,527	,619	,726
<b>Pregunta7</b>	20,23	8,735	,598	,732
<b>Pregunta11</b>	19,31	9,662	,437	,770
<b>Pregunta19</b>	19,61	8,048	,736	,694
<b>Pregunta26</b>	19,81	11,089	,167	,822

#### DOMINIO MEDIO AMBIENTE

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
<b>Pregunta8</b>	23,53	20,265	,545	,801
<b>Pregunta9</b>	23,65	19,778	,583	,796
<b>Pregunta12</b>	24,01	19,168	,586	,794

<b>Pregunta13</b>	23,44	19,151	,593	,793
<b>Pregunta14</b>	24,42	22,076	,254	,836
<b>Pregunta23</b>	23,15	18,511	,679	,781
<b>Pregunta24</b>	23,64	17,577	,663	,782
<b>Pregunta25</b>	23,84	19,905	,447	,815

#### **DOMINIO RELACIONES SOCIALES**

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
<b>Pregunta20</b>	7,17	3,465	,523	,535
<b>Pregunta21</b>	7,58	2,572	,451	,658
<b>Pregunta22</b>	7,30	3,380	,508	,545

Con la encuesta piloto se realizaron satisfactoriamente las transformaciones establecidas en los documentos anteriormente señalados, en este sentido, los resultados preliminares muestran para el dominio salud física un promedio de 60,54%, para la salud psicológica 65,42%, relaciones sociales 56,53% y ambiental 49,95%. (ver cuadro N° 26)

**Cuadro N° 26.** Escala Transformada, Mínimo, Máximo,  
Media y Desviación Típica Según Dominio. (Prueba Piloto).  
Parroquia San Juan, Municipio Sucre, estado Mérida, año 2011.

<b>Dominio</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Salud Física	17,86	89,29	60,54	12,47
Salud Psicológica	33,33	91,67	65,42	12,75
Relaciones Sociales	25	100	56,53	18,86
Ambiente	25	84,38	49,95	10,51

**Fuente:** Encuesta piloto Parroquia San Juan 2011 (Cálculos propios)

Es importante señalar, que los resultados presentados son de validación de los instrumentos, así como de los posibles modelos que se pudieran emplear para la caracterización de las viviendas y la transformación de los dominios del test de calidad de vida, se espera que con la expansión de la muestra a 328 viviendas se puedan realizar las comparaciones entre las viviendas caracterizadas y la calidad de vida en los distintos dominios.