

# Calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado en Colombia

*Calidad de vida relacionada con  
la salud en población víctima del  
conflicto armado en Colombia*

JUAN GABRIEL CASTAÑEDA POLANCO  
Corporación Universitaria Minuto de Dios  
Orcid: 0000-0001-7632-7526  
Correo electrónico: jucastaneda@uniminuto.edu

JOSÉ ANTONIO CAMARGO BARRERO  
Pontificia Universidad Javeriana  
Orcid: 0000-0003-3175-1109  
Correo electrónico: jose.camargo@uniminuto.edu.co

WILSON LÓPEZ LÓPEZ  
Pontificia Universidad Javeriana  
Orcid: 0000-0002-2964-0402  
Correo electrónico: lopezw@javeriana.edu.co



---

## Resumen

Este artículo describió la calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado colombiano. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con un diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 265 personas, a las cuales se les aplicó una ficha de datos sociodemográficos y el cuestionario SF-36. Los resultados muestran que el tipo de hecho victimizante que más se presenta es el desplazamiento forzado con un 96,6 %; la mayoría de las víctimas son mujeres, con un 72,1 %, las cuales tienen una menor percepción de calidad de vida en salud en comparación con los hombres. En general, los participantes presentan una baja percepción en la dimensión del rol emocional, mientras que se tiene una buena percepción en la dimensión relacionada con la función social. Los resultados sugieren realizar nuevas investigaciones para profundizar la relación existe entre el rol emocional y la función social, y se diferencie entre población clínica y no clínica.

**Palabras claves:** calidad de vida, calidad de vida en salud, conflicto armado, víctimas.

---

## Abstract

Este artículo describió la calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado colombiano. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con un diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 265 personas, a las cuales se les aplicó una ficha de datos sociodemográficos y el cuestionario SF-36. Los resultados muestran que el tipo de hecho victimizante que más se presenta es el desplazamiento forzado con un 96,6 %, la mayoría de las víctimas son mujeres, con un 72,1 %, las cuales tienen una menor percepción de calidad de vida en salud en comparación con los hombres. En general, los participantes presentan una baja percepción en la dimensión del rol emocional, mientras que se tiene una buena percepción en la dimensión relacionada con la función social. Los resultados sugieren realizar nuevas investigaciones para profundizar la relación existe entre el rol emocional y la función social, y se diferencie entre población clínica y no clínica.

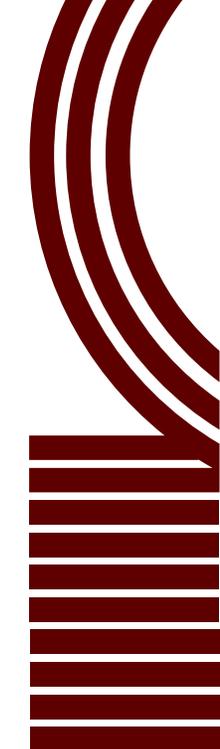
**Keywords:** exclusion, inclusion, young students, plurality, university.

---

**Citación/referenciación:** Castañeda Polanco, J. , Camargo Barrero, J. & López López, W. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado en Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 132-148.

Fecha de recepción: 27 de agosto de 2017

Fecha de aceptación: 30 de abril de 2019



## Introducción

En Colombia, el conflicto armado interno se ha prolongado durante más de cincuenta años y en sus orígenes se encuentran múltiples causas, como la confrontación del Partido Liberal y del Partido Conservador antes de la consolidación del Estado nación, la violencia como garante del poder político, el conflicto agrario de la década de 1920 y la desigualdad socioeconómica, que han derivado en una agudización del conflicto y de los problemas psicosociales y de salud mental en el país (Castañeda y Camargo, 2018; Centro Nacional de Memoria Histórica [CNMH], 2013; Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas, 2015), han aumentado la polarización y el riesgo de confrontación violenta (López, 2016), así como los índices de desplazamiento forzado (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2015).

Por otra parte, esta agudización del conflicto, en un contexto prolongado de confrontación armada, se relaciona con dinámicas complejas como la afectación de la infraestructura física, económica, institucional y psicosocial de un país (López, Pérez y Pineda-Marín, 2016) y se ve reflejado en problemas de salud mental y el bienestar en la población (Castañeda y Camargo, 2018). Estos se prolongan tras la terminación del conflicto, en el periodo conocido como posconflicto, lo que hace necesario la reconstrucción de los tejidos sociales y psicológicos en intervenciones a largo plazo (López et al. , 2016).

La reconstrucción de los tejidos sociales y psicológicos implica un trabajo integral en la atención a las víctimas (Rebolledo y Rondón, 2010), en el que se consideran víctimas, según la normativa colombiana, a aquellas personas o grupos que han sufrido daños como consecuencia de infracciones al derecho internacional humanitario (DIH) a partir del 1 de enero de 1985 derivados del conflicto, así como a las personas que hayan sufrido daño al intervenir para asistir a las víctimas (Ley 1448/2011, de 10 de junio). Con ellas se debe realizar un trabajo individual y colectivo en el proceso de evaluación e intervención a nivel psicosocial, en atención a sus estrategias de afrontamiento y otras variables relacionadas con la forma en que las personas enfrentan las situaciones tensionaste de la vida (Cassullo y Fernández, 2001; Hewitt et al. , 2016), como el conflicto armado interno.

Este panorama del conflicto se complejiza cuando a las condiciones de victimización y a las secuelas de la violencia a nivel individual y colectivo se unen las condiciones de vulneración de los derechos humanos, problema trabajado por

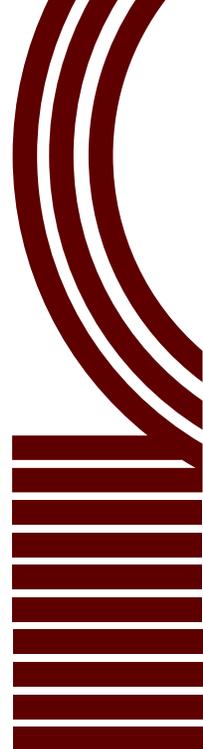
autores como Sen (2000, 2009) y recientemente Fukuda-Parr (2012). Estos concluyen que el derecho al desarrollo individual implica asegurar unas condiciones básicas de nutrición, salud, educación, equidad, justicia y participación política, que suelen ser vulnerados en escenarios de violencia y sin los cuales no se puede garantizar la restauración de los derechos humanos y una óptima calidad de vida.

Al hablar de calidad de vida, se debe considerar que esta se ha estudiado desde mediados del siglo XX, cuando se comenzó a evaluar variables no patológicas referidas a la salud y su relación con la percepción subjetiva de satisfacción y bienestar (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Desde entonces han existido diferentes intentos de conceptualizar y medir la calidad de vida en diferentes contextos y problemas humanos, lo que ha dado lugar a categorizaciones diversas, algunas de las cuales privilegian los aspectos objetivos y otros los subjetivos del concepto.

Por un lado, algunos que privilegiado los aspectos objetivos del concepto han centrado sus mediciones en las condiciones de vida como la salud física, las condiciones de vida y el mundo social y laboral (Hollandsworth, 1988). Por su parte, otros autores se han centrado en aspectos subjetivos de la calidad de vida que no pueden ser contrastados con datos objetivos y contextuales, relacionados con la satisfacción con la vida, la felicidad y el bienestar, y así han privilegiado el mundo interno de la persona y su percepción frente a este (Verdugo, Schalock, Keith & Stancliffe, 2005).

Existen autores que han pretendido integrar las posturas objetiva y subjetiva del constructo de calidad de vida y han enfocado sus mediciones en los aspectos objetivos de las condiciones de vida como la vivienda, la educación y la salud, y los elementos subjetivos relacionados con la satisfacción con la vida y la felicidad, lo que genera una mayor predictividad de calidad de vida (Felce & Perry, 1995).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), además de incluir las dimensiones objetivas y subjetivas de calidad de vida mencionadas, han incluido los valores personales del individuo en su contexto cultural como determinantes de calidad de vida y han hecho énfasis en que el cambio de valores modifica las puntuaciones en satisfacción con la vida y las condiciones de vida (Whoqol Group, 1995). Por su parte, para Smith, Avis & Assman (1999), el constructo de calidad de vida, en sus dimensiones objetiva y subjetiva, están mediadas por la



evaluación cognitiva realizada por la persona y sus juicios de valor y actitudes, lo que se constituye en el elemento comprensivo del constructo que debe ser considerado en cualquier evaluación posible del concepto de *calidad de vida*.

Este hecho deja claro que el concepto de *calidad de vida* no es homogéneo en los aspectos a medir. Sin embargo, se puede hablar de la calidad de vida como un constructo integrador de elementos objetivos relacionados con las condiciones materiales de la persona y su dimensión subjetiva, como la percepción de bienestar, la satisfacción, las expectativas y el grado de felicidad percibida (Vinaccia et al. , 2005; Núñez et al. , 2010).

Desde esta perspectiva, la calidad de vida se entiende como un estado general de satisfacción, derivado del desarrollo de las potencialidades individuales que dependen de aspectos objetivos como el bienestar material y social, y la salud objetivamente medidos y subjetivos como la expresión emocional, la seguridad y la salud percibida (Ardila, 2003; Molina, Sepúlveda, Carmona, Molina y MacGinty, 2016). Aquel, al relacionarse con la salud desde una perspectiva subjetiva, puede entenderse como el nivel de bienestar percibido por las personas en relación con su desenvolvimiento en el medio, y hacer énfasis en el impacto que este tiene en su salud y las mediciones que se realizan a partir de las percepciones subjetivas del propio individuo como el cuestionario de salud SF-36, que evalúa la calidad de vida en salud (Dussán, 2017; Urzúa, 2010).

En consideración a la importancia de la reconstrucción de los tejidos sociales y psicológicos en el trabajo con víctimas del conflicto armado y su relación con la calidad de vida (Fukuda-Parr, 2012; Rebolledo y Rondón, 2010), autores como Vásquez, Echeverri, Moreno, Carrasco, y Ferrel (2018) abordando el apoyo social en víctimas del conflicto armado, identificando que el conflicto afecta significativamente el bienestar psicológico y la calidad de vida en las víctimas en general y se extiende a sus redes de apoyo familiares, comunitarios e institucionales; sin embargo, esta afectación no parece generar mayores dificultades de adaptación en problemáticas derivadas del desplazamiento (Astaiza, 2013).

Sin embargo, según Cepedal (2013), ha sido difícil obtener datos sobre la prevalencia de problemas relacionados con las víctimas del conflicto y sus efectos en la salud general por diferentes factores derivados del conflicto y el territorio, lo que no ha impedido establecer que existen problemas de salud mental que afectan la calidad de vida de las víctimas, que requieren una mayor atención por parte

del Estado y las diferentes entidades encargadas de las políticas públicas y la salud. Desde esta perspectiva, esta investigación tiene como objetivo describir las características de calidad de vida relacionadas con la salud de las víctimas del conflicto armado colombiano que participaron en el estudio por medio del cuestionario de salud SF-36.

## Método

### Diseño

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con un diseño no experimental.

### Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística intencional, constituida por 265 víctimas directas del conflicto armado interno colombiano de la Unidad de Atención y Orientación (UAO) del municipio de Soacha. El rango de edad fue de 18 a 60 años y del total de participantes 191 (72,1 %) fueron mujeres y 74 (27,9 %) hombres. Estos datos se resumen en la tabla 1.

Los criterios de inclusión en la muestra eran ser víctimas directas del conflicto armado interno de Colombia y encontrarse en un rango de edad que oscilara entre los 18 y 60 años. El criterio de exclusión fue presentar discapacidad cognitiva que impidiera el diligenciamiento de los instrumentos empleados en la investigación.

■ **Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra**

		Frecuencia	%
Sexo	Hombre	74	27,9
	Mujer	191	72,1
Estado Civil	Soltero	92	34,7
	Casado	43	16,2
	Divorciado	5	1,9
	Separado	17	6,4
	Viudo	20	7,5
	Unión libre	88	33,2

		Frecuencia	%
Nivel educativo	Ninguno	15	5,7
	Primaria	117	44,2
	Secundaria	106	40,0
	Técnico-tecnológico	24	9,1
	Universitario	3	1,1

Fuente: Elaboración propia.

## Instrumentos

### FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se creó un cuestionario para determinar el tipo de hecho violento del que fueron víctimas como los antecedentes sociodemográficos (edad, nivel educativo, estado civil, etc.) relevantes para la contextualización de la muestra.

### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Instrumento de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) constituido por 36 preguntas sobre aspectos positivos y negativos de la salud. Con una puntuación por dimensión de 0 a 100, de modo que es menos de 50 menor calidad de vida y más de 50 mayor calidad de vida. Se divide en 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; además, presenta un ítem de transición de salud (Alonso, Prieto & Anto, 1995). Fue traducido al español directamente de la versión en inglés por el equipo del proyecto IQOLA (Bullinger et al., 1998). En población colombiana, la evaluación del SF-36 ha presentado una fiabilidad que oscila entre 0,70 y 0,80 (Lugo, García y Gómez, 2006).

### Análisis estadístico

Los datos fueron procesados y analizados a través del programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) y los resultados presentados de forma descriptiva por medio de medidas de tendencia central (media, mediana, moda), además de establecer las frecuencias y percentiles de las variables analizadas.

## Procedimiento

Posterior a la firma del consentimiento informado y la explicación de los objetivos del estudio, se prosiguió a la aplicación de los instrumentos a los diferentes participantes que asisten a la UAO de víctimas del municipio de Soacha. Los cuestionarios fueron autoadministrados con ayuda del entrevistador y tomó un promedio de 15 min su diligenciamiento.

## Consideraciones éticas

Este proyecto cumplió con los estándares éticos del código deontológico que para investigación sigue Colombia.

## Resultados

Los resultados evidencian que el estado civil de mayor frecuencia en la muestra (tabla 1) fue el de solteros con un 34,7 %, seguido de unión libre con un 33,2 % y casados con un 16,2 %. El restante 15,9 % está distribuido entre las otras opciones, de modo que es divorciados el de menor frecuencia con un 1,9 %.

A continuación, en la tabla 2, se presentan las frecuencias y los porcentajes relacionados con los hechos victimizantes presentes en la población objeto del estudio. El 49,4 % afirman haber sido víctimas de atentados terroristas; el 82,6 %, de amenazas; el 21,5 %, de delitos contra la libertad; y el 32,5 %, de desaparición forzada. Por su parte, el 96,6 %, que equivale a 256 sujetos, han manifestado haber sido víctimas de desplazamiento forzado; un 30,6 %, de homicidio; un 23,4 %, de masacres; y un 10,9 %, de minas; el 12,5 %, de secuestro; un 18,5 %, de torturas; el 17,7 %, de vinculación de menores al conflicto. Finalmente, y el 75,5 %, que equivale a 200 sujetos, han manifestado haber sido víctimas de despojo.

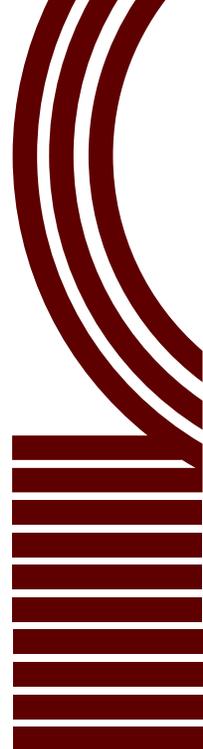
■ **Tabla 2. Hechos victimizantes en la muestra**

Hecho victimizante		Frecuencia	%
Atentados Terroristas	Sí	131	49,4
	No	134	50,6
Amenaza	Sí	219	82,6
	No	46	17,4

Hecho victimizante		Frecuencia	%
Delitos contra la libertad	Sí	57	21,5
	No	208	78,5
Desaparición forzada	Sí	86	32,5
	No	179	67,5
Desplazamiento forzado	Sí	256	96,6
	No	9	3,4
Homicidio	Sí	81	30,6
	No	184	69,4
Masacre	Sí	62	23,4
	No	203	76,6
Minas	Sí	29	10,9
	No	236	89,1
Secuestro	Sí	33	12,5
	No	232	87,5
Tortura	Sí	49	18,5
	No	216	81,5
Vinculación de menores	Sí	47	17,7
	No	218	82,3
Despojo y abandono	Sí	200	75,5
	No	65	24,5

Fuente: Elaboración propia.

En relación con las puntuaciones en las dimensiones del cuestionario de salud SF-36, en el análisis de medias se pudo identificar que (tabla 3) las puntuaciones más bajas se encuentran en vitalidad con un 49,94 %, en salud general con un 48,15 % y en rol emocional con un 48,05 %, de modo que son las puntuaciones más altas las relacionadas con función social con un 69,73 %, función física con un 63,02 % y salud mental con un 57,78 %. El análisis de percentiles muestra que el rol emocional, el rol físico, la vitalidad, la salud general y la función física presentan menores puntuaciones en los primeros 25 puntos en una escala de 3 medidas.



■ **Tabla 3. Medias en las puntuaciones de las dimensiones del SF-36**

Dimensiones del SF-36	Media	Mediana	Moda	Percentiles		
				25	50	75
Función física	63,02	70,00	100	35,00	70,00	95,00
Rol físico	51,51	50,00	100	0,00	50,00	100,00
Dolor físico	52,40	50,00	100	22,50	50,00	80,00
Salud general	48,15	50,00	45	32,50	50,00	65,00
Vitalidad	49,94	50,00	48	31,25	50,00	70,00
Función social	69,73	75,00	100	50,00	75,00	100,00
Rol emocional	48,05	33,33	0	0,00	33,33	100,00
Salud mental	57,78	56,00	56	40,00	56,00	80,00

Fuente: Elaboración propia.

Al realizar un análisis de media por sexo (tabla 4), se evidencian diferencias entre hombres y mujeres, de modo que son los más significativos los relacionados con el rol físico, el dolor físico y la salud mental. En general, las mujeres presentan menores puntuaciones en las 8 dimensiones del cuestionario.

■ **Tabla 4. Diferencias por sexo en las dimensiones del SF-36**

Sexo	Hombre		Mujer	
	Media	N	Media	N
Función física	68,78	74	60,79	191
Rol físico	60,81	74	47,91	191
Dolor físico	60,07	74	49,42	191
Salud general	53,45	74	46,10	191
Vitalidad	55,34	74	47,85	191
Función social	71,93	74	68,87	191
Rol emocional	52,25	74	46,42	191
Salud mental	62,27	74	56,04	191

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de medias por nivel educativo (tabla 5) muestra que las puntuaciones más altas están asociadas al nivel de educación secundaria y técnico, y las puntuaciones más bajas se registran en el nivel de educación universitaria.

■ **Tabla 5. Diferencias por nivel educativo en las dimensiones del SF-36**

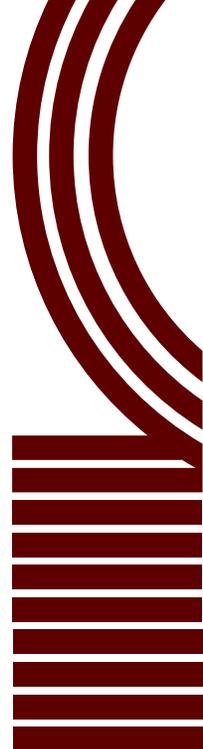
Nivel educativo	Ninguno		Primaria		Secundaria		Técnico- tecnológico		Universitario	
	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N
Función física	34,33	15	57,14	117	71,18	106	77,08	24	35,00	3
Rol físico	33,33	15	42,52	117	61,32	106	69,79	24	0,00	3
Dolor físico	29,83	15	47,71	117	60,64	106	58,13	24	10,83	3
Salud general	29,33	15	46,79	117	50,00	106	56,46	24	63,33	3
Vitalidad	36,50	15	45,96	117	55,77	106	52,60	24	45,00	3
Función social	70,33	15	68,33	117	70,54	106	72,08	24	73,33	3
Rol emocional	31,11	15	40,46	117	58,81	106	50,00	24	33,33	3
Salud mental	48,27	15	54,80	117	61,58	106	63,67	24	40,00	3

Fuente: Elaboración propia.

En relación con el análisis por estado civil (tabla 6), los casados presentan la media más alta en función social con un 75,23 % y los divorciados las más bajas en rol físico con un 30 %, mientras que el dolor físico presenta un 24,50 %, la salud general un 33 %, y el rol emocional un 26,67 %.

■ **Tabla 6. Diferencias por estado civil en las dimensiones del SF-36**

Estado civil	Soltero		Casado		Divorciado		Separado		Viudo		Unión libre	
	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N
Función física	68,21	92	56,40	43	55,00	5	62,35	17	52,25	20	63,86	88
Rol físico	52,99	92	44,19	43	30,00	5	52,94	17	37,50	20	57,67	88
Dolor físico	53,56	92	52,56	43	24,50	5	40,88	17	47,00	20	56,14	88
Salud general	48,70	92	43,95	43	33,00	5	49,71	17	47,25	20	50,40	88
Vitalidad	52,76	92	50,06	43	47,00	5	43,97	17	42,06	20	50,04	88



Estado civil	Soltero		Casado		Divorciado		Separado		Viudo		Unión libre	
	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N
Función social	73,42	92	75,23	43	65,00	5	66,03	17	58,38	20	66,73	88
Rol emocional	48,55	92	54,26	43	26,67	5	29,41	17	38,33	20	51,52	88
Salud mental	57,48	92	62,05	43	44,00	5	47,53	17	52,00	20	60,09	88

Fuente: Elaboración propia.

## Discusión

Las dificultades históricas del conflicto armado interno colombiano han derivado en que se tengan registradas más de ocho millones de víctimas a 2017 según la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Sin embargo, son pocos los estudios que cuentan con una alta participación de víctimas, por lo que toma suma importancia haber realizado esta investigación que tenía como objetivo describir la calidad de vida relacionada con la salud en población víctima del conflicto armado interno en Colombia de la UAO de Soacha.

La muestra final estuvo constituida por 265 participantes, de los cuales la mayoría fueron mujeres con un 72,1 %. En relación con el objetivo del estudio, se efectuó un análisis comparativo de medias en torno a la calidad de vida de hombres y mujeres según cada uno de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36, tras lo cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, en cada una de las dimensiones las puntuaciones evidenciaron que los hombres cuentan con mejores niveles de calidad de vida en salud en comparación con las mujeres.

En cuanto al estado civil de los participantes, tampoco se presentan diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, algunos aspectos fueron constantes al hacer los análisis por cada una de las dimensiones según su estado civil; por ejemplo, ser viudo genera una percepción menor de calidad de vida en salud, mientras que estar en unión libre o soltero les genera una mejor percepción de salud a las víctimas.

El nivel de estudios de las víctimas participantes varía desde no tener ninguno hasta estudios profesionales. Las víctimas sin ningún nivel de formación repor-

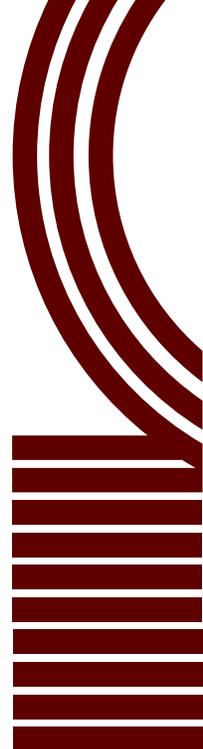
taron bajos niveles de calidad de vida en salud en comparación con los demás. Es importante realizar un análisis detallado de las víctimas con nivel de formación profesional, puesto que se perciben muy bien en función social y en vitalidad, pero no muy bien en salud mental, función física, rol físico y dolor físico. Es necesario ampliar la muestra de víctimas profesionales para poder profundizar en su estado y percepción en calidad de vida en salud.

Con referencia a los hechos victimizantes, se estableció que el desplazamiento forzado fue el más frecuente con un 96,6 %, lo cual confirma los resultados encontrados de la *Encuesta nacional de salud mental 2015* (ENSM 2015), en la cual se estableció que el mayor hecho victimizante relacionado con el conflicto armado interno era el desplazamiento forzado con un 18,7 % (MinSalud, 2015). En ninguno de los hechos victimizantes se encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación con las dimensiones de calidad de vida en salud; sin embargo, no haber sido víctima de hechos victimizantes siempre se traduce en una mejor percepción de calidad de vida en cada una de las dimensiones del SF-36.

Respecto de las dimensiones del cuestionario de salud SF-36 que miden calidad de vida en salud, se destaca el rol físico y el rol emocional, los cuales presentan puntuaciones que evidencian problemas relacionados con aspectos físicos y emocionales que afectan su desenvolvimiento diario. Y se acentúa la función social como una de mayor puntuación en la muestra, lo que deja en evidencia que una alta puntuación en el desenvolvimiento no está relacionada con una mejor expresión emocional; contrario a lo que las teorías del afrontamiento al estrés sugieren, ya que, según la literatura, a mayor desenvolvimiento social, mejora la expresión emocional, debido al apoyo social percibido por las personas como parte de sus estrategias de afrontamiento (Casullo y Fernández, 2001).

La dificultad evidenciada en la muestra en torno al rol emocional podría estar referida a la habitual utilización de la evitación emocional como estrategia de afrontamiento, la falta de atención psicosocial y rehabilitación en la población víctima del conflicto, lo cual explicaría por qué, a pesar de percibir un desenvolvimiento social alto, no mejora su expresión emocional (Hewitt et al. , 2016). Sin embargo, este estudio no permite llegar a tal conclusión, por lo que se deben realizar futuras investigaciones que establezcan tales relaciones.

Por otra parte, las puntuaciones altas en la función social dejan en evidencia que la muestra no presenta mayores dificultades de interacción con la comunidad,



como sí puede haber sido evidenciado en otros estudios, en los cuales este segmento poblacional presenta problemas de interacción con sus pares y la comunidad de referencia (Astaiza, 2013).

Entre las limitaciones del estudio, se encuentra el tipo de muestreo que fue no probabilístico, lo que dificulta la generalización de los resultados a la población víctima del conflicto que presenta las mismas características de la muestra. Por otra parte, la no distinción entre personas con problemas clínicos de las que no permite determinar si las puntuaciones en calidad de vida están relacionadas directamente con el hecho de ser víctima del conflicto o son producto de una patología de base.

En investigaciones futuras, convendría realizar estudios que diferencien población clínica de la no clínica, lo que permitiría establecer el grado de afectación psicopatológica en las víctimas y, a su vez, ampliaría el alcance clínico que pudiera establecerse derivado de esta diferenciación, para diseñar guías de intervención acordes con las necesidades poblacionales.

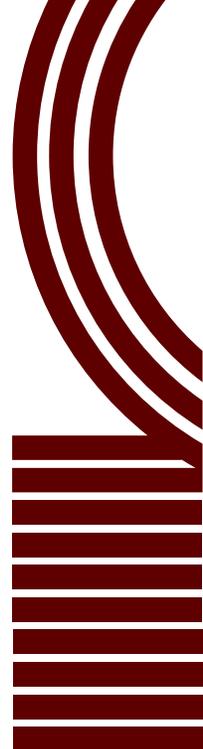
Por otra parte, se deben realizar estudios que permitan el esclarecimiento de la relación existente entre los problemas emocionales derivados de la salud y el nivel de desenvolvimiento social presentes en esta población, lo que a su vez beneficiará la generación e implementación de programas de promoción y prevención de la calidad de vida en población víctima del conflicto.

Asimismo, en el proceso de reconciliación y paz, es necesario esclarecer la relación que la calidad de vida tiene con otras variables como el perdón, para establecer su relación con las víctimas y su importancia para la salud mental y la reconciliación entre las diferentes partes involucradas en del conflicto.

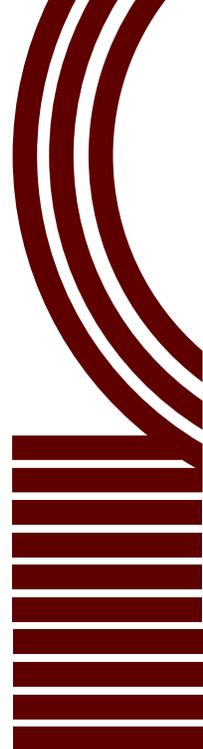
En conclusión, se puede afirmar que, en cuanto a la calidad de vida en la salud, no se encontraron diferencias estadísticas significativas en la población trabajada, aunque los hombres presentan mejores puntuaciones en calidad de vida que las mujeres. En la muestra, se pudo evidenciar una baja percepción en rol emocional y un alta en función social.

## Referencias

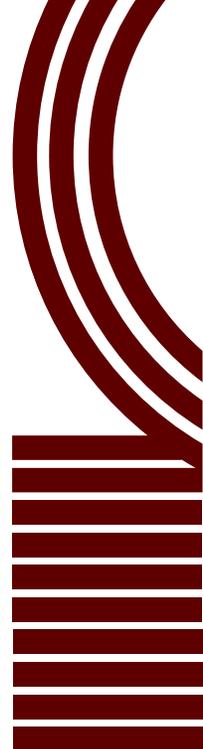
- Alonso, J., Prieto, L. & Anto, J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.



- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Astaiza Arias, G. M. (2013). *Dinámicas sociales, calidad de vida y salud en desplazados por la violencia del 2007 al 2010 en Neiva, Huila* (Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/44120/>
- Bullinger, M. , Alonso, J. , Apolone, G. , Leplège, A. , Sullivan, M. , Wood-Dauphinee, S. ... Fukuhara, S. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 913-923. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00082-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00082-1)
- Cano, E. , Quiceno, J. , Vinaccia, S. , Gaviria, A. M. , Tobón, S. y Sandín, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 13, 11-32. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750307.pdf>
- Castañeda Polanco, J. G. y Camargo Barrero, J. A. (Comps.). (2018). *Conflicto armado y salud mental: una mirada al conflicto colombiano*. Bogotá, Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Castañeda-Polanco, J. G. y Camargo-Barreto, J. A. (2018). Salud mental en población víctima del conflicto armado en Colombia. *I+D Revista de Investigaciones*, 12(2), 19-26. <https://doi.org/10.33304/revinv.v12n2-2018002>
- Casullo, M. M. y Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones*, 6(1), 25-49.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). ¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad. Bogotá, Colombia: Autor. Recuperado de <http://www.centrode-memoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/descargas.html>
- Cepedal Rodríguez, L. (2013). *Impacto sobre la salud mental de los conflictos bélicos* (Tesis de maestría, Universidad de Oviedo, Oviedo, España). Recuperado de <http://digi-buo.uniovi.es/dspace/handle/10651/17313>
- Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. (2015). *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia*. Recuperado de <https://www.alainet.org/es/active/80786>
- Defensoría del Pueblo. (2015). *Informe defensoría desplazamiento forzado de los departamentos de la región andina*. Bogotá, Colombia: Autor. Recuperado de [http://www.defensoria.gov.co/attachment/1194/Informe %20defensorial %20desplazamiento %20forzado %20departamentos %20Regio %CC %8In %20Andina %20 %202015.pdf](http://www.defensoria.gov.co/attachment/1194/Informe%20defensorial%20desplazamiento%20forzado%20departamentos%20Regio%CC%8In%20Andina%20%202015.pdf)
- Dussán Torres, G. A. (2017). La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con degeneración macular asociada con la edad. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 15(1), 27-35. <https://doi.org/10.19052/sv.3999>
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)



- Firchow, P. (2013). Must our communities bleed to receive social services? Development projects and collective reparations schemes in Colombia. *Journal of Peacebuilding & Development*, 8(3), 50-63. <https://doi.org/10.1080/15423166.2013.863689>
- Firchow, P. & Mac Ginty, R. (2013). Reparations and peacebuilding: Issues and controversies. *Human Rights Review*, 14(3), 231-239. <https://doi.org/10.1007/s12142-013-0275-1>
- Fukuda-Parr, S. (2012). The right to development: Reframing a new discourse for the twenty-first century. *Social Research: An International Quarterly*, 79(4), 839-864.
- Ley 1448/2011, de 10 de junio, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, núm. 48096 (2011).
- Lugo, L. H. , García, H. I. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf?fbclid=IwAR3mafylJZXM>
- Hewitt Ramírez, N. , Juárez, F. , Parada Baños, A. J. , Guerrero Luzardo, J. , Romero Chávez, Y. M. , Salgado Castilla, A. M. y Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5403371>
- Hollandsworth Jr, J. G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update. *Social Science & Medicine*, 26(4), 425-434. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90311-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90311-5)
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. Nueva York, EE. UU.: Springer.
- López López, W. (2016). La reconstrucción psicológica y social: una prioridad de corto, mediano y largo plazo para el futuro de la paz en Colombia. En G. Eljach Pacheco, J. D. Castrillón Orrego y G. F. Niño Contreras (Comps.), *La paz el derecho de la democracia: elementos de análisis frente a los desafíos del legislador en la implementación del acuerdo final de paz en Colombia*. (pp. 149-156). Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.
- López López, W. , Pérez Durán, C. y Pineda-Marín, C. (2016). Relación entre el perdón, la reconciliación y la salud mental de las víctimas de la violencia socio-política. *Revista de Victimología*, 3, 141-159. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5774185>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta nacional de salud mental*. Recuperado de [www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)
- Molina, R. , Sepúlveda, R. , Carmona, R. , Molina, T. y Mac-Ginty, S. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios de primer año. *Revista Chilena de Salud Pública*, 20(2), 101-112. DOI: 10.5354/0719-5281.2016.44928



- Rebolledo, O. y Rondón, L. (2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. *Revista de Estudios Sociales*, 36, 40-50. <https://doi.org/10.7440/res36.2010.04>
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona, España: Planeta.
- Sen, A. (2009). *El valor de la democracia*. Madrid, España: El Viejo Topo.
- Smith, K. W., Avis, N. E. & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8(5), 447-459. <https://doi.org/10.1023/A:1008928518577>
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHO-QOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vásquez, J., Echeverri, M., Moreno, J., Carrasco, N. y Ferrel, L. (2018). El apoyo social percibido por las víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 18(2). 362-373. <http://dx.doi.org/10.21500/16578031.3387>
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D. & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x>
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R. E., Vásquez, A., Contreras, F. ... Sandin, B. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23(2), 65-74. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523207.pdf>