

# CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS QUE PERTENECEN AL PROGRAMA NACIONAL DE DESMOVILIZACIÓN Y REINCORPORACIÓN A LA VIDA CIVIL EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.<sup>1</sup>

Life Quality in Subjects Who Belong to the National Program of Demobilization and Reintegration to the Civil Life in the State of Quindio

Recibido: Octubre 10 de 2009 – Revisado: abril de 2010 – Aceptado: Junio de 2010

Por: **Julia Raquel Meneses Ariza,<sup>2</sup>**  
**Deisy Viviana Cardona Duque,<sup>3</sup>**  
**Marlly Andrea Devia Arias.<sup>4</sup>**

## RESUMEN

El presente es un estudio de tipo descriptivo-transversal, cuyo objetivo es identificar la calidad de vida en sujetos pertenecientes al Programa Nacional de Desmovilización y Reincorporación a la Vida Civil (PNDRVC), en el Departamento del Quindío. La población objeto de este estudio es de 200 sujetos asistentes al Programa para la Reintegración Social y Económica (PRSE) en la ciudad de Armenia, de la cual se seleccionó una muestra de 23 participantes (2 mujeres y 21 hombres), a quienes se les aplicó un autoinforme con formato de respuesta tipo likert, diseñado para evaluar la calidad de vida. Los resultados muestran la presencia de un nivel medio-alto de calidad de vida en las áreas física, psicológica y social. Se identificaron puntajes altos en proyección y utilidad, la percepción de cansancio, preocupación por problemas físicos, temor al pensar en la muerte y conflictos con personas cercanas; se reportaron puntajes bajos relacionados con el ejercicio físico y percepción de los ingresos económicos, aspectos que requiere investigación posterior.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, desmovilizados, reinsertados.

## ABSTRACT

This current research is a descriptive-transversal type of study whose objective is to identify the life quality in subjects who belong to the National Program of Demobilization and Reintegration to the Civil Life (PNDRVC) in the State of Quindio. The target population in this study comprises 200 subjects who attend the Program for the Social and Economic Reintegration (PRSE) in the city of Armenia, from which a sample of 23 participants was chosen (2 women and 21 men), who were given a self-report with a Likert type of answer, designed to assess the life quality. The results show the presence of a medium-high level of life quality in the physical, psychological and social areas. High scores in projection and usefulness, perception of tiredness, preoccupation with physical problems, fear of thinking about death and conflict with close people, were identified. Low scores relating to the physical exercise and perception of economic income were reported, these are issues which require further research.

**Key Word:** life quality, demobilized people and reintegrated people.

## **Introducción**

Una de las problemáticas sociales colombianas más relevantes en las últimas décadas, es sin lugar a dudas el conflicto armado y todas sus implicaciones, no sólo a nivel económico y jurídico, sino a nivel psicológico y sociocultural. Dentro de este contexto, se ha dado preponderancia a estrategias que proporcionan soluciones efectivas a las personas involucradas; es allí donde se originan los programas de desmovilización y reinserción, en los cuales se busca la reintegración social y el mejoramiento de la calidad de vida (Ministerio del Interior y Justicia y Policía Nacional de Colombia, 2005). Por estos motivos se hace necesario indagar acerca de esta situación, especialmente desde el punto de vista psicológico, el cual hace hincapié en la evaluación objetiva y subjetiva del bienestar. Este es un ámbito de acción para la psicología de la Salud, pues: “estudia el comportamiento humano en relación con los estados de salud-enfermedad, la percepción de los mismos y la calidad de vida cuando éstos son deficitarios” (Padilla y Ramírez, 2001); incluyendo además la promoción y mantenimiento de la salud, que desde el punto de vista subjetivo se relaciona con la capacidad de funcionamiento personal (Oblitas, 2004). El nacimiento de esta rama de la psicología se ubica en los avances de la medicina y la farmacoterapia, poniendo de relieve la salud en su sentido más amplio de bienestar físico y psicológico, pues no depende solamente de lo que el sujeto tiene o no, sino de lo que hace o deja de hacer. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998)

En este campo de la psicología se ha creado una conceptualización holística de la salud y la enfermedad desde un modelo biopsicosocial, en el que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva “la salud deja de ser simplemente la ausencia de patología, para ser definida en forma más inclusiva, como la armonía y bienestar de las personas en sus aspectos biológicos, cognoscitivos, afectivos y conductuales, abarcando la vida personal, familiar y social, convirtiéndose en un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo” (Padilla y Ramírez, 2001).

Así mismo, el ser humano se constituye en un sistema individual en relación con el mundo que le rodea, ya que parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social y a través de su comportamiento interactúa con él. De este modo, se puede considerar que la salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante, pues continuamente el hombre sufre

---

1 El presente artículo es resultado de la investigación “Calidad de vida en sujetos que pertenecen al programa nacional de desmovilización y reincorporación a la vida civil en el departamento del Quindío” realizado en la Universidad de San Buenaventura Medellín sede - Quindío.

2 Lic. Psicopedagogía, Universidad Pedagógica Nacional; Mg. En estructuras y procesos de aprendizaje, Universidad Externado de Colombia. Diplomado en investigación y Docencia Universitaria, Universidad Antonio Nariño. Docente Universidad de San Buenaventura, jmeneses1@hotmail.com

3 joven investigadora Psicología. Universidad de San Buenaventura, dei-vi@hotmail.com

4 joven investigadora Psicología. Universidad de San Buenaventura, marllydevia@hotmail.com

alteraciones en su medio interno, físico, psicológico y en sus relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de sus esquemas internos (Labiano, M. 2004). En conclusión, ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar, apareciendo el concepto de calidad de vida como un aspecto relevante que influye en el significado que le da el ser humano a la vida (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000, retomados por Oblitas, 2004).

La calidad de vida está en función de cómo el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y factores ambientales (OMS, 1998). Este concepto ha presentado variaciones a lo largo del tiempo: primero, el término se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene pública, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Robles García, R., 2003).

Igualmente, el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de la salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Levi y Anderson, 1980). Del mismo modo, se entiende la calidad de vida como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Desde esta perspectiva, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, se considera primordial la percepción y evaluación del bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de la misma (Lawton, et. al, 1982).

Ardila (2003), afirma desde una perspectiva integradora que la calidad de vida es un estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona, una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social que incluye la intimidad, expresión emocional, productividad personal, seguridad y salud percibida. Implica también aspectos objetivos como el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y la salud objetivamente considerada. En síntesis, la calidad de vida se puede ver como el estado general de bienestar económico, psicológico, físico y social, y su congruencia con la percepción que el sujeto tiene de la misma (Padilla y Ramírez, 2001).

A partir de esta definición se diferencian dos niveles determinantes de la calidad de vida: el objetivo y el subjetivo. Esta es una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse diferentes formas de medición, el nivel objetivo se refiere a indicadores Biológicas, económicos, psicológicos y sociales, relacionados con las experiencias de las personas y en el

nivel subjetivo se tiene en cuenta la percepción del sujeto en relación con su estado de satisfacción y felicidad, están presentes en la sociedad y se asocian con condiciones biológicas, psicológicas, conductuales y sociales, donde tiene peso la vivencia que el sujeto puede tener de sí mismo (Fernández, 1994). Esta diferenciación es de gran importancia debido a que bajo este término se concibe la calidad de vida de una manera integral, teniendo en cuenta que el individuo está afectado por diferentes aspectos ambientales y que éstos en su conjunto, determinan su calidad de vida e influyen en la percepción que se forma acerca de la misma.

La calidad de vida abarca algunas áreas que se constituyen en unidades de análisis: la física, psicológica y social.

El área física engloba aspectos como la nutrición, el ejercicio físico, la calidad ambiental (Oblitas, 2004); sensaciones de dolor y malestar, energía-fatiga, sueño y descanso (Boladeras et al. 2000). El área psicológica se centra en la dimensión subjetiva cognitivo-emocional, donde cada individuo conceptualiza un suceso en particular, maximizando, minimizando o excluyendo elementos del mismo, evaluando si una situación es placentera, neutral o nociva (Beck, 1993).

En el área social se incluyen las relaciones interpersonales, experimentar y expresar los propios sentimientos, cometer errores, sentirse a gusto consigo mismo, la igualdad, los derechos básicos (Oblitas, 2004), la adaptación personal, las interacciones sociales, el ajuste ambiental (Menéndez y San José, 2001); el ambiente familiar, los recursos económicos, las actividades de ocio y el apoyo social (Boladeras et al., 2000); este último entendido por Vallejo, J. (2000) como los mecanismos por los que las relaciones interpersonales protegen a las personas del efecto deletéreo de algunas situaciones ambientales. Es así como según Ryff y Singer (1996), “un componente fundamental de la calidad de vida de las personas, es la capacidad de mantener relaciones positivas con los demás, el desarrollo de fuertes sentimientos de empatía y afecto por otros seres humanos y lograr un sentimiento de intimidad...”.

Por otro lado, cabe señalar que el Programa Nacional de Desmovilización y Reincorporación a la Vida Civil fue creado en 1999 por la Presidencia de la República, con el propósito de permitir la desmovilización de manera individual a miembros de organizaciones armadas ilegales (Ministerio de Defensa Nacional, 2008), haciéndose partícipes de capacitaciones en temas como convivencia y seguridad ciudadana, derechos humanos, derechos fundamentales, derechos sociales, derechos del medio ambiente, cultura de la legalidad, normas legales y comunicación oral y escrita, como componente fundamental de la reincorporación a la vida civil (Ministerio del Interior y Justicia y Policía Nacional de Colombia, 2005).

## **METODOLOGÍA**

### **Objetivo General:**

Describir la calidad de vida en sujetos que pertenecen al Programa Nacional de Desmovilización y Reincorporación a la Vida Civil, en el Departamento del Quindío.

La presente investigación se realizó un estudio de corte cuantitativo-descriptivo con un diseño transversal. Los participantes fueron determinados por autoselección, y los cuales pertenecían al Programa Nacional de Reincorporación a la vida Civil en el departamento del Quindío.

El proceso de investigación se realizó contando con una población de 200 sujetos, seleccionando una muestra de 23 asistentes regulares a los Programas para la Reintegración Social y Económica, dirigidos por la Alta Consejería de la Presidencia de la República en compañía de la Policía Nacional, en la ciudad de Armenia, quienes se encontraban realizando estudios de validación de bachillerato en una Institución Educativa pública. Se aplicó un Cuestionario de Calidad de Vida a 2 mujeres y 21 hombres adultos, provenientes de diferentes lugares de Colombia y diversos grupos ilegales alzados en armas como las Fuerzas Revolucionarias de Colombia- Ejército del Pueblo (FARC-EP), Ejército de Liberación Nacional (ELN) y las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), pues debido a cuestiones de seguridad y protección de identidad se trasladan de su lugar de origen, razón por la cual la muestra poblacional estaba conformada por individuos reinsertados (Personas que se entregaron de forma individual) y desmovilizados (Personas que hicieron dejación de las armas colectivamente).

El cuestionario fue aplicado por personas expertas (psicólogo y equipo de investigación), a los sujetos seleccionados, quienes se encontraban en jornada académica en una Institución pública de la ciudad de Armenia; este proceso se llevó a cabo de manera colectiva contando con el acompañamiento de funcionarios de la Policía Nacional.

El instrumento utilizado evalúa la calidad de vida de manera autoinformada, teniendo en cuenta las áreas física, psicológica y social; está dividido en tres partes y consta de 51 ítems que se responden en una escala tipo Likert con opciones de "siempre", "casi siempre", "algunas veces", "casi nunca" y "nunca", cuyas afirmaciones dan cuenta de aspectos objetivos y percepciones subjetivas de la calidad de vida. Cada respuesta es calificada con puntajes de 1 a 5 lo cual les otorga un carácter negativo o positivo, respectivamente; lo positivo es lo que más se acerca a una mejor calidad de vida y lo negativo lo que más se aleja. Los ítems fueron elaborados con base en un marco teórico integrador acerca de la calidad de vida y se sometieron a juicio de expertos.

Las tres áreas de la calidad de vida se valoraron, por medio de diferentes indicadores (Tabla 1):

CALIDAD DE VIDA	INDICADORES ÁREA FISICA	ÍTEMS
Nivel subjetivo	a. Percepción del estado de salud.	1, 2,
	b. Preocupación por problemas físicos.	11
	c. Percepción de cansancio físico.	7, 9
Nivel objetivo	a. Limitaciones físicas.	3, 7
	b. Hábitos de autocuidado.	4
	c. Alimentación.	5, 8
	d. Actividad física.	6
	e. Hábitos de descanso.	10
INDICADORES: ÁREA PSICOLÓGICA		ÍTEMS
Nivel subjetivo	a. Sentimientos de utilidad e importancia.	1, 2, 17, 20
	b. Proyección a futuro.	2, 3, 6
	c. Estado de satisfacción.	4, 5, 8, 9
	d. Preocupación.	7, 11, 18, 19
	e. Grado de dependencia emocional.	16
	f. Sensación de felicidad.	10
	g. Relaciones interpersonales.	12, 13, 14, 15, 21
INDICADORES: ÁREA SOCIAL		ÍTEMS
	a. Relaciones sociales en general y apoyo social.	1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18.
	b. Conflictos sociales.	7, 8, 16
	c. Actividades de ocio.	4, 9, 15
	d. Satisfacción laboral.	6, 14
Subárea económica		ÍTEMS
Nivel objetivo	a. Solvencia económica.	3
Nivel subjetivo	b. Percepción de los ingresos económicos.	19

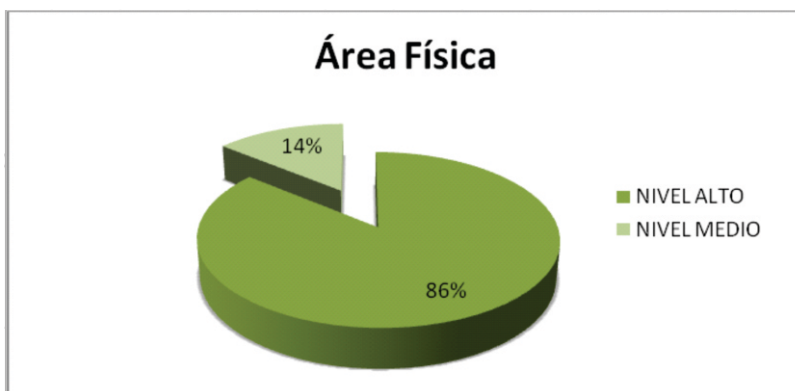
Partiendo de lo anterior se espera que cada una de éstas áreas arroje un puntaje que permita interpretar y describir la calidad de vida:

ÁREA	NÚMERO DE ÍTEMS	PUNTUAJE
Física	11	Alto: 37-55 Medio: 18-36 Bajo: 0-17
Psicológica	21	Alto: 71-105 Medio: 35-70 Bajo: 0-34
Social	17	Alto: 63-95 Medio: 31-62 Bajo: 0-30
Subárea económica	2	

## RESULTADOS

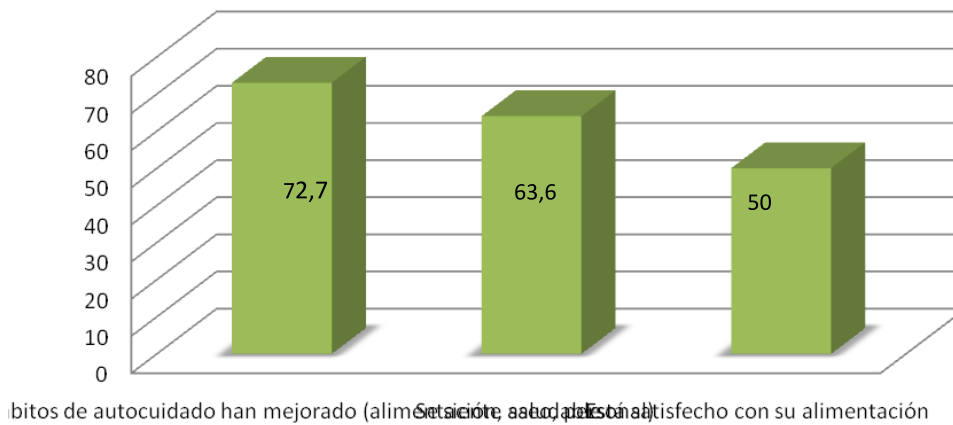
A continuación se describen los resultados de la calidad de vida física, psicológica y social, y los puntajes más altos y más bajos en cada ítem que compone cada una de estas áreas, los cuales se acercan o se alejan del concepto de calidad de vida, respectivamente.

**Grafico 1.** Calidad de vida en el área física



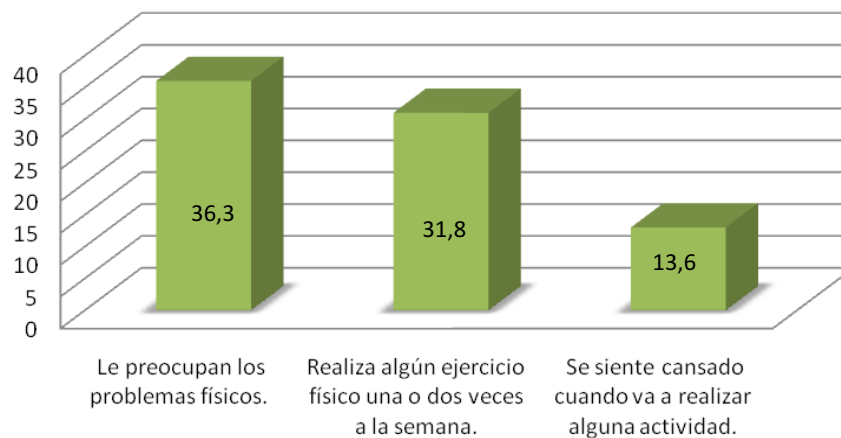
Se puede apreciar que el 86% de los sujetos que pertenecen al Programa de Desmovilización, obtuvieron puntuaciones altas de calidad de vida en el área física y el 14% de ellos un puntaje medio, de acuerdo con sus respuestas en el cuestionario aplicado.

### Grafico 2. Puntuaciones altas en el área física



En esta grafica se aprecia los porcentajes más altos de respuestas positivas frente a la calidad de vida, realizando un análisis de los resultados obtenidos en cada ítem del área física. Se encontró que la mayoría de los sujetos creen que sus hábitos de autocuidado han mejorado (72,7%), se sienten saludables (63,6%) y afirman estar satisfechos con su alimentación (50%).

### Grafico 3. Puntuaciones bajas en el área física





Por el contrario, se encuentran puntajes bajos en ítems que indican que a algunos de estos sujetos les preocupa los problemas físicos, realizan poco ejercicio físico y se sienten cansados cuando van a realizar alguna actividad. Los cuales indican la ausencia de hábitos saludables que podrían estar asociados a la percepción de alteraciones en la salud física.

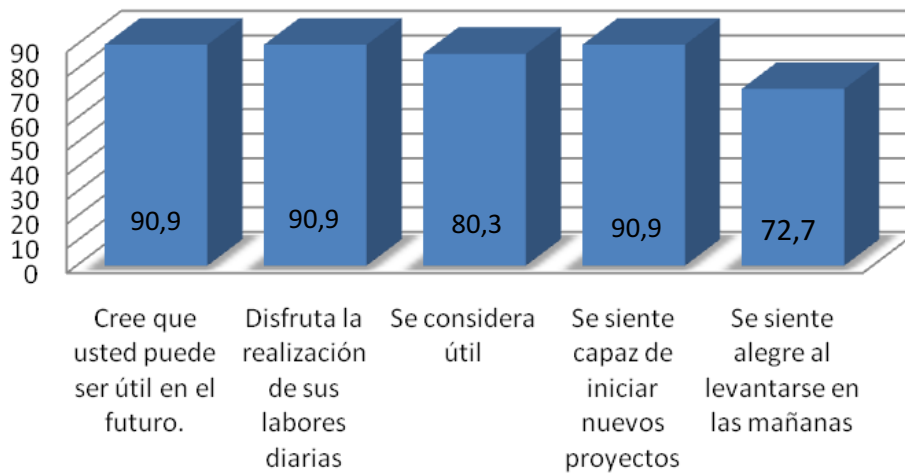
**Gráfico 4.** Calidad de vida en el área psicológica.



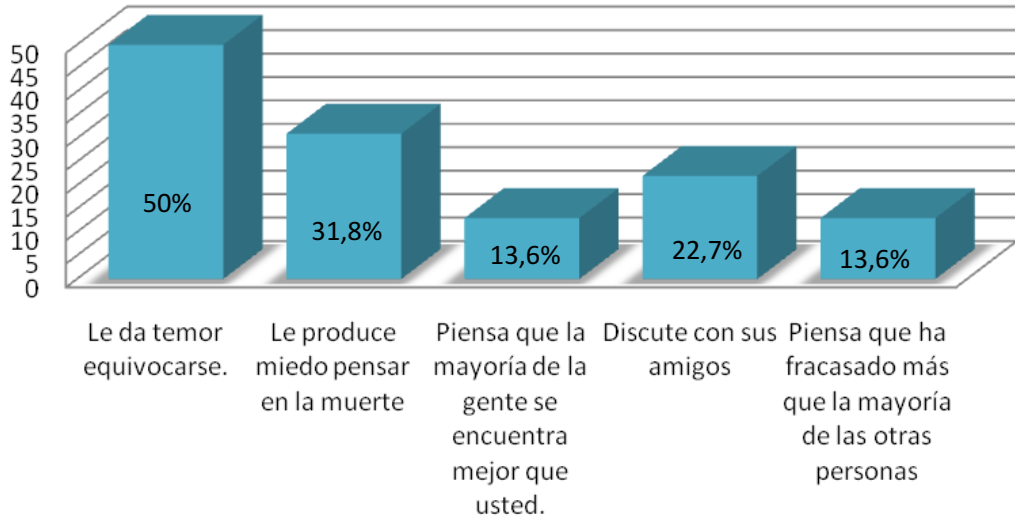
El gráfico muestra que el 91% de los sujetos estudiados presenta un puntaje alto de calidad de vida en el área psicológica y el 9% de ellos un puntaje medio, demostrándose que la mayoría de sus respuestas corresponden a percepciones que se acercan a una buena calidad de vida.

Es importante señalar que los puntajes más altos descritos en las siguientes gráficas, indican que la mayoría de los participantes tienen sentimientos de utilidad e importancia, proyección al futuro y sensación de felicidad, pues las respuestas positivas a estos ítems oscilaron entre el 70% y 90% de los sujetos.

**Gráfico 5.** Puntuaciones altas en el área psicológica

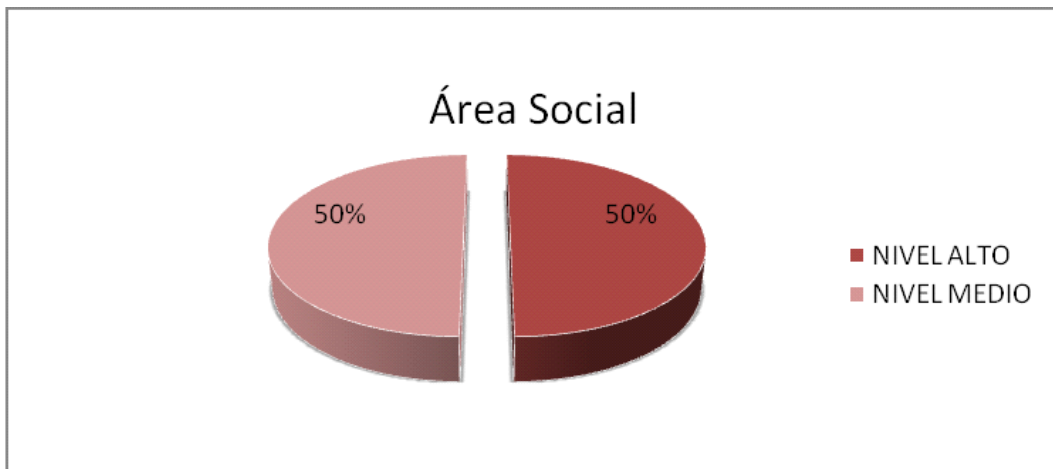


**Gráfico 6.** Puntuaciones bajas en el área psicológica



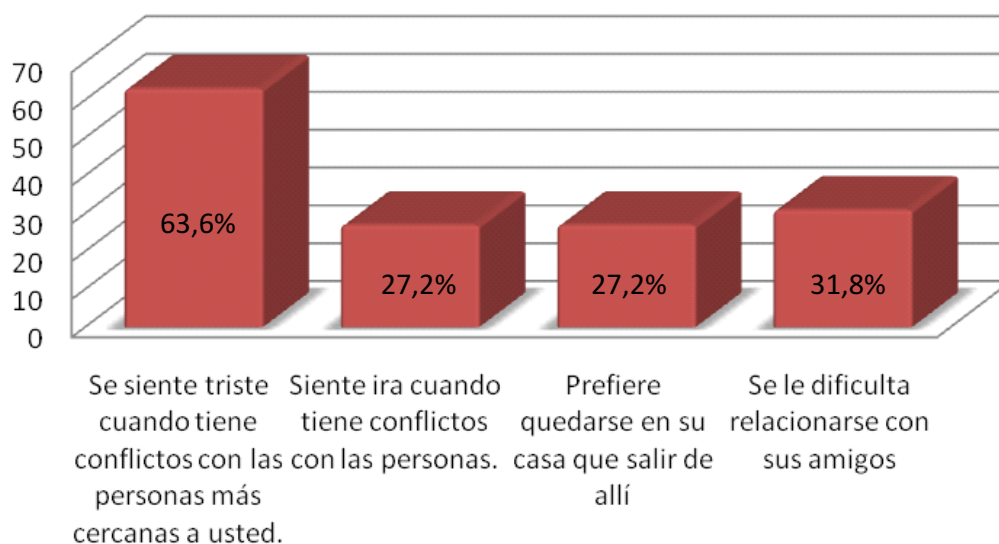
Se obtuvieron puntajes significativos en ítems que se refieren al temor a equivocarse, el miedo al pensar en la muerte y la creencia de que la mayoría de la gente se encuentra mejor que ellos, los cuales indican la presencia de sentimientos de preocupación en un alto porcentaje de los sujetos (entre el 30% y 50%). Es interesante observar la presencia de sentimientos de fracaso en algunos participantes y de discusiones frecuentes con sus amigos, lo que puede estar relacionado con una baja percepción de calidad de vida.

**Gráfico 7.** Calidad de vida en el área social



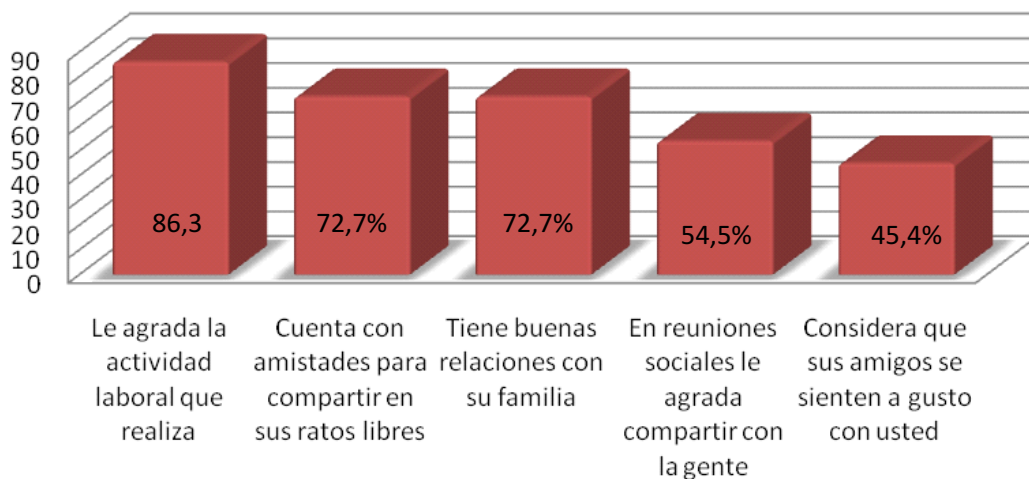
En el área social se identificaron puntuaciones altas en la percepción de calidad de vida en el 50% de los participantes. Se detecta disminución de las respuestas asociadas a alta calidad de vida en comparación con el área física (86%) y psicológica (91%). Se obtuvieron puntuaciones lejanas al concepto de calidad de vida en afirmaciones relacionadas con los conflictos con personas cercanas, los cuales generan sentimientos de tristeza e ira. De igual manera, se detecta en algunos de los sujetos dificultad para relacionarse con sus amigos y preferencia por estar en casa. Sin embargo es necesario aclarar que esta tendencia no está presente en todos los sujetos, pues un alto porcentaje refiere satisfacción en las relaciones interpersonales como se verá en el gráfico 9.

**Gráfico 8.** Puntuaciones bajas en el área social.



Las puntuaciones que indican alta calidad de vida se encontraron en ítems como el agrado por la actividad laboral que se realiza, las amistades para compartir en el tiempo libre, las buenas relaciones con la familia y el agrado de compartir con la gente en reuniones sociales. Manifestaciones de una percepción buena de las relaciones sociales en general, el apoyo social y la satisfacción laboral, que como se mencionó anteriormente es la tendencia predominante en las respuestas obtenidas en el autoinforme.

**Gráfico 9.** Puntuaciones altas en el área social.



Dentro de esta área se incluyeron dos ítems (3 y 19) que indicaban la solvencia económica y la percepción de los ingresos económicos, en los cuales se reportaron puntajes menores en comparación con las demás afirmaciones presentadas en el cuestionario, lo que sugiere cierto grado de insatisfacción con éstos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La redefinición del concepto de salud hacia un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural que resalta su naturaleza dinámica y multidimensional, lleva consigo el reconocimiento de valores positivos y negativos que afectan la vida, la función social y la percepción (Tuesca, R, 2005). De este precepto deriva la importancia de relacionar la calidad de vida con el bienestar social, la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas), elementos indispensables para el desarrollo del individuo y la población. Esta diferenciación es de gran importancia debido a que se concibe la calidad de vida de una manera integral, teniendo en cuenta que el individuo está afectado por diferentes aspectos ambientales y que éstos en su conjunto, determinan la percepción que se forma acerca de la misma.

De lo anterior se deduce que la calidad de vida es resultante del comportamiento; depende de los hábitos de alimentación, sueño, práctica de ejercicio, afrontamiento de situaciones familiares y sociales, factores socioeconómicos, satisfacción de las relaciones, pasatiempos, intereses y apoyo social. Esto ratifica el hecho de que los resultados encontrados en cada una de las

afirmaciones, informan de manera precisa el alcance del fenómeno estudiado, puesto que dan cuenta de manera objetiva de las condiciones de vida y también de la apreciación subjetiva de cada participante respecto a su bienestar físico, psicológico y social.

En este sentido, la descripción de la calidad de vida revela que los sujetos que pertenecen al Programa Nacional de Desmovilización en el departamento del Quindío, presentan un medio-alto de calidad de vida en todas las áreas estudiadas, lo que puede llegar a ser un indicador de que este proceso de reincorporación a la vida civil tiene efectos positivos sobre estas personas y su percepción de bienestar subjetivo, teniendo en cuenta que sus hábitos de autocuidado, relaciones sociales, familiares, laborales, entre otros, señalan puntuaciones altas.

Ahora bien, su relevancia se evidencia desde diferentes aspectos. Específicamente, en el área física, se tiene que, del alimento que se ingiere a diario, depende en gran medida el grado de bienestar actual y futuro, debido a que se requiere diferentes nutrientes para mantener un estado de salud equilibrado. Además, los hábitos alimentarios son importantes a la hora de afrontar situaciones estresantes y prevenir enfermedades físicas (Labiano, M. retomado por Oblitas, 2004). En cuanto al ejercicio físico, Oblitas, L. (2004) afirma que la práctica regular del mismo constituye un factor protector de la salud física y emocional, retrasa el envejecimiento, reduce el estrés, rompe el círculo inactividad-incapacidad o reducida funcionalidad física y produce mejoramiento del humor. Esto se relaciona directamente con los resultados obtenidos en el área física, que reporta las pocas prácticas de ejercicio físico y el cansancio al realizar alguna actividad. Igualmente, como señala Pickering (2000, citado por Oblitas, 2004), son abrumadoras las pruebas de que la inactividad física es un factor de riesgo para la salud, pues contribuye a la formación de alteraciones cardiovasculares.

Los resultados obtenidos en el área psicológica, demuestran un mayor puntaje en ítems como proyección y utilidad, de lo que se infiere que probablemente el cambio de ocupación y ambiente, ha contribuido a la formación de nuevos ideales, que también hacen parte de la calidad de vida como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS - 1998), en cuanto a objetivos y expectativas, al igual que Calman citado por García (1980), al relacionar la calidad de vida con el grado de esperanza y ambiciones de una persona. Además de esto, llama la atención la alta frecuencia de respuestas afirmativas a ítems como el temor a equivocarse y miedo al pensar en la muerte, para lo cual sería interesante realizar otros estudios referentes a la manera como las personas reinsertadas y desmovilizadas conceptualizan su situación.

En el área social algunos sujetos evaluados presentaron menores respuestas positivas para la calidad de vida, en comparación con las demás áreas, en especial en lo referente a la presencia de conflictos familiares, no obstante se encontró una tendencia general a percibir apoyo social y buenas relaciones interpersonales, lo que según Ryff y Singer (1996) es un componente fundamental de la calidad de vida de las personas, pues se mantienen relaciones positivas con los demás que permiten el desarrollo de fuertes sentimientos de empatía y afecto.

Dentro de este contexto, se debe señalar el valor heurístico de esta investigación descriptiva, puesto que sus resultados pueden ser puntos de partida para la realización de otras investigaciones acerca de la calidad de vida de estos sujetos, para analizar factores psicológicos y sociales presentes en esta población.

## **Referencias Bibliográficas**

- Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid. Pirámide S.A.
- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. N° 2. Pág. 161-164.
- Boladeras et al. (2000). Bioética y Calidad de Vida. Santafé de Bogotá. Ediciones El Bosque.
- Fernández, 1994. Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. En: Hewitt, N. (2007). Estilos de vida en profesionales de la salud del municipio de Zipaquirá. Revista de la facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, 1,1, 61-97.
- García, J. (1980). Patología general. En: Hewitt, N. (2007). Estilos de vida en profesionales de la salud del municipio de Zipaquirá. Revista de la facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, 1,1, 61-97.
- Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México. Thomsom.
- León, I. (2006). Programa de formación para auxiliares cívicos en convivencia y seguridad ciudadana: Familias para la convivencia. Lección 10: Cartilla para el docente. Bogotá D.C. Unión Temporal EAN-UDCA-SINÚ.
- López, G. (2007, Marzo). Seminario de Investigación. Cátedra dictada en la Universidad de San Buenaventura Facultad de Psicología. Armenia Quindío.
- Matarazzo (1980). Conceptualización de la Psicología de la Salud. En Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid. Pirámide S.A.
- Menéndez y San José. En Padilla, C. y Ramírez, V. (2001). Intervención cognitivo conductual para el mejoramiento de la calidad de vida en viejos institucionalizados. Tesis de grado. Santiago de Cali. Pontificia universidad Javeriana. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- Ministerio de Defensa Nacional, República de Colombia. Programa de Atención Humanitaria al Desmovilizado: Manual de Inducción "Volviendo a la Vida". Disponible en: [www.mindefensa.gov.co](http://www.mindefensa.gov.co)

Ministerio del Interior y Justicia y Policía Nacional de Colombia. (2005). Programa de formación para auxiliares cívicos en convivencia y seguridad ciudadana, primera fase. Bogotá. Escuela de Administración de Negocios EAN.

Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México. Thomsom.

Organización Mundial de la Salud. Calidad de vida. Disponible en: [www.calidaddevida.com.ar](http://www.calidaddevida.com.ar)

Padilla, C. y Ramírez, V. (2001). Intervención cognitivo conductual para el mejoramiento de la calidad de vida en viejos institucionalizados. Tesis de grado. Santiago de Cali. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.

Presidencia de la República, Oficina Alto Comisionado para la Paz (2006). Política de Paz: Intervenciones y columnas de opinión del Alto Comisionado para la Paz, Luis Carlos Restrepo Ramírez. Bogotá D.C. Imprenta Nacional.

Presidencia de la República, Oficina Alto Comisionado para la Paz (2006). Proceso de Paz con las Autodefensas: Informe Ejecutivo. Bogotá D.C. Imprenta Nacional.

Ryff y Singer (1996). En Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México. Thomsom.

Salazar, C. y Rodríguez F. (1997). Intervención psicológica cognitivo-conductual para el mejoramiento de la calidad de vida en individuos portadores del VIH. Tesis de grado. Santiago de Cali. Pontificia universidad Javeriana. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.

Salkins, E. J. (1997). Métodos de investigación. México. Prentice Hall.

San Martín (1982). Introducción a la Psicología de la Salud. En Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México. Thomsom.

Sue, D; Sue, D y Sue, S., (1996). Comportamiento anormal. México. Mc Graw Hill.

Tabla para determinar el tamaño de la muestra poblacional. Disponible en: <http://bip.mideplan.cl/bip-consultas/SEBI/2006/expost/seleciniati.htm>

Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Revista de la división de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. N° 21. Pág. 76-86.