

Calidad de vida en Personas en Proceso de Reintegración Mayores de 50 años. Colombia, 2017

Palabras clave: Envejecimiento, Vejez, Reintegración, Calidad de Vida, Adulto Mayor.

Investigadores Principales

Carlos Robledo Marín*

Doris Cardona Arango**

Coinvestigadores

Douglas Lizcano Cardona ***

Alejandra Segura Cardona****

Catalina Agudelo Cifuentes*****

Johana Marcela Quintero Hoyos*****

Nota de los autores

*Candidato a Doctor en Humanidades. Director Ejecutivo de FUNDACOL, miembro del grupo de investigación Observatorio de la Salud Pública del CES. Docente cátedra en algunas universidades en pregrado y posgrado. Con publicaciones en participación y seguridad económica en personas mayores. Desarrollo de proyectos en diferentes programas institucionales: movilización ciudadana, política pública, incidencia social y modelos de institucionalización, centros vida y asistencia domiciliaria para personas mayores. direccionejecutiva@fundacol.com. Dirección postal: Calle 64, 49-17. Fundacol. Medellín-Colombia. Teléfono: 574-2544697

**Doctora en Demografía, docente de la Universidad CES, integrante de grupos de investigación en Epidemiología y Bioestadística, y Observatorio de la Salud Pública. Ofrezco asignaturas en diferentes programas de posgrado. Con publicaciones en envejecimiento poblacional, situación de salud y calidad de vida de las personas mayores; también he desarrollado proyectos y publicaciones sobre mortalidad y morbilidad por diferentes

causas. dcardona@ces.edu.co. Dirección postal: calle 10ª, 22-04. Universidad CES, Medellín-Colombia. Teléfono: 574-4440555 ext.1405

*** Estudiante de Doctorado en Epidemiología y Bioestadística, Magíster en Epidemiología, Gerente de Sistemas de Información en Salud. Participante del Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES. Con publicaciones en vulnerabilidad en adultos mayores y envejecimiento. d.lizcano@uces.edu.co. Dirección postal calle 10ª, 22-04. Universidad CES, Medellín-Colombia. Teléfono: 574-4440555 ext.1405

**** Magíster en Epidemiología. Docente y coordinadora del servicio de Psicología de enlace de la clínica CES. Investigadora, miembro de los grupos de investigación Psicología, Salud y Sociedad y del grupo Epidemiología y Bioestadística con trabajos desarrollados en el área de envejecimiento y vejez, Psicología del envejecimiento, psicología clínica y psicoterapeuta cognitivo-conductual en la adultez temprana y mayor. asegura@ces.edu.co. Dirección postal: calle 10ª, 22-04. Universidad CES, Medellín-Colombia. Teléfono: 574-4440555 ext.1405

***** Estudiante de Doctorado en Epidemiología y Bioestadística. Gerente de Sistemas de Información en Salud. Participante del Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES. Con publicaciones en vulnerabilidad en adultos mayores y envejecimiento. agudelo.maite@uces.edu.co. Dirección postal: calle 10ª, 22-04. Universidad CES, Medellín-Colombia. Teléfono: 574-4440555 ext.1405

***** Magíster en Psicología Clínica. Docente y psicóloga del servicio de psicología de la Clínica Ces. Psicoterapeuta cognitiva. j.quintero@ces.edu.co. Dirección postal calle 10ª, 22-04. Universidad CES, Medellín-Colombia. Teléfono: 574-4440555 ext.1405

Calidad de vida en Personas en Proceso de Reintegración Mayores de 50 años. Colombia, 2017

Resumen¹

Se analizaron factores asociados a la calidad de vida según características demográficas, familiares y de salud en Personas en Proceso de Reintegración (PPR) mayores de 50 años. Se realizó un estudio cuantitativo, analítico, con fuente de información primaria de 252 PPR de Colombia. Se parametrizó una base de datos con las validaciones necesarias para controlar el ingreso de inconsistencias, datos erróneos y se procedió con su depuración. Se procesó la información en el software SPSS versión 21.0. Se realizó análisis de frecuencias absolutas y relativas, se tomó como variable dependiente calidad de vida con análisis bivariado, apoyada en la prueba estadística chi cuadrado (X^2) para identificar las asociaciones de esta variable con las características demográficas, familiares y de salud. Un 15% no está satisfecho con su calidad de vida, asociadas con ser mayor de 65 años, ser mujer, estar sin pareja, vivir con familias no funcionales y tener dependencia funcional.

Palabras clave: Envejecimiento, Vejez, Reintegración, Calidad de Vida, Adulto Mayor

Quality of life in People in the Process of Reintegration over 50 years. Colombia, 2017

Abstract

The factors associated with quality of life are analyzed according to demographic, family and health of People in the Process of Reintegration (PPR) over 50 years of age. A quantitative, analytical study was carried out, with a primary information source of 252

¹ Esta publicación se realiza en el marco del proyecto “Fortalecimiento para la prestación de servicios a excombatientes mayores de 50 años, en proceso de reintegración pertenecientes a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), anteriormente Agencia Colombiana de Reintegración (ACR). El proyecto fue realizado por FUNDACOL y la ARN y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), con el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Los contenidos son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones de USAID o el gobierno de los Estados Unidos de América, ni de la OIM.

PPR from Colombia. A database was parameterized with the necessary validations to control the entry of inconsistencies, erroneous data and proceeded with its debugging. The information was processed in the SPSS software version 21.0. Absolute and relative frequencies analysis was performed, quality of life was considered as a dependent variable with bivariate analysis, supported by the chi square statistical test (χ^2) to identify the associations of this variable with demographic, family and health characteristics. 15% are not satisfied with their quality of life, being over 65 years of age, being a woman, being without a partner, living with non-functional families and having functional dependency.

Keywords: Aging, Old age, Reintegration, Quality of Life, Elderly

Introducción

En Colombia, el número de víctimas de la guerra mayores de 50 años es alto, aproximadamente el 9,3% corresponde a personas mayores de 60 años y cerca del 20,2% a personas entre 40 y 59 años, su crecimiento se mantiene constante, lo que repercutirá en un importante cambio demográfico en la población víctima del conflicto armado, que traerá cambios y retos en la prestación de servicios sociales que promuevan la mejora en calidad de vida y el respeto por los derechos para estas personas (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

Con relación al envejecimiento, este está ligado al curso de vida; es un proceso que comienza con el nacimiento y finaliza con la muerte, con desarrollo en las dimensiones biológicas, sociales y psicológicas. La transición demográfica en Colombia, generado principalmente por el control de la natalidad y la disminución en la morbilidad y mortalidad, trae consecuencias en la reducción en las tasas de fecundidad y en la población infantil y un incremento en la población mayor de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El envejecimiento varía acorde a las prácticas culturales y cambios históricos y generacionales de cada sociedad y los cambios demográficos en la población, tienen repercusiones sociales y económicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); en el ámbito social, se generan principalmente cambios en la composición familiar y en las

formas de convivencia, entre tanto, el envejecimiento también afecta el ámbito de servicios de salud, la demanda de vivienda, las migraciones y trae consigo variaciones en el perfil epidemiológico de las poblaciones. En cuanto a lo económico, estos cambios demográficos afectan el crecimiento económico, las inversiones, el consumo, el mercado de trabajo, las pensiones y las transferencias intergeneracionales (Naciones Unidas, 2012).

Socialmente, el envejecimiento poblacional aumenta la necesidad del fortalecimiento de las redes sociales y de apoyo, para garantizar una vejez digna y saludable. Al interior de las familias aumentan las exigencias en demanda de atención y surgen cambios en las relaciones intergeneracionales, en el tema de ayudas económicas y principalmente en los cuidados personales, convirtiéndose este en un tema prioritario no solo para los miembros de las familias sino también para la formulación de políticas públicas, las cuales deben ayudar a la potencialización de la experiencia de las personas de mayor edad, a la minimización de sus riesgos, a la promoción de la autonomía y principalmente a la mejora de calidad de vida durante esta etapa. (Agencia Colombiana para la Reintegración, 2017).

De forma individual, envejecer es un proceso de desarrollo y deterioro, el cual llega de diferente forma a cada persona, variando de acuerdo a las experiencias y eventos afrontado en el transcurso de la vida; es un proceso multidimensional, heterogéneo e irreversible en el cual se presentan cambios biológicos y psicológicos que a su vez generan cambios culturales y sociales. Si bien vejez y envejecimiento son conceptos que enmarcan procesos de cambios y transformaciones, no son sinónimos; el envejecer de cada persona se da durante el transcurso de toda su vida y es una acumulación de cambios que dependen de condiciones genéticas, ambientales y de la forma en que se viva. La vejez es el final del proceso de envejecimiento; sin embargo en todas las edades siguen apareciendo cambios y transformaciones; la vejez es un proceso cambiante que requiere ser comprendido desde una visión social y biográfica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Por otro lado, el envejecimiento poblacional hace referencia a los cambios porcentuales de los grupos según edad, sobre la población total y también a la relación entre personas mayores (de 60 años y más de edad) versus menores de 15 años; estas transformaciones que surgen en una población, son derivadas de una disminución en la

tasa de fecundidad (menos nacimientos), cambios en el perfil de morbilidad y mortalidad (variaciones en las defunciones según edad con aumento de la esperanza de vida) y de la entrada y salida de personas en cada grupo etáreo (flujos migratorios). Este envejecimiento impone retos y oportunidades para atender mayores demandas en los sistemas de salud, económico y social (Cardona y Peláez, 2012).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 ajustó la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 años o más de edad (Carranza, Fajardo y Zeballo, 1995) al igual que el Population Reference Bureau (PRB) (Sanderson y Scherbov, 2008). Por su parte, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), asumen este momento vital a partir de los 60 años (Kinsella y Phillips 2005).

Con respecto a la vejez, la soledad y el aislamiento están relacionados con un declive de las capacidades físicas y mentales, por ello, contar con familia, amigos y comunidad son factores que protegen de la enfermedad, la discapacidad y la muerte (Montes de Oca 1999), puesto que se ha demostrado que las personas que reciben apoyo y afecto a través de conversaciones telefónicas y visitas de familiares, amigos, vecinos y además participan en actividades sociales, gozan de mejor salud y por ende de una mejor calidad de vida. En este sentido, la calidad de vida es multidimensional, e involucra factores subjetivos y objetivos (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).y por ello en esta investigación se entendió la calidad de vida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y sólo se pueden mirar a través de los interesados) (Cardona y Agudelo, 2005)

La calidad de vida de las personas mayores se puede ver alterada por aspectos ambientales, materiales, políticas gubernamentales, relaciones personales y bienestar subjetivo (Guzmán y Huenchuan, 2005). El bienestar es el reflejo de la satisfacción por la vida, es la valoración global que la persona realiza de su calidad de vida de acuerdo a sus

propios criterios; el componente subjetivo es un indicador importante en el proceso del envejecimiento y debe considerarse como pieza clave al considerar la situación real de calidad de vida de las personas mayores; si bien, el bienestar en términos subjetivos tiene alta relevancia durante la vejez, el bienestar económico también es un factor influyente refiriéndose al entorno socioeconómico del adulto mayor siendo un importante indicador de pobreza, de las necesidades que padece y de las desigualdades que se presentan en la población adulta mayor (Ministerio de salud, 2009).

La percepción que un adulto mayor pueda tener sobre su calidad de vida, puede variar de acuerdo a la persona, a sus costumbres, hábitos y principalmente a sus creencias (Calenti, 2011) La calidad de vida muestra relación con la percepción de felicidad que tenga la persona; los aspectos de salud también han mostrado tener gran relación con su calificación, aunque en algunos casos, el número de enfermedades que se padezca no influye en la creencia o tendencia a considerar que la edad trae consigo diferentes enfermedades que requieren tratamiento y cuidado, no significa que la vejez como tal, sea una enfermedad (Caritas Cubana, 2010).

Los componentes que explican de mejor manera la calidad de vida del adulto mayor son la independencia, la economía y la seguridad social y las redes de apoyo social (aspectos objetivos) y la percepción económica, la percepción del estado de salud y las redes de apoyo social (aspectos subjetivos) (Cardona, Estrada y Agudelo, 2006)

Según la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida es la percepción individual que cada persona tiene del lugar que ocupa en el entorno cultural, según el sistema de valores, objetivos, expectativas, normas e inquietudes (OMS, 2002) definición que ha variado, pero sigue conservando los tres elementos fundamentales: es subjetiva, es diferente para cada persona y puede cambiar a través de la vida. (Urzúa , Caqueo-Urizar, 2012)

En individuos desmovilizados en Colombia, la calidad de vida está parcialmente relacionada con las redes personales, puesto que la percepción varía en condiciones de marginalidad, pobreza y exclusión, conformando estructuras cerradas, disminuyendo su integración social y comunitario y sus posibilidades de desarrollo (Amar et al., 2011). Y como indicador, la calidad de vida medio-alta en sujetos que pertenecen al Programa

Nacional de Desmovilización en el departamento del Quindío, es explicada por el efecto positivo que tiene hacer parte del proceso de reincorporación a la vida civil (Ariza, Duque y Arias, 2010).

Teniendo en cuenta que hay factores que pueden afectar la percepción de calidad de vida de una persona, cabe anotar que existen situaciones como la guerra que pueden incidir en el cambio de percepción de esta; las vivencias traumáticas tienen la característica de causar miedo, sensación de indefensión y horror, donde los recursos y estrategias pueden ser insuficientes para afrontar las demandas del contexto afectando su calidad de vida (Leguizamón, Correché y Gómez, 2012)

Para entender los diferentes acontecimientos que generan impacto y modifican el concepto en la calidad de vida, se encuentra la creación de vínculos fuertes con los familiares, los cuales permiten el desarrollo de habilidades, emociones, pues al sentir una red de apoyo mejora su percepción (Brito y Orozco, 2016). De igual manera, se hace necesario aceptar el cambio biológico por la edad, mejorar el acceso a la información sobre salud, tener comportamientos más saludables, generar estrategias de autocuidado y buscar ayuda emocional(Puga et al. 2007).

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, analítico, transversal, con fuente de información primaria, correspondiente a 252 personas encuestadas en cinco GT de Colombia: Antioquia-Chocó, Cesar-Guajira, Cundinamarca-Boyacá, Meta-Orinoquía y Valle del Cauca. Se procedió a relacionar los principales hallazgos sobre calidad de vida con características demográficas, familiares, de salud, que permitan hacer un perfil de los excombatientes mayores, según diferencias observadas. Para el control de la calidad de los datos, se parametrizó una base de datos con las validaciones necesarias para controlar el ingreso de inconsistencias y datos erróneos, posteriormente se procedió a la limpieza y depuración de la base de datos. El procesamiento de la información fue realizado en el software SPSS versión 21.0.

Se realizó análisis de frecuencias absolutas y relativas, se tomó como variable dependiente la calidad de vida. Posteriormente se realizó el análisis bivariado, apoyada en

la prueba estadística chi cuadrado (X^2) para identificar las asociaciones de esta variable con las características demográficas, familiares y de salud, se consideró un valor de p menor de 0,05 como estadísticamente significativo.

Resultados

Características demográficas, familiares, de salud y calidad de vida

De las 252 PPR mayores de 50 años, encuestados el 46,8% (118) hacían parte del GT Cesar-Guajira, 28,2% (71) del GT Cundinamarca -Boyacá, el 9,9% (25) del GT Antioquia -Chocó, el 7,9% (20) del GT Meta-Orinoquía y el 7,1% (18) del GT Valle del Cauca. El 84,5% (213) eran hombres y el 15,5% (39) eran mujeres. La edad promedio fue de 57,63 años, con una desviación de 6,9 años con respecto a la media; la mitad de ellos tenían 56 años o menos de edad y lo más frecuente es que tuvieran 51 años, siendo la mínima de 50 años y la máxima de 83.

Al indagar por la satisfacción con la calidad de vida de las PPR mayores de 50 años se encontró que el 84,5% (202) se encontraba satisfecho con su calidad de vida, mientras que el 5% (12) reportaron insatisfacción con su calidad de vida actual. Según sexo, el 86,7% de los hombres y el 72,2% de las mujeres manifestaron satisfacción con su calidad de vida; sin embargo no se encontró evidencia estadística de asociación entre la satisfacción con la calidad de vida y sexo ($X^2=8,261$; valor $p=0,082$). **Tabla 1.**

Tabla 1. Distribución proporcional de las personas en proceso de reintegración mayores, según satisfacción con su calidad de vida por sexo. Colombia, 2017

Satisfacción con su calidad de vida	Sexo				Total		X^2	Valor p
	Hombre		Mujer		n	%		
	N	%	n	%				
Muy satisfecho	40	19,7	5	13,9	45	18,8	8,261	0,082
Satisfecho	136	67,0	21	58,3	157	65,7		
Indiferente	6	3,0	1	2,8	7	2,9		
Poco satisfecho	14	6,9	4	8,1	18	7,5		
Insatisfecho	7	3,4	5	13,9	12	5,0		

Al analizar la satisfacción con la calidad de vida, de acuerdo a algunos aspectos demográficos, familiares y de salud, se observó mayor porcentaje de insatisfacción en las personas menores de 65 años (16,0%) que en quienes tenían 65 y más edad (12,1%), sin ser estadísticamente significativa la diferencia ($X^2=0,330$ $p=0,565$). Las mujeres mostraron mayor porcentaje de insatisfacción (27,8%) que los hombres (13,3%), siendo significativa la diferencia entre ambos sexos ($X^2=4,898$ $p=0,027$), con una relación de 2,5 mujeres con insatisfacción con su calidad de vida, por cada hombre insatisfecho (RP=2,507 IC95% 1,089-5,774). **Tabla 2.**

En cuanto al estado civil, se encontró un mayor porcentaje de insatisfacción con la vida en quienes no tenían pareja (soltero, separado, divorciado, viudo) de 18,6% que en quienes si tenían pareja (casado, unión libre) de 13,1%, sin ser significativa la diferencia ($X^2=1,346$ $p=0,246$). También, las personas con educación manifestaron mayor insatisfacción con la vida (15,7%), que quienes no tenían educación (12,5%) sin ser significativa la diferencia ($X^2=0,86$ $p=1,00$). **Tabla 2.**

Fue mayor el porcentaje de personas insatisfechas entre quienes manifestaron haber recibido algún ingreso económico el mes anterior (16,5%) que entre quienes manifestaron no haberlo recibido (12,7%), sin ser significativa la diferencia ($X^2=0,506$ $p=0,477$). Quienes pertenecían a familias no funcionales el porcentaje de insatisfacción con la calidad de vida fue de 20,2%, mientras que en quienes tenían familias funcionales dicho porcentaje fue de 12,3% ($X^2=2,719$ $p=0,106$). **Tabla 2.**

En aquellos con algún tipo de discapacidad (escuchar, ver, moverse, oír, agarrar), se observó un 17,8% de personas con insatisfacción por su calidad de vida, en quienes no tenían ninguna discapacidad se encontró un 10,5% ($X^2=2,091$ $p=0,148$); en quienes tenían riesgo de síntomas depresivos la insatisfacción fue de 17,6% mientras que en quienes no tenían este riesgo fue de 9,5%. Quienes mostraron ser dependientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el porcentaje de personas insatisfechas con su calidad de vida fue de 17,6%, mientras que en quienes mostraron ser independientes fue de 15,1%, sin haber diferencia significativa ($X^2=0,142$ $p=0,706$). **Tabla 2.**

Tabla 2. Satisfacción con la calidad de vida en personas mayores en proceso de reintegración, según aspectos demográficos, familiares y de salud. Colombia, 2017

Aspectos demográficos, familiares y de salud		Satisfacción con la calidad de vida				X ²	Valor p	RP	IC 95%
		Insatisfecho		Satisfecho					
		n	%	n	%				
Grupo de edad	>65 años	4	12,1	29	87,9	0,330	0,565	1,000	--
	< 65 años	33	16,0	173	84,0			1,383	0,456-4,195
Sexo	Hombres	27	13,3	176	86,7	4,898	0,027	1,000	--
	Mujeres	10	27,8	26	72,2			2,507	1,089-5,774
Estado civil	Con pareja	18	13,1	89	86,9	1,346	0,246	1,000	--
	Sin pareja	19	18,6	83	81,4			1,513	0,749-3,057
Nivel educativo	Sin educación	2	12,5	14	87,5	0,86	1,000	1,000	--
	Con educación	35	15,7	188	84,3			1,303	0,284-5,988
Ingreso económico	Si	29	16,5	147	83,5	0,506	0,477	1,000	--
	No	8	12,7	55	87,3			0,737	0,318-1,78
Funcionamiento familiar	Funcional	17	12,3	121	87,7	2,719	0,106	1,000	--
	No funcional	20	20,2	79	79,8			1,802	0,889-3,650
Discapacidad	Si	8	10,5	68	89,5	2,091	0,148	1,000	--
	No	29	17,8	134	82,2			1,840	0,798-4,241
Síntomas depresivos	No	6	9,5	57	90,5	2,320	0,128	1,000	--
	Si	31	17,6	145	82,4			2,031	0,804-5,129
Funcionalidad física	Independiente	31	15,1	174	84,9	0,142	0,706	1,000	--
	Dependiente	6	17,6	28	82,4			1,203	0,460-3,144

Al realizar ajuste por las variables sexo, estado civil, funcionamiento familiar, discapacidad y riesgo de síntomas depresivos, se encontró fuerte asociación entre el sexo y la percepción de calidad de vida, con una relación de 2,6 mujeres con insatisfacción con su calidad de vida, por cada hombre insatisfecho (RP=2,6 IC95% 1,072-6,309). **Tabla 3.**

Tabla 3. Factores asociados a la insatisfacción con la calidad de vida en personas en proceso de reintegración mayores. Colombia, 2017

Aspectos familiares y sociales		RP crudo	IC 95%	RP ajustado	IC 95%
Sexo	Hombres	1,000	--	1,000	--
	Mujeres	2,507	1,089-5,774	2,600*	1,072-6,309
Estado civil	Con pareja	1,000	--	1,000	--
	Sin pareja	1,513	0,749-3,057	1,273	0,614-2,638

Aspectos familiares y sociales		RP crudo	IC 95%	RP ajustado	IC 95%
Funcionamiento familiar	Funcional	1,000	--	1,000	--
	No funcional	1,802	0,889-3,650	1,757	0,825-3,741
Discapacidad	Si	1,000	--	1,000	--
	No	1,840	0,798-4,241	1,327	0,547-3,218
Síntomas depresivos	No	1,000	--	1,000	--
	Si	2,031	0,804-5,129	1,668	0,630-4,419

* Valor $p < 0,05$

Discusión y Conclusiones

En esta investigación se analizaron factores asociados a la calidad de vida según características demográficas, familiares y de salud de las Personas en Proceso de Reintegración (PPR) mayores de 50 años. Se encontró una mayor proporción de hombres en los PPR, mientras en población general hay más mujeres que hombres mayores de 50 años, derivado de la transición demográfica que vive el país. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) el índice de masculinidad en Colombia en el grupo de 50-59 años es de 90,9 hasta 73,2 en el grupo de 80 años y más de edad; es decir, por cada cien mujeres mayores de 80 años hay 73 hombres en el mismo grupo de edad, dicha relación pierde la paridad a partir de los 30 años, producto de la mortalidad masculina en los diferentes ciclos de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Según el estado civil, se observó un predominio de las PPR mayores de 50 años en unión libre y en mayor cantidad los hombres permanecen en esta condición (45,5%) mientras en el caso de las mujeres, solo una tercera parte de ellas mantiene una relación consensuada. Esta situación es similar a la encontrada en desmovilizados (exguerrilleros y exparamilitares) ubicados en Bogotá, que eran principalmente hombres y vivían en unión libre (Velasco y Londoño, 2011). Igualmente este estado civil es similar a los hallazgos en desmovilizados del conflicto armado colombiano, ubicados en la zona urbana de Tierralta, Córdoba (Amar et. al., 2011).

A nivel social, es llamativo que el 26,3% de las PPR mayores de 50 años manifieste vivir solo, principalmente los hombres; esta situación puede indicar la independencia funcional y el bienestar físico y mental para adaptarse a su nueva realidad, aún con

disminución de las redes de amigos y familiares (Huenchuán y Sosa, 2003; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Puga et al., 2007), pero también podría indicar el ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas al valorar la independencia, autonomía y autodeterminación, como parte del envejecimiento activo (OMS, 2002).

El apoyo social y familiar que se brinda a los integrantes del hogar, están relacionados con las condiciones sociales y de salud de sus integrantes (Pelcastre-Villafuerte, et. al., 2011); tanto por el tejido social que brinda soporte moral al individuo, máxime si ha pasado por sucesos traumáticos o experiencias de las personas reinsertadas, como por el acompañamiento económico de las familias y otras redes terciarias (instituciones y Estado), en la percepción y satisfacción con la vida. El hombre es un ser sociable por naturaleza en todas las etapas de su vida, pero en algunas de ellas es más fácil entablar relaciones con los demás (adolescencia y adultez), mientras en la edad adulta mayor se reduce el número y se centran principalmente en las redes familiares (Amar et. al., 2011).

Para salir de esta condición vulnerable, la persona mayor se apoya en las redes de amigos y familiares, pero si estas son reducidas como en el caso de las PPR mayores de 50 años, no tienen a quien confiar, quien le apoye en la toma de decisiones, aconseje en la resolución de conflictos o brinde acompañamiento en caso de un problema de salud y en algunos casos prefiere no dar a conocer sus temores, dificultades, entre otras porque teme ser juzgado o cuestionado (Jonis y Llacta, 2013)

El 65,7% de las PPR se encuentran satisfechos con la calidad de vida, posiblemente esta percepción positiva esté relacionado con las habilidades y destrezas, puesto que la gran mayoría de los adultos y adultos mayores no reconocen limitaciones, y desean sentirse y verse útil biológica, psicológica y socialmente con el fin de no verse discriminado por la sociedad. Esta discriminación es una violación a los derechos humanos de las personas mayores: individuales, comunitarios e institucionales, ya que a menudo sufren estigma simplemente por su edad (OMS, 2015)

Los factores que pueden cambiar la calidad de vida, son objetivos (capacidad física, vivienda, nivel educativo, composición familiar, redes sociales, ubicación laboral y acceso

a los servicios; y subjetivos relacionados con el disfrute de pertenencias materiales e inmateriales (adquisición de muebles, enseres, vivienda, hacerse cargo de la salud y manutención de la familia, asumir compromisos políticos, etc), pero en las PPR este bienestar subjetivo está dirigido al afrontamiento y resolución de conflictos, adaptación al medio, consolidar el vínculo familiar y enfrentar la desconfianza, frustración, soledad, desarraigo, entre otros (Velasco y Londoño, 2011).

Dentro del componente objetivo de la calidad de vida se encuentra la inclusión laboral, a través del derecho al trabajo, que le permitan vivir en condiciones de bienestar y le garanticen la dignidad humana, puesto que la subsistencia digna de las personas y las familias hace alusión a la alimentación, vestido, vivienda, salud, educación y seguridad social, pero encontrar un trabajo estable es un dificultad para las PPR, en algunos casos por el estigma, discriminación o falta de oportunidades, que en ocasiones, los hace regresar a las actividades ilegales (Castellanos y Castellanos, 2013).

Aspectos como el estado civil y las relaciones de pareja son factores protectores influenciando positivamente la satisfacción con la vida, impactando favorablemente su calidad de vida (Peraica et al., 2014). Tener calidad de vida digna requiere de una sociedad con compromiso con los derechos humanos, tanto lo civiles y políticos como los económicos, sociales y culturales, un entorno físico de calidad, una comunidad sólida, ecosistema ambiental, participación democrática, satisfacción de necesidades básicas, acceso al entorno sociocultural, nivel óptimo de salud pública; el derecho a la vida no es solamente vivir, es vivir una vida digna que permita desarrollar la personalidad y llevar a cabo su proyecto de realización personal, con capacidades mentales, físicas y sociales (García, 1999)

Como conclusión puede decirse que un 15% no está satisfecho con su calidad de vida, como condición subjetiva que afecta la percepción de los demás aspectos de su vida, como la sensación de inseguridad económica (insatisfacción con su situación económica), afectaciones, problemas de salud física y trastornos mentales (insatisfecho con su salud). Los aspectos que más alimentan esta insatisfacción son la edad mayor de 65 años, ser mujer, estar sin pareja, vivir con familias no funcionales y tener dependencia funcional; aspectos que afectan el disfrute de una vida digna por lo tanto los lleva a condiciones de

vulnerabilidad con limitaciones en sus derechos. Con respecto a la calidad de vida es una percepción individual que puede estar afectada por las condiciones materiales u objetivas, por lo que se hace necesario disminuir las brechas sociales y fortalecer la igualdad de condiciones de los PPR para una verdadera reintegración a la vida civil.

Bibliografía

Agencia Colombiana para la Reintegración (2017). “Dimensiones de la Ruta de Reintegración. Conceptualización, logros, metas y categorías de avance” Documento interno de trabajo. Bogotá.

Amar, J.; Llanos, R.; Ávila, J.; Orozco, C. (2011), “Relación entre redes personales y calidad de vida en individuos desmovilizados del conflicto armado colombiano”, *Univ Psychol*, Vol.10 (2), p. 355.

Ariza, J.; Duque, D.; Arias, M. (2010), “Calidad de vida en sujetos que pertenecen al programa nacional de desmovilización y reincorporación a la vida civil en el departamento del Quindío”, *El Ágora USB*, Vol.10 (1), p.4.

Programa de la tercera edad caritas cubana. (2010), “Boletín del adulto mayor”, en <<http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Boletin-Caritas-Cubana-2010.pdf>>, acceso 15 de julio de 2018.

Brito, C.; Orozco, C. (2016), “Redes sociales y capital social: Indicadores de calidad de vida en la población desmovilizada (Colombia, Proceso de Paz).”, *Clivatge Estudis it testimonis sobre el conflicte I el canvi socials*, Vol. 4, p.116–136.

Calenti, J. (2011), “Envejecimiento y calidad de vida”. *Rev Galega Economía*, Vol. 20 (1), p. 1-13.

Cardona, D.; Peláez, E. (2012), “Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones”, *Rev Salud Uninorte*, Vol. 28(2), p. 335–348.

Cardona, D.; Agudelo, H. (2005), “Construcción cultural del concepto calidad de vida”, *Rev Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 23(1), p.79–90.

Cardona, D.; Estrada, A.; Agudelo, H. (2006), “Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín”, *Biomedica*, Vol.26, p 206-215

Carranza, Á.; Fajardo, G.; Zeballo, J. (1995), “El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales”, CIESS, Mexico DF: OPS/OMS.

Castellanos, L. (2013), “La inclusión laboral de los desmovilizados del conflicto en Colombia: auténtico mecanismo emancipador de la violencia en Colombia”, *Vniversitas*, Vol. 10, p. 107-123.

Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). “Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones”, Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p

García, E. (1999), “Derechos humanos y calidad de vida, In Derechos humanos. La condición humana en la sociedad tecnológica”, Tecnos, Madrid, p. 131-163.

Guzmán, J.; Huenchuan, S.; Montes de Oca, V. (2003) “Redes de Apoyo social de personas mayores: marco teórico”, ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.

Guzmán, J.; Huenchuan, S. (2005), “Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada”, Reunión Expertos, Santiago Chile, CELADE-CEPAL, 28 al 29 de junio.

Huenchuán, S.; Sosa, Z. (2003), “Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile”, en <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12752>>, acceso 1 de agosto de 2018.

Jonis, M.; Llacta, D. (2013), “Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país”, *Medica Hered*, Vol. 24(1), p.78–79.

Kinsella, K.; Phillips, D. (2005), “Global aging: The challenge of success”, *Population Reference Bureau Washington, DC*, Vol. 60(1), p.3.

Leguizamón, L.; Correché, M.; Gómez, L. (2012), “Consecuencias de la guerra en ex combatientes. Una revisión bibliográfica”, *Diálogos Univ Nac San Luis*, Vol.3 (1), p. 29–44.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013), “Envejecimiento demográfico Colombia 1951-2020”, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>>, acceso 2 de agosto 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014), “Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024”, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>>, acceso 2 de agosto 2018.

Ministerio de salud. (2009), “Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. Duplika, Chile”, en <http://www.enfermeriaaps.com/portal/manual-del-cuidado-de-personas-mayores-dependientes-y-con-perdida-de-autonomia-minsal-2009>, acceso 2 de agosto 2018.

Ministerio de Salud. (2015), “Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez, 2014-2024. Colombia”, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>>, acceso 2 de agosto 2018.

Montes de Oca, V. (1999), “Relaciones familiares y redes sociales”, en *Conapo Envejecimiento Demográfico En México Retos Perspect Por Una Soc Para Todas Las Edades México*.

Naciones Unidas. (2012). “Observatorio demográfico. Envejecimiento poblacional”, *América Latina y el Caribe Observatorio Demográfico*, Vol. 12, p. 1-196.

Organización Mundial de la Salud. (2015). “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra; 2015”, en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=158CC668E9039A3CE5ACA092BDAB520B?sequence=1>, acceso 2 de agosto 2018.

Organización Mundial de la Salud. (2002). “Envejecimiento activo: un marco político”, *Geriatric Gerontol*, Vol.37(S2), p. 74 – 105.

Pelcastre, B.; Treviño, S.; González, T.; Márquez, M. (2011). “Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México”, *Cad Saúde Pública*, Vol. 27(3), p. 460–470.

Peraica, T.; Vidović, A.; Petrović, Z.; Kozarić, D. (2014). “Quality of life of Croatian veterans’ wives and veterans with posttraumatic stress disorder”, *Health Qual Life Outcomes*, Vol. 12(1), p. 136.

Puga, D.; Rosero, L.; Glaser, K.; Castro, T. (2007). “Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra”, *Población y Salud En Mesoamérica*, Vol. 5(1), p. 1-23.

Sanderson, W.; Scherbov, S. (2008). “Rethinking age and aging” Washington, DC: Population Reference Bureau.

Urzúa, A.; Caqueo, A. (2012). “Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto”, *Terapia Psicológica*, Vol. 30(1), p. 61–71.

Velasco, R.; Londoño C. “Calidad de vida objetiva, optimismo y variables socio-jurídicas, predictivos de la calidad de vida subjetiva en colombianos desmovilizados”, *Avances En Psicología Latinoamericana*, Vol. 29(1), p.114–128.