

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL DEPARTAMENTO DE TARIJA

Schmiedl Hurtado Susana¹, Ortuño N. Beatriz², Azurduy F. María Teresa², y Subirana S. Sergio Andres³

¹Directora Proyecto, Docente Facultad de Humanidades, Universidad Autónoma Juan Misael Saracho,

²Investigadoras Docente Facultad de Humanidades

³Investigador junior

Dirección para correspondencia: Susana Schmiedl Hurtado. Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad Autónoma Juan Misael Saracho. Av. Víctor Paz, Zona el Tejar, Campus Universitario, Tarija, Bolivia.
Correo electrónico: susana_schmiedl@yahoo.com

RESUMEN

La investigación se centra en determinar la calidad de vida de los adultos mayores del Departamento de Tarija, Institucionalizados y No Institucionalizados de ambos sexos, de 60 años a más. Enmarcada dentro de un estudio cuantitativo y cualitativo - descriptivo, realizado a partir de un cuestionario confeccionado para este fin y sujeto a parámetros aprobados por los sistemas de salud para la calidad de vida (CVRS) y estudios realizados en Europa Asia, Norte y Sud América. (Como el SF-36 aplicado y validado en España, en base a El EuroQol (EQ-5D).

La muestra se estimó en base a la fórmula aleatoria simple de Cohram W., entre los sujetos adultos mayores de la capital del departamento y las tres provincias más representativas en población. Los resultados se plasmaron en un análisis descriptivo e interpretativo en base a cinco categorías: 1. Salud física; 2. Salud afectiva; 3. Interrelaciones con el entorno; 4. Hábitos; 5. Modos de vida.

La metodología de la investigación y las técnicas aplicadas proporcionaron aportes significativos concluyendo que los niveles de Calidad de Vida del Adulto Mayor del departamento de Tarija, están porcentualmente disminuidos y directamente vinculados a factores bio-psicosociales que se procesan de diferente manera de un sujeto a otro, dependiendo del entorno con el que se interrelaciona le sea propicio o no para mantenerla y, de la percepción que éste tiene de su propia vida. Los resultados aportan además a las personas interesadas en esta temática, es decir, a instituciones civiles, políticas y profesionales de la salud física y mental y otros, las herramientas para redimensionar o replantear las posibilidades de atención primaria, secundaria y terciaria a este grupo etario abandonado por propios (familiares) y extraños (sociedad).

Palabras claves: Calidad de vida, adulto mayor, bio-psicosocial

ABSTRACT

The research focuses its attention on determining the life quality of elder people in the Department of Tarija, institutionalized and none institutionalized males and females, aged from 60 on. It is framed on a quantitative and qualitative - descriptive study, carried out on the basis of a questionnaire designed for this purpose subject to parameters standardized by the systems of health for the quality of life (HRQOL) and studies carried out in Europe, Asia, North and South America. (As SF-36 applied and validated in Spain. On the basis of The EuroQol (EQ-5D)).

The sample was estimated on the basis of the simple random formula of Cohram W., among the elder ones in the capital of the Department and the three most representative analysis based on five categories: 1. Physical health; 2. Emotional health; 3. Interrelations with the surrounding environment; 4. Habits; 5. Lifestyles.

The research methodology and the applied techniques provided significant contributions concluding that the levels of life quality of elder citizens in the Department of Tarija are percentage decreased and directly related to bio-psychosocial factors processed differently from one person to another, depending on whether the surrounding environment is favorable or not to them, and on the perception the person has of his or her own life. The results, in addition, provide valuable information to the ones interested in this issue, it is to say, to civil, political and professional institutions that deal with physical and mental health and others; it also provides the tools to re-measure or re-think the primary, secondary and tertiary care for aged ones abandoned by close ones (family members) and others (society)

Keywords: life quality, elderly, bio-psychosocial

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida, de manera general, debe ser asumida por todo ser humano desde que se hace responsable de su propia existencia, es decir, en algún momento de su vida y englobando situaciones biopsicosociales específicas, cuyo centro gira alrededor de sí mismo pero también obedece al entorno y, en tanto éstos factores le sean favorables o no, dependerá la calidad de su vida en todos sus aspectos.

Si se toma en cuenta la triada biopsicosocial, en base a la conceptualización de salud definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dice: "es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o afección", se dirá que, el hombre, por tanto, debe ser considerado como: Bio, haciendo referencia a la vida; psico, al alma, a la actividad mental y al comportamiento; y, social, que no está solo sino en interrelación con otros de su especie. Estos tres aspectos resumen al hombre como organismo dentro de la naturaleza que vive, que siente, ama y piensa, que necesita estar en compañía; es decir, son aspectos que le permite estar consciente de su existencia. El adulto mayor es, una persona con esperanzas, con necesidades de cuidado, aprecio, consideración, y por qué no, con expectativas de calidad de vida.

Al respecto, la explicación es sostenida a partir de variadas hipótesis que se están tratando de dilucidar a nivel mundial, con diversos estudios que van desde lo genético hasta lo ambiental introduciendo estudios de diversa índole para encontrar respuestas.

Y, si se parte de la proposición sobre la calidad de vida entendida como "el bienestar de un grupo etario, dentro de una sociedad enmarcada en aspectos biopsicosociales y económicos contemplando para su calificación parámetros objetivos (visibles) y subjetivos (perceptuales)" se dirá, que ésta se manifiesta en la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

La interrogante sobre la calidad de vida del adulto mayor y la reflexión a la misma, ha servido de motivación para abordar el tema como oportuno, centrado en el entender y valorar profundamente los lazos existentes entre el bienestar humano del geronte y su estabilidad social y emocional, expresada en todas las dimensiones de su vida: salud, nutrición, educación, empleo, vivienda, infraestructura y servicios; entorno, disfrute y participación de la vida cotidiana.

Al hacer referencia a la calidad de vida del adulto mayor, se habla de las posibilidades de brindarles a los ancianos una mejor estadía en lo que les queda de vida; asimilando e interiorizando sus necesidades, asumiendo la responsabilidad que se tiene para con ellos y no dejarlos afrontar solos las eventualidades de aquello que les resta por transitar, como en muchos casos, valiéndose de sus propios recursos.

El alcance de éstos parámetros pueden establecerse a partir de evaluaciones permanentes a través de servicios de salud física, mental y social utilizándose en variedad de fines investigativos más allá de los indicadores tradicionales, incorporando aspectos que incluyan el monitoreo de la calidad en la prevención, atención y rehabilitación médica, psicológica, social y, la evaluación de la eficacia de las intervenciones en todos estos rubros, más allá de egoísmos personales y profesionales con el sólo motivo de prolongar la vida en agonías, particularmente en enfermedades crónicas físicas o mentales sin tomar en cuenta la percepción del sujeto frente a su malestar, sino más bien en tanto a mejorar esa situación como componente legítimo de ser humano ante el dolor.

Finalmente, y, a pesar de ser una temática inquietante a nivel generalizada, no se han evidenciado estudios al respecto en nuestro medio, motivo por el cual sostenemos la importancia de la investigación como aporte de datos requeridos a fin de responder nuestra cuestionante y como coadyuvante de posteriores investigaciones que, conduzcan sobre todo, a organizaciones afines a la temática, a intervenciones multiinstitucionales y multidisciplinarias con el fin de mantener, mejorar u optimizar la Calidad de Vida de los ancianos del Departamento de Tarija.

MATERIALES Y METODOS

El equipo de investigación conformado por psicólogos (as), y estudiantes como investigadores junior, adicionó un subgrupo de asesoría en medicina geriátrica, enfermería y profesionales encargados del cuidado de ancianos. Se revisaron artículos publicados en diferentes revistas científicas, bibliotecas virtuales, páginas Web, libros de varios autores, recortes y viñetas referidos a aspectos sobre Calidad de Vida, a Adulto Mayor e instrumentos de medición (generales y específicos) y se tomó aquellos que aportaron datos útiles y vigentes, que fundamentaron las bases teóricas y la toma de muestras que respondan a la pregunta trabajo.

Se utilizó el método científico, exploratorio – descriptivo, estableciendo un problema o pregunta. Luego se

plantearon hipótesis con sus posibles respuestas. Se diseñaron varios cuestionarios siguiendo los pasos del SF-36 Health en base a El EuroQol (EQ-5D), aplicándose pruebas piloto, para finalmente obtener uno que contenga los ítems necesarios y específicos (5 categorías y 71 preguntas en total).

La población probable de investigación, según el Instituto Nacional de Estadística (censo 2001) constituía un total de 23.880 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, de todo el departamento y sus provincias. De este total, se tomó en cuenta la población correspondiente a la ciudad de Tarija y las ciudades intermedias de Bermejo, Villamontes y Yacuiba, haciendo un total de 16.719 sujetos, variando los porcentajes de acuerdo a la población del lugar seleccionado. De este total se depuraron todas aquellas que no contenían la información completa, debido principalmente a algunas discapacidades o deficiencias presentadas por los encuestados como ser: auditivas, visuales, cansancio o la susceptibilidad propia de la edad rehusándose a responder a las preguntas.

Luego de este proceso de selección se organizó la muestra en base a la fórmula de Cohram, William. Resultando un total de 400 sujetos, decidiéndose duplicar la cantidad a fin de disminuir el margen de error y aumentar la confiabilidad.

Para el análisis estadístico, se tabularon los datos obtenidos, presentándose los resultados en cuadros, gráficas y textos interpretativos, utilizándose como medidas estadísticas: frecuencias absolutas y relativas a las variables. El proceso de la información se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows y el EPI – INFO 2007.

RESULTADOS

Luego de realizado el análisis de los resultados a partir de las referencias estadísticas obtenidas se llegó a las siguientes conclusiones:

- Con referencia a los datos generales obtenidos tenemos que: 1) en su mayoría son viudos (as). 2) El grado de instrucción concentra mayores porcentajes en los varones que lograron terminar la Primaria mientras que un mayor número de mujeres son analfabetas; obteniéndose valores muy reducidos en sujetos que cursaron estudios Superiores o de Profesionalización.
- Las principales dolencias que afectan el estado de salud física, perturban también el nivel de bienestar emocional, el nivel de integración y participación con su entorno; los modos de vida y hábitos de los adultos mayores.
- El mayor porcentaje de los entrevistados sufren de alguna enfermedad, las mismas se manifiestan principalmente en problemas de vías respiratorias, cardíacas, hipertensión, mala dentición, dolores de huesos y calambres, y en menor grado vías urinarias o renales y pérdida de memoria. Para solucionar estos problemas acuden a servicios médicos, en su mayoría a la Caja Nacional de Seguridad Social y al Seguro de Vejez, los mismos que son percibidos en cuanto a atención como regulares a buenos.
- Para paliar sus malestares los Institucionalizados por lo general no compran sus medicinas, estas son provistas por distintos clubes de beneficencia, muestras médicas o el Seguro de Vejez; en cambio, los No Institucionalizados, si bien el seguro les proporciona algunas medicinas no las cubre todas, por lo tanto deben comprarlas con sus ingresos.
- En los aspectos emocionales se encontraron sintomatologías altamente significativas de tristeza, nerviosismo, cansancio, agotamiento, sensación de vacío, soledad; pesimismo con relación a su salud, su bienestar, su futuro. Estos síntomas se encuentran en menor proporción en los No Institucionalizados. A estos síntomas, se suman otros, como poca energía, falta de vitalidad y nerviosismo, además de pensamientos rumiatorios mucho más evidentes en los Institucionalizados con referencia al futuro más que a su pasado. En tanto los no Institucionalizados organizan sus pensamientos en ambos tiempos.
- Mayores porcentajes de los No institucionalizados se concentran en aquellos que se sienten bien con relación a su situación actual, perciben que se les presta atención, valorando sus opiniones, afirmando no haber fracasado en sus vidas. En general no tienen una mala opinión de sí mismos, considerándose personas agradables. Sentimientos contrarios a estas percepciones aparecen en ocasiones sobre todo cuando dicen sentirse tristes, acentuándose porcentualmente en los Institucionalizados.
- En cuanto a desear cambiar algo en sus vidas, la población adulta está equitativamente dividida entre aquellos que no desean cambiar nada y aquellos que de poder hacerlo desearían ser más jóvenes para enmendar algunos errores.
- Porcentajes significativamente altos (en ambos grupos y géneros) resultan de las afirmaciones que

dicen poder cuidar de sí mismos aunque físicamente no se sienten aptos o capaces para que otros dependan de ellos.

- Hay una marcada tendencia a preferir estar más tiempo solos; en especial los Institucionalizados. Disminuyendo en proporción con respecto a los No Institucionalizados que no desean estar demasiado tiempo sin compañía. Esto conlleva a porcentajes igualmente altos en cuanto al autoaislamiento de la comunidad y a no participar de ella, pero no porque se perciban excluidos, sino que son ellos los que se excluyen, debido a todos los prejuicios, y mitos con respecto al ser viejo; creándose un círculo vicioso entre la sociedad y el anciano. (Coincidiendo con la teoría del desapego de Cummings).
- En altos porcentajes demandan el apoyo de sus familiares, sobre todo por parte de los Institucionalizados acompañados de emociones ambivalentes que oscilan desde sentimientos profundos de abandono y desprotección, hasta sentimientos de apoyo y gratitud.

Los No Institucionalizados se sienten apoyados y muy rara vez desprotegidos. Ambos grupos prefieren vivir en familia (en mayor grado las mujeres), la mayoría asegura no tener relaciones conflictivas en sus hogares; sin embargo se constata también un alto porcentaje que sí las han tenido o las tienen. Estos conflictos se traducen en gritos e insultos e inclusive en agresiones físicas.

- Respecto a su dieta, alimenticia, responden contar con la ingesta de alimentos especialmente nutritivos.
- Los resultados aportan respuestas en sentido de que no ingieren bebidas alcohólicas y los que lo hacen (que son los menos), mencionan beber ocasionalmente o cuando se sienten tristes. Afirman en un alto porcentaje no tener el hábito de masticar coca y tampoco consumir tabaco.
- En cuanto a las relaciones de tipo sexual algunos son ocasionalmente activos y otros expresan ya no tenerlas.
- La mayoría de los No Institucionalizados cuentan con ingresos fijos, por pensión (renta por jubilación) que oscila entre 1.000 a 1.500 Bs. Entre los Institucionalizados algunos no gozan de estos beneficios, dependen únicamente del Bono Dignidad otorgado por el gobierno y es utilizado en

algunos enseres personales o como contribución al geriátrico por la atención que se les brinda y los que sí perciben algún ingreso, que oscila entre 500 a 1000 Bs., el que es utilizado para darles a sus hijos o guardar para futuras contingencias. En su mayoría no mantienen a ningún familiar pero el número de los que sí lo hacen es significativo.

- Con respecto a las condiciones de vivienda los Institucionalizados gozan de todas las comodidades mínimas en el geriátrico que los alberga, contrariamente en los No Institucionalizados en que existen diversidad, que dependen de sus ingresos económicos y nivel de vida, hasta aquellos que no poseen en muchos casos las condiciones mínimas necesarias ya que se ha observado que algunos carecen de servicios básicos e incluso tienen pisos de tierra.(barrios periféricos y campo)

Finalmente se concluye (confirmándose las hipótesis de trabajo) que no existe igualdad en la calidad de vida de un adulto mayor a otro teniendo mucho que ver el entorno en el que se circunscribe e interrelaciona y de los factores biopsicosociales que lo integran.

Por lo tanto se considera este trabajo como un aporte a los procesos de evaluación de calidad de vida del adulto mayor, en tanto y en cuanto, que, las etapas de elaboración y resolución del trabajo se plasmaron de manera adecuada, cumpliéndose a cabalidad con los objetivos generales y específicos del problema de Investigación. Utilizándose la metodología adecuada para la investigación y posterior socialización de la problemática. Contribuyendo además con propuestas de soluciones para mejorar falencias al respecto.

DISCUSION

La calidad de vida ha sido estudiada en otras latitudes de nuestro planeta desde diferentes perspectivas. Así encontramos estudios específicos sobre la calidad de vida con relación a la salud (sobre enfermedades de más incidencia en esta etapa, con fines de brindar una atención médica adecuada); en relación a la autoestima y factores emocionales (para la implementación de centros de asistencia, recreación y esparcimiento); en relación a temas jurídicos y legislativos (que permitieron adecuadas reformas en favor de los ancianos); con relación a los aspectos sociales, económicos y demográficos (para implementar beneficios sociales).

En nuestra investigación abarcamos la calidad de vida del adulto mayor en aspectos de salud física, estados emocionales, interrelación con el medio ambiente, hábitos, modos de vida y aspectos económicos, es decir

se toma en cuenta al Adulto Mayor como ser integral, completo.

El estudio, así abordado, nos conduce hacia una idea precisa con relación a otros estudios en tanto aspectos coincidentes más que divergentes como la salud por ejemplo, que en nuestro medio, es precaria (la mayoría sufre de alguna enfermedad). Los servicios médicos y de salud a los que asisten no brindan una atención satisfactoria. En los aspectos emocionales tanto hombres como mujeres presentan sintomatologías depresivas como tristeza, nerviosismo, sentimientos de soledad y abandono. La mayoría considera necesaria la convivencia familiar, el amor, respeto y atención a sus opiniones.

Nuestros Adultos Mayores no realizan deportes, las actividades físicas están centradas más bien en realizar actividades domésticas y recreativas en la vida cotidiana; determinadas por las capacidades que aún conservan y las necesidades que tienen. (Levantar cosas pesadas, subir gradas, llevar bolsas de comestibles, etc.). Sus actividades "recreativas" si es que se las puede llamar así, están centradas en cuidar a los nietos, compartir con los amigos, ver televisión y descansar.

Actúan bajo una constante de auto aislamiento y retraimiento, excluyéndose de las actividades de la comunidad por una especie de pulseta de ida y vuelta en que los prejuicios y mitos se refuerzan de uno y otro lado, es decir del adulto mayor hacia su propia vejez y de la sociedad hacia el viejo.

El estado económico – financiero es uno de los aspectos más delicados de abordar debido a la susceptibilidad que ello les genera. Por una parte, está la familia que aún deben ayudar y por otro las políticas gubernamentales oportunistas, donde se utiliza al adulto mayor como bofín electoral, generando bonos en lugar de establecer políticas de sostenimiento de calidad para albergar a todos aquellos que están desprotegidos por un núcleo familiar poco contencioso.

No es difícil de argumentar, ya que sucede en otros países (por investigaciones relacionadas al tema) que aunque las actividades físicas y motoras de los adultos mayores se encuentran disminuidas, todavía realizan trabajos y, en nuestro medio, peor aún, ya que son deficientemente remunerados, porque continúan asumiendo responsabilidades, teniendo a su cargo personas que dependen de ellos. Los más afortunados y que lograron estudios o trabajos estables en el curso de su vida productiva, perciben ingresos por jubilación ínfimos y, están también, entre otros, los menos

afortunados que no perciben ningún salario por lo que se encuentran sometidos a situaciones de dependencia e inseguridad, en muchos casos realizando trabajos domésticos de sumisión ante sus propios hijos o parientes que los mantienen. En este caso el grupo femenino el más afectado ya que tuvieron menores posibilidades de estudio o acceso laboral y por ende de lograr algún ingreso fijo para esta etapa de la vida.

Se observa una constante en relación a las diferencias emocionales de género, pues las mujeres adultas se muestran más susceptibles y vulnerables ante las carencias afectivas no porque hayan diferencias que limiten a los varones en cuanto a sentir afectos, sino que ellos callan más con respecto a sus necesidades de atención y cariño sobre todo del entorno familiar, - esta represión emocional conduce a expresiones de somatización más frecuentes por lo que estadísticamente hay más decesos en este género - en cambio ellas son más demandantes ante situaciones de abandono o soledad permitiéndose expresar mucho más la necesidad de relacionarse en familia más estrechamente. Este desahogo emocional les facilita el conservar su estadía cronológica muchos más años.

Igualmente son las mujeres las que menor nivel académico lograron alcanzar (con mayores índices de analfabetismo) debido a esto, muchas de ellas aún efectúan trabajos de diversa índole remunerados o no, (como por ejemplo: cocinar, lavar ropa, atender a los nietos o bisnietos, etc.) labores que muchas veces por la edad y enfermedades que padecen, les dificulta realizar, pero que por imposición de sus familiares y/o la dependencia económica (especialmente), se ven obligadas a cumplir; y si perciben algún ingreso económico, éste es ínfimo.

Este fenómeno, no sólo se da en nuestra ciudad sino, que, estudios realizados en la ciudad de La Paz concuerdan con lo afirmado. Estos estudios concluyen que, en los adultos mayores, se puede apreciar que el rol doméstico de la mujer se practica más en el grupo de menores recursos porque éste está ligado a la subsistencia de la familia.

El rol de cuidado de los nietos es común al grupo de menores y medianos ingresos económicos, en menor proporción se da con el grupo de ingresos económicos más altos, no sólo por los ingresos sino por todo el conjunto de condiciones de vida, este rol en el caso último no está ligado a la subsistencia del grupo familiar, está relacionado con la satisfacción de la necesidad de afecto. En cuanto al reconocimiento, éste está vinculado en todos los casos al aporte económico que

pueda hacer y al grado de profesionalización de la misma, la mujer pobre cuando no tiene ingresos pese a ser el apoyo fundamental de la casa en cuanto a las actividades que realiza como parte del rol doméstico, no es reconocida.

Los varones, expresan una actitud más positiva sobre la percepción que tienen de su vida, (como mecanismo de defensa ante situaciones adversas) así emocionalmente se muestran más contentos, llenos de energía y vitalidad que sus pares femeninas. También se pronuncian más optimistas en relación a su salud y futuro, afirmando que los problemas afectivos no dificultan sus actividades; se manifiestan más dispuestos a interactuar en la vida, al punto de que, algunos de ellos afirman aún disfrutar aunque de forma ocasional de su sexualidad y otros hábitos de su juventud.

Entre estas costumbres están lamentablemente el fumar, beber alcohol y/o masticar coca, que, son prácticas, muy bien encubiertas, disimuladas o difícilmente comunicadas, ya que se niegan a reconocer su ingesta, sobre todo en relación a las bebidas alcohólicas. (Este aspecto debió ser contrastado directamente con las estadísticas de ingresos en centros de rehabilitación y nosocomios del departamento donde son atendidos por permanente consumo).

En consonancia con otros estudios realizados también en la ciudad de La Paz encontramos que en nuestro medio hay adultos mayores que si bien se sienten aptos y capaces para que otros dependan de ellos, la mayoría necesita apoyo y seguridad por parte de sus familiares pues sus capacidades y aptitudes motoras y sensoriales están disminuidas debido al paso de los años. Las necesidades de los Adultos Mayores son especialmente afectivas, de seguridad económica y familiar, así como las referidas a sistemas de salud y atención médica.

Para finalizar debemos decir que, a pesar del gran conjunto de instrumentos desarrollados para evaluar la calidad de vida, no hay una herramienta que mida o evalúe la complejidad de este tema, por lo que recomendamos seguir los consejos que nos dan los pioneros de la CVRS (Calidad de vida del adulto mayor de la EuroQol) en que lo más sensato es adaptar un instrumento de acuerdo a las perspectivas de estudios puntuales.

En nuestro caso, consolidamos una de ellas y esperamos permita servir de base a otras investigaciones en poblaciones similares ya que la profundización en el estudio abre grandes perspectivas en este campo para aquellos interesados en perfeccionar indicadores útiles en la evaluación de calidad.

BIBLIOGRAFIA

Badia, Xavier, Carné, X. 1998. La Calidad de Vida en el Contexto del Ensayo Clínico. *Medicina clínica*. 110 (14): (550:556). Edimac. Barcelona-España.

Badia, Xavier, García A.F 2000. La Medición de la Calidad de Vida Relacionadas con la Salud y las Preferencias en Estudios de Investigación en Resultados en Salud. En la investigación de resultados en salud. Edimac. 61:78 Barcelona-España.

Borthwick-Duffy, S.A. 1992. Quality of Life and Quality of Care in Mental Retardation. In L. Rowitz (Ed.) *Mental retardation in the year 2000* (pp. 52-66). Berlin: Springer-Verlag. Borthwick-Duffy, S.A. (1992) Calidad de vida y la calidad de la atención en retraso mental. I. Rowitz (ed.) *Retardo mental en el año 2000* (págs. 52-66). Berlín: Springer-Verlag.

Calero J. del Rey, Alegre E. 1987. El Tratamiento y la Calidad de Vida. En Calero J. Del Rey, Herruzo R, Rodríguez, F. *Fundamentos de Epidemiología Clínica*. Madrid-España.

Castañeda, Mario. 1994. *Envejecimiento la Última Aventura*. Secretaría de Salud. México.

Cochram, William. 1980. *Técnicas de Muestreo*. Ed. Continental S.A. México.

Constitución Política del Estado. 2009. Promulgada por el Presidente Evo Morales.

Decreto Reglamentario Ley de Pensiones, Edición Especial Nº 0018 Versión ordenada de la Ley 1732 del 29 de noviembre de 1996.

Dennis, R.E., Williams, W., Giangreco, M. F. & Cloninger, C.J. 1993. Calidad de Vida en el Contexto para Evaluar los Servicios para la Gente con Discapacidades. (Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. *Exceptional Children*.

Farreras, Rozman. 1982. *Medicina Interna*. Vol. Undécima edición. Ed. Doyma. Barcelona-España

Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. 1993. Calidad de Vida en la Vejez. *Revista de Intervención Psicosocial*, 5, 77-94. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid. ISSN: 1132-0559. Madrid-España.

Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M.D. 1999. Evaluación en la Vejez. *Algunos Instrumentos*. Clínica y Salud. Vol. 10, 3, 245-286. ISSN: 1130-5274.

- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, MD y Maciá A. 1996. Calidad de Vida en la Vejez en Distintos Contextos. Ed. Inerso. Madrid-España.
- Fernández Ballesteros, R.; Izal, M; Montorio, I.; González, J.L. y Díaz, P. 1992. Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez. Ed. Martínez Roca. ISBN: 84-270-1573-9. Barcelona-España.
- Foz Sala M., Erill S., Soler-Arguilaga C. 1987. Terapéutica en Medicina Interna. 2da. Edición. Ed. Doyma. Barcelona-España.
- Franco, Jorge; Pecci, Cristina. 2006. Cómo Enfrentar la Depresión. Editorial Longseller Bs. Aires, Argentina.
- Frankl, Víctor. 1998. El hombre en busca de sentido. Herder, Barcelona.
- Freud, Sigmund. 1990. Obras Completas. Ed. Paidós. Buenos Aires-Argentina.
- Ghadarian, A.M. 1991. La Vejez, Desafíos y Oportunidades. Editorial Bahá'í. Terrassa Barcelona- España.
- Gómez-Vela, María y Sabeh, Eliana. 2001. Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en la Investigación y en la Práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> GONZÁLEZ M, Ricardo. "Clínica Psiquiátrica Básica Actual", Editorial Científico-Técnica, Ciudad Habana, 1998.
- Graig, Grace J. 1995. Psicología del Desarrollo, el Proceso del Envejecimiento. Ed. Prencille Hall Hispano Americana. México.
- Herrera, Fernanda. 2008. Percepción de los Ancianos sobre los Centros de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor. Universidad Autónoma de Baja California. México.
- Herrera, Fernanda. 2008. Revista de Investigación en Psicología. Vol. 11 No. 1. Facultad de Psicología. UNMSM.
- INE 2003. Investigación: Situación Sociodemográfica de la Población Adulto Mayor. Demografía, economía, tendencias de crecimiento, seguridad social, etc. En <http://www.ine.gov.bo/default.aspx>
- Lieberman Morton, A., Tobin, Sheldon S. 1983. La experiencia de la Edad Adulta, Estrés y Supervivencia. Ed. New Cork, Basic Books. (Traducción al español) Barcelona-España.
- Massa, Bruno. 2003. Jóvenes hasta los Cien Años. Editorial Atlántida Bs. Aires Argentina.
- Mommsen H. 1962. Diccionario Médico Labor para la Familia. Ed. Labor, S.A. Barcelona-España.
- Monedero, Carmelo. 1998. Psicología Evolutiva. Ed. Paidós. Buenos Aires-Argentina.
- Orosa Fraíz, Teresa. 2003. Deficiente Participación del Adulto Mayor en las Actividades de la Recreación Física en la Escuela Comunitaria. Ed. Paidós. Barcelona, España.
- Palladino, Enrique. 1989. Educación de Adultos. Editorial Humanitas Bs. Aires, Argentina.
- Rossjanki S. y Matusevich D. (1989) La familia del anciano institucionalizado. Libro de Geriatria. Tomo 9.
- Salvarezza, L. 1988. Psicogeriatría Teoría y Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires-Argentina.
- Schalock, R. L. 1996. Reconsiderar la Conceptualización y la Medición de la Calidad de Vida. En Robert L. Schalock (ed.). Calidad de vida. Vol. 1. Conceptualización y measurement. American Association on Mental.
- Schmiedl, Susana. 2006. Historias de Vida - Relatos de Adultos Mayores. Universidad Autónoma Juan Misael Saracho. Tarija-Bolivia.
- Tuesca Molina, Rafael. 2005. Calidad de Vida, su Importancia y como Medirla. Salud. Ed. Uninorte.78 Barranquilla Colombia.
- Underwood, Richard y Underwood, Brenda. 1990. Saludable Después de los 55. Ed. Norma. Bogotá Colombia.
- Valencia Rodríguez, José de J. 1998. Los Cuidados al Anciano. Ed. Diana México 1998.
- Zeballos Pareja, Janett. 2003. Investigación Experimental Desarrollada en el Centro de Orientación Socio Legal, DEFAN. Defensa del Anciano. La Paz, Bolivia.
- Ysern d'Arce, José Luis Bailey, y D. Stewart, L. 2003. La Incertidumbre Frente a la Enfermedad. En Marriner, A. Raile, M (2003). Modelos y teorías en enfermería (5a ed.) St. Luis: Mosby, 561-582. Universidad de Bio-Bio. Chillan, Chile.