GEROKOMOS
Volumen 9
Número 3
Agosto 1998
Páginas 107 a 114

Rincón científico

COMUNICACIONES

Calidad de vida en la vejez

Quality of life in old age

A. M. Álvarez*
R. Quadros Seiffert**
L. H. Takase Gonçalves***

*Enfermera M. Sc. Profesora del Departamento de Enfermagen da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro del Núcleo de Estudos da Terceira edade (NETI/UFSC). Estudiante de Doctorado del Curso de Filosofia em Enfermagen/UFSC.
**Socióloga M. Sc. en Sociología Política. Miembro del NETI/UFSC. Docente del Curso de Especialización en Gerontología (NETI/UFSC).
***Dra. en Enfermería. Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Cuidados de Salud de Personas Idosas (GESPI del Curso de Post-Graduación en Enfermería de la UFSC). Miembro del NETI/UFSC.

Correspondencia:
Ángela María Álvarez
UFSC Departamento de Enfermagen
Caixa Postal 476 - Campus Universitario Trindade
CEP: 88040900 - Florianopolis, SC, Brasil
E-mail: pen@repensul.ufsc.br

RESUMEN

El estudio representa una revisión crítica de la literatura acerca del concepto de calidad de vida. Las autoras, partiendo de los estudios analizados y admitiendo la idea de que ese concepto es complejo, multidimensional e intersubjetivo, proponen la clarificación y derivación del concepto de calidad de vida para la vejez, dirigiendo esfuerzos al contexto específico local y temporal de vida, de los adultos mayores viviendo en nuestra década de los años 90 y portando consigo toda una historia de vida cuya trayectoria viene de mediados de la primera mitad del siglo veinte.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida; Adulto mayor; Conceptualización.

SUMMARY

A critical review of literature is presented covering the quality of life concept. The authors, starting from the analyzed studies and accepting the idea that this is a complex, multidimensional and intersubjective concept submit the clarification and the derivation of the quality of life concept turned to old age. Efforts have been directed to the specific local and 90's. This cohort brings with them a whole life story of which the fath cuts through the first half of the twentieth century.

KEY WORDS

Quality of life; The aged; Conceptualization.

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida ha sido abordado en la literatura de gerontología como un punto resaltante para analizar el modo de vida, las condiciones sociales y de salud, y el bienestar de adultos mayores.

El concepto de calidad de vida se refiere a la experiencia humana. Sus atributos representan estados por medio de los cuales las personas experimentan niveles de satisfacción/insatisfacción, placer/desagrado, felicidad/tristeza; los cuales tienen como sus principales características la subjetividad y la multidimensionalidad. Partiendo de esa premisa, creemos que la búsqueda del significado de calidad de vida en la vejez, es necesaria realizarla junto al adulto mayor a través de la expresión de su percepción en cuanto al estado actual, comparándola con su historia de vida y sus aspiraciones futuras.

EXPOSICIÓN DEL TEMA

La literatura acerca de investigaciones sobre calidad de vida es reciente. Surgen estudios relevantes a partir de los años sesenta, como crítica al desarrollo de la sociedad, fundamentada en el crecimiento económico que resultó en una distribución desigual. Las reacciones contra esa ideología de desarrollo de modelo cuantitativo hicieron aparecer movimientos sociales los cuales se apropiaron del concepto de calidad de vida para defender un modelo cualitativo de desarrollo (Rojas, 1991).

El constructo de calidad de vida se da en todas las esferas en las cuales se desenvuelve la vida cotidiana de las personas. Es por tanto, un concepto que cubre todos los aspectos experimentados por las personas. La calidad de vida puede ser determinada por la percepción del individuo en cuanto a su estado actual en comparación con el pasado y con las aspiraciones/deseos futuros.

Tomada como expresión global, calidad de vida no es antónimo de cantidad de vida, a pesar de que es preciso tener cantidad para conseguir la calidad (Demo, 1995).

Al desdoblar la expresión en las palabras calidad de vida, podemos entender como calidad, la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa, grado o lugar ocupado por las cosas en la escala de bueno y malo, es decir, de un extremo negativo de inferioridad a otro positivo de excelencia. Por otro lado, la palabra vida se centra en la existencia humana. La vida humana puede ser, por ejemplo, individual, social, física, mental, cotidiana y puede referirse al curso de vida entre otras expresiones.

Por tanto, retomando la expresión calidad de vida, se verifica que es un concepto tan indivisible y para caracterizarlo mejor es necesario explorar su multidimensionalidad y subjetividad.

CALIDAD DE VIDA, UN ENFOQUE GENÉRICO

Es común encontrar en la literatura el desarrollo del concepto de calidad de vida asociándolo a otros conceptos como: modos de vida, nivel de vida, condiciones de vida, bienestar, vivir bien, felicidad entre otros. El término bienestar, es el que antecede al de calidad de vida. Es indiscutible que el concepto de calidad de vida está unido a una evaluación global de aquello que se denomina bienestar, que a su vez, está asociado con el de felicidad.

Por otra parte, mucho antes de hablarse en calidad de vida, el término correcto para designar el bienestar era el de felicidad. El concepto de felicidad nació en Grecia antigua donde Tales juzgaba "feliz" aquel que tiene cuerpo sano, fuerte, y alma bien formada (Abbagnano, 1962). Aristóteles incluía en el concepto de felicidad además de la beatitud, la satisfacción de las necesidades y de las aspiraciones mundanas, de acuerdo a una descripción del diccionario de política (1985) como sigue:

"Nadie llamaría feliz un hombre que no tuviera siquiera un poco de coraje, ni de moderación, ni de sentimiento de justicia, ni de inteligencia y que temblase delante de las moscas que vuelan a su alrededor, que no se contuviese delante de cualquier exceso por más vergonzoso fuese".

Continuando Aristóteles (1985), decía que las personas felices deben poseer tres especies de bienes, los externos, los del cuerpo y los del alma. Consideraba sin embargo, «que los bienes exter-

nos, como cualquier instrumento, tienen un límite dentro del cual cumplen su función de ser útiles como medios, pero lejos de volverse perjudiciales o inútiles para quien los posee. Y que los bienes espirituales, por el contrario, entre más abundantes, son más útiles".

Muchos siglos más tarde el utilitarista Jeremy Betham, citado por Abbagnano (1962) afirmó que el primer objetivo de un gobierno es el de asegurar al mayor número de personas la felicidad. En la tradición cultural anglo-americana, la noción de felicidad no dependería solamente del individuo sino del hombre como miembro de un mundo social. La Constitución Americana incluía entre los derechos naturales e inalienables del hombre buscar la felicidad.

Especialistas en calidad de vida, en una reunión realizada en 1976, sobre los auspicios de la UNESCO, consideraron que los estudios de calidad de vida vienen precedidos de estudios sobre el nivel de vida, bienestar y felicidad. Para ellos es un concepto más general que el nivel de vida o el de bienestar. Los elementos económicos fueron predominantemente enfatizados en la caracterización del bienestar. Afirmaron ser elementos esenciales, pero no los únicos determinantes de la calidad de vida. El significado de calidad de vida contemplaría, entonces, el de necesidades humanas básicas. Según esta interpretación calidad de vida comprendería todos los aspectos de las condiciones de vida de los individuos, o sea, todas las necesidades humanas y la forma de satisfacerlas. En este sentido, calidad de vida se refiere a los valores de las personas y su satisfacción/insatisfacción, con las áreas concretas del vivir humano: trabajo, vida familiar, placer, sexualidad, entre otras necesidades básicas.

La calidad de vida de una persona depende de la dinámica entre la satisfacción e insatisfacción de sus necesidades. Para cada tipo de necesidades se incluyen componentes objetivos y subjetivos. Los subjetivos tales como los existenciales, de convivencia, realización y sabiduría ejemplifican la amplitud del concepto de calidad de vida en relación al bienestar.

Con el objetivo de profundizar los estudios sobre necesidades humanas y calidad de vida, el Centro Latino-Americano de Trabajo Social –CELATS, en su libro didáctico para el programa de educación a distancia sobre salud comunitaria y promoción del desarrollo, incluyó un módulo cuyo título es, "Necesidades y Calidad de Vida" (Rojas, 1991).

A partir del presupuesto de que la satisfacción de las necesidades humanas ha ocupado un espacio de actuación del trabajo social, y que la humanidad no sólo tiene derecho a sobrevivir sino, a satisfacer un complejo de necesidades inherentes a la condición humana, Rojas teoriza a la luz de la realidad Latino-Americana, definiendo: "La Calidad de Vida como un derecho, en realidad, ha sido violada para millones de personas en la América Latina. No es suficiente reconocer que el fin último del hombre en la Tierra es el desarrollo pleno de sus potencialidades. Es necesario que el hombre encuentre condiciones para alcanzarlas. Esas condiciones suponen la existencia de recursos para la satisfacción de las necesidades y del acceso a esos recursos".

Para la autora, las necesidades humanas fundamentales son definidas como el conjunto de condiciones de carencia claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución este tiene potencialidades. Tales necesidades se llaman de básicas y mínimas, o de subsistencia para hacer referencia a las condiciones indispensables para la vida que englobamos sobre esa denominación: el alimento, la habitación, el vestuario, la protección y el afecto.

Discusiones recientes sobre necesidades humanas enfatizan que esas necesidades cuando traspasan el nivel de subsistencia buscan la calidad de vida. Para Manfred Max Neef, citado por Rojas, son nueve las categorías de necesidades: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, recreación, identidad y libertad.

La subsistencia es una necesidad de validez universal. Las formas que el hombre acepta como verdaderas para alcanzar la subsistencia se llaman "satisfactores". En otras palabras, son los modos particulares que cada sociedad utiliza para satisfacer las necesidades básicas universales. Lo mismo ocurre con cada una de las nueve necesidades enunciadas.

Cada cultura tiene el tipo, la cantidad y la calidad de "satisfactores" socialmente definidos. La di-

ferencia en las posibilidades de acceso a los diversos "satisfactores" de cada una de las necesidades básicas provoca diferencias culturales y sociales, en las condiciones de vida de las poblaciones. Otro aspecto importante en el estudio de los "satisfactores" es el de que cada necesidad requiere diferentes "satisfactores" y, estos son de distinta naturaleza. Veamos un ejemplo: la subsistencia del ser humano requiere entre otras cosas, de salud, alimento, abrigo, descanso, trabajo y un ambiente.

Este conjunto de formas de satisfacer la necesidad de subsistencia se puede organizar en cuatro categorías que Max Neef llama de existenciales, corresponden a: ser, tener, hacer y estar. Así la salud, puede ser experimentada o sentida por otro ser humano, al ser saludable, física, social y mentalmente. El tener trabajo, alimento, abrigo y descanso. Para esto, debe desencadenar una acción para alimentarse, para descansar, para trabajar o sea debe hacer cosas que lo conduzcan a la salud y, finalmente debe estar en un ambiente saludable.

La calidad de vida, es también un concepto vivencial, según Setién (1993). Para ella, son los individuos que deben manifestar lo que sienten acerca de sus propias vidas. La dimensión subjetiva puede ser evaluada por medio de la satisfacción general delante de la vida. El nivel de satisfacción puede ser definido como una divergencia percibida entre aspiraciones y realizaciones.

La experiencia de calidad de vida se define, por tanto, en términos de satisfacción de necesidades. Sin embargo, la comprensión de la calidad de vida como una experiencia en términos de satisfacción de necesidades presenta una serie de interrogantes acerca del concepto de necesidades. Las necesidades difieren de una persona para otra y en un mismo individuo las necesidades son susceptibles de variar con el tiempo. De esa manera, la calidad de vida como una experiencia de satisfacción será influenciada por la experiencia de los individuos en el pasado y por las expectativas presentes.

El aspecto subjetivo de calidad de vida presupone juicio de valor, que es, por tanto, relativo. Si todas las personas tuvieran las mismas percepciones sería relativamente fácil conceptualizar la calidad de vida.

Como fue visto, el concepto de calidad de vida por ser complejo, subjetivo y no estático conlleva a múltiples interpretaciones y consecuentemente a varios enfoques teóricos.

Los estudios de calidad de vida han revelado distintas visiones del hombre y de la sociedad. Según una revisión de literatura realizada por Setién (1993), y publicado en su libro titulado "Indicadores sociales de calidad de vida, un sistema de medida aplicado al País Vasco", demuestra que el desarrollo de ese concepto proviene de las teorías: marxistas, funcionalistas, interaccionista, fenomenológica y holística. Sin embargo, según la misma autora, sugiere ampliación de los estudios de calidad de vida, incluyendo los elementos económicos y sociológicos de modo más amplio, los cuales no estaban contemplados en la revisión realizada.

De acuerdo con el enfoque económico, la calidad de vida ha sido encarada sobre el punto de vista individualista. Así, cada sujeto económico maximiza sus recursos para satisfacer sus necesidades. En este sentido, el bienestar o la calidad de vida se obtiene mediante la obtención de máxima producción y el aumento cuantitativo de bienes y servicios de forma global. Por tanto, la forma de concebir la calidad de vida se encuentra centrada en el bienestar material.

Desde el punto de vista de la sociología, la calidad de vida es considerada como un fenómeno que va más allá del ámbito material y económico, abarcando una amplia gama de necesidades, valores o recursos. El sentido sociológico del término calidad de vida viene del hecho de que su aparecimiento constituye en sí mismo un fenómeno social. El fenómeno social de conscientización y movilización contra las consecuencias, no deseables del desarrollo económico y de la industrialización incontrolada por parte de cada ciudadano, representa una conquista de calidad de vida, en diferentes niveles, en función de su ejercicio político.

Para Demo (1995), la calidad "de vida", incluye participación democrática y la búsqueda incesante del ejercicio de la ciudadanía. Esto significa la humanización de la realidad de vida, en un constante enfrentamiento de dos desafíos los cuales son: a) el manejar la cantidad necesaria como base y condición de la calidad; b) el construir la calidad posible dentro de las condiciones dadas como obra humana común. Asociando este todo a una dimensión cultural "entendida como una demostración histórica concreta de la competencia humana tanto como memoria y patrimonio cuanto como potencialidad futura, ambas son resumidas en la construcción de la identidad, condición esencial de ciudadanía". El autor relaciona aquí el término ciudadanía a la calidad de vida, pasando por la definición de que, calidad está relacionada con la intensidad del ser y esta intensidad se realiza en la participación del hombre en el mundo.

En el área de la salud el concepto calidad de vida es utilizado como un indicador de salud. En una revisión de literatura sobre las escalas de medida de calidad de vida Bowling (1995), discute la validez y confiabilidad de principales sub-conceptos en cuatro instrumentos de medida sobre la forma de escalas. La autora muestra que en la construcción de esas escalas existen discrepancias entre los valores atribuidos por los profesionales y los valores atribuidos por los pacientes. Otro aspecto importante, es que las escalas son presentadas en la mayoría de las veces, a las situaciones de patologías instaladas y de manera menos frecuente en situaciones de salud social positiva. Inclusive parte de las escalas relacionadas y analizadas son de uso corriente en la gerontología y asociadas generalmente a condiciones crónicas. De esa forma es difícil una definición sobre lo que sería calidad de vida relacionada a la salud. Las investigaciones que utilizan este concepto no consiguen aclararlo y a veces, lo confunden más.

Con esto podemos considerar que cuanto más profundizamos en los diferentes abordajes, más complejo se vuelve el análisis del concepto. Por eso, verificamos que el proceso genérico de clarificación del concepto se torna interminable. Considerando la utilidad del concepto de calidad de vida, para determinados contextos, pasaremos a presentar estudios dirigidos específicamente para la población de la tercera edad.

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

En Brasil los estudios de envejecimiento humano con una buena calidad de vida han atraído la atención de investigadores que buscan ultrapasar concepciones que conciben la vejez como una etapa de decadencia, o sea el descubrimiento de la tercera edad (Haddad 1986). A pesar del crecimiento demográfico de la población de adultos mayores, del gran interés por los vehículos de comunicación de masas, por los asuntos relativos al envejecimiento, la constatación de este fenómeno por todos aquellos que habitan las grandes ciudades brasileñas, la literatura técnico-científica sobre el tema de la calidad de vida de la población de la tercera edad del Brasil, es todavía escasa.

Veras e Camargo (1995), en su trabajo titulado "Idosos e a Universidade- Parceria para a Qualidade de Vida" alerta que "el envejecimiento de la población es una aspiración natural de cualquier sociedad, pero esto, por sí sólo no es suficiente. Para ellos la calidad de vida presupone autonomía e independencia siendo esta una tarea compleja que depende de la conquista social.

Un libro importante publicado por Neri (1993), titulado "Qualidade de Vida e Idade Madura", resgata a través de una revisión de literatura, la conceptualización de calidad de vida en la tercera edad, además de, coordinar investigaciones de varios profesionales que buscaron el

entendimiento del envejecimiento con éxito, en una perspectiva multidisciplinar.

Continuando, Neri (1993) afirma que la calidad de vida en la vejez depende de varios aspectos interactivos, no siendo un atributo personal, pero si el resultado de un proceso continuo de cambios en el individuo y en la unidad socio-cultural en que se desenvuelve su historia personal. Depende de múltiples criterios de naturaleza biológica, psicológica y socio-estructural. Varios elementos son citados como indicadores del bienestar en la vejez, tales como: longevidad, salud biológica, salud mental, satisfacción, control cognoscitivo, competencia social, productividad, actividad dada por el status social, renta, continuidad de papeles familiares y ocupacionales, continuidad de relaciones informales.

Aún la misma autora, refiere sobre las tendencias y sobre la investigación acerca de la calidad de vida. Los resultados han indicado que envejecer bien, significa estar satisfecho con la vida actual y tener expectativas positivas en relación al futuro. Envejecer bien dependería también de cuatro condiciones: actividad, satisfacción con la vida, madurez e integración de la personalidad. Calidad de vida en la vejez es una construcción socio-psicológica y procesal que refleja formas socialmente valorizadas y continuamente emergentes de adaptación a condiciones de vida culturalmente reconocidas que la sociedad proporciona a los adultos mayores. Citando Fetherman, Smith y Peterson (1990), la autora se refiere a una vejez satisfactoria no sólo como un atributo del individuo biológico, psicológico y social sino también como resultado de la calidad de la interacción entre personas que sufren cambios, viviendo en una sociedad en constante mudanza. Según la autora calidad de vida en la edad madura "excede los límites de la responsabilidad personal y debe ser vista como un emprendimiento de carácter socio-cultural"; defendiendo la idea de que el envejecer con éxito "depende de un delicado equilibrio entre las potencialidades del individuo lo que le dará la posibilidad de trabajar en diferentes grados de eficacia, con las pérdidas inevitables del envejecimiento".

En este abordaje la autora contribuye con la definición de calidad de vida de Demo (1995), porque demuestra la idea de la competencia del ser humano en manejar la cantidad y construir la calidad posible.

El concepto de calidad de vida y otros como satisfacción de vida y bienestar han sido encontrados recientemente en la literatura de enfermería americana. El abordaje dado por enfermeras a estos conceptos parece estar relacionado a la preocupación de las enfermeras investigadoras en definir calidad de vida para conocer su significado como indicador de salud y para la evaluación de modelos de asistencia de la clientela de enfermería (Egbert, 1980; Magilvy, 1984; Johnson y cols., 1986; Clark, 1991).

Kleinpell (1991) revisó el análisis del concepto de calidad de vida asociándolo a otros términos tales como: satisfacción de vida, bienestar, valorización de la vida, habilidad para conseguir seguridad, autoestima, satisfacción de necesidades, alcance de metas personales, felicidad, habilidad para establecer relaciones con los otros y equilibrio emocional. La autora desta aquí, que calidad de vida sólo puede ser evaluada por la propia persona considerando su subjetividad en lo que se refiere a actitudes, sentimientos y percepción, pero que también puede ser definida por términos puramente objetivos como: vivienda, funcionamiento físico, renta.

En nuestra práctica gerontológica al intentar adoptar una definición de calidad de vida a partir de literatura para la operacionalización del concepto en investigaciones, educación o asistencia, nos encontramos con diversas dificultades. Estas son, en cuanto a la claridad de las definiciones, a la insuficiencia o inconsistencia de atributos y a las categorías componentes del concepto, y la inexistencia de un proceso de derivación de concepto construido en otros contextos para aplicación en nuestro contexto real y específico.

Así, las autoras se convencieron de la necesidad de proceder a la clarificación del concepto de calidad de vida dirigida al contexto local y temporal de vida de los adultos mayores viviendo en nuestra década de los años 90 y portando consigo toda una historia de vida cuya trayectoria viene de mediados de la primera mitad del siglo veinte.

UNA INICIACIÓN EMPÍRICA DE EXPLORACIÓN

La iniciación exploratoria en carácter de testeo en la práctica gerontológica fue realizada con base a la enseñanza de Walker y Avant (1988), sobre derivación de concepto y, sobre todo de Schawartz-Barcott y Kim (1986), sobre el modelo híbrido de desenvolvimiento de concepto. Este modelo, propone la búsqueda de datos empíricos en la construcción del concepto directamente del campo de interés, como un camino que acrescenta el procedimiento clásico.

Esta exploración inicial fue realizada junto a dos grupos de estudiantes de escuela abierta de tercera edad, de una Universidad del Brasil, que cursaban clases de nociones de salud. Los estudiantes estaban representados en su mayoría por mujeres, con estilo de vida autónoma y pertenecientes a una clase social media. También participaron algunos estudiantes voluntarios que coordinaban grupos de convivencia de personas de tercera edad, en la comunidad.

Así, se les preguntó sobre el significado de tener calidad de vida en su vejez, considerando su pasado y sus expectativas futuras. La contribución de sus respuestas fue voluntaria, mostrándose muy complacidos por su aporte. Las respuestas obtenidas fueron inicialmente agrupadas con la participación colectiva de los estudiantes, donde se vislumbró el surgimiento de categorías iniciales tales como: (a) mantención de una vida activa, por la participación en actividades de entretención, actividades de ejercicio físico de voluntariado o de una ocupación; (b) amarse y ser amado, a través de la mantención/esfuerzo de relacionamiento humano saludable entre familiares, compañeros y miembros de su comunidad; (c) aceptación de su edad y de sus condiciones de salud/cronicidad enfrentando la situación en forma realista y optimista; (d) disposición de un mínimo de recursos financieros para la mantención de un vivir digno (alimentación, vivienda, vestuario, seguridad, locomoción/transporte, compra de medicamentos, entre otros); (e) libertad, autonomía e independencia, en su vivir diario; (f) tener fe en Dios y creer en su protección divina.

En función de que esta exploración inicial, se mostró animadora debido a la participación colaborativa de los informantes, así como también, al vislumbre del surgimiento de categorías significativas, en las respuestas iniciales, tornándose en una evidencia que invita a los autores a dar continuidad al trabajo.

Por eso, se hace imprescindible la continuación del proceso de clarificación y derivación del concepto de calidad de vida en la vejez, haciendo una aproximación al contexto de vida de los adultos mayores de la realidad brasileña, para referencia operativa en futuras investigaciones, educación y asistencia en el área gerontológica.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece de forma especial a Alejandrina Arratia F, enfermera chilena, estudiante de doctorado del Programa de Filosofía de Enfermería, de la "Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil". La cual, gentilmente realizó la traducción al español, desde la perspectiva de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

ABBAGNANO, N. (1962) Dicionário de Filosofia. São Paulo: Mestre Jou, 2ed.

ARISTÓTELES (1985) Política. Brasilia: Ed. Universidade de Brasília, 220 p.

BAZO, M.ª T. La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. Madrid: Revista Española de Investigaciones Sociológicas n. 60 oct/dec, p. 75-90.

BOSI, E. (1983) Memórias e Sociedade: Lembranças de velhos. São Paulo: Queiroz Ed.

BOWLING, A. (1994) La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson, S.A.

CLARK, P. G. (1991) Ethical dimensions of quality of life in againg: autonomy collectivism in the United States and Canada. The Gerontologist V. 31, n. 5 p. 631-639.

DEMO, P. (1995) Educação e qualidade. 2 ed. São Paulo: Papirus.

HADDAD, E. G. J. (1986) A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez.

JOHNSON, F. L. (1986) Life satisfaction of the elderly Americaan Indian. Int J Nurs Stud Great Britain V. 23, n. 3, p. 265-273.

KLEINPELL, R. M. (1991) Concept analysis of quality of life. Apllied Research v 10, n. 4, july-august.

MAGILVY, J. K. (1986) Quality of life of hearing-impaired older women. Nursing Research. v. 34, n. 3 may/jun. p. 140-144.

NERI, A. L. (1993). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus.

NERI, A. L. (1991) Envelhecer num país de jovens: significado de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas: Ed. Da UNICAMP.

ONU (1986) Documentos principales de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. In: Programa de Formação em Gerontologia Rio de Janeiro: SESC/CIGS, p. 9-60.

OPAS (1992) La salud de los ancianos: una preocupación de todos, Washington: OPAS/OMS.

ROJAS, R. A. I. (1991) Salud comunitária y promoción el desarrollo; necessidad y calidad de vida. Lima: CELATS.

SCHWARTZ-BARCOTT, D.; KIM, H. S. (1986) A Hybrid model for conept development. In: CHINN, P. L. Nursing research methodology. Rockville: Aspen.

SETIÉN, M. L. (1993) Indicadores sociales de calidad de vida un sistema de medición aplicado al País Vasco. Madrid: Editores.

VERAS, R. P.; CAMARGO, K. (1995) A universidade da terceira idade e quialidade de vida. In: VERAS, R. P. Terceira idade um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

VERAS, R. P. (1994) País Jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro Relume Dumará/UERJ.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. (1986) Strategies for theory construction in nursing. 2ed. Connecticut, Appleton & Lange.

novedad

Medicina interna

2 Tomos +

J. Rodés Teixidor
J. Guardia Massó

A. Trilla García
C. Aguirre Errasti
V. Arroyo Pérez
J. García-Conde Brú
J. González Macías
J.L. Rodicio Díaz
J.J. Vázquez Rodríguez

- Con la colaboración de un equipo de más de 500 profesionales.
- Una obra ambiciosa, fiel reflejo de la realidad científico-médica actual.
- Totalmente coherente y homogénea gracias a un importante esfuerzo de revisión y coordinación.

La Medicina del Siglo XXI

INCLUYE VERSIÓN EN CD-ROM INTERACTIVO

Características técnicas:
Tamaño: 21 x 27 cm (2 Tomos)
Nº de páginas: 3.700
Encuadernación: tapa dura
ISBN: (2 Tomos + CD-ROM): 84-458-0434-0
CD-ROM): 84-458-0609-2
©1997

La obra se acompaña de un CD-ROM (multiplataforma PC/MAC) que, con ilustraciones a todo color y una exposición atractiva y ágil, permite:

- Consultar interactivamente la tabla de contenidos.
- Navegar a través del texto con más de 40.000 enlaces relacionados (links)
- Realizar búsquedas complejas sobre textos, tablas y figuras.

ÍNDICE DE CAPÍTULOS (extracto): TOMO I: I. Ética y medicina (1) II. Bases fisiopatológicas de las enfermedades (9) III. Manifestaciones clínicas generales (71) IV. Métodos generales de diagnóstico de las enfermedades (511) V. Epidemiología (581) VI. Biología molecular y genética clínica (639) VII. Farmacología clínica (747) VIII. Enfermedades del sistema cardiovascular (803) IX. Enfermedades del sistema respiratorio (1.055) X. Enfermedades del sistema digestivo y del páncreas (1.203) XI. Enfermedades del hígado y de las vías biliares (1.471) XII. Enfermedades infecciosas (1.619) TOMO II: XIII. Enfermedades del sistema nervioso (1.939) XIV. Psiquiatría (2.201) XV. Enfermedades del riñón (2.287) XVI. Enfermedades del aparato urinario y reproductor masculino (2.441) XVII. Enfermedades del sistema endocrino (2.489) XVIII. Enfermedades del metabolismo y la nutrición (2.665) XIX. Enfermedades del sistema hemopoyético (2.865) XX. Oncología (3.081) XXI. Enfermedades del aparato locomotor y enfermedades sistémicas (3.171) XXII. Principios fundamentales de la inmunología. Trastornos del sistema inmunitario (3.281) XXIII. Medicina preventiva (3.347) XXIV. Toxicología clínica y enfermedades por agentes físicos (3.397) XXV. Geriatría (3.467) XXVI. Economía de la salud (3.501) XXVII. Sistemas de información y medicina (3.525) XVIII. Pruebas de laboratorio (3.551)

TARJETA DE PEDIDO

Sí, deseo remitan a mi nombre esta obra:

MEDICINA INTERNA

☐ 2 Tomos + CD-ROM (cód. 0434)
PVP: 18.975 Ptas. con IVA y 18.245 sin IVA

☐ CD-ROM (cód. 0609)
PVP: 18.975 Ptas. con IVA y 16.358 sin IVA

FORMA DE PAGO: Contra reembolso sin cargo alguno.

Nombre _____
1º Apellido _____
2º Apellido _____
Año nacimiento _____
Teléfono _____
Especialidad _____
Dirección _____
Localidad _____

FIRMA

150

VISITE NUESTRA web http://www.masson.es LA INFORMACIÓN MÉDICA ACTUAL

Puede dirigirse a su librería habitual o remitir esta Tarjeta de Pedido a:

MASSON, S.A. MASSON

Rda. General Mitre, 149
08022 BARCELONA (España)
Fax: 93-253 05 15
e-mail: grupo.masson@bcn.servicom.es

Nota LORTAD: Si usted no desea recibir información comercial de otras empresas, por favor, indíquenoslo.